



Universitätsmedizin Rostock

Jahresbericht 2024
Klinik für Forensische Psychiatrie

Erstellt am 10.09.2025

Autorinnen:

Anita Lädke QMB / Gesundheitsökonomin MA

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	1
1 ALLGEMEINES	2
1.1 Strukturen	2
1.1.1 Rechtsgrundlagen der Unterbringung im Maßregelvollzug	2
1.1.2 Alleinstellungsmerkmale der KFP Rostock	3
1.2 Besondere Herausforderungen im MRV	4
1.3 Organisationsstrukturen	5
1.3.1 Leitungsstruktur	5
1.3.2 Stationen	6
1.4 Behandlungsphasen	8
1.5 Aufsichtsführende Stellen	8
1.6 Leitbild – Werte, Ziele und Visionen	9
2 BEHANDLUNG UND REHABILITATION	12
2.1 Diagnostik – eine fundierte Basis für die Therapie	12
2.2 Behandlungsplanung im forensischen Setting	14
2.3 Behandlungsmethoden	15
2.3.1 Medizinische Versorgung	16
2.3.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen	17
2.3.3 Soziomilieuthérapie – ein therapeutischer Ansatz zur sozialen Integration	19
2.3.4 Pflegerische Angebote – Unterstützung und Stabilisierung im klinischen Alltag	20
2.3.5 Ergotherapie – Förderung von Selbständigkeit und Arbeitsfähigkeit	22
2.3.6 Sport- und physiotherapeutische Angebote	25
2.3.7 Beschulung	26
2.3.8 Sozialdienst – Unterstützung in medizinischen und sozialen Angelegenheiten	28
2.3.9 Genesungsbegleitung – erfahrungsgestützte Unterstützung im forensischen Setting	28
2.4 Seelsorge – religiöse Begleitung als Unterstützung im Genesungsprozess	30
2.5 Lockerungen im MRV	30
2.6 Forensische Nachsorge	33
3 PATIENTINNEN UND PATIENTEN	34
3.1 Belegungsdaten	34
3.2 Patientenpopulation	37
3.3 Beendigungen der Maßregel	38
4 PERSONAL	40
4.1 Planstellen und aktuelles Personal	40

4.2 Laufende bzw. in 2024 abgeschlossene berufliche Qualifikationen	42
4.3 Teilnahme an verpflichtenden internen Weiterbildungen	42
4.4 Weitere Weiterbildungsveranstaltungen	44
4.5 Supervisionen.....	46
5 SICHERHEIT.....	46
5.1 Besondere Vorkommnisse.....	47
5.2 Zwangsmaßnahmen.....	48
6 QUALITÄTSMANAGEMENT	51
6.1 Qualitätskriterien und Dimensionen	51
6.2 Qualitätsdimensionen in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock.....	52
6.3 Effektives Qualitätsmanagement	54
6.4 Beschwerdemanagement.....	54
7 FORSCHUNG & LEHRE.....	57
8 KLINIKBEIRAT UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT.....	60
9 AUSBLICK.....	61
9.1 Patientenorientierung	61
9.2 Mitarbeiterorientierung.....	61
9.3 Bauliche Gegebenheiten	62
FAZIT.....	62
LITERATURVERZEICHNIS	64

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Organigramm.....	6
Abbildung 2: Stationen mit fachlichen Schwerpunkten	7
Abbildung 3: Behandlungsphasen in der KFP	8
Abbildung 4: Leitbild der KFP (2019)	11
Abbildung 5: Diagnostikinstrumente Basics	12
Abbildung 6: Diagnostikinstrumente – zusätzliche Nutzung	13
Abbildung 7: Stationsübergreifende Gruppenangebote	19
Abbildung 8: Ergotherapeutische Angebote.....	22
Abbildung 9: Prämierungsgruppen	24
Abbildung 10: Stationsübergreifende Sportangebote.....	26
Abbildung 11: Stationsinterne Sportangebote.....	26
Abbildung 12: Beschulungsangebote des Berufsförderungswerkes Rostock	27
Abbildung 13: Beschulungsangebote der Heinrich-Hoffmann-Klinikschule Rostock	28
Abbildung 14: Lockerungsstufensystem	31
Abbildung 15: Keine Lockerungsstufe bis Stufe 10.....	32
Abbildung 16: Lockerungsstufen gruppiert.....	32
Abbildung 17: Lockerungsdaten im Vergleich.....	33
Abbildung 18: Charakteristika aller am 31.12.2024 untergebrachten Personen	35
Abbildung 19: Minimum – Maximum - Belegung/Unterbringungsgrundlage	35
Abbildung 20: Tagesbelegung pro Unterbringungsgrundlage	36
Abbildung 21: Unterbringung, durchschnittliche Tagesbelegung nach Geschlecht	37
Abbildung 22: Klinische Neuaufnahmen	37
Abbildung 23: Klinikdiagnosen gem. ICD-10 in Bezug auf die Unterbringung (31.12.2024) ..	38
Abbildung 24: Beendigungen der Maßregel/Aufenthaltsdauer	39
Abbildung 25: Entlassorte.....	40
Abbildung 26: Klinisches Personal	41
Abbildung 27: Ambulant tätiges Personal	41
Abbildung 28: Personal in Forschung & Lehre.....	41
Abbildung 29: Laufende bzw. in 2024 abgeschlossene berufliche Qualifikationen.....	42
Abbildung 30: Mitarbeitergespräche und Pflichtweiterbildungen	43
Abbildung 31: Teilnahmen an Supervisionen.....	46
Abbildung 32: Meldepflichtige Vorkommnisse	47
Abbildung 33: Separierungen im eigenen Zimmer	48
Abbildung 34: Dauer der Separierungen im eigenen Zimmer	49

Abbildung 35: Separierungen im Krisenraum	49
Abbildung 36: Dauer der Separierungen im Krisenraum.....	50
Abbildung 37: Beteiligte/Zwangsmaßnahmen.....	50
Abbildung 38: Steuerungsmaßnahmen	53
Abbildung 39: Beschwerdekriterien	55
Abbildung 40: Zuordnung der Beschwerden.....	56
Abbildung 41: Anzahl der Beschwerden pro Person.....	56
Abbildung 42: Bearbeitungszeiten	57

VORWORT

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (KFP) ist seit 2001 eine von drei Maßregelvollzugseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Unsere Aufgaben sind die „Besserung und Sicherung“ von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, die in Konflikt mit dem Gesetz geraten sind.

Die Arbeit der Klinik wird von zahlreichen Einflussfaktoren geprägt: Intern sorgen die fachliche Kompetenz und die empathische Haltung des Personals für eine verlässliche Betreuung der Patientinnen und Patienten. Extern wirken sich gesellschaftliche, politische und finanzielle Entwicklungen auf die Rahmenbedingungen aus.

In den letzten Jahren hat die Klinik trotz herausfordernder Umstände bedeutende Fortschritte erzielt. Die Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen, die Intensivierung von Mitarbeiterschulungen und die Reduktion von Zwangsmaßnahmen sind nur einige Beispiele. Als bundesweit einzige Maßregelvollzugsklinik mit universitärer Einbindung nimmt sie zudem eine führende Rolle in der wissenschaftlichen Untersuchung forensischer Behandlungsprozesse ein.

Auch in Zukunft wird die Klinik innovative Entwicklungen vorantreiben. Dazu gehören die weitere Realisierung des Safewards-Konzepts, die Zertifizierung der DBT-F-Station (Dialektisch-Behaviorale Therapie-Forensik) und die Leitung eines bundesweiten Forschungsprojekts zum Aufbau einer Datenbank zu Unterbringungen nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB). Der Ausbau von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die stabile Personalrekrutierung unterstreichen das Engagement der Klinik für eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung.

Weitere Schwerpunkte für die Zukunft liegen auf der Aktualisierung des Konzeptes unserer Aufnahmestation, dem Ausbau der Angehörigenarbeit sowie der Einführung neuer Therapieangebote, die sowohl Sexualstraftätern als auch traumatisierten Patientinnen und Patienten zugutekommen sollen. Darüber hinaus stehen die Implementierung einer kontinuierlich trainierten Alarmgruppe und bauliche Maßnahmen zur Optimierung der Krisenräume auf unserer Agenda.

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock bleibt ihrem Leitbild¹ treu: Mit der fortlaufenden Verbesserung von Strukturen und Behandlungsprozessen werden sowohl die Versorgung der Patientinnen und Patienten als auch die Sicherheit in unserer Klinik gestärkt. Diese klar definierten Ziele und Strategien stimmen uns zuversichtlich, künftigen Herausforderungen erfolgreich begegnen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

¹ Leitbild der Klinik für forensische Psychiatrie (2019), siehe Abb. 4

1 ALLGEMEINES

1.1 Strukturen

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock wurde am 16. März 2001 als dritte Maßregelvollzugsklinik (MRV) in Mecklenburg-Vorpommern eröffnet und ergänzte damit die bis dato bestehenden Kliniken in Ueckermünde und Stralsund.

Mit 103 Behandlungsplätzen bietet die Klinik eine spezialisierte Versorgung für psychisch erkrankte Straftäterinnen und Straftäter an, die im Rahmen des Maßregelvollzugs untergebracht sind. Ein besonderer Bestandteil der Behandlungsstruktur war die Therapeutische Außenwohnung (TAWG) für die schrittweise Wiedereingliederung unserer psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Ab dem 01.02.2025 kann diese TAWG aufgrund baulicher Mängel bis auf Weiteres keine Patientinnen und Patienten aufnehmen. Die Suche nach einer geeigneten Ersatzlösung stellt eine Herausforderung dar.

Neben der stationären Behandlung ist der Klinik eine Forensische Institutsambulanz (FIA) angegliedert, die eine wichtige Schnittstelle zur ambulanten Versorgung darstellt. Sie betreut unsere Patientinnen und Patienten im Rahmen der Führungsaufsicht für bis zu 5 Jahre nach der stationären Unterbringung nach.

Für Jugendliche und Heranwachsende steht eine separate Station mit zehn Behandlungsplätzen zur Verfügung, die gezielt auf deren spezifische Bedürfnisse ausgerichtet ist. Für Frauen bieten wir seit 2018 ein spezielles, strukturiertes Angebot in Form einer Frauenstation mit acht Betten an.

Die Abläufe orientieren sich an dem gesetzlichen Auftrag der Klinik zur „Besserung und Sicherung“ der untergebrachten Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet, dass durch gezielte therapeutische Maßnahmen die zugrunde liegenden Störungen behandelt oder gebessert werden, um zukünftige Straftaten zu verhindern. Dabei geht es nicht um Bestrafung, sondern um die Unterstützung der Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg zu einem sucht- und straffreien Leben. Gleichzeitig nimmt die Klinik ihre Verantwortung für die Sicherheit der Bevölkerung sehr ernst.

Die Arbeit der Klinik richtet sich nach den Grundsätzen der Menschenrechte und wissenschaftlich fundierter Behandlungsmethoden. Patientinnen und Patienten werden mit Respekt behandelt und Einschränkungen erfolgen nur in dem Maße, wie es unumgänglich ist, und im Rahmen der rechtlichen Grundlagen. Durch die enge Anbindung an eine Universität (Universitätsmedizin Rostock), eine Besonderheit im deutschen Maßregelvollzug, ergeben sich wertvolle Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Evaluation und kontinuierlichen Verbesserung der therapeutischen Konzepte.

1.1.1 Rechtsgrundlagen der Unterbringung im Maßregelvollzug

Die wichtigsten Aufnahmegrundlagen in den MRV sind wie folgt:

§ 63 StGB – Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben und als schuldunfähig oder vermindert schulfähig gelten, können gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden. Die Unterbringung ist prinzipiell zeitlich unbegrenzt.

§ 64 StGB – Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Straftäterinnen und Straftäter, deren Delinquenz in direktem Zusammenhang mit einer Substanzkonsumstörung steht, können gemäß § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden. Voraussetzungen sind weiterhin eine schwere Substanzkonsumstörung sowie Aussicht auf Erfolg. Hier ist eine

eingeschränkte oder aufgehobene Schuldfähigkeit nicht Voraussetzung und die Unterbringung ist zeitlich begrenzt (2 Jahre + 2/3 der Länge einer parallel angeordneten Haftstrafe).

§ 67h StGB – Befristete Wiederinvolzugsetzung (Krisenintervention): Während der Führungsaufsicht² kann eine zuvor ausgesetzte Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB für maximal drei Monate (mit einer weiteren Verlängerung um 3 Monate) wieder in Vollzug gesetzt werden. Dies ist dann erforderlich, wenn sich der Zustand der entlassenen Person akut verschlechtert und erneute Straftaten befürchtet werden. Die Maßnahme soll dazu beitragen, einen vollständigen Widerruf gemäß § 67g StGB zu vermeiden.

§ 67g StGB – Widerruf der Aussetzung einer Unterbringung: Dieser Paragraph regelt die Voraussetzungen für den Widerruf einer zuvor ausgesetzten Maßregel nach § 63 oder § 64 StGB.

§ 7 JGG – Unterbringung nach Jugendstrafrecht: Jugendliche Straftäterinnen und Straftäter mit psychischen Erkrankungen können gemäß § 7 Jugendgerichtsgesetz (JGG) untergebracht werden. Diese Anordnung dient der spezialisierten Behandlung und Rehabilitation junger Menschen mit forensischem Behandlungsbedarf.

§ 126a StPO – Einstweilige Unterbringung nach Strafprozessordnung: Das Gericht kann nach § 126a Strafprozessordnung (StPO) eine einstweilige Unterbringung anordnen, wenn dies zur Begutachtung der betreffenden Person erforderlich ist und die öffentliche Sicherheit gefährdet erscheint.

Amtshilfe – Kurzzeitige Unterbringung bei akuten Krisen: In bestimmten Fällen kann die Klinik im Rahmen von Amtshilfeersuchen Inhaftierte aus Justizvollzugsanstalten (JVA) in einer psychiatrischen Krise aufnehmen und behandeln. Diese kurzfristige Unterbringungsform dient der Stabilisierung der betroffenen Person und erfolgt in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden.

1.1.2 Alleinstellungsmerkmale der KFP Rostock

Die KFP Rostock nimmt eine zentrale Rolle in der Behandlung psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter sowie der Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte ein. Ihre besonderen Eigenschaften machen sie zu einer unverzichtbaren Einrichtung in Mecklenburg-Vorpommern und darüber hinaus.

- Integrierte Universitätsmedizin: Die KFP ist deutschlandweit die einzige forensisch-psychiatrische Einrichtung, die in eine Universitätsmedizin eingebunden ist. Diese enge Verbindung ermöglicht einen intensiven Austausch zwischen Wissenschaft, Lehre und praktischer Versorgung – ein unschätzbarer Vorteil für die Entwicklung innovativer Therapieansätze im bundesweiten MRV.
- Größte forensische Klinik in Mecklenburg-Vorpommern: Mit ihrer Größe und Kapazität spielt die KFP eine Schlüsselrolle in der Behandlung psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter innerhalb des Bundeslandes. Als größte von drei forensischen Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns³ übernimmt sie eine maßgebliche Versorgungsfunktion.

² Führungsaufsicht ist eine strafrechtliche Maßnahme, die nach der Entlassung aus einer Unterbringung gemäß § 63 oder § 64 StGB greifen kann. Sie dient der Kontrolle und Betreuung der betroffenen Person, um Rückfällen oder weiteren Straftaten vorzubeugen. Die Führungsaufsicht kann verschiedene Auflagen enthalten, wie regelmäßige Meldepflichten, Therapieanweisungen oder Kontaktverbote.

³ Bei den weiteren MRV-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern handelt es sich um das Helios Hanseklinikum Stralsund und das AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie Ueckermünde.

- Spezialisierte Behandlung von Personen mit Substanzkonsumstörungen: Diese werden in Mecklenburg-Vorpommern ausschließlich in der Rostocker KFP untergebracht. Dies ermöglicht eine gezielte und hochspezialisierte Behandlung, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe zugeschnitten ist.
- Separate Jugendstation: Die KFP ist die einzige forensische Klinik in Mecklenburg-Vorpommern mit einer spezialisierten Jugendstation. Hier stehen zehn Behandlungsplätze für Jugendliche ab 14 Jahren bis 21 Jahren zur Verfügung, die aufgrund psychischer Erkrankungen straffällig geworden sind.
- Eigene Frauenstation: Mit acht Behandlungsplätzen bietet die Frauenstation der KFP eine gezielte Versorgung für weibliche Patienten. Diese spezielle Station stellt sicher, dass geschlechtsspezifische Therapieansätze bestmöglich umgesetzt werden können.
- Genesungsbegleitung: Die KFP Rostock ist die einzige MRV-Klinik in MV mit einem festangestellten Genesungsbegleiter und bundesweit die einzige Klinik mit einer solchen Rolle auf einer Festangestelltenbasis im § 64-Bereich.

1.2 Besondere Herausforderungen im MRV

Kliniken für Forensische Psychiatrie erfüllen spezialisierte Aufgaben. Sie sind keine Gefängnisse, sondern psychiatrische Fachkliniken, die sowohl therapeutische als auch sicherheitsrelevante Anforderungen erfüllen müssen. Dabei stehen sie vor komplexen Herausforderungen, die sich aus den Lebensgeschichten und Erkrankungsbildern der Patientinnen und Patienten, dem mangelnden Fachpersonal sowie den räumlichen Gegebenheiten u. v. a. m. ergeben.

Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten im MRV bringen häufig vielschichtige Problematiken mit. Ihre Vorgeschichten sind oft geprägt von Missbrauchserfahrungen, Vernachlässigung und instabilen sozialen Strukturen mit häufig wechselnden Bezugspersonen. Früher Substanzkonsum und kriminelle Handlungen unterbrechen die schulische und berufliche Sozialisation, sodass therapeutische Maßnahmen weit über die medizinische Behandlung einer psychischen Erkrankung hinausgehen müssen. Viele Patientinnen und Patienten begegnen der Therapie zunächst mit Misstrauen und mangelnder Motivation, sodass ein zentraler Bestandteil der therapeutischen Arbeit darin besteht, eine tragfähige Therapiemotivation aufzubauen.

Zusätzlich zeigt sich im forensischen Setting ein teilweise hoher Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben. Um ihnen den Zugang zur Therapie zu erleichtern, werden häufig Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingebunden sowie Sprachkurse angeboten. Dies trägt maßgeblich dazu bei, Verständigungsbarrieren zu reduzieren und die Therapieeffektivität zu verbessern.

Zum Stichtag 31.12.2024 hatte ein Anteil von 16,0 % unserer klinisch untergebrachten Patientinnen und Patienten einen Migrationshintergrund. Dies entspricht 15 von insgesamt 94 Personen – ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. Am 31.12.2023 lag dieser Anteil noch bei 5,8 %, also nur 6 von 103 Personen. Ein Blick auf die deutsche Maßregelvollzugsstatistik „Stichtagserhebung gemäß § 64 StGB, 2024“ (Quade et al., 2024) zeigt jedoch im Bundesdurchschnitt eine wesentlich höhere Quote von 41 % der Patientinnen und Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren.

Diese Zahlen unterstreichen die dynamische Veränderung innerhalb unserer Klinik und werfen spannende Fragen zur zukünftigen Entwicklung sowie zur Anpassung unserer Angebote auf.

Personal

Vom Personal werden spezialisierte fachliche Kompetenzen sowie ein ausgeprägtes Maß an Empathie erwartet – bei gleichzeitiger Wahrung professioneller Nähe und Distanz. Der Fachkräftemangel stellt viele Einrichtungen vor die Herausforderung, qualifiziertes Personal zu gewinnen und langfristig zu binden. Dies gelingt am ehesten durch attraktive Arbeitsbedingungen, umfassende Weiterbildungsangebote und eine gezielte In-House-Qualifizierung, die den spezifischen Anforderungen der forensischen Psychiatrie gerecht wird.

Neben der Rekrutierung neuer Fachkräfte gewinnt auch in unserer Klinik die langfristige Personalbindung zunehmend an Bedeutung. Die Klinikleitung der KFP richtet deshalb ihre strategischen Maßnahmen gezielt darauf aus, derzeitig Mitarbeitende nachhaltig zu fördern und zu halten. Langfristig profitieren nicht nur die Patientinnen und Patienten von hochqualifiziertem Personal, sondern auch die gesamte Einrichtung von stabilen und erfahrenen Teams sowie die Bevölkerung von einer effektiven Behandlung.

Räumliche Ressourcen

Viele Kliniken stehen hinsichtlich ihrer räumlichen Kapazitäten vor erheblichen Herausforderungen – oft bedingt durch hohen Belegungsdruck und ungeeignete Gebäude oder Räume. Wissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass die Gestaltung der Umgebung im MRV das Verhalten und die therapeutische Zusammenarbeit beeinflussen kann. In der Fachliteratur wird beispielsweise betont, dass eine freundliche und großzügige Umgebung dazu beitragen kann, aggressives Verhalten zu reduzieren und die Zusammenarbeit zwischen Patientinnen/Patienten und Therapeutinnen/Therapeuten zu fördern (Jansen et al., 2020).

Auch die KFP Rostock sieht sich mit überalterten, sanierungsbedürftigen Strukturen konfrontiert, die sowohl die Durchführung therapeutischer Maßnahmen als auch den Arbeitsalltag des Personals beeinflussen.

Fazit der Herausforderungen

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden verschiedene Maßnahmen angestoßen, darunter Budgetverhandlungen, die eine bessere finanzielle Grundlage und Planbarkeit ermöglichen, sowie die Optimierung der Ausbildungsmaßnahmen und umfangreiche Instandhaltungsmaßnahmen.

Die KFP Rostock geht diese Herausforderungen aktiv an, um auch in Zukunft eine nachhaltige, effektive und sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

1.3 Organisationsstrukturen

1.3.1 Leitungsstruktur

In 2024 gab es in der Organisations- sowie der Leitungsstruktur keine Veränderungen (s. Abb. 1).

Ärztliche Leitung/Klinikdirektorin

Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD MRCPsych DiplForPsych

Telefon: 0381 494 4800

Fax: 0381 494 4802

E-Mail: birgit.voellm@med.uni-rostock.de

Pflegedienstleitung

Herr Matthias Bielesch

Telefon: 0381 494 4810

E-Mail: Matthias.Bielesch@med.uni-rostock.de

Leiter Sicherheit/Administrator

Herr Harald Ahrendt

Telefon: 0381 494 4850

E-Mail: harald.ahrendt@med.uni-rostock.de

Weitere Kontaktmöglichkeiten bzw. allgemeine Informationen entnehmen Sie bitte der Homepage der Forensik Rostock <https://www.forensik.med.uni-rostock.de> bzw. dem [Twitteraccount @ForensicRostock](#).

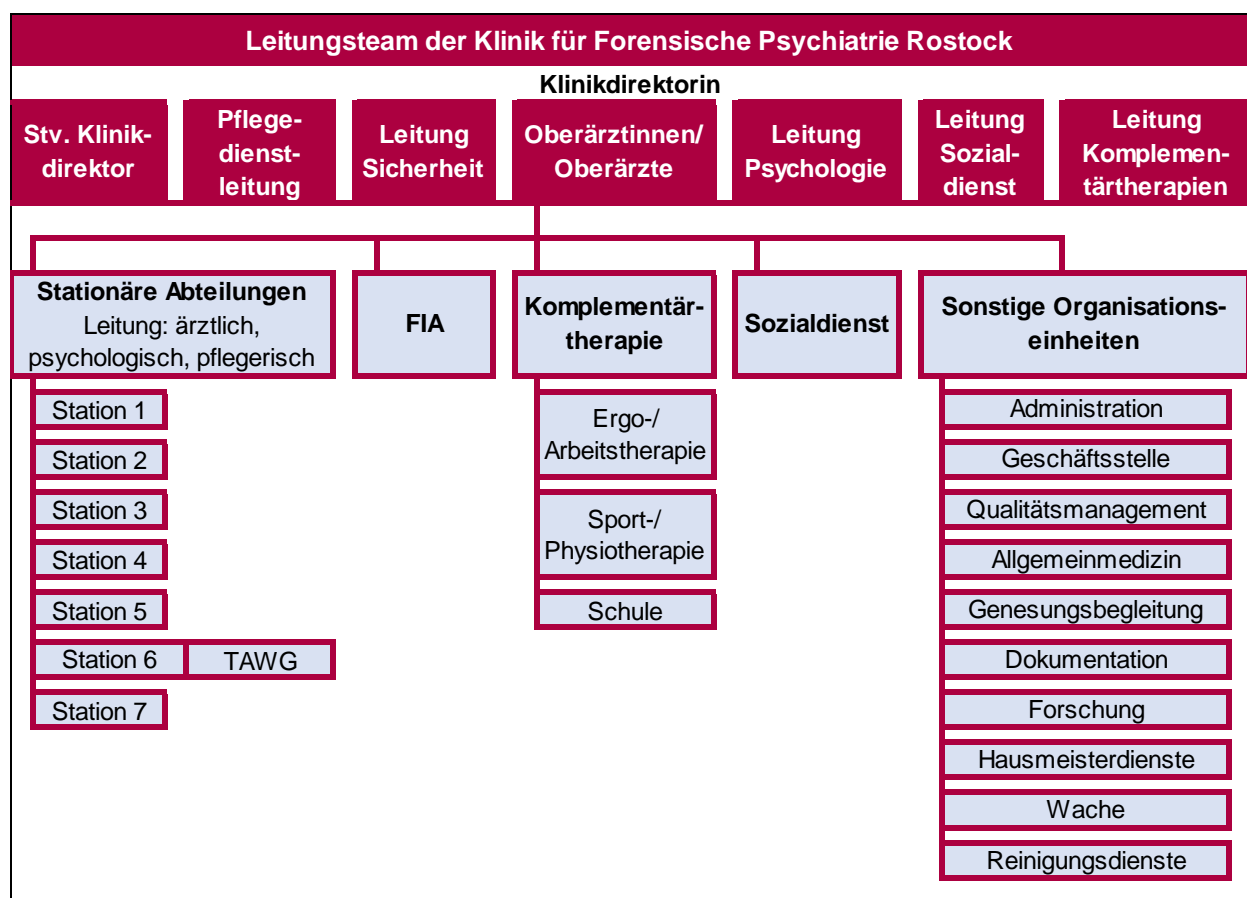


Abbildung 1: Organigramm

Legende

FIA: Forensische Institutsambulanz; TAWG: Therapeutische Außenwohnung

1.3.2 Stationen

Die Patientinnen und Patienten in der KFP weisen ein breites Spektrum an psychiatrischen Störungsbildern sowie verschiedene Delikte auf. Diese Heterogenität bringt vielfältige und individuelle Behandlungsbedürfnisse mit sich, die gezielte und differenzierte Interventionen erfordern. Um eine möglichst effektive Behandlung und Rehabilitation zu gewährleisten, wird für jede untergebrachte Person ein maßgeschneidertes, evidenzbasiertes Behandlungskonzept erstellt. Diese Konzepte basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen

und werden kontinuierlich an den individuellen Fortschritt der Patientinnen und Patienten angepasst.

Die differenzierte Behandlung erstreckt sich über alle Bereiche der Versorgung, einschließlich Therapie, sozialer Unterstützung und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Stationen sind innerhalb der Klinik spezialisiert, um spezifischen Patientengruppen gerecht zu werden, wie etwa suchtkranken, jugendlichen oder weiblichen Straftäterinnen und Straftätern. Eine solche Spezialisierung stellt sicher, dass nicht nur die individuellen Bedürfnisse besser berücksichtigt werden können, sondern auch die Fachkompetenz des Personals in der Arbeit mit bestimmten Gruppen gezielt gefördert wird (s. Abb. 2).

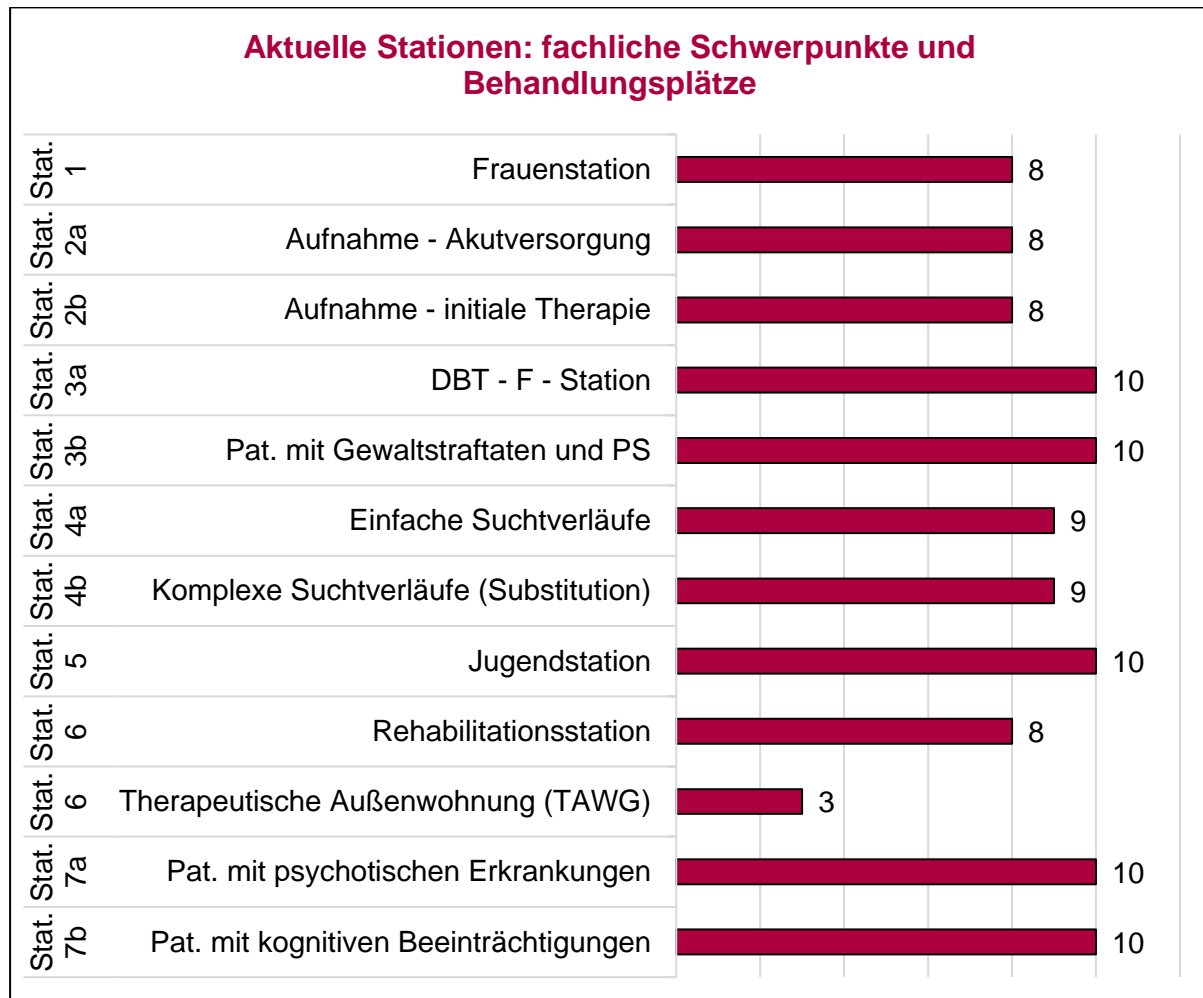


Abbildung 2: Stationen mit fachlichen Schwerpunkten

Legende:

Pat. - Patienten

DBT-F - Dialektisch-Behaviorale Therapie-Forensik

PS - Persönlichkeitsstörungen

Durch den Einsatz moderner Behandlungsmethoden, die Schaffung spezialisierter Wohngruppen und die kontinuierliche Weiterbildung des Personals wird eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet. Dies trägt nicht nur zur Stabilisierung und Genesung der Patientinnen und Patienten bei, sondern leistet auch einen wesentlichen Beitrag zur langfristigen Wiedereingliederung in die Gesellschaft und zur Sicherheit der Bevölkerung.

1.4 Behandlungsphasen

Die Behandlung in der KFP gliedert sich in verschiedene aufeinander aufbauende Phasen, deren Dauer von Art und Schwere der Erkrankung abhängt (s. Abb. 3):

- Aufnahmephase: Beginnend mit einer umfassenden Diagnostik, an der multiprofessionelles Personal beteiligt ist, umfasst diese Phase die Akutbehandlung sowie die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans. Sie dauert in der Regel etwa drei Monate.
- Behandlungsphase: In dieser Phase stehen auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene Interventionen im Mittelpunkt. Behandlungspläne werden regelmäßig überprüft und aktualisiert. Graduelle Lockerungen sind ein wesentlicher Bestandteil dieser und der nächsten Phase.
- Reintegrationsphase: Der Fokus liegt auf der Vorbereitung zur Entlassung durch Maßnahmen zur Außenorientierung, wie Praktika, Wohnungssuche oder den Aufbau eines unterstützenden Umfeldes.
- Nachsorgephase: Nach der Entlassung erfolgt eine ambulante Nachbetreuung in der Forensischen Institutsambulanz (FIA), üblicherweise über fünf Jahre, um Integration und frühzeitige Intervention bei Risiken sicherzustellen.

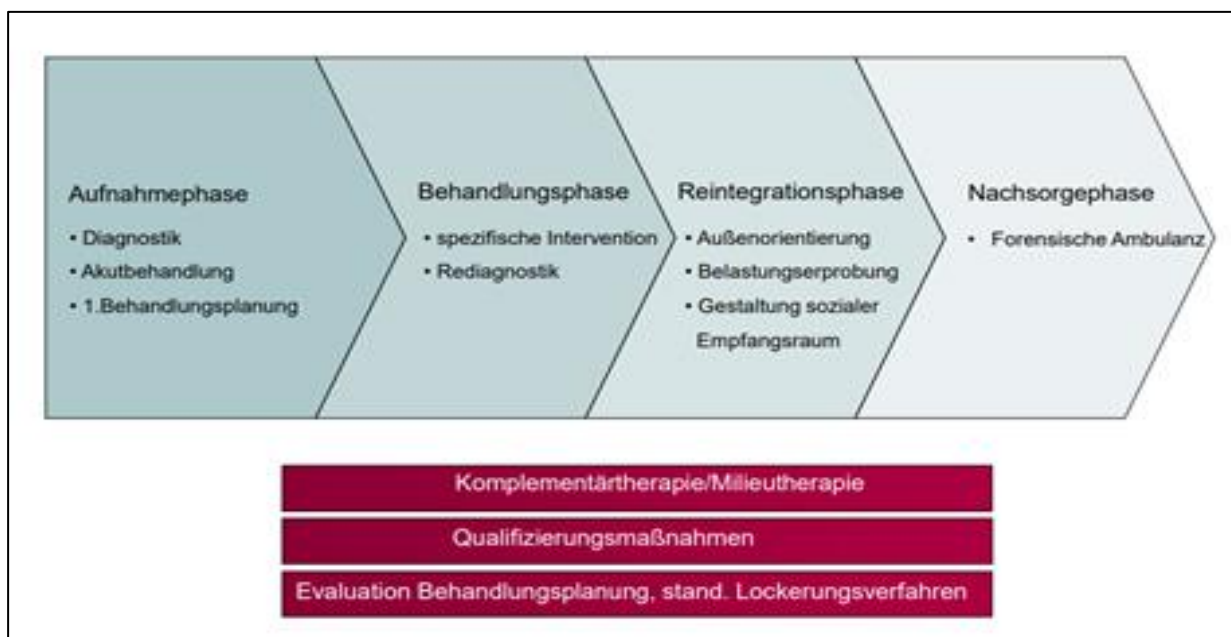


Abbildung 3: Behandlungsphasen in der KFP

1.5 Aufsichtsführende Stellen

Die Organisation des MRV in Deutschland fällt in die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer, die gemäß der föderalen Struktur für die Umsetzung und Ausgestaltung verantwortlich sind. Jedes Bundesland hat eigene Regelungen und Einrichtungen geschaffen, um die Sicherstellung einer qualifizierten Behandlung und Betreuung psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter zu gewährleisten.

In Mecklenburg-Vorpommern, dem Bundesland, in dem sich die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock befindet, teilen sich zwei Ministerien die Fachaufsicht über den MRV.

Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit ist zuständig für die medizinische und therapeutische Ausgestaltung des MRV. Es überwacht die Einhaltung von Standards in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychisch kranker Straftäterinnen sowie Straftäter und stellt das Budget für die Behandlung.

Das Justizministerium übernimmt die fachliche Verantwortung für Sicherheitsfragen. Dies umfasst die Gewährleistung eines sicheren Umfelds sowohl innerhalb der drei MRV-Einrichtungen als auch in der Zusammenarbeit mit externen Partnern, wie beispielsweise der Polizei und Justiz. Das Ministerium ist auch für die rechtliche Ausgestaltung des MRV sowie die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zuständig, um die öffentliche Sicherheit zu gewährleisten.

Eine enge Zusammenarbeit dieser beiden Ministerien sichert eine ganzheitliche Behandlung im MRV, die sowohl den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten als auch den Anforderungen an Sicherheit und Recht entspricht. Darüber hinaus ermöglicht diese Struktur eine koordinierte Weiterentwicklung der forensisch-psychiatrischen Versorgung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

1.6 Leitbild – Werte, Ziele und Visionen

Unser Leitbild, 2019 formuliert, verkörpert die grundlegenden Prinzipien und Ambitionen des Personals der KFP. Es dient nicht nur als Leitfaden für das tägliche Handeln der Teams, sondern auch als ein verbindliches Versprechen gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden sowie der Öffentlichkeit (s. Abb. 4).

Das Leitbild schafft Klarheit über die Werte, die uns antreiben – von respektvoller Zusammenarbeit über innovative Behandlungskonzepte bis hin zur Förderung individueller Entwicklung und gesellschaftlicher Wiedereingliederung. Es definiert unsere Ziele, die nicht nur auf die bestmögliche Versorgung psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter ausgerichtet sind, sondern auch darauf, höchste Standards in Forschung und Lehre zu setzen. Gleichzeitig richtet es den Blick nach vorn und skizziert eine Vision einer zukunftsorientierten und verantwortungsvollen forensischen Psychiatrie.

Für das Personal bietet das Leitbild eine klare Orientierungshilfe im oft komplexen und anspruchsvollen Arbeitsumfeld an. Es fördert die Identifikation mit den zentralen Werten der Klinik und ermöglicht eine einheitliche Ausrichtung bei Entscheidungen und Herausforderungen. Für unsere Patientinnen und Patienten steht das Leitbild für Transparenz und Verlässlichkeit: Es zeigt ihnen, welche Prinzipien unser Handeln leiten und welche Ziele wir gemeinsam verfolgen (s. Abb. 4).

Leitbild der Klinik für Forensische Psychiatrie

Unsere Aufgabe

Als Maßregelvollzugseinrichtung ist unsere gesetzliche Aufgabe die „Besserung und Sicherung“ der in unserer Klinik untergebrachten Patienten. Diese Unterbringung erfolgt aufgrund einer psychischen Erkrankung, die mit der Straffälligkeit des Patienten im Zusammenhang steht. Unser Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen, aber auch Patienten mit anderen Diagnosen können in unserer Klinik aufgenommen werden. Jugendliche und junge Erwachsene werden auf einer für diese Gruppe spezialisierten Station behandelt.

Im Zentrum der Behandlung stehen die Diagnose und Therapie der vorliegenden psychischen Erkrankungen sowie eine genaue Analyse und Behandlung der Faktoren, die zur Straffälligkeit geführt haben (Risikomanagement). Die Behandlung findet in einem gesicherten Rahmen statt, der diese oft erst möglich macht und den Schutz der Bevölkerung vor weiteren Straftaten gewährleisten soll. Therapie und Sicherung sehen wir als gleichbedeutende Aufgaben an.

Wir sehen unseren Behandlungsauftrag jedoch weiter gefasst: Wir wollen unseren Patienten helfen, ihre Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen und im Rahmen ihrer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnisse ihr individuelles Potential zu erreichen. Letztlich ist es unser Ziel, die Patienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen ein selbstbestimmtes, erfülltes sowie straffreies Leben in Freiheit zu ermöglichen. Hierzu erfolgt parallel zum fortschreitenden Therapieerfolg eine graduelle Lockerung der gesicherten Unterbringung, z. B. durch Ausgänge und Außenaktivitäten. Die Behandlung setzt sich im Rahmen unserer forensischen Institutsambulanz auch nach der Entlassung fort.

Leitmotive unserer Arbeit

Wir sind eine Klinik und kein Gefängnis. Unsere Aufgabe ist die therapeutische Begleitung und Hilfestellung, nicht die Bestrafung.

Wir sind davon überzeugt, dass jeder Mensch sich entwickeln und verändern kann. Jeder verdient die Chance auf einen Neuanfang. Wir holen unsere Patienten da ab, wo sie gerade stehen, und geben ihnen Hoffnung, dass sie ihr Leben verbessern können.

Unser Menschenbild ist ganzheitlich ausgelegt, d. h., wir berücksichtigen körperliche, seelische und geistige Aspekte.

Unsere Arbeit orientiert sich zum einen an der unantastbaren Menschenwürde, zum anderen an den Menschenrechten. Dies bedeutet, dass wir unsere Patienten als selbstbestimmte Individuen sehen, denen wir mit Respekt, Akzeptanz und Wertschätzung, aber auch konsequent begegnen.

Patientenorientierung

Im Hinblick auf die therapeutische Arbeit bedeuten diese Grundsätze, dass wir Entscheidungen nicht für oder über, sondern mit den Patienten treffen. Die Behandlung basiert auf einem individuellen, auf den jeweiligen Patienten zugeschnittenen und mit diesem gemeinsam entwickelten Behandlungsplan. Dabei wird der Reflexion des Patienten in Bezug auf sein Suchtverhalten, seine Straftaten sowie seine Werte und Normen besondere Bedeutung beigemessen. Die Behandlung umfasst sowohl die Verminderung von Risikofaktoren als auch die Stärkung der Ressourcen des Patienten. Wenn möglich, beziehen wir auch das soziale Umfeld in die Therapie mit ein.

Die Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung geht notwendigerweise mit bestimmten Einschränkungen der Selbstbestimmung einher. Diese müssen jedoch auf konkreten rechtlichen Grundlagen beruhen, notwendig, verhältnismäßig und nachvollziehbar sein. Dies bedeutet, dass wir Patienten nicht mehr als unbedingt notwendig, z. B. zur Abwehr von Gefahren und zum Erhalt der Sicherheit, in ihrem Selbstbestimmungsrecht einschränken. Wir haben hierzu detaillierte Richtlinien und arbeiten durch Dokumentation als auch Überwachung aktiv und gezielt auf eine Abnahme von Einschränkungen und Zwangsmaßnahmen hin. Wir suchen nach Wegen, wie wir die Patienten nicht nur in die eigene Behandlung, sondern auch in die Abläufe auf den Stationen und der Klinik als Ganzes einbeziehen können.

Unsere Mitarbeiter

Wir arbeiten im multiprofessionellen Team, in dem Mitarbeiter aller Berufsgruppen mit ihren sich ergänzenden Erfahrungen kooperativ zusammenarbeiten.

Der Umgang mit unseren Patienten erfordert ein hohes Maß an Professionalität. Daher legen wir großen Wert auf die regelmäßige Weiterbildung unserer Mitarbeiter, intern und extern, sowie auf den Austausch mit anderen Einrichtungen im In- und Ausland. Hieraus ergeben sich auch Anregungen zur Weiterentwicklung unserer Konzepte.

Die Arbeit mit unseren Patienten kann belastend sein. Daher ist es wichtig, dass die Mitarbeiter die Auswirkungen ihrer Arbeit auf sich selbst sowie den Einfluss ihrer eigenen Verhaltensweisen auf das therapeutische Klima in einem unterstützenden Rahmen reflektieren können. Dies geschieht in regelmäßigen Supervisionen.

Unsere Mitarbeiter haben auch Vorbildfunktion, z. B. durch den konstruktiven und sachlichen Umgang mit Kritik und den wertschätzenden Umgang miteinander.

Leitung

Das multiprofessionelle Leitungsteam hat eine besondere Verantwortung für das Erreichen der Ziele der Klinik unter Berücksichtigung der tragenden Werte. Als Leitungsteam wollen wir auch Vorbild sein für den respektvollen und offenen Umgang miteinander.

Wir streben einen partizipativen Führungsstil an, wobei Mitarbeiter einbezogen und an Entscheidungen beteiligt werden. Wir streben nach größtmöglicher Transparenz und wollen Veränderungen gemeinsam mit den Mitarbeitern erreichen. Wir suchen aktiv den Dialog und begrüßen Ideen und Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern.

Qualitätsmanagement

Die Messung der Qualität unserer Arbeit ist für uns selbstverständlich. Hierzu haben wir ein Qualitätsmanagementteam, dessen Aufgabe es ist, Qualitätskriterien für unsere Klinik zu entwickeln, diese Indikatoren regelmäßig zu messen und die Ergebnisse zu kommunizieren. Längerfristig streben wir die Zertifizierung unserer Klinik, z. B. nach dem KTQ-System (Kooperation für Transparenz und Qualität), an.

Bei der Qualitätskontrolle berücksichtigen wir verschiedene Kriterien, vom Einhalten von Betriebsprozessen bis hin zur Legalbewährung unserer Patienten. Wir führen regelmäßige Befragungen der Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung in unserer Klinik durch. Selbstverständlich können sich unsere Patienten sowohl intern als auch extern beschweren; wir sehen dies nicht als Bedrohung, sondern als Möglichkeit, unsere Arbeit weiter zu verbessern.

Durch die enge Anbindung an die Universität und unser eigenes Forschungsteam haben wir exzellente Möglichkeiten, unsere Arbeit auch wissenschaftlich zu evaluieren. Aufgrund dieser Ergebnisse und der internationalen Literatur entwickeln wir unsere Konzepte immer weiter.

Abbildung 4: Leitbild der KFP (2019)

2 BEHANDLUNG UND REHABILITATION

Das zentrale Ziel der Behandlung im MRV ist die Verhinderung erneuter Straftaten. Um dieses Ziel zu erreichen, gehen den therapeutischen Maßnahmen umfassende diagnostische Schritte voraus, die individuell an die Bedürfnisse und Umstände der untergebrachten Personen angepasst werden.

2.1 Diagnostik – eine fundierte Basis für die Therapie

Die Diagnostik bildet die Grundlage für jede Behandlung im MRV. Zu Beginn erfolgen eine detaillierte Anamneseerhebung und die Erfassung des körperlichen und psychischen Status. Es wird eine umfassende Diagnostik durchgeführt, bei der Interviews, Fragebögen und psychometrische Tests⁴ eingesetzt werden. Folgende Instrumente werden in der Diagnostik eingesetzt (s. Abb. 5f.):

Domäne	Diagnostik	Zeitpunkt
Suizidalität: aktuelles Risiko	Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)	unmittelbar nach der Aufnahme
Suizidalität: Basisrisiko	Viennese-Instrument for Suicidality in Correctional Institutions (VISCI)	innerhalb der ersten Woche bei akuter Suizidalität, sonst innerhalb der ersten 2 Monate
Aktuelle Symptomatik	Symptom Checklist 90 Revised (SCL -90)	innerhalb der ersten 2 Monate
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) - 5-Diagnose	Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV)	innerhalb der ersten 2 Monate
Persönlichkeitsdiagnostik	Structured Clinical Interview for DSM - 5 - Personality Disorders (SCID-5-PD)	innerhalb der ersten 2 Monate

Abbildung 5: Diagnostikinstrumente Basics

Patientinnen/Patienten mit Unterbringungsgrundlage § 63 StGB, § 64 StGB (bzw. Entsprechungen im JGG), § 67g StGB:

Folgende diagnostische Verfahren werden zusätzlich bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen bereits ein therapeutischer Auftrag nach den obigen Paragraphen besteht, durchgeführt. Ggf. kann dies bei Patientinnen bzw. Patienten nach § 126a StPO auch vor der endgültigen Verurteilung durchgeführt werden, wenn eine hinreichend große Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung besteht oder es aus anderen Gründen zielführend erscheint.

⁴ Psychometrische Tests sind standardisierte Verfahren zur Messung psychologischer Merkmale wie Intelligenz oder Persönlichkeit.

Domäne	Diagnostik	Anmerkungen	Zeitpunkt
Kognitives Leistungsniveau (IQ)	Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) bzw. Standard Progressive Matrices (SPM) bei unzureichender Sprachkompetenz	-	innerhalb der ersten 2 Monate
Persönlichkeitsstil	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)	-	innerhalb der ersten 2 Monate
Konzeptualisierung und Prognose Gewalt	Historical-Clinical-Risk Management 20, Version 3 (HCR-20 V 3)	bei Patientinnen/ Patienten mit Gewaltdelikt in letzten 5 Jahren	innerhalb der ersten 2 Monate
Risiko Sexualsträtfäterinnen/ Sexualsträtfäter	Static-99	bei Patientinnen/ Patienten mit Sexualdelikten in den letzten 5 Jahren	innerhalb der ersten 2 Monate
Risiko Sexualsträtfäterinnen/ Sexualsträtfäter	Stable-2007	bei Patientinnen/ Patienten mit Sexualdelikten in den letzten 5 Jahren	innerhalb der ersten 2 Monate
Psychopathy	Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)	bei Patientinnen/ Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung	innerhalb der ersten 2 Monate

Abbildung 6: Diagnostikinstrumente – zusätzliche Nutzung

Ziel der Diagnostik ist neben der Feststellung etwaiger psychiatrischer Erkrankungen die Entwicklung einer Delikthypothese. Durch die Analyse individueller Informationen lassen sich Rückschlüsse auf die Dynamik des delinquenten Verhaltens ziehen. Diese Hypothese bildet die Grundlage für eine präzise Behandlungsplanung und unterstützt die Entwicklung effektiver Rückfallpräventionsstrategien (Dölling et al., 2022).

Für die Risikoeinschätzung und das Risikomanagement wird der HCR-20 V3 (Historical-Clinical-Risk Management, Version 3) verwendet: Als eines der international führenden Instrumente zur Risikobewertung wird der HCR-20 V3 speziell für Personen genutzt, die Gewaltstraftaten begangen haben. Historische, klinische und risikomanagementbezogene Faktoren werden systematisch analysiert und fließen in die Behandlung ein, um risikorelevante Aspekte gezielt zu adressieren. (Müller-Isberner et al., 2014)

Schritte in Richtung Rehabilitation

Mit der Diagnostik als stabiler Grundlage können individuell abgestimmte Behandlungskonzepte entwickelt werden, die das Ziel verfolgen, individuelle Risiken zu

minimieren und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu fördern. Die Kombination aus wissenschaftlich fundierten Ansätzen und flexibler Anpassung an die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten ist für eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation essentiell.

2.2 Behandlungsplanung im forensischen Setting

Die Behandlungsplanung spielt eine zentrale Rolle und muss die spezifischen Bedürfnisse von Straftäterinnen und Straftätern mit psychischen Störungen berücksichtigen, um den Ansprüchen eines erfolgreichen Behandlungsergebnisses gerecht zu werden.

Dabei orientieren wir uns an dem RNR-Modell (Risk, Need, Responsivity). Dieses Modell berücksichtigt drei entscheidende Prinzipien:

- Risikoprinzip: Die Behandlungsintensität wird an das individuelle Risikolevel angepasst, sodass Personen mit höherem Risiko intensivere Interventionen erhalten.
- Bedürfnisprinzip: Kriminogene Faktoren, die in direktem Zusammenhang mit Straftaten stehen, werden gezielt behandelt und reduziert.
- Ansprechbarkeitsprinzip: Die Therapie orientiert sich an der individuellen Ansprechbarkeit der Patientinnen und Patienten, wobei Faktoren wie kognitive Fähigkeiten und Motivation eine zentrale Rolle spielen (Stück & Brunner, 2022).

Da unsere Patientinnen und Patienten häufig schwer psychisch erkrankt sind und komplexe Hilfebedarfe aufweisen, ist die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans in schriftlicher Form unabdingbar. Dieser wird durch das multiprofessionelle Team, das sich aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Pflegekräften sowie Fachpersonal für Komplementärtherapien zusammensetzt, in enger Abstimmung mit den Betroffenen erarbeitet. Dabei werden das im Grundgesetz verankerte Recht auf Selbstbestimmung und das Prinzip des „shared decision making“⁵ des Patientengesetzes aktiv umgesetzt werden (Klemperer, 2024).

Die verschiedenen Fachdisziplinen bringen ihr Wissen und ihre Erfahrungen ein, um den komplexen psychosozialen Belastungen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Der regelmäßige Austausch unter den Teammitgliedern sorgt dafür, dass die Behandlung ganzheitlich und zielgerichtet gestaltet werden kann.

Die Diagnostikphase liefert die essenziellen Grundlagen für die individuelle Behandlungsplanung. Die Ergebnisse dieser Phase fließen in die Festlegung klar definierter Behandlungsziele und Maßnahmen ein. Diese Ziele sowie der Fortschritt in der Umsetzung der Maßnahmen werden regelmäßig evaluiert und an den jeweiligen Therapieverlauf angepasst. Das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung fördert dabei die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten in den therapeutischen Prozess.

Nach Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erfolgt die Erstellung eines initialen Behandlungsplans, der die therapeutischen Zielsetzungen sowie die erforderlichen Maßnahmen, insbesondere auch im Hinblick auf die Risikominimierung, definiert. Dieser Plan gilt für einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten (je nach Unterbringungsgrundlage) und unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung und Anpassung.

⁵ „Shared Decision Making“ bezeichnet die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Fachkräften und Patientinnen bzw. Patienten unter Berücksichtigung medizinischer Expertise und individueller Wünsche.

Der individuelle Wochentherapieplan enthält die spezifischen Therapieangebote mit den entsprechenden Zeiten und Formen. Ein strukturierter Ablauf gewährleistet die regelmäßige Bereitstellung der aktuellen Planungen. Ergänzend hierzu werden alle relevanten Termine der Wohngruppe im Stationswochenplan aufgeführt, der über die Infotafel einsehbar ist.

Die Elemente des Behandlungsplans sind:

- Kurze Zusammenfassung der Vorgeschichte
- Fallkonzeptualisierung mit Delikthypothese
- Behandlungsziele: Kurz-, mittel- und langfristige Zielsetzungen
- Maßnahmen, diese Ziele zu erreichen, sowie die jeweiligen Verantwortlichkeiten, z. B.
 - Einzel- und Gruppentherapie
 - Medizinisch-psychiatrische Maßnahmen, einschließlich Konsile und Medikation
 - Sozial- und Milieuthherapie⁶
 - Komplementärtherapien⁷
 - Pädagogische und sozialtherapeutische Maßnahmen
- Lockerungskonzept: stufenweise Erweiterung der Freiheiten der Patientinnen und Patienten.
- Einbindung von Angehörigen: Berücksichtigung familiärer oder sozialer Netzwerke im Therapieprozess.

Die Einführung schriftlicher Vorgaben und strukturierter Prozesse hat die Qualität der Behandlungsplanung in der KFP erheblich verbessert. Trotz der noch bestehenden Herausforderung, innerhalb der ersten acht Wochen eine vollständige Diagnostik und initiale Behandlungsplanung abzuschließen, trägt die Implementierung eines halbjährlichen Monitorings der Diagnostik- und Behandlungsplanung wesentlich zu einer effizienteren und patientenzentrierten Versorgung bei.

2.3 Behandlungsmethoden

Das PsychischKrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V) regelt die Unterbringung psychisch kranker Personen, einschließlich jener, die im Zusammenhang mit Straftaten gemäß StGB, StPO (Strafprozessordnung) und JGG untergebracht sind. Die gesetzlichen Vorgaben sehen eine umfassende medizinische und psychosoziale Behandlung und Betreuung vor, mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Diese Grundsätze gelten auch für die Patientinnen und Patienten der KFP.

Die Kriminaltherapie in der KFP Rostock basiert auf einer Vielzahl therapeutischer Maßnahmen:

- Medizinische Versorgung: allgemeinmedizinische und psychiatrische Betreuung.
- Psychologische und psychotherapeutische Interventionen: Behandlung im Einzel- und Gruppensetting.

⁶ Sozial- und Milieuthérapie umfasst therapeutische Maßnahmen zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Gestaltung eines stabilen Lebensumfelds.

⁷ Komplementärtherapien umfassen ergänzende Therapieansätze wie beispielsweise Ergo-, Arbeits-, Bewegungs- oder Entspannungstherapien zur Unterstützung des Heilungsprozesses.

- Sozio- und Milieuthherapie: Förderung sozialer Kompetenzen und Stabilisierung des Lebensumfelds.
- Pflegeangebote: Unterstützung im Alltag und Begleitung der Therapieprozesse.
- Ergotherapie: Förderung kognitiver und motorischer Fähigkeiten durch praktische Tätigkeiten.
- Sport- und Physiotherapie: Bewegungstherapeutische Maßnahmen zur körperlichen und psychischen Stabilisierung.
- Beschulung: Bildungsangebote zur Förderung schulischer und beruflicher Perspektiven.
- Sozialdienst: Unterstützung bei der Reintegration und sozialen Vernetzung.
- Genesungsbegleitung: Peer-Unterstützung durch eine Person mit eigener Genesungserfahrung, konkret mit Sucht- und Haft Erfahrung.
- Seelsorge: seelsorgerische Begleitung.
- Lockerungen: stufenweise Erweiterung der persönlichen Freiheiten als Teil der Behandlung.
- Forensische Institutsambulanz: Nachsorge und therapeutische Begleitung über den stationären Aufenthalt hinaus.

Die Grundlage der Interventionen bildet das Motivational Interviewing, das darauf abzielt, Ambivalenzen zu erkennen und die intrinsische Motivation sowie die individuelle Veränderungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten zu fördern.

2.3.1 Medizinische Versorgung

Allgemeinmedizinische Versorgung

An der KFP ist ein Allgemeinmediziner tätig, der neu aufgenommene Patientinnen und Patienten allgemeinmedizinisch untersucht und die hausärztliche Versorgung übernimmt. Falls medizinische Leistungen außerhalb der Allgemeinmedizin oder Psychiatrie erforderlich sind, erfolgt die Behandlung durch externe Leistungserbringer, überwiegend die Universitätsmedizin Rostock, die in den Behandlungsprozess eingebunden wird.

Für die innerklinische (Not-)Versorgung steht folgende Medizintechnik zur Verfügung:

- EKG-Gerät zur Erfassung der Herzaktivität
- Perfusor (Spritzenpumpe) zur kontrollierten Medikamentenverabreichung
- Sauerstoffflasche für die akute Sauerstofftherapie
- Zwei Defibrillatoren zur Wiederbelebung bei Herzstillstand
- Vier medizinische „Standard-Notfallkoffer Uni Rostock“ mit umfassender Notfallausrüstung

Psychiatrische Versorgung

Jede Patientin bzw. jeder Patient erhält im Aufnahmeprozess sowie fortlaufend eine ärztlich-psychiatrische Betreuung. Nach eingehender Diagnosestellung wird entschieden, ob eine medikamentöse Therapie erforderlich ist. Diese kann die Gabe von Psychopharmaka wie

Antidepressiva, Antipsychotika oder Stimmungsstabilisatoren⁸ umfassen und wird immer durch psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen ergänzt. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit spielt dabei eine zentrale Rolle.

Im Bereich der suchtmmedizinischen Versorgung wird zwischen einer körperlichen Entgiftung und einer qualifizierten Entzugs- oder Entwöhnungstherapie unterschieden. Insbesondere in der Aufnahmephase können Patientinnen und Patienten mit einer Substanzkonsumstörung eine symptomgesteuerte, medikamentengestützte Entzugsbehandlung erhalten, sofern dies indiziert ist. Ein sogenannter „kalter Entzug“, also ein Entzug ohne medikamentöse Unterstützung, wird in der KFP nicht durchgeführt.

Bei Opiatabhängigkeit bieten wir eine leitliniengerechte Substitutionstherapie an. Im Jahr 2024 erhielten 11,9 % der in der Klinik untergebrachten Patientinnen und Patienten eine entsprechende Behandlung. Die Substitutionsbehandlungen erfolgten ausschließlich bei Personen mit der Unterbringungsgrundlage gemäß § 64 StGB. Von insgesamt 135 untergebrachten Personen wurden 11 oral mit Subutex behandelt, 6 erhielten das Depotpräparat Buvidal und 5 wurden mit Levomethadon substituiert.

Auf nationaler Ebene ergibt sich laut Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, 2025) ein etwas anderes Bild: Levomethadon wird mit einem Anteil von 38,7 % gelistet, während Buprenorphin - ohne weitere Differenzierung – mit einem Anteil von 23,8 % ebenfalls eine bedeutende Rolle spielt. In der „Deutschlandweiten Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB“ (Quade et al., 2024) wurde angegeben, dass zum Zeitpunkt der Erhebung 10,1 % der Patientinnen und Patienten substituiert waren.

Diese Zahlen eröffnen einen differenzierten Blick auf die aktuelle Versorgungslage und machen deutlich, dass moderne Substitutionsmethoden zunehmend an Bedeutung gewinnen. Sie spiegeln sowohl individuelle Therapieentscheidungen als auch einen generellen Wandel im praktischen Umgang mit Substanzabhängigkeit wider.

Diese Entwicklung lässt sich auch in wissenschaftlichen Untersuchungen nachvollziehen: Studien zeigen, dass die Opiatsubstitutionstherapie maßgeblich zur psychosozialen Wiedereingliederung sowie zur Reduktion von Kriminalität beiträgt (Leune & Weissinger, 2015).

2.3.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen

Einzeltherapien

Die psychotherapeutische Einzeltherapie konzentriert sich auf die individuelle Behandlung und bietet verschiedene Techniken zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung ihrer Problematiken. In der KFP werden vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden angewendet, da diese eine hohe wissenschaftliche Evidenz aufweisen.

Die Frequenz der einzeltherapeutischen Sitzungen richtet sich nach den Behandlungsbedürfnissen und der individuellen Behandlungsplanung. In der Regel findet wöchentlich eine Sitzung statt, während in Belastungssituationen oder gegen Ende der Therapie Anpassungen vorgenommen werden können.

Thematische Schwerpunkte der Einzelgespräche umfassen:

- Biografiearbeit: Unterstützung der Selbstreflexion, Förderung des Verständnisses für die persönliche Lebensgeschichte und Entwicklung von Bewältigungsstrategien.
- Psychoedukation: Vermittlung von Wissen über psychische Gesundheit, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien zur besseren Selbstreflexion.
- Fertigkeitentraining: Förderung von Emotionsbewusstsein, Emotionsverständnis, Emotionsregulation und der Vermeidung impulsiver Verhaltensweisen zur Verbesserung der psychischen Stabilität und Konfliktvermeidung.
- Suchtbearbeitung: Therapieansätze zur Identifikation und Überwindung von Abhängigkeiten.
- Straftatbearbeitung: Reflexion und Aufarbeitung deliktbezogener Themen zur Förderung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit der eigenen Vergangenheit und zur Entwicklung von Strategien zur Vermeidung künftiger Straftaten.

Gruppentherapien

Die Gruppenangebote unterscheiden sich in stationsinterne und stationsübergreifende Gruppen. Die thematische Ausrichtung umfasst suchttherapeutische, störungsspezifische und kriminaltherapeutische Inhalte.

Stationsübergreifende Gruppen:

- Rückfallprophylaxegruppe Alkohol (Lindenmeyer, 2016)
- Rückfallprophylaxegruppe Drogen (Klos & Görgen, 2020)
- Reasoning & Rehabilitation-Programm (Ross & Fabiano, 1986, deutsche Adaption durch Institut für Forensische Psychiatrie Haina e. V., 2004)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (McCann et al., 2000)
- Soziales und Emotionales Kompetenztraining (Friedenstab, 2013)
- Psychoedukationsgruppe Psychose

Die Rückfallprophylaxegruppen (Alkohol und Drogen) vermitteln psychoedukative Inhalte zu den Auswirkungen von Substanzkonsum sowie delinquenzpräventive Strategien zur Minimierung von Rückfallrisiken.

Das Reasoning & Rehabilitation-Programm (R&R) ist ein evidenzbasiertes, kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm zur Förderung von Selbstregulation, sozialen Kompetenzen und Anpassungsfähigkeit. Ziel ist die Reduktion delinquenten Verhaltens, weshalb es in den S2-Leitlinien zur Behandlung antisozialer Persönlichkeitsstörungen sowie den NICE-Guidelines (National Institute for Health and Care Excellence)⁹ als „best practice“ empfohlen wird (DGPPN, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) kombiniert kognitive Verhaltenstherapie mit achtsamkeitsbasierten Methoden und dient vorrangig der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS). DBT ist die am besten evaluierte Therapieform für BPS und zeigt in systematischen Reviews eine hohe Wirksamkeit (Storebø et al., 2020). Die forensische Adaption (DBT-F) ist speziell für impulsiv-aggressive Patientinnen und Patienten geeignet. In

⁹ Die NICE-Guidelines sind evidenzbasierte Empfehlungen für das Gesundheits- und Sozialwesen in England und Wales (<https://www.nice.org.uk/>)

der KFP ist Station 3a auf die DBT ausgerichtet, und auch Pflegekräfte sind entsprechend geschult. Die Klinik strebt eine Zertifizierung dieser Station als DBT-Station an.

Das Soziale und Emotionale Kompetenztraining (SEKT) richtet sich an psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter mit Schizophrenie, Störungen wie Substanzmissbrauch oder Persönlichkeitsstörungen sowie Defiziten im sozialen und emotionalen Verhalten. Das SEKT ist ein manualisiertes Gruppenprogramm, das speziell für den forensischen Kontext entwickelt wurde. Es bietet strukturelle Module mit Rollenspielen, Reflexionseinheiten und praktischen Übungen, um langfristige Verhaltensänderungen zu ermöglichen.

Stationsübergreifende Gruppen des Jahres 2024 (s. Abb. 7).

Gruppe	Manual	Frequenz	Anzahl der Gruppen	Anzahl teilnehmende Personen insgesamt
R&R	R&R 2 – Kurzfassung für Erwachsene (deutsche Fassung des IFPH, 2012)	2 x pro Woche à 2 Stunden	2	14 (davon 3 drop-outs)
R&R; Adaption für kognitiv beeinträchtigte Patienten	R&R 2 – Kurzfassung für Erwachsene (IFPH, 2012)	2 x pro Woche à 1,5 Stunden	1	5
S.T.A.R. (Alkohol-Rückfallprophylaxegruppe)	Rückfallprävention mit Alkohol-abhängigen - Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. (Körkel & Schindler, 2015)	1 x pro Woche à 1,5 Stunden	1	7
Rückfallprophylaxe-training	Rückfallprophylaxe bei Drogen-abhängigkeit (Klos & Görgen, 2020)	1 x pro Woche à 1,5 Stunden	3	27 (davon 2 drop-outs)
Rückfallprophylaxe-training; adaptiert für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen	Rückfallprophylaxe bei Drogen-abhängigkeit (Klos & Görgen, 2020)	2 x pro Woche à 1 Stunde	1	6

Abbildung 7: Stationsübergreifende Gruppenangebote

2.3.3 Soziomilieuthérapie – ein therapeutischer Ansatz zur sozialen Integration

Die Soziomilieuthérapie ist ein integrativer therapeutischer Ansatz, der darauf abzielt, Patientinnen und Patienten in eine strukturiert gestaltete soziale Umgebung einzubinden. Diese Umgebung bildet eine temporäre Lebensgemeinschaft, in der sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das Fachpersonal aktiv am Klinikalltag teilnehmen. Der Fokus liegt auf einem geregelten Zusammenleben mit klar definierten Tagesstrukturen, sozialen Normen und gegenseitigem Respekt.

Ein zentraler Bestandteil der Soziomilieuthérapie in der KFP sind unsere Wohngruppen. In diesen Gruppen werden alltägliche Aktivitäten gemeinsam erlebt und reflektiert. Besonderer Wert wird auf die Einhaltung von Regeln, die Wahrnehmung individueller Rechte sowie die Erfüllung sozialer Pflichten gelegt. Dabei wird die Partizipation der untergebrachten Personen besonders betont. Dieser Ansatz soll nicht nur ein stabiles Umfeld schaffen, sondern auch die persönliche Entwicklung und soziale Kompetenz der Patientinnen und Patienten fördern.

Darüber hinaus bildet die *professionelle Beziehungsarbeit* eine essenzielle Grundlage der Therapie. Durch gezielte therapeutische Interventionen werden zwischenmenschliche Beziehungen gestärkt und soziale Integration erleichtert. Dies trägt dazu bei, emotionale Stabilität zu fördern und langfristig eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

2.3.4 Pflegerische Angebote – Unterstützung und Stabilisierung im klinischen Alltag

Innerhalb des therapeutischen Rahmens spielen pflegegeleitete Angebote eine entscheidende Rolle. Diese Maßnahmen sind speziell darauf ausgerichtet, die psychische Stabilität der Patientinnen und Patienten zu fördern und ihre allgemeine Lebensqualität zu verbessern. Die Pflegefachkräfte übernehmen dabei eine zentrale Funktion als konstante Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.

Zu den pflegerischen Angeboten zählen unter anderem:

- Individuelle Betreuung und Begleitung, die auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist.
- Gruppenaktivitäten, die soziale Interaktion fördern und emotionale Stabilität unterstützen.
- Alltagspraktische Förderung, etwa durch Anleitung zur Selbstversorgung und Unterstützung bei lebenspraktischen Aufgaben.
- Entspannungs- und Aktivierungsmaßnahmen, die helfen, Stress zu reduzieren und das Wohlbefinden zu steigern.

Das Ziel dieser pflegerischen Angebote ist es, die Patientinnen und Patienten bestmöglich auf ein eigenständiges Leben vorzubereiten und ihnen Werkzeuge zur langfristigen Stabilisierung ihrer psychischen Gesundheit mitzugeben.

Bezugspflegesystem – individuelle Betreuung für eine optimale Patientenversorgung

Das Bezugspflegesystem ist ein patientenzentrierter Ansatz in der Versorgung, der sich wesentlich von der tätigkeitsorientierten Funktionspflege unterscheidet. Statt einer strikt auf einzelne Aufgaben fokussierten Pflege steht hier die individuelle Betreuung und Begleitung der Patientinnen und Patienten durch persönlich verantwortliche Pflegekräfte im Mittelpunkt.

Innerhalb dieses Systems werden zwei Pflegekräfte einer bestimmten Patientin bzw. einem bestimmten Patienten zugeordnet. Sie übernehmen eine besonders intensive Verantwortung für die pflegerische Betreuung, unterstützen die Patientinnen und Patienten in ihrer Entwicklung und stehen als konstante Bezugspersonen zur Verfügung. Das Ziel ist eine kontinuierliche, interdisziplinär koordinierte und patientenorientierte Versorgung, die sowohl die medizinischen als auch die psychosozialen Aspekte der Behandlung umfasst.

Im Gegensatz zur klassischen Funktionspflege, bei der verschiedene Pflegekräfte unterschiedliche Aufgaben übernehmen, stellt das Bezugspflegesystem eine langfristige Beziehung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Pflegekräften her. Dies ermöglicht eine

tiefere Vertrauensbasis, was insbesondere in der forensischen Psychiatrie von großer Bedeutung ist.

Der klinikinterne *Leitfaden für die Bezugspflege* (2023) würdigt die Bedeutung der Bezugspflege als integralen Bestandteil einer patientenzentrierten und nachhaltigen psychiatrischen Behandlung.

Bezugspflege – mit Verbindung zur Soziomilieuthérapie

Die Bezugspflege ist eng mit der Soziomilieuthérapie verknüpft. Während die Bezugspflege auf eine individuelle Betreuung abzielt, schafft die Soziomilieuthérapie ein förderliches soziales Umfeld und ergänzt die Bezugspflege durch gezielte Elemente der Soziotherapie und Milieugestaltung. Die Kombination dieser beiden Ansätze stärkt die soziale Kompetenz der Patientinnen und Patienten, fördert ihre Eigenständigkeit und unterstützt ihre Reintegration in den Alltag.

Strukturierte Wochenpläne in der therapeutischen Versorgung

Seit 2022 werden neben den standardisierten *Stationswochenplänen* auch individuell zugeschnittene Wochenpläne für jede Patientin bzw. jeden Patienten geführt. Dieser Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass ein klar strukturierter Tagesablauf maßgeblich dazu beiträgt, Grübelphasen und Langeweile zu vermeiden und den Betroffenen eine verlässliche Orientierung im Alltag zu bieten.

Die *individuellen Wochenpläne* sind eng mit den persönlichen Behandlungszielen verknüpft und werden regelmäßig überprüft, um sicherzustellen, dass die therapeutischen Maßnahmen optimal auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Pflegegeleitete Aktivitäten zur Unterstützung der Therapie

Ergänzend zu den strukturierten Wochenplänen finden verschiedene pflegegeleitete Aktivitäten statt, die je nach Stationsspezifität etwas variieren können. Neben den regelmäßigen Reflexionsrunden, in denen Patientinnen und Patienten ihren Therapieverlauf reflektieren, gibt es eine Vielzahl von Gruppenangeboten:

- *Förderung von Alltagskompetenzen*: Backen, Kochen und praktische Tätigkeiten zur Stärkung der Selbstständigkeit
- *Achtsamkeitsgruppe*: bewusstes Wahrnehmen und Stressbewältigung
- *Skills-Gruppen*: Training spezifischer Fertigkeiten zur Emotionsregulation
- *Kognitives Training*: Förderung von Konzentration, Gedächtnis und Problemlösungsfähigkeiten
- *„Sport & Spiel“-Gruppen*: gemeinsame Bewegung zur Förderung körperlicher und/oder anderer sozialer Aktivität
- *Volleyballspiele*: teamfördernde Aktivitäten zur Stärkung sozialer Kompetenzen
- *Gartengestaltung*: kreative und meditative Beschäftigung mit Natur und Umwelt
- *Anlassbezogene Ausführungen bzw. Ausgänge*: Besuch von Weihnachtsmärkten, Ausstellungen, Kinoveranstaltungen
- *Mitgestaltung von Ausstellungen* und Adventsmärkten in der Umgebung

Besonders in den Sommermonaten bereichern Veranstaltungen auf den Klinikhöfen den Alltag, darunter:

- *Grillfeste* zur Förderung sozialer Interaktion
- *Dartturniere* zur Stärkung der Konzentration und Geschicklichkeit
- *Volleyballturniere* zur Förderung der Teamfähigkeit und Bewegung

Diese Maßnahmen tragen dazu bei, Patientinnen und Patienten neue Impulse für ihre Freizeitgestaltung zu geben und sie langfristig zu einer aktiven Lebensweise zu motivieren.

Freizeitgestaltung - ein therapeutisches Element

Viele Patientinnen und Patienten stehen vor der Herausforderung, ihren Alltag sinnvoll zu strukturieren. Um Eintönigkeit, Bewegungsmangel und mangelnde soziale Kontakte zu reduzieren, werden sie aktiv von den Pflegekräften bei ihrer Freizeitgestaltung unterstützt. Die Auswahl der Angebote orientiert sich an den persönlichen Bedürfnissen und dem aktuellen psychischen Befinden der Patientinnen und Patienten.

Audits der Wochenpläne

Um die Effektivität und Einhaltung der Wochenpläne zu gewährleisten, werden halbjährlich Audits durch die Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik durchgeführt. Dabei werden sowohl die Stationspläne als auch die individuellen Wochenpläne überprüft. Die bisherigen Auswertungen zeigen, dass die Vorgaben gemäß gültiger Verfahrensanweisung überwiegend erfüllt werden.

2.3.5 Ergotherapie – Förderung von Selbständigkeit und Arbeitsfähigkeit

Die Ergotherapie spielt eine zentrale Rolle in der forensisch-psychiatrischen Behandlung und umfasst sowohl die Beschäftigungstherapie als auch die Arbeitstherapie. Ziel dieser Therapieangebote ist es, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Fähigkeiten im sozio-emotionalen, intellektuellen sowie motorischen Bereich zu fördern (s. Abb. 8).

Ergotherapiebereiche	Therapieeinheiten gesamt/Woche
Kreativwerkstatt	19
Fahrradwerkstatt	19
Holzwerkstatt	19
Metallwerkstatt	14
Servicegruppe I + II	je 19

Abbildung 8: Ergotherapeutische Angebote

Beschäftigungstherapie – kreative und kognitive Förderung

Die Beschäftigungstherapie setzt verschiedene Medien im therapeutischen Setting ein, um gezielt die kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen der Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Sie dient als vorbereitende Maßnahme für weiterführende therapeutische Angebote und fördert insbesondere:

- *Kreatives Arbeiten* mit Materialien wie Ton, Stoff, Peddigrohr oder Holz, um die feinmotorischen Fähigkeiten und die Wahrnehmung zu verbessern.

- *Stärkung der Konzentrationsfähigkeit*, indem Patientinnen und Patienten an strukturierten Tätigkeiten mit klaren Zielen teilnehmen.
- *Förderung der Eigenverantwortung*, indem sie ihre individuellen kreativen Arbeiten selbstständig planen und umsetzen.
- *Emotionale Stabilisierung* durch die Möglichkeit, sich über kreative Prozesse auszudrücken.

Die Beschäftigungstherapie wird in den ersten Phasen der Behandlung angeboten, um den Patientinnen und Patienten eine allmähliche Eingewöhnung in eine strukturierte Tagesgestaltung zu ermöglichen.

Arbeitstherapie – Vorbereitung auf berufliche Integration

Mit zunehmenden individuellen Behandlungserfolgen wird der Fokus schrittweise auf arbeitstherapeutische Maßnahmen verlagert. Die Arbeitstherapie, die innerhalb unserer Werkstätten durchgeführt wird, dient dazu, die Arbeitsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie ihre Belastbarkeit unter realistischen Bedingungen zu testen. Oft ist das Ziel, eine berufliche Tätigkeit vorzubereiten und eine schrittweise Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Die Arbeitstherapie umfasst:

- *Praktische Tätigkeiten* in verschiedenen Werkstätten zur Erprobung von Arbeitsfertigkeiten.
- *Strukturierte Arbeitsabläufe*, um eine regelmäßige Tagesstruktur zu fördern.
- *Belastungserprobung*, um die individuellen Fähigkeiten unter realistischen Bedingungen zu bewerten und gezielt zu entwickeln.
- *Berufsbezogene Förderung*, um langfristige Perspektiven für eine berufliche Eingliederung zu schaffen.

Organisation und individuelle Anpassung

Die Patientinnen und Patienten nehmen aktiv an der Gestaltung ihres Therapieplans teil. Die Entscheidung, ob und wann der Wechsel von der Beschäftigungs- zur Arbeitstherapie sinnvoll ist, erfolgt in enger Absprache mit ihnen und wird individuell angepasst. Jede Therapieeinheit dauert je nach Belastbarkeit bis zu 75 Minuten. In der Regel können maximal fünf Therapieeinheiten pro Woche besucht werden.

Zusätzlich gibt es freiwillige Angebote, die von den Patientinnen und Patienten gerne angenommen werden. In der Regel arbeiten drei Patientinnen oder Patienten pro Einheit in den jeweiligen Arbeitsbereichen, um ein effektives und individuell abgestimmtes Training zu ermöglichen. Bei Bedarf wird die Ergotherapie aber auch als Einzeltherapie angeboten.

Vergütungssystem in der Ergotherapie – strukturierte Leistungsbewertung und Prämierung

Die Vergütung der Patientinnen und Patienten in der Ergotherapie erfolgt gemäß der aktuellen Prämierungsordnung, die seit Sommer 2022 unverändert gilt (s. Abb. 9). Dieses System bietet eine transparente und leistungsorientierte Möglichkeit, individuelle Fortschritte zu honorieren und die Motivation innerhalb der therapeutischen Arbeit zu fördern.

Prämierungsgruppen	Prämierungssätze/Therapieeinheit
Gruppe 1	1,50 €
Gruppe 2	2,25 €
Gruppe 3	2,70 €
Gruppe 4	3,00 €

Abbildung 9: Prämierungsgruppen

Einstufung nach einem Bewertungssystem: Jede Patientin und jeder Patient wird monatlich durch das Personal der Ergotherapie anhand eines klar definierten Bewertungssystems in eine der vier Prämierungsgruppen eingestuft. Die Vergütung richtet sich nach verschiedenen leistungs- und verhaltensbezogenen Kriterien, darunter:

- *Anwesenheit und aktive Teilnahme* an der Ergotherapie
- *Motivation und Eigeninitiative* bei den gestellten Aufgaben
- *Kritikfähigkeit* sowie die Fähigkeit zur *Reflexion des eigenen Handelns*
- *Kontaktfähigkeit* und Umgang mit Mitpatientinnen und Mitpatienten
- *Auffassungsgabe* für praktische Anweisungen
- *Konzentrationsvermögen* während der Arbeitseinheiten
- *Selbständigkeit* bei der Ausführung der Tätigkeiten
- *Flexibilität* im Umgang mit neuen Anforderungen
- *Einhaltung von Regeln und Normen* innerhalb der Therapieeinheiten
- *Ausdauer und Beharrlichkeit* bei der Fertigstellung von Aufgaben
- *Arbeitsqualität*, also die Genauigkeit und Sorgfalt bei der Durchführung

Diese Kriterien gewährleisten eine faire und objektive Bewertung, die sich an individuellen Fortschritten und dem therapeutischen Engagement orientiert.

Vergütung in Erprobungspraktika

Zusätzlich zur regulären Vergütung haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, im Rahmen von Erprobungspraktika ihre Arbeitsfähigkeit unter realistischen Bedingungen zu testen. Innerhalb dieser Praktika erfolgt eine direkte Bewertung durch die jeweiligen Anleiterinnen bzw. Anleiter des Praktikumsbetriebs.

In der Regel führt diese externe Bewertung dazu, dass die Patientinnen und Patienten der Prämierungsgruppe 4 zugeordnet werden, da sie unter realistischen Arbeitsbedingungen ihre Belastbarkeit und Arbeitsqualität unter Beweis stellen müssen.

Prämierungsobergrenze und finanzielle Anerkennung

Die maximale Vergütung beträgt 150 € pro Monat und pro Patientin bzw. Patient. Diese finanzielle Prämierung dient als zusätzlicher Anreiz zur Förderung von Eigenverantwortung, Engagement und kontinuierlicher Entwicklung im therapeutischen Prozess.

Das Prämierungssystem trägt dazu bei, Patientinnen und Patienten für ihren Einsatz zu belohnen und sie schrittweise auf eine berufliche Reintegration vorzubereiten.

2.3.6 Sport- und physiotherapeutische Angebote

Sport- und physiotherapeutische Angebote stellen einen weiteren Bestandteil der therapeutischen Arbeit in der KFP dar. Sie umfassen sowohl stationsübergreifende als auch stationsinterne Programme und dienen dazu, die körperliche und psychische Gesundheit der untergebrachten Personen zu fördern.

Zu den stationsübergreifenden Sportangeboten zählen vielfältige Aktivitäten wie die „Sportgruppe Multifunktion“, „CrossLetics“¹⁰, „EasyLetics“¹¹, Volleyball, Fußballtennis, die Rad- und Laufgruppen, Rückengymnastik, Morgenaktivierungen sowie Yoga (s. Abb. 10). Diese Angebote ermöglichen den Patientinnen und Patienten den Zugang zu strukturierten, gemeinschaftlichen Bewegungsformen, fördern den Teamgeist und tragen zur Steigerung der körperlichen Fitness bei.

Stationsinterne Sportangebote wie Dart- oder Salsa-Gruppe, Multifunktionsgruppen oder kleinere Laufgruppen zielen darauf ab, die individuellen Bedürfnisse und Interessen der Patientinnen bzw. Patienten auf Stationsebene zu berücksichtigen (s. Abb. 11). Hier wird insbesondere auf eine intensivere persönliche Betreuung und einen gezielten Zugang zu sportlichen Aktivitäten geachtet.

Das Hauptziel unserer *Sportangebote* ist die Förderung der gesundheitlichen Stabilisierung, die Reduzierung von Stress und Aggressionen sowie der Aufbau sozialer Kompetenzen durch gemeinschaftliche Aktivitäten. Gleichzeitig bieten sie den untergebrachten Patientinnen und Patienten eine sinnvolle Tagesstruktur und stärken das individuelle Selbstvertrauen. Durch die Kombination von Bewegung, sozialer Interaktion und Therapie wird eine positive Wirkung auf den Genesungsprozess erzielt.

Angebot	Therapieangebot/Woche	Personen/Therapieangebot
Sportgruppe „Multifunktion“	12 x/Woche à 60 min	max. 6 Personen
CrossLetics	1 x/Woche à 60 min	max. 7 Personen
EasyLetics	2 x/Woche à 60 min	max. 5 Personen
Volleyball	1 x/Woche à 90 min	max. 15 Personen
Fußballtennis	1 x/Woche à 90 min	max. 6 Personen.
Radgruppe	2 x/Woche à 90 min	max. 3 Personen
Laufgruppe (extern)	1 x/Woche à 90 min	max. 3 Personen

¹⁰ „CrossLetics“ legt den Fokus auf ein intensives, funktionales Training, das Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit kombiniert. Es ist ideal für Personen, die sich einer anspruchsvollen körperlichen Herausforderung stellen möchten und ihre Fitness auf ein höheres Niveau bringen wollen.

¹¹ Im Gegensatz zu „CrossLetics“ ist „EasyLetics“ eine weniger intensive Variante, die sich an Personen richtet, die ein moderates Training bevorzugen.

Laufgruppe (intern)	1 x/Woche à 45 min	max. 6 Personen.
Rückengruppe	2 x/Woche à 45 min	max. 4 Personen
Morgenaktivierung	2 x/Woche à 15 min	max. 10 Personen
Yoga	1 x/Woche à 60 min	max. 4 Personen

Abbildung 10: Stationsübergreifende Sportangebote

Angebot	Therapieangebot/Woche	Personen/Therapieangebot
Sportgruppe „Multifunktion“ (Station 1)	1 x/Woche à 60 min	max. 8 Personen
Morgenaktivierung	2 x/Woche à 15 min	max. 8 Personen
Dart-/Salsa-Gruppe (Station 1)	1 x/Woche à 45 min	max. 8 Personen
Sportgruppe „Multifunktion“ (Station 2)	4 x/Woche à 60 min	max. 6 Personen
Laufgruppe (intern) (Station 2)	1 x/Woche à 45 min	max. 6 Personen
Sportgruppe „Multifunktion“ (Station 5)	4 x/Woche à 60 min	max. 5 Personen

Abbildung 11: Stationsinterne Sportangebote

Für Patienten der Station 7 ist eine eigene Sporttherapeutin angestellt. Hier bieten wir die Sportaktivitäten meist im Einzelsetting oder in Kleinstgruppen an, da dies für die Patientengruppe dieser Station zahlreiche therapeutische Vorteile hat. Durch das kleine Setting entsteht eine kontrollierte und sichere Umgebung, die gezielt auf ihre individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eingehen kann und somit die therapeutische Wirksamkeit der Aktivitäten steigert. Gleichzeitig fördert die ruhige Atmosphäre schrittweise die soziale Interaktion und die reduzierte Reizbelastung hilft, Überforderung zu vermeiden. Hierbei handelt es sich um Tischtennis, Fußballtennis, Rückenschule, Laufangebote, Morgenaktivitäten und vieles andere mehr. Teilweise können die Patienten der Station 7 aber auch an den stationsübergreifenden Angeboten teilnehmen.

Ärztlich angeordnete physiotherapeutische Angebote unterstützen die Patientinnen bzw. Patienten bei der Wiederherstellung und Verbesserung ihrer körperlichen Funktionalität. Sie dienen zudem der Reduzierung von Schmerzen und fördern die allgemeine Beweglichkeit sowie das Wohlbefinden im Rahmen einer ganzheitlichen Therapie. Pro Woche konnten je Verordnungslage 3 bis 12 Anwendungen realisiert werden.

2.3.7 Beschulung

Die Bildungsangebote innerhalb der Klinik orientieren sich stets an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, sowohl fachliche Qualifikationen als

auch alltagspraktische Kompetenzen zu fördern und so eine bestmögliche persönliche Entwicklung zu unterstützen.

Allgemeiner Schulkurs (externer Träger: bfw)	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	erfolgreicher Abschluss
Auffrischung Grundlagenfächer	Teilnahme	4	
Berufsreife	Abschluss 24	0	
	Abschluss 25	2	
Mittlere Reife	Abschluss 24		1
	Abschluss 25	2	
Kurs „Deutsch als Fremdsprache“ (externer Träger: bfw)	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	erfolgreicher Abschluss
Grundlagenvermittlung	A1 ¹²	1	
Fortgeschrittenen-Niveau	B1 ¹³	1	

Abbildung 12: Beschulungsangebote des Berufsförderungswerkes Rostock

Bildungsangebote – individuelle Förderung und externe Kooperationen

Um ein vielfältiges und bedarfsgerechtes Bildungsangebot sicherzustellen (s. Abb. 12), arbeitet die Klinik mit externen Bildungsträgern zusammen. Hierbei konnten unter anderem folgende Institutionen erfolgreich eingebunden werden:

- Das Berufsförderungswerk „bfw Rostock“: Dieses Institut bietet für Erwachsene 3 x pro Woche mit je 3,5 Unterrichtsstunden Kurse „Deutsch als Fremdsprache“ an und ermöglicht Patientinnen und Patienten mit Sprachförderbedarf eine gezielte Unterstützung beim Erlernen und Vertiefen der deutschen Sprache. Dadurch erhalten sie bessere Kommunikationsmöglichkeiten und eine langfristige Perspektive für gesellschaftliche Integration.
- Die Klinikschule „Heinrich-Hoffmann-Schule“: Für jugendliche Patientinnen und Patienten, die während ihrer Unterbringung in der KFP eine schulische Betreuung benötigen, stellt die Heinrich-Hoffmann-Schule individuelle Bildungsmaßnahmen bereit. Der Unterricht erfolgt in angepassten Lernsettings, sodass die Jugendlichen trotz der therapeutischen Herausforderungen ihren schulischen Werdegang fortsetzen können.

Diese Kooperationen gewährleisten eine passgenaue Bildungsförderung, die über rein therapeutische Maßnahmen hinausgeht und Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, ihre persönlichen und beruflichen Perspektiven zu erweitern (s. Abb. 13).

¹² Mit dem Sprachniveau A1 werden schon bekannte und im Alltag relevante Wörter und Sätze verstanden. Personen dieses Sprachniveaus können sich und andere Personen vorstellen und fremden Menschen Fragen zur Person stellen.

¹³ Das B1-Level beschreibt mittlere Sprachkenntnisse, die es ermöglichen, einfache Texte zu verstehen und sich in Alltagssituationen klar auszudrücken.

Beschulung Jugendlicher (Träger: Heinrich-Hoffmann-Klinikscheule)	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	erfolgreicher Abschluss
Förderunterricht	Teilnahme	3	
Berufsreife	Abschluss 24	2	1
	Abschluss 25		
Mittlere Reife	Abschluss 24	1	1
	Abschluss 25		

Abbildung 13: Beschulungsangebote der Heinrich-Hoffmann-Klinikscheule Rostock

Im Jahr 2024 wurden in unserer Klinik insgesamt 16 von 135 (11,9 %) Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Abschlusszielen beschult (2023: 25/157, d. h. 15,9 %).

2.3.8 Sozialdienst – Unterstützung in medizinischen und sozialen Angelegenheiten

Der Sozialdienst der KFP ist ein essenzieller Bestandteil der therapeutischen Versorgung und übernimmt eine vernetzende Funktion innerhalb des multidisziplinären Behandlungsteams. Sein Ziel ist es, Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, eine bestmögliche medizinische und soziale Perspektive zu entwickeln, sodass sie langfristig ein selbstbestimmtes und gesellschaftlich integriertes Leben führen können.

Medizinische, soziale und berufliche Unterstützung

Das Team unseres Sozialdienstes begleitet Patientinnen und Patienten in verschiedenen Lebensbereichen:

- *Medizinische Unterstützung:* Koordination von Nachsorgeangeboten und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Unterstützung bei der Beantragung medizinischer Leistungen.
- *Soziale Integration:* Beratung in Bezug auf soziale Absicherung, Wohnmöglichkeiten und Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben.
- *Berufliche Förderung:* Unterstützung bei der beruflichen Orientierung, Organisation von Qualifizierungsmaßnahmen und enge Zusammenarbeit mit externen Bildungsträgern sowie sozialen Einrichtungen.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Koordination mit Kostenträgern. Dies umfasst die Abstimmung über finanzielle Leistungen, die Organisation von Rehabilitationsangeboten und die Klärung individueller Fördermöglichkeiten.

Rolle im multidisziplinären Behandlungsteam

Der Sozialdienst ist eng in die stationäre interdisziplinäre Zusammenarbeit eingebunden und trägt aktiv zur Stabilisierung der Gesundheitszustände der Patientinnen und Patienten bei. Darüber hinaus unterstützt unser Sozialdienst die Patientinnen und Patienten dabei, nach der Therapie eine straffreie, eigenständige Lebensführung zu ermöglichen. Dies geschieht durch gezielte Maßnahmen zur sozialen Reintegration sowie individuelle Beratungsangebote zur langfristigen Stabilisierung.

2.3.9 Genesungsbegleitung – erfahrungsgestützte Unterstützung im forensischen Setting

Die Genesungsbegleitung gewinnt zunehmend an Bedeutung in der forensischen Psychiatrie. Dieses Konzept basiert darauf, dass Menschen mit eigener Erfahrung in der Bewältigung

psychischer Erkrankungen als unterstützende Begleiter für aktuell betroffene Patientinnen und Patienten tätig sind. Durch ihren persönlichen Genesungsweg können sie ein tieferes Verständnis für die Herausforderungen der Erkrankten aufbringen und authentische Unterstützung leisten.

Besonders bei Substanzgebrauchsstörungen oder anderen psychischen Belastungen kann die Genesungsbegleitung eine wertvolle Ergänzung zur klassischen Therapie darstellen. Sie hilft Patientinnen und Patienten, neue Perspektiven zu entwickeln, Hoffnung zu schöpfen und durch praktische Erfahrungsberichte nachhaltige Veränderungen in ihrem Verhalten zu bewirken.

Integration in das Klinikkonzept

Die Genesungsbegleitung ist bereits ein fester Bestandteil unseres Klinikkonzepts. Seit 2023 wurde der Genesungsbegleiter verstärkt in Gruppentherapien auf der Aufnahmestation und Rehabilitationsstation eingesetzt, um Patientinnen und Patienten direkt und praxisnah zu unterstützen.

Aufnahmestation

Auf der Aufnahmestation leitet der Genesungsbegleiter eine eigene Recovery-Gruppe, die den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bietet, sich mit den Herausforderungen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, Strategien zur Bewältigung zu entwickeln und von den Erfahrungen ihres Genesungsbegleiters zu lernen.

Therapie- und Rehabilitationsstation – Genesungsbegleitung als unterstützende Maßnahme

Auf den Therapiestationen und der Rehabilitationsstation spielt die Genesungsbegleitung eine zentrale Rolle bei der sozialen Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten. Hier leitet der Genesungsbegleiter regelmäßig oder partiell gemeinsam mit dem Stationspersonal eine eigene Gruppe, die sich gezielt mit folgenden Themen befasst:

- Umgang mit Suchtdruck – Strategien zur Aufrechterhaltung von Abstinenz
- Gesellschaftliche Wiedereingliederung – Strategien zur erfolgreichen Reintegration in das soziale Umfeld nach der Behandlung
- Umgang mit sozialen Anforderungen – Unterstützung bei der Entwicklung von sozialen Kompetenzen und zwischenmenschlicher Interaktion
- Langfristige Stabilisierung – Maßnahmen zur Sicherung eines stabilen und strukturierten Lebens nach der Unterbringung in unserer Klinik.

Durch den direkten Austausch mit dem Genesungsbegleiter profitieren die Patientinnen und Patienten von persönlichen Erfahrungsberichten und praxisnahen Tipps zur Bewältigung ihrer Herausforderungen.

Individuelle Unterstützung und Themenschwerpunkte

Neben den Gruppenangeboten stehen Einzelgespräche zur Verfügung, die bei Bedarf auf allen Stationen angeboten werden. Die häufigsten Themen sind:

- *Rückfallprophylaxe* – Entwicklung von individuellen Strategien zur Vermeidung von Rückfällen
- *Krisen- und Notfallplanung* – Vorbereitung auf potenzielle psychische Krisensituationen und deren Bewältigung

- *Gesunderhaltung* – Förderung eines stabilen Lebensstils durch gesunde Routinen und Selbstfürsorge

Unser Genesungsbegleiter geht dabei nicht nur auf die individuellen Anliegen der Patientinnen und Patienten ein, sondern hilft aktiv bei der Strukturierung des Klinikalltags, der Bewältigung von Herausforderungen und der langfristigen Stabilisierung.

Zusätzlich bringt er suchtspezifisches Erfahrungswissen ein, klärt über die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf und ermutigt die Patientinnen und Patienten, ihre eigenen Ressourcen zur Genesung zu nutzen. Die Genesungsbegleitung trägt dazu bei, einen persönlichen, praxisnahen und realistischen Genesungsweg für die Patientinnen und Patienten zu fördern.

2.4 Seelsorge – religiöse Begleitung als Unterstützung im Genesungsprozess

Die freie Religionsausübung ist ein im Grundgesetz verankertes Recht und spielt für viele Patientinnen und Patienten eine wichtige unterstützende Rolle im Heilungsprozess. Der Glaube kann Trost spenden, eine Sinnhaftigkeit vermitteln und dazu beitragen, innere Stabilität und Hoffnung zu fördern.

Innerhalb der Klinik besteht daher die Möglichkeit zur Seelsorge, die allen offensteht, unabhängig von der individuellen religiösen Zugehörigkeit.

Monatliche Gottesdienste als festes Angebot

In der Klinik für forensische Psychiatrie werden monatlich stattfindende Gottesdienste angeboten. Diese sind für alle Patientinnen und Patienten zugänglich und werden regelmäßig von 10 bis 12 Personen wahrgenommen. Die Gottesdienste bieten einen geschützten Raum für persönliche Reflexion, Austausch und gemeinschaftliche Erfahrung, die für viele Teilnehmende eine wertvolle Bereicherung darstellen.

Die Veranstaltungen werden von einer evangelischen Pastorin geleitet, die eine offene und wertschätzende Atmosphäre schafft, unabhängig davon, ob die Teilnehmenden einer bestimmten Glaubensgemeinschaft angehören.

Einzelgespräche und individuelle Betreuung

Neben den Gottesdiensten besteht die Möglichkeit zu seelsorgerischen Einzelgesprächen. Diese Gespräche können Patientinnen und Patienten helfen:

- Krisen und innere Konflikte zu bewältigen, indem sie mit einer einfühlsamen Begleitperson über ihre Sorgen sprechen
- Traumata und Schuldgefühle besser zu verarbeiten, indem sie durch Seelsorge eine zusätzliche Unterstützung erhalten
- neue Perspektiven für ihre persönliche und spirituelle Entwicklung zu entdecken.

Äußert eine Patientin oder ein Patient den Wunsch nach Betreuung durch ein Mitglied einer anderen Glaubensgemeinschaft, bemüht sich die Klinik aktiv darum, eine entsprechende Seelsorge anzubieten. Im vergangenen Jahr wurde dies jedoch nicht in Anspruch genommen.

2.5 Lockerungen im MRV

Lockerungen im Maßregelvollzug (MRV) sind schrittweise Erprobungen im extramuralen Bereich, die dazu dienen, die Patientinnen und Patienten auf ihre Entlassung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorzubereiten. Von der Aufnahmephase bis hin zur

Rehabilitationsphase stellen klar definierte Lockerungsziele und -maßnahmen einen wesentlichen Bestandteil des Behandlungs- und Rehabilitationsplans dar.

LS 1	<u>Ausführung</u>	ständige unmittelbare Aufsicht	2 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
LS 2	<u>Ausführung</u>		1 Mitarbeiterin/Mitarbeiter
LS 3	<u>Gruppenausführung</u>		≤ 3 Patientinnen/Patienten mit 1 Mitarbeiterin/Mitarbeiter
LS 4	<u>Ausgang</u>	Aufsicht	1 Mitarbeiterin/Mitarbeiter und/oder 1 geeignete dritte Person
LS 5	<u>Gruppenausgang</u>		≤ 4 Patientinnen/Patienten mit 1 Mitarbeiterin/Mitarbeiter und/oder 1 geeigneten dritten Person
LS 6	<u>Ausgang</u>	ohne Begleitung	unbegleitet, bis zu 6 Stunden
LS 7	<u>Tagesausgang</u>		1 Tag
LS 8	<u>Kurzurlaub</u>		bis zu 3 Tagen (d. h. Übernachtung außerhalb der Klinik)
LS 9	<u>Urlaub</u>		bis zu 2 Wochen
LS 10	<u>Langzeiturlaub</u>		über 2 Wochen

Abbildung 14: Lockerungsstufensystem

Die Bewilligung von Lockerungen (s. Abb. 14) erfolgt unter Berücksichtigung der Interdisziplinarität nach einem standardisierten Verfahren. Dabei wird eine unabhängige Bewertung durch die beteiligten Berufsgruppen vorgenommen und zusätzlich von der Unabhängigen Lockerungskontrollkommission, d. h. dem Sicherheitsleiter, der Pflegedienstleitung sowie einer unabhängigen Therapeutin bzw. einem unabhängigen Therapeuten. Abschließend wird die mögliche Lockerung in einer Lockerungskonferenz diskutiert, bevor die Klinikdirektorin die endgültige Entscheidung über die Gewährung der Lockerung trifft.

Im MRV Mecklenburg-Vorpommern existieren zehn Lockerungsstufen (s. Abb. 14), die sich auf die rechtliche Grundlage der „Richtlinie über die Gewährung von Lockerungen und die offene Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug sowie die Beteiligung der Aufsichtsbehörde (Lockerungsrichtlinie MRV)“ stützen. Diese Richtlinie wurde als Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern am 1. Oktober 2015 erlassen und zuletzt am 26. Mai 2017 aktualisiert (III 200 / 4424 - 4 SH).

In unserer Klinik gibt es zusätzlich die Lockerungsstufe (LS) 0. Diese gewährt den Patientinnen und Patienten den Hofgang ohne Überwachung durch das Klinikpersonal und wird so früh wie möglich nach ihrer Aufnahme vergeben, meist im Rahmen einer Visite.

Die Abb. 15 und 16 zeigen jeweils zum Stichtag 31.12. den Anteil genehmigter Lockerungsstufen der letzten vier Jahre sowie eine gruppierte Darstellung zum 31.12.2024.

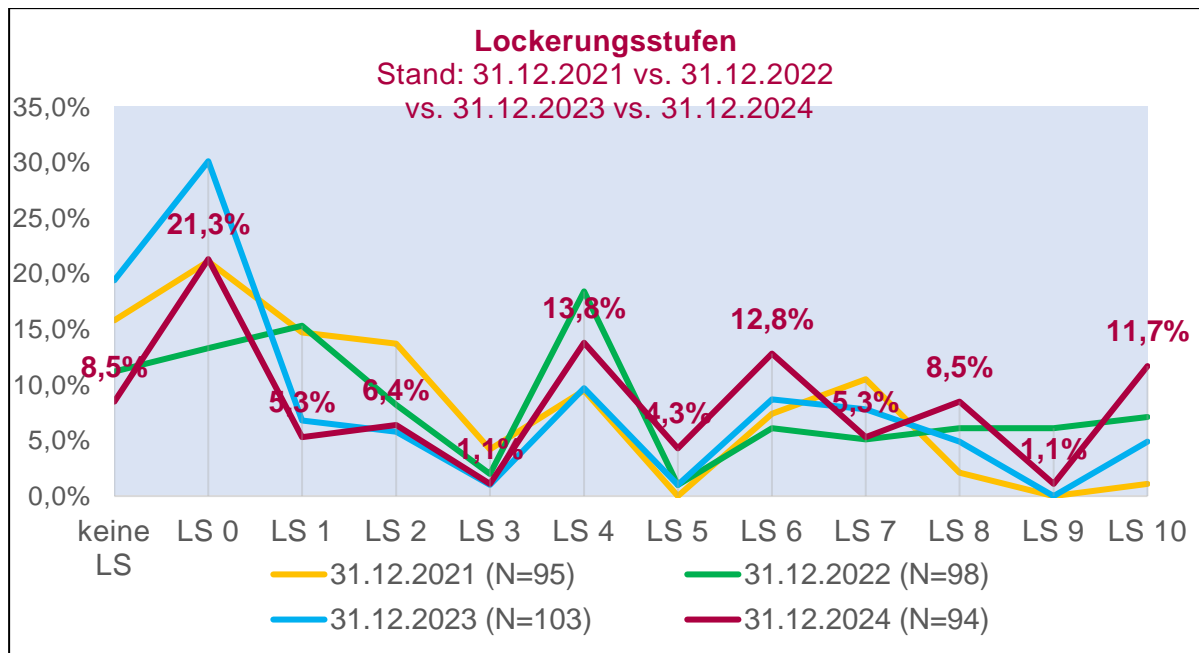


Abbildung 15: Keine Lockerungsstufe bis Stufe 10

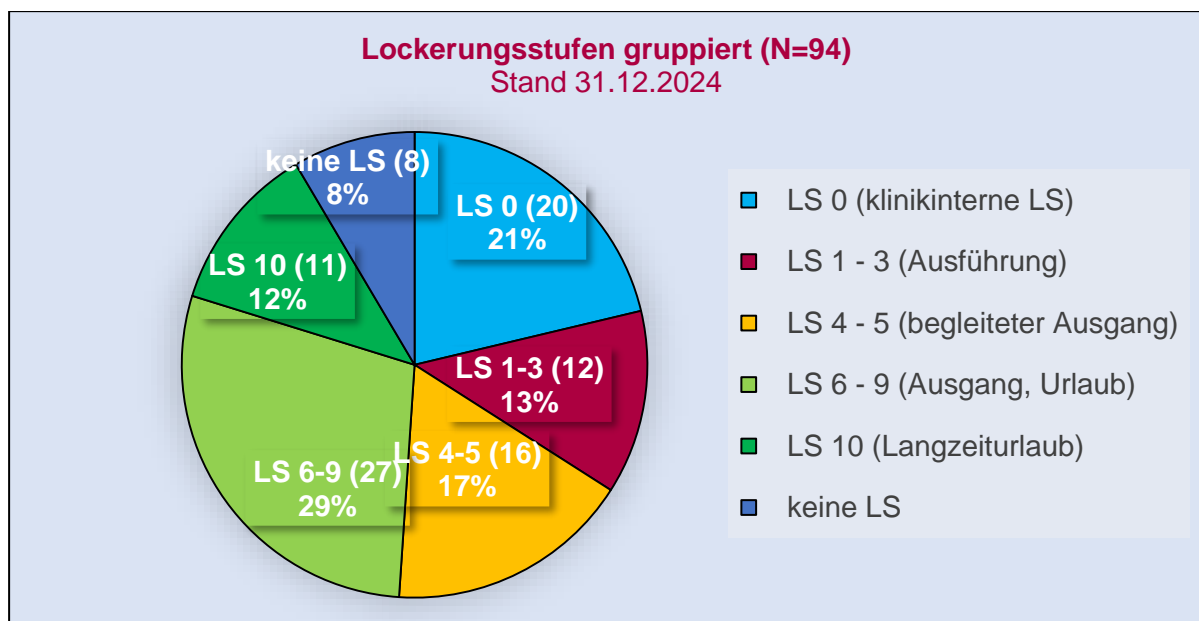


Abbildung 16: Lockerungsstufen gruppiert

Die Daten der gruppierten Lockerungsstufen wurden im Weiteren jenen Daten gegenübergestellt, die im Rahmen der bundesweiten Stichtagserhebung zu den nach § 64 StGB untergebrachten Personen für das Jahr 2024 (Quade et al., 2024) ermittelt wurden (s. Abb. 17). Die Datensätze der jährlichen Stichtagserhebung bilden nicht alle Bundesländer ab und sind nicht öffentlich zugänglich.

Lockerungsstufen (LS) gruppiert	Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (31.12.2024: 76 Personen)	Bundesweite Stichtagserhebung 2024
ohne Lockerungsstufe - KFP: keine bzw. LS 0 (N = 21)	27,6 %	30 %
begleiteter Ausgang - KFP: Ausführungen, begleitete Ausgänge/LS 1 bis LS 5 (N = 25)	32,9 %	13,6 %
unbegleiteter Ausgang sowie Belastungsurlaub - KFP: LS 6 - LS 9 (N = 21)	27,6 %	38,7 % ¹⁴
Probewohnen - KFP: LS 10 (N = 9)	11,8 %	17,7 %

Abbildung 17: Lockerungsdaten im Vergleich

Der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten mit weitreichenden Lockerungen verdeutlicht die Bedeutung der extramuralen Erprobung als essenziellen Bestandteil der Rehabilitation und Wiedereingliederung.

2.6 Forensische Nachsorge

Mit der Einführung des „Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht“ im Jahr 2007 wurde an der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock die Forensische Institutsambulanz (FIA) eingerichtet. Diese ermöglicht es, Patientinnen und Patienten nach erfolgreicher Therapie und Entlassung aus dem klinischen Umfeld professionell nachzubehandeln und zu begleiten, in der Regel für eine Dauer von bis zu fünf Jahren.

Die Nachsorge erfolgt auf Grundlage richterlicher Anordnungen, die spezifische Weisungen umfassen können, wie etwa:

- Einschränkungen des Aufenthaltsortes,
- die verpflichtende Teilnahme an regelmäßigen Terminen in der FIA,
- das Verbot, Alkohol oder andere berauschende Substanzen zu konsumieren,
- Festlegung von Ausschlussgebieten sowie
- das Untersagen bestimmter Tätigkeiten oder den Besitz bestimmter Gegenstände.

Ziel der forensischen Nachsorge ist die Prävention von Rückfällen. Zu diesem Zweck arbeitet die FIA interdisziplinär und in enger Abstimmung mit der Bewährungshilfe sowie weiteren beteiligten Einrichtungen und Personen zusammen. Bereits auf der Rehabilitationsstation steht das FIA-Team den Patientinnen und Patienten unterstützend zur Seite und begleitet auch solche, die auf anderen Stationen mit höheren Lockerungen sind und sich auf ihre Entlassung vorbereiten.

Die Kernaufgaben der FIA bestehen darin, außerklinische Erprobungen zu unterstützen und frühzeitig krisenhafte Entwicklungen zu erkennen, um proaktiv der Gefahr neuer Straftaten entgegenzuwirken.

¹⁴ In der bundesweiten Stichtagserhebung 2024 wurden der „unbegleitete Ausgang“ mit 28,1 % sowie der „Belastungsurlaub“ mit 10,6 % angegeben. (Quade et al., 2024)

Im Jahr 2024 leistete unsere Ambulanz beachtliche Arbeit: Insgesamt wurden 116 Patientinnen und Patienten von einem engagierten Team aus 6,88 Vollzeitkräften betreut. Im gleichen Zeitraum verließen 23 Patientinnen und Patienten unsere ambulante Betreuung aus verschiedenen Gründen:

- 11 Patientinnen/Patienten aufgrund der Beendigung der Führungsaufsicht,
- 4 Patientinnen/Patienten nach einem Wechsel des Bundeslandes,
- 3 Patientinnen/Patienten infolge einer erneuten Einweisung zur Krisenintervention,
- 2 Patientinnen/Patienten wegen erneuter Haft,
- 1 Person aufgrund der Aufhebung der Ambulanzweisung
- und 1 Person nach Kontaktabbruch bei weiterlaufender Führungsaufsicht in einem langfristig offenen Verfahren.

Die Ambulanz verzeichnete zudem 34 Neuaufnahmen. 27 dieser Patientinnen und Patienten waren zuvor gemäß § 64 StGB im MRV untergebracht, während 6 weitere gemäß § 63 StGB betreut wurden. Einen besonderen Fall stellte ein Patient dar, bei dem wir die Off-Label-Medikation in Zusammenarbeit mit der Justiz-Ambulanz nach Haftverbüßung übernahmen.

Die Anzahl der zu betreuenden Patientinnen variierte über das Jahr hinweg zwischen 82 und 91, mit einem Mittelwert von 85,2 Patientinnen und Patienten. Hervorzuheben ist, dass die vorambulante Mitbetreuung der Patientinnen und Patienten der Rehabilitationsstation durch unser Ambulanzteam nicht in die Caseload-Berechnung¹⁵ einfließt.

3 PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Im Jahr 2024 hatten wir in unserer Klinik insgesamt 135 untergebrachte Personen, während es 2023 noch 157 Patientinnen und Patienten waren.

3.1 Belegungsdaten

Im Jahr 2024 lag die durchschnittliche Tagesbelegung bei 93 stationären Patientinnen und Patienten, einschließlich der TAWG. Zusätzlich waren im Durchschnitt 4,5 Personen extern untergebracht, d. h. mit der LS 10 (2023: durchschnittlich 91 stationäre Personen und vier extern Untergebrachte). Der Großteil der untergebrachten Personen bestand aus männlichen Patienten.

Die Abb. 18-21 zeigen, wie sich die Belegungsdaten (2024) darstellten.

¹⁵ Der Caseload beschreibt die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten/Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter.

Stand: 31.12.2024	Unterbringungsgrundlagen						Personen
Geschlecht	§ 64 StGB	§ 67h i. V. m. § 64 StGB	§ 67g StGB	§ 63 StGB	§ 126a StPO	Amts-hilfe	(N = 94)
männlich	67	2	1	10	2	0	82
weiblich	6	0	0	4	2	0	12
Durchschnittsalter	§ 64 StGB	§ 67h i. V. m. § 64 StGB	§ 67g StGB	§ 63 StGB	§ 126a StPO	Amts-hilfe	gesamt
Untergebrachte Personen je nach Unterbringungs-grundlage	34	31	38	39	36		Ø-Alter 34 Jahre (14 - 64 Jahre)
Migrations-hintergrund	§ 64 StGB	§ 67h i. V. m. § 64 StGB	§ 67g StGB	§ 63 StGB	§ 126a StPO	Amts-hilfe	
ja	12	0	0	1	2	0	15
nein	61	2	1	13	2	0	79

Abbildung 18: Charakteristika aller am 31.12.2024 untergebrachten Personen

Unterbringungs- grundlagen	Belegung/Monat			
	Minimum- Maximum (2021)	Minimum- Maximum (2022)	Minimum- Maximum (2023)	Minimum- Maximum (2024)
§ 64 StGB	64-71	67-77	62-81	71-84
§ 67g/64 StGB	0-2	1-2	1-2	0-1
§ 67h/64 StGB	1-4	1	0-2	0-2
§ 63 StGB	12-14	10-13	13-16	13-15
§ 126 a StPO	1-8	6-9	4-10	3-6
§ 7 VwVfG M-V	1-3	3-4	0-3	0-1

Abbildung 19: Minimum – Maximum - Belegung/Unterbringungsgrundlage

Legende:

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 126a StPO: Einstweilige Unterbringung

§ 67g StGB: Widerruf der Aussetzung

§ 67h StGB: Krisenintervention

§ 7 VwVfG M-V (Verwaltungsverfahrens-, Zustellungs- und Vollstreckungsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern), sog. „Amtshilfe“

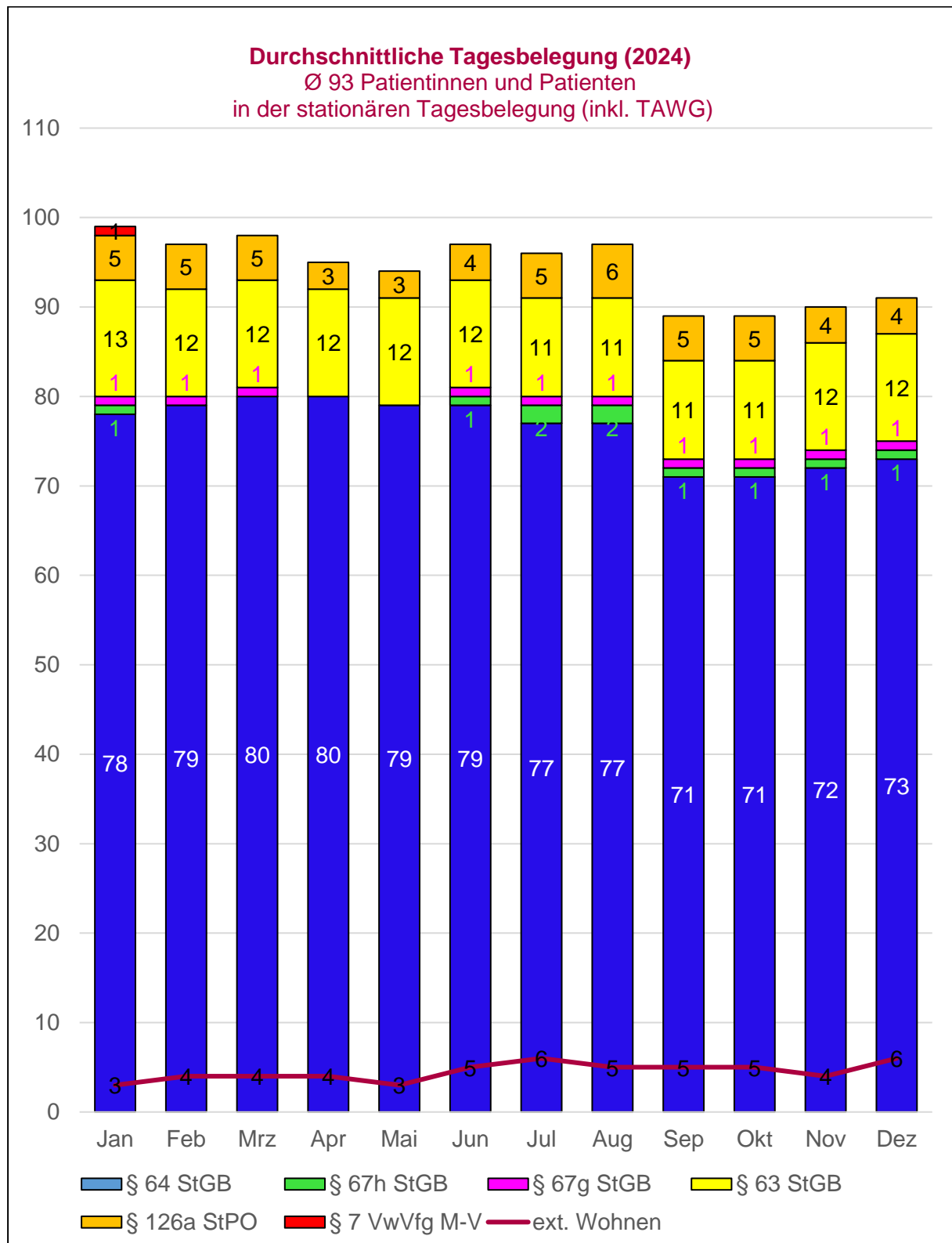


Abbildung 20: Tagesbelegung pro Unterbringungsgrundlage

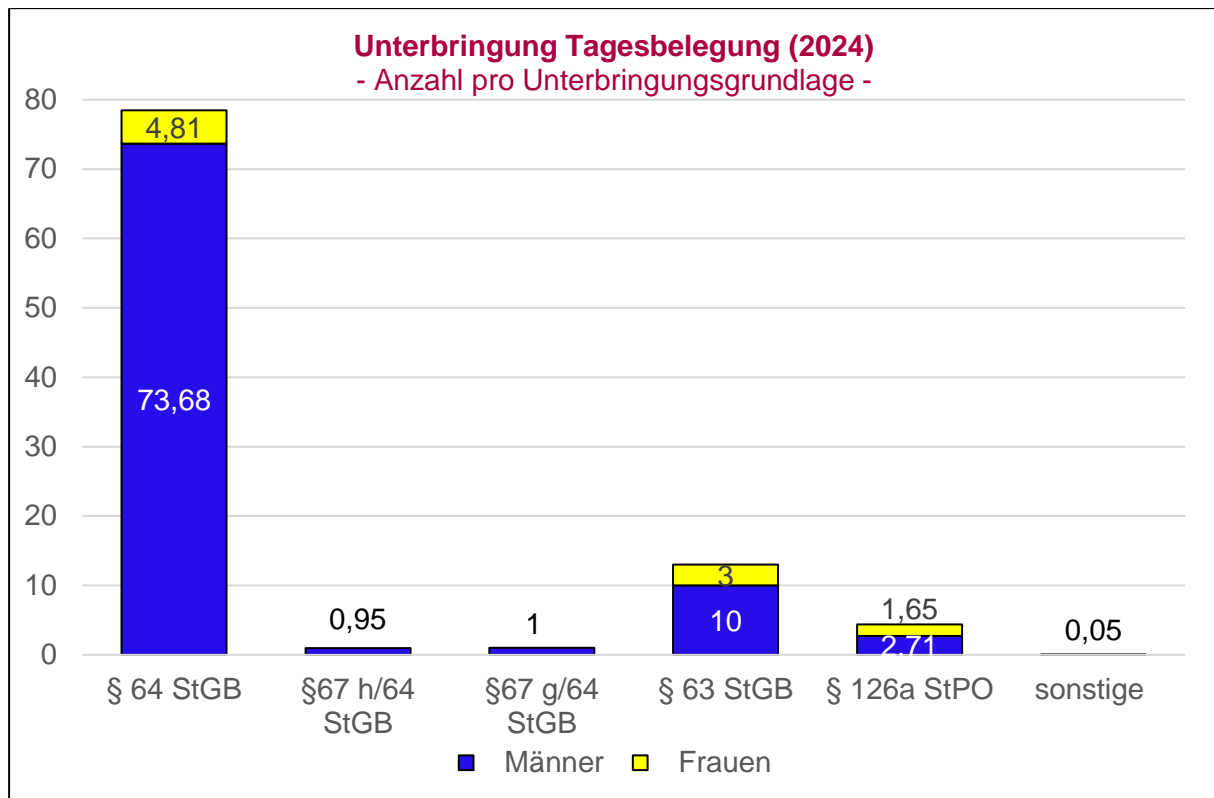


Abbildung 21: Unterbringung, durchschnittliche Tagesbelegung nach Geschlecht

3.2 Patientenpopulation

Im Jahr 2024 wurden 30 Patientinnen und Patienten aufgenommen (s. Abb. 22).

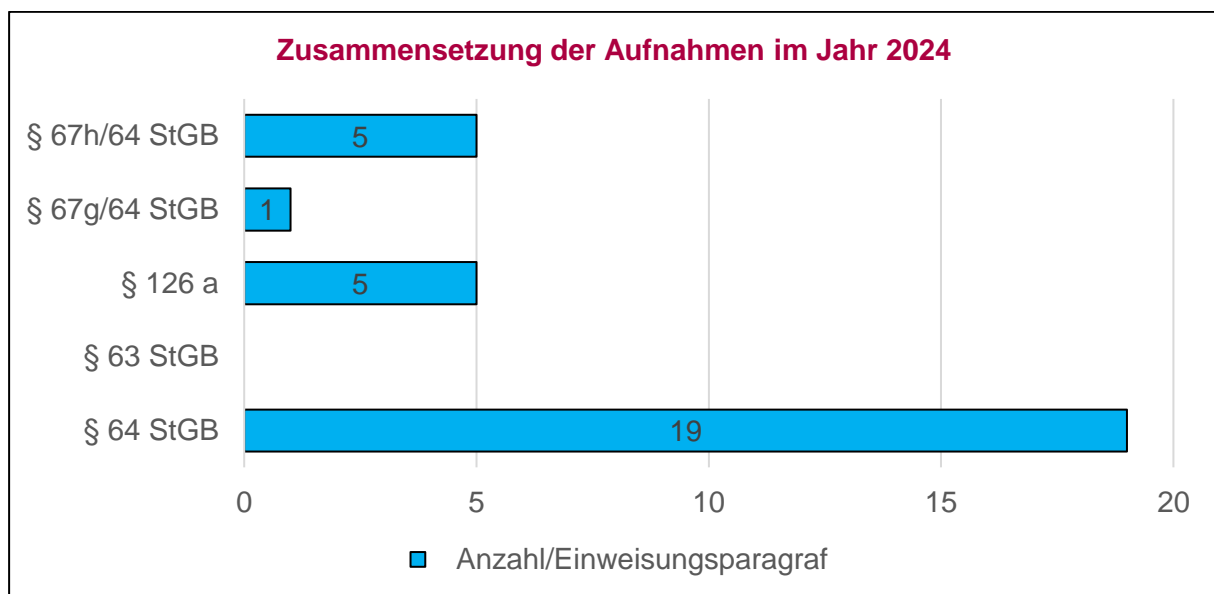


Abbildung 22: Klinische Neuaufnahmen

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 51 Patientinnen und Patienten aufgenommen, sieben davon mit Unterbringungsgrundlage § 126a StPO. Bei im Jahr 2024 aufgenommenen Personen erfolgten inzwischen Anpassungen der Rechtsgrundlage: Dabei handelte es sich um eine Umwandlung von § 126a StPO in § 64 StGB sowie eine weitere Umwandlung in § 63 StGB.

Diagnosen nach ICD-10 und Komorbiditäten (31.12.2024)	Unterbringung nach § 63 StGB	Unterbringung nach § 64 StGB	Unterbringung nach 126a StPO u. a.	Personen gesamt
Schizophrenie (F20)	4	0	0	4
Affektive Störung (F30 – F39)	1	0	0	1
Substanzkonsumstörung ohne Persönlichkeitsstörung (F10 – F19)	0	34	2	36
Persönlichkeitsstörung & Substanzkonsumstörung (F60-F63, F10 – F19)	0	31	0	31
Schizophrenie & Substanzkonsumstörung (F20, F10 – F19)	8	4	2	14
Intelligenzstörung & Substanzkonsumstörung (F70 – F79, F10 – F19)	1	7	0	8
Personen gesamt	14	76	4	94

Abbildung 23: Klinikdiagnosen gem. ICD-10 in Bezug auf die Unterbringung (31.12.2024)

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde für jede Patientin bzw. jeden Patienten lediglich eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 bzw. die in der Abb. 23 vorgestellten Komorbiditäten erfasst, sodass weitere Mehrfachdiagnosen in dieser Darstellung ausgeschlossen sind. (ICD-10)

3.3 Beendigungen der Maßregel

Die Beendigung einer Maßregel kann auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen beruhen (s. Abb. 24). Am häufigsten erfolgt die Aussetzung der Maßregel auf Bewährung, sobald eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde. Wird die Behandlung jedoch abgebrochen – in der Regel mit Rückführung in die Justizvollzugsanstalt (JVA) –, geschieht dies, wenn ein Therapieerfolg nicht absehbar ist, beispielsweise wenn die Patientin oder der Patient die Behandlung ablehnt.

Bundesweit liegt die Rate der Abbrüche bei bis zu über der Hälfte aller Beendigungen. Wir setzen alles daran, diese Abbruchraten zu minimieren, indem wir auch mit „schwierigen“ Patientinnen und Patienten an einem therapeutischen Ansatz arbeiten und selbst nach beispielsweise Suchtmittelrückfällen weiterhin den Dialog suchen. Dennoch respektieren wir, wenn sich jemand entschieden gegen eine weitere Behandlung ausspricht.

Beendigungen der Maßregel (N = 42)	Unterbringung von der Aufnahme bis zur juristischen Entlassung (Rechtskraft)
Entlassung auf Bewährung, § 64 StGB (N = 15)	Ø 891 Tage
Erledigung § 64 StGB (N = 12)	Ø 735 Tage
Beendigung durch Zwischenvollstreckung (N = 2)	Ø 309 Tage
Beendigung der Unterbringung nach § 67h/§ 64 StGB (N = 4)	Ø 81 Tage
Beendigung der Unterbringung nach § 67g/§ 64 StGB (N = 1)	737 Tage
Entlassung auf Bewährung § 63 StGB (N = 3)	Ø 2638 Tage ¹⁶
Aufhebung der Unterbringungsgrundlage nach § 126a StPO (N = 4)	Ø 126 Tage
Beendigung § 7 Abs. 1 Landesverwaltungsverfahrensgesetz (N = 1)	110 Tage

Abbildung 24: Beendigungen der Maßregel/Aufenthaltsdauer

Gründe für Beendigungen der Maßregel	Personen nach § 63 StGB	Personen nach § 64 StGB	Personen nach § 126a StPO	Amtshilfe	Personen (N = 42)
Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung	3 (1 x eigener Wohnraum; 2 x Nachsorge)	15 (7 x Nachsorge/ betreutes Wohnen; 8 x eigener Wohnraum)	nicht relevant	nicht relevant	18
Zwischenvollzug, d. h. Änderung der Reihenfolge der Vollstreckung/ Überweisung in den Strafvollzug (§ 67 Abs. 1 und 3 StGB)	0	2	nicht relevant	nicht relevant	2
Rückkehr in die JVA, d. h. Erledigungs-erklärung der Maßregel	nicht relevant	12	nicht relevant	nicht relevant	12
Andere Gründe für die Beendigung der Maßregel	nicht relevant	5 (3 x eigener Wohnraum; 1 x Hostel;	4 (1 x zu den Eltern; 1 x Asyl-	1 (1 x JVA)	10

¹⁶ Einbezogen ist hier die Zeit von der ersten Aufnahme in den Maßregelvollzug, der bei zwei dieser Patienten in einer anderen Klinik war. Bezieht man nur die Aufenthaltsdauer in der KFP Rostock ein, beträgt die Zeit von Aufnahme bis Entlassung Ø 2162 Tage.

		1 x Nachsorge- einrichtung) 17	bewerber- heim; 1 x JVA, 1 x keine Angaben)		
Personen gesamt	3	34	4	1	42

Abbildung 25: Entlassorte

Die Wahl des Entlassungsortes richtet sich in der Regel nach den individuellen Bedürfnissen der entlassenen Personen (s. Abb. 25). Für Patientinnen und Patienten, die nach ihrer Entlassung weiterhin Unterstützung benötigen, können Einrichtungen zur Nachsorge oder betreutes Wohnen eine sinnvolle Lösung darstellen.

4 PERSONAL

4.1 Planstellen und aktuelles Personal

Die Darstellung des Personals für die stationäre Versorgung der KFP am Stichtag 31.12.2024 ist in Abb. 26 zu finden. Eine stichtagsbezogene Übersicht über das Personal im ambulanten Bereich liefert Abb. 27, während Abb. 28 Informationen zu Forschung und Lehre bereithält.

Personal: klinischer Bereich		31.12.2024 IST	Budget 2024 SOLL
Ärztlicher Dienst		4,80	7,50
	Leiterin der Einrichtung	1,00	
	Oberärztinnen/Oberärzte	3,36	
	Allgemeinarzt	0,44	
Psychologischer Dienst		9,28	9,50
	Psychologinnen/Psychologen ¹⁸	9,28	
Funktionsdienste		10,77	11,00
	Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten	7,27	
	Hausmeister/Fahrer	3,00	
	Pädagogin	0,50	
Medizinisch-technischer Dienst		13,75	17,00
	Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	4,68	
	Bewegungstherapeutin/ Physiotherapeutin	1,00	
	Sekretärinnen, Schreibkraft	2,77	
	Dokumentationsassistentin	0,80	
	Heilerziehungspflegerinnen/ Heilerziehungspfleger	3,00	
	Genesungsbegleiter	1,00	
	MTA Zentralapotheke (PTA)	0,50	
Verwaltungsdienst		5,74	6,00
	Leiter Sicherheit	1,00	
	Allgemeine Verwaltung ¹⁹	4,74	

¹⁷ Es handelt sich um vier Personen, die als Patienten gemäß § 67h StGB entlassen wurden und ursprünglich nach § 64 StGB untergebracht waren. Eine weitere Person wurde als Patient gemäß § 67g StGB aufgenommen. Auch sie war ursprünglich nach § 64 StGB untergebracht.

¹⁸ 0,2 Stellenprozente wurden durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin abgedeckt.

¹⁹ Inklusive Anteile der Gesamtverwaltung der UMR

Technischer Dienst		0,99	2,00
	MA Technik/Allgemeine Hausmeisterbereiche ²⁰	0,99	
Pflegepersonal		115,86	116
	Pflegepersonal	115,86	
Personal: Vollkräfte gesamt		161,19	169,00

Abbildung 26: Klinisches Personal

Legende (Abb. 23-25):

Anzahl Ist-Vollkräfte (Stichtag 31.12.2024) < Anzahl Vollzeitkräfte lt. Budget

Anzahl Ist-Vollkräfte (Stichtag 31.12.2024) = Anzahl Vollzeitkräfte lt. Budget

Personal: ambulanter Bereich		31.12.2024 IST	Budget 2024 SOLL
Ärztlicher Dienst		0,36	0,50
	Ärztin	0,36	
Psychologischer Dienst		2,00	2,00
	Psychologe, Kriminologin	1,00 1,00	
Medizinisch-technischer Dienst		3,38	3,50
	Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter Schreibkraft	2,88 0,50	
Verwaltungsdienst		0,50	0,50
	Sekretärin/Verwaltung	0,50	0,50
Funktionsdienst		2,00	2,00
	Pflegepersonal	2,00	2,00
Personal: Vollkräfte gesamt		8,24	8,50

Abbildung 27: Ambulant tätiges Personal

Personal: Forschung & Lehre		31.12.2024 IST
Mitarbeiterinnen in Forschung & Lehre		1,00
	wissenschaftliche Mitarbeiterin Forschungssekretärin	0,50 0,50
Drittmittelprojekte	Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen	1,08
Personal: Vollkräfte gesamt		2,08

Abbildung 28: Personal in Forschung & Lehre

²⁰ Anteile der Gesamtversorgung der UMR

4.2 Laufende bzw. in 2024 abgeschlossene berufliche Qualifikationen

Personalbereich	Laufende berufliche Qualifikationen	Teilnehmer*innen
Ärztlicher Dienst	Weiterbildung/Abschluss "Schwerpunkt: Forensische Psychiatrie"	1 Oberarzt
	Weiterbildung/Abschluss "DBT-Therapeut"	1 Oberarzt
	Weiterbildung/Abschluss "DBT-Trainer"	1 Oberarzt
Psychologischer Dienst	Masterstudium/Abschluss "Kriminologie, Kriminalistik und Polizeiwissenschaften"	1 Psychologin
	Weiterbildung "Psychologische Psychotherapie"	6 Psychologinnen/ Psychologen
	Weiterbildung "DBT-Therapie"	3 Psychologinnen
	Weiterbildung/Abschluss "Life-Minus-Violence-Trainer"	2 Psychologinnen
	Weiterbildung/Abschluss "Rechtspsychologie"	1 Psychologin
	Weiterbildung/Abschluss „R&R Anleiter“	1 Psychologin
	Weiterbildung "Eye Movement Desensitization and Reprocessing"	1 Psychologin
	Weiterbildung/Abschluss "Kollegiale Erstberatung"	1 Psychologe
	Weiterbildung „Trainer Professionelles Deeskalationsmanagement“	1 Psychologe
	Weiterbildung „Zertifizierte Aus- und Weiterbildung zur Supervisorin“	1 Psychologin
	Weiterbildung/Abschluss „HCR-20, Version 3“	1 Psychologin
Komplementärtherapie	Bachelorstudium "Ergotherapie"	1 Ergotherapeutin
Pflegedienst	Abschluss: Leitungskurs "Leitung von Pflege-, Funktions- und Wohngruppeneinheiten"	2 Pflegekräfte
	Ausbildung "Pflegefachmann"	1 Pflegekraft

Abbildung 29: Laufende bzw. in 2024 abgeschlossene berufliche Qualifikationen

Die Daten in Abb. 29 zeigen laufende fachspezifische Qualifikationen des Personals, das am Stichtag 31.12.2024 in der Klinik angestellt war.

4.3 Teilnahme an verpflichtenden internen Weiterbildungen

Im Jahr 2024 waren gemäß einer klinikinternen Verfahrensanweisung sowie einer universitätsweiten Richtlinie der Universitätsmedizin Rostock (UMR) vereinzelte Teilnahmen an bestimmten Veranstaltungen verpflichtend. Dazu zählten die jährlichen Pflichtveranstaltungen „Basic-Life-Support-Kurs“ (BLS-Kurs), das einmalige „Professionelles Deeskalationsmanagement“ (ProDeMa) sowie die klinikinterne „Jahresbelehrung“.

Der „BLS-Kurs“ vermittelt lebensrettende Maßnahmen und umfasst praktische Übungen zur Wiederbelebung an Dummies. Für den ärztlichen Dienst besteht zudem die Verpflichtung, alle

zwei Jahre einen „Advanced Life Support-Kurs“ (ALS) zu absolvieren, der erweitertes Wiederbelebungswissen, z. B. den Einsatz von Medikamenten und die Sicherung der Atemwege, behandelt. Beide Kurse werden vom Rostocker Simulations- und Notfallausbildungszentrum (ROSANA) angeboten.

Die Teilnahme am *ProDeMa-Kurs* ist für alle Mitarbeitenden verpflichtend. Dieses praxisorientierte und evaluierte Präventions-, Handlungs- und Trainingskonzept bietet zudem die Möglichkeit, ein ergänzendes praktisches Sicherheitstraining, das Alarmgruppentraining, freiwillig zu absolvieren.

In Abb. 30 sind die Teilnahmequoten an den Pflichtfortbildungen und den ebenfalls verpflichtenden Mitarbeitergesprächen (MAG) der am 31.12.2024 in der Klinik angestellten Mitarbeitenden dargestellt²¹.

Mit Ausnahme der Teilnahme an einem BLS- bzw. ALS-Kurs haben sich die Quoten so verbessert, dass sie 2024 zwischen akzeptablen 90,2 % und 95,1 % liegen. Die im Vergleich zum Vorjahr deutlich schlechtere Teilnahmequote am BLS-Kurs ist unter anderem auf eine geringere Anzahl klinikintern angebotener Wiederbelebungskurse sowie den klinikinternen Ausfall eines solchen Kurses zurückzuführen. Die dadurch entstandene hohe Anzahl noch offener Teilnahmen konnte durch die klinikexternen UMR-Angebote in 2024 nicht mehr ausgeglichen werden.

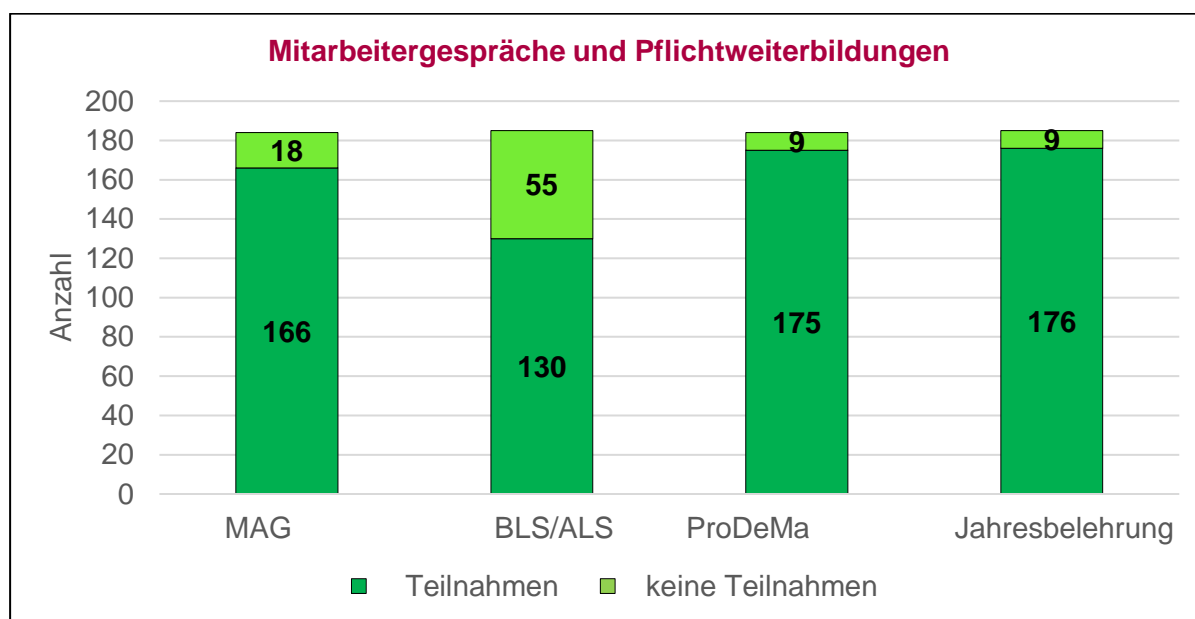


Abbildung 30: Mitarbeitergespräche und Pflichtweiterbildungen

Für den ärztlichen und psychologischen Dienst sowie den Sozialdienst sind die sogenannten „Montagsfortbildungen“ verpflichtend. Auch andere interessierte Mitarbeitende sind herzlich eingeladen, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen. In den Fortbildungen werden aktuelle Themen aus fachspezifischen und fachübergreifenden Bereichen vorgestellt und diskutiert. An insgesamt 28 Montagsfortbildungen haben durchschnittlich 20 Personen aus patientennahen Bereichen teilgenommen, Minimum 12 bis Maximum 28 Teilnehmende.

²¹ Die Angaben zu MAG, BLS und Jahresbelehrung beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2024. ALS-Schulungen werden für den Zeitraum von zwei Jahren berücksichtigt (2023-2024). Bei ProDeMa-Schulungen wird vermerkt, ob eine Teilnahme jemals erfolgt ist, unabhängig vom Jahr.

Für alle Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen ist die Teilnahme an der Weiterbildung „PCL-R“ (Psychopathy Checklist Revised) verpflichtend.

Psychologinnen und Psychologen müssen die einmalige Teilnahme an der Weiterbildung „Historical, Clinical und Risk Management“ (HCR-20, Version 3) realisieren. Die Fortbildung trägt entscheidend dazu bei, Risiko- und Gefährdungsanalysen systematisch und fundiert durchzuführen. Ärztinnen und Ärzte wird eine Teilnahme an dieser Weiterbildung dringend empfohlen.

Auch im Jahr 2024 fanden interne Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zum evidenzbasierten Verschreiben statt. Diese boten wertvolle Gelegenheiten, beispielsweise die neueste Fachliteratur zur Psychopharmakotherapie zu analysieren und die Anwendung relevanter Guidelines in der klinischen Praxis gemeinsam zu erörtern. Themen dieser Veranstaltungen waren:

- Inspektion des Notfallkoffers
- Routineuntersuchungen und Monitoring bei Psychopharmaka
- Wechsel von Substitutionspräparaten
- Management von Gewichtszunahme bei Antipsychotikatherapie
- Behandlung substituierter Patienten mit dem Buprenorphin-Depot Buvida

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer profitierten zudem von interaktiven Sessions zur Optimierung des Medikationsmanagements.

Darüber hinaus haben verschiedene Personalbereiche weitere stationsinterne Fort- und Weiterbildungen organisiert, die spezifisch auf die Anforderungen ihrer Teams zugeschnitten waren. Diese Veranstaltungen umfassten Meetings zu innovativen Therapiekonzepten und interdisziplinären Ansätzen.

4.4 Weitere Weiterbildungsveranstaltungen

Im Rahmen der fachlichen Weiterentwicklung und Netzwerkpflege wurden für das Jahr 2024 zahlreiche Teilnahmen an Veranstaltungen ermöglicht. Diese wurden systematisch nach ihrer Reichweite – international, national, digital und intern – sowie nach ihrem Format gegliedert und innerhalb dieser Kategorien chronologisch geordnet.

Internationale Veranstaltungen

Im Frühjahr und Sommer 2024 nahmen Mitarbeitende unserer Klinik mehrfach an englischsprachigen Online-Workshops zur „Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)“ teil.

Die „Jahreskonferenz der International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS)“ wurde im Juni 2024 in San Francisco von mehreren Mitarbeitenden für den internationalen Fachaustausch genutzt, u. a. durch eigene Poster und Vorträge.

Im November 2024 nahmen Mitarbeitende am „Kinder- und Jugendforensischen Symposium“ in Zürich teil, das im Hybridformat stattfand.

Darüber hinaus bestand über das gesamte Jahr hinweg eine mehrfache Online-Beteiligung an Aktivitäten der IAFMHS ([International Forensic Psychiatry Lecture Series < Forensic Psychiatry Institute](#)).

Nationale Veranstaltungen:

Die fachliche Präsenz bei Veranstaltungen im deutschsprachigen Raum war ebenfalls vielfältig.

Den Auftakt bildete im Januar 2024 und weiterführend im März 2024 eine Schulung: „Traumasensible Pflege“ in Langenfeld.

Im März 2024 folgte die „Eikelborner Fachtagung“ in Lippstadt (Hybridformat).

Im April 2024 nahmen Mitarbeitende an der Veranstaltung „Mord im Fokus“ an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung in Güstrow teil.

Im Mai 2024 wurde in Langenfeld die Präsenzveranstaltung zur „Erstellung einer umfassenden forensischen Fallkonzeptualisierung und deren Einfluss auf die Behandlung im MRV“ besucht.

Im Juni 2024 stand die „Berliner Juni-Tagung für Forensische Psychiatrie und Psychologie“ auf dem Programm.

Im September 2024 folgten der „DGKJP-Kongress“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Kongress) in Rostock sowie eine Schulung zum „Umgang mit Stimmenhören“ in Berlin und eine Fachveranstaltung zur „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ in Hannover.

Den Abschluss bildeten im November 2024 die interdisziplinäre Fachtagung „Best Practice und Innovation im Maßregelvollzug“ in Rostock sowie der DGGPN-Kongress (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. – Kongress) in Berlin (Hybridformat).

Digitale Angebote

Ortsunabhängige und flexible Weiterbildung wurde über das gesamte Jahr hinweg genutzt.

Die „DBT-Basis-Modulreihe“ erstreckte sich von Januar bis Juni 2024. Parallel dazu wurden individuell gebuchte Online-Sprechstunden zur „ADHS-Diagnostik“ sowie „ACT-Fortbildungen“ (Akzeptanz- und Commitmenttherapie-Fortbildungen) der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. wahrgenommen. Weitere digitale Formate befassten sich – ebenfalls individuell gebucht – mit „Gutachteninterview“, „sozialgerichtlichen Fragestellungen“ und aktuellen rechtlichen Entwicklungen wie dem neuen „Cannabisgesetz“.

Interne und Inhouse-Schulungen

Praxisnahe Fortbildungen direkt vor Ort ergänzten das externe Angebot.

Über das Jahr hinweg fanden Workshops zur sicheren Anwendung mechanischer „Sicherung mit Soft Cuffs“²², „DBT-Schulungen für Pflege- und Sozialberufe“ sowie Trainings zu „Führungskompetenzen mit Fokus auf Kommunikation, Konfliktlösung und Change Leadership“ statt.

Die strukturierte Vielfalt der besuchten Veranstaltungen erwies sich als tragende Säule für die Qualitätssicherung sowie die Förderung interdisziplinärer Vernetzung. Hervorzuheben sind weiterhin Teilnahmen an den „Bundesdirektorenkonferenzen Forensische Psychiatrie“ sowie den „Arbeitskreistreffen Jugendmaßregelvollzug“ und den „Netzwerktreffen Leitende Pflegekräfte im MRV“. Letzteres wurde erstmalig in Rostock ausgerichtet.

²² Soft Cuff steht für gepolsterte oder textilbasierte Fesselungen, die im Gegensatz zu Metallhandschellen weniger Verletzungsgefahr bergen.

4.5 Supervisionen

Im Maßregelvollzug spielt die Beziehung zwischen den untergebrachten Personen und dem Personal eine zentrale Rolle, da sie maßgeblich das therapeutische Setting beeinflusst. Um die Arbeitsfähigkeit der Teams mit direktem Patientenkontakt bestmöglich zu unterstützen, werden sowohl interne Teamsupervisionen als auch externe Einzel- und Teamsupervisionen angeboten. Diese Maßnahmen sind ein essenzieller Bestandteil der Prozessqualität und tragen dazu bei, eine reflektierte und effektive Zusammenarbeit zu gewährleisten (Craissati & Taylor, 2014).

Die Teilnahmequoten der Supervisionsteams sind in Abb. 31 dargestellt. Bei der Interpretation der Daten sind einige Faktoren zu berücksichtigen: Die Teams unterscheiden sich in ihrer Personalstärke, und die Anzahl der durchgeführten Supervisionen variiert (beispielsweise absolvierte Team B fünf Supervisionen, während Team D insgesamt neun Sitzungen hatte). Zudem arbeiten mit Ausnahme eines Supervisionsteams alle Teams im 3-Schicht-System, was einen erheblichen Einfluss darauf hat, welches realistische Maximum an Supervisionsteilnahmen pro Station erreicht werden kann.

Im Jahr 2024 blieben drei Teams ohne Supervision. Für 2025 sind Vertragsabschlüsse mit geeigneten Supervisoren geplant, um auch für diese Stationsteams eine kontinuierliche Begleitung und fachliche Unterstützung sicherzustellen.

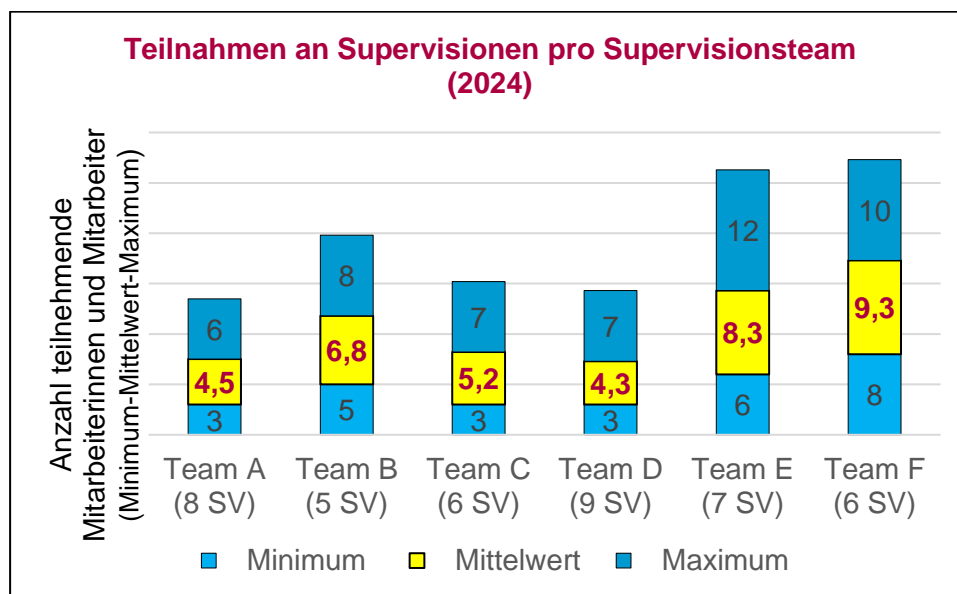


Abbildung 31: Teilnahmen an Supervisionen

Im Jahr 2024 wurde eine externe Teamsupervision nach einem schweren Vorfall in Anspruch genommen und in Abb. 32 berücksichtigt. Ebenso wurden „Interventionen“ des Instituts für Forensische Wissenschaften (IfW) – eine etablierte, strukturierte Form kollegialer Beratung – genutzt.

5 SICHERHEIT

Die Sicherheit in forensischen Kliniken ist ein vielschichtiges Thema, das physische, organisatorische und zwischenmenschliche Aspekte umfasst. Physische Maßnahmen wie Mauern und Zäune schaffen eine sichere Umgebung, während klar definierte Abläufe für Ordnung und Stabilität sorgen. Ebenso spielen vertrauensvolle Beziehungen zwischen Personal und untergebrachten Personen eine entscheidende Rolle (Craissati & Taylor, 2014).

Therapie gilt als zentraler Sicherheitsfaktor, da sie nicht nur zur Rehabilitation beiträgt, sondern durch gezielte Interventionen auch Risiken minimiert. Wesentliche Prinzipien sind hierbei die enge Verknüpfung von Therapie und Sicherheit, eine kontinuierliche Qualitätssicherung sowie vorbeugende Maßnahmen, die Rückfälle oder Gefährdungen reduzieren.

Stufenweise Lockerungen unterliegen einer sorgfältigen Prüfung und erfolgen erst nach abschließender Genehmigung der Klinikleitung.

5.1 Besondere Vorkommnisse

Meldepflichtige Vorkommnisse	2021	2022	2023	2024
Entweichungen	1	0	1	0
Nichtrückkehr aus der Gewährung einer selbständigen Lockerung	1	1	6	3
Begehung von Straftaten während einer selbständigen Lockerung	1	0	7	0
Straftaten zum Nachteil von Personal (körperliche Angriffe)	8	16	14	22
Verdacht des Verstoßes gegen das BtMG/NpSG ²³	2	8	11	10
Geiselnahme	0	0	0	0
Suizid	0	0	0	0
Suizidversuche	2	1	0	0
Auffinden sicherheitsrelevanter Gegenstände - Waffen o. a.	6	6	5	10
Brandfälle	2	3	2	4
Sonstige außergewöhnliche Sicherheitsstörungen: Hier vermerken wir körperliche Angriffe auf Patientinnen bzw. Patienten (diese sind nicht meldepflichtig)	12	21	19	45

Abbildung 32: Meldepflichtige Vorkommnisse

Das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern bezeichnet besondere Vorkommnisse als solche, die bei ihnen gemeldet werden müssen. Abb. 32 zeigt die Anzahl der verschiedenen Kategorien von Vorkommnissen aus den letzten vier Jahren.

Der Anstieg (2024) körperlicher Angriffe auf Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie auf das Personal, ebenso wie das vermehrte Auffinden sicherheitsrelevanter Gegenstände, kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Von einem klaren Trend kann hier aber nicht

²³ BtMG für Betäubungsmittelgesetz/NpSG für Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz

gesprochen werden, da meist viele Vorfälle auf eine kleine Gruppe von Patienten und Patientinnen zurückzuführen sind und die Anzahl daher starken Schwankungen unterliegt. Dies verdeutlicht, dass ein Teil unseres Klientels unter schwersten psychischen Störungen leidet und uns vor große Herausforderungen im klinischen Alltag stellt.

Um diesen Entwicklungen gezielt entgegenzuwirken, wurden umfassende Sicherheitsmaßnahmen ergriffen und therapeutische (Stations-)Konzepte kontinuierlich angepasst. Der Schutz der Patientinnen und Patienten steht dabei gleichrangig neben dem Schutz des Personals.

Um dem Personal mehr Stabilität und Sicherheit im Umgang mit den gestiegenen Herausforderungen des Klinikalltags zu bieten, wurde im Frühjahr 2024 durch die Klinikleitung der Bedarf eines klinikinternen Coaching-Prozesses angeregt. Aufgrund verschiedener Umstände konnte dieses Angebot jedoch erst im Januar 2025 begonnen werden.

Die Anzahl der Polizeieinsätze (N = 8) blieb infolge struktureller und operativer Verbesserungen zwar vergleichsweise gering, dennoch verdeutlicht der Rückblick auf die Daten der besonderen Vorkommnisse, dass zusätzliche präventive Maßnahmen erforderlich sind, um sowohl Patientinnen und Patienten als auch das Personal kontinuierlich besser zu schützen.

Mit der Implementierung all dieser und weiterer Maßnahmen wird ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur langfristigen Sicherstellung eines stabilen und sicheren Klinikbetriebs vollzogen.

5.2 Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen dürfen ausschließlich von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet werden. Vor jeder Entscheidung ist eine sorgfältige Abwägung erforderlich, um sicherzustellen, dass die jeweilige Zwangsmaßnahme notwendig, angemessen und das mildeste Mittel zur Zielerreichung ist. Sowohl die Anordnung als auch die Begründung müssen lückenlos in der Patientendokumentation festgehalten werden.

Eine stichprobenartige Überprüfung durch die Innenrevision der UMR (2024) ergab, dass die Dokumentationspflichten im Umgang mit Isolierungen in einem Krisenraum (KR) sowohl hinsichtlich ihres Umfangs als auch ihres Inhalts erfüllt wurden (s. Abb. 33-37).

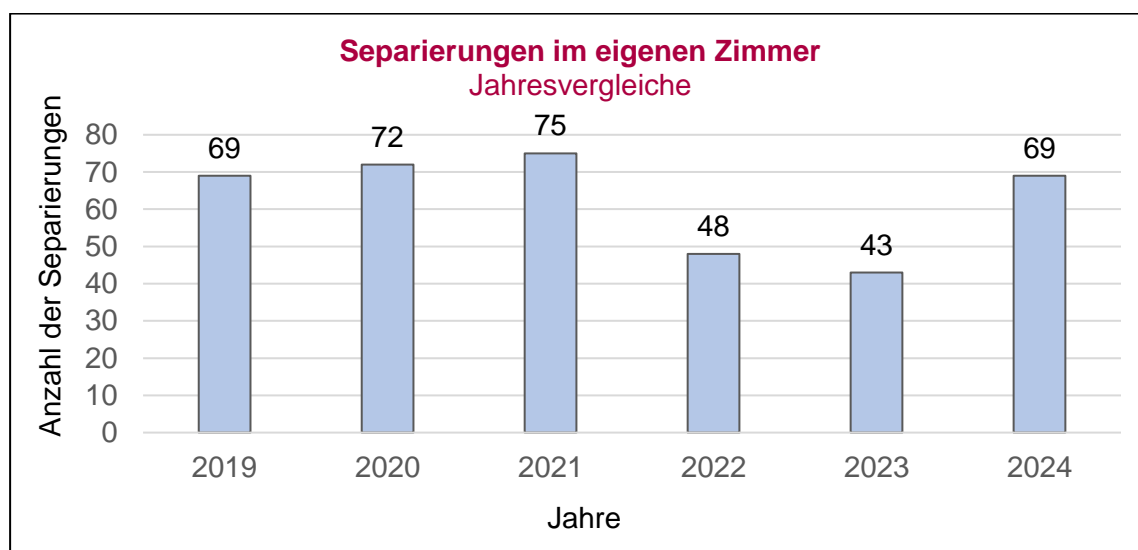


Abbildung 33: Separierungen im eigenen Zimmer

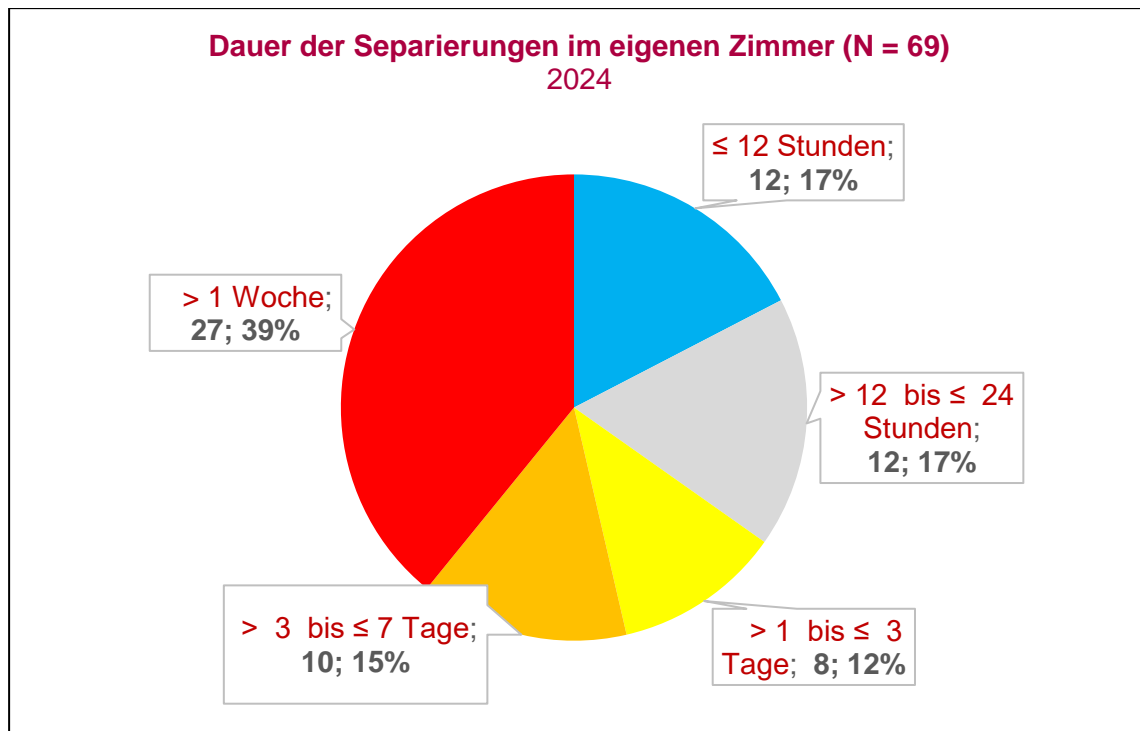


Abbildung 34: Dauer der Separierungen im eigenen Zimmer

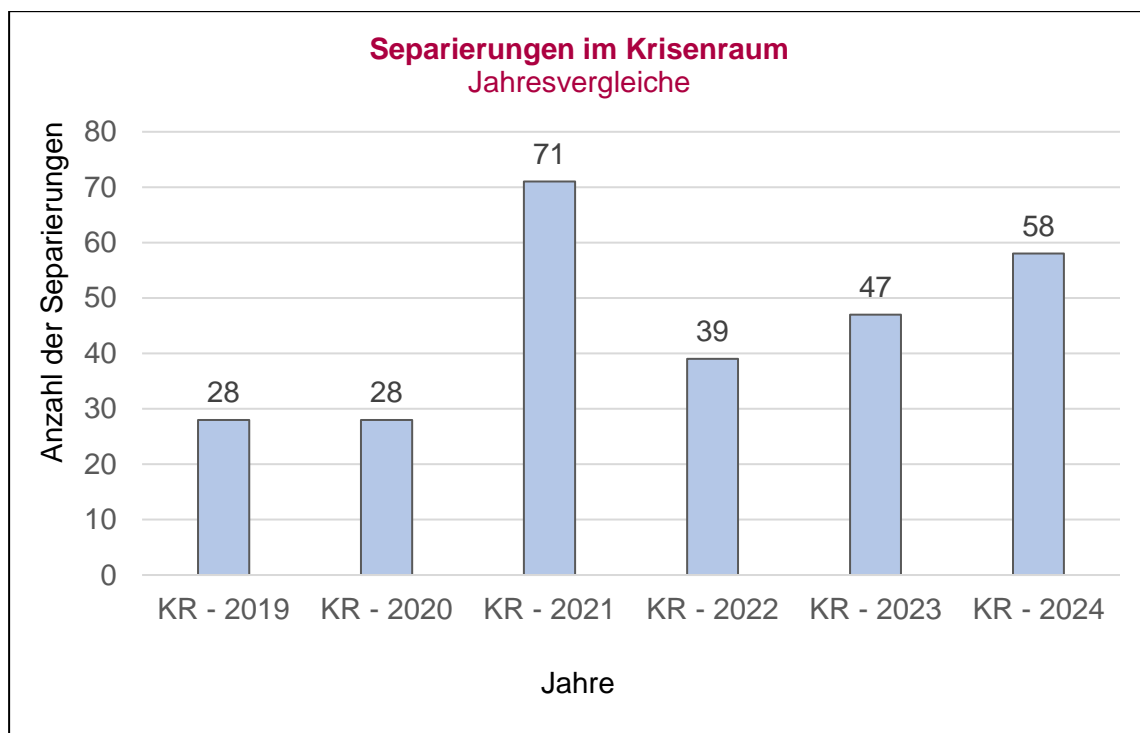


Abbildung 35: Separierungen im Krisenraum

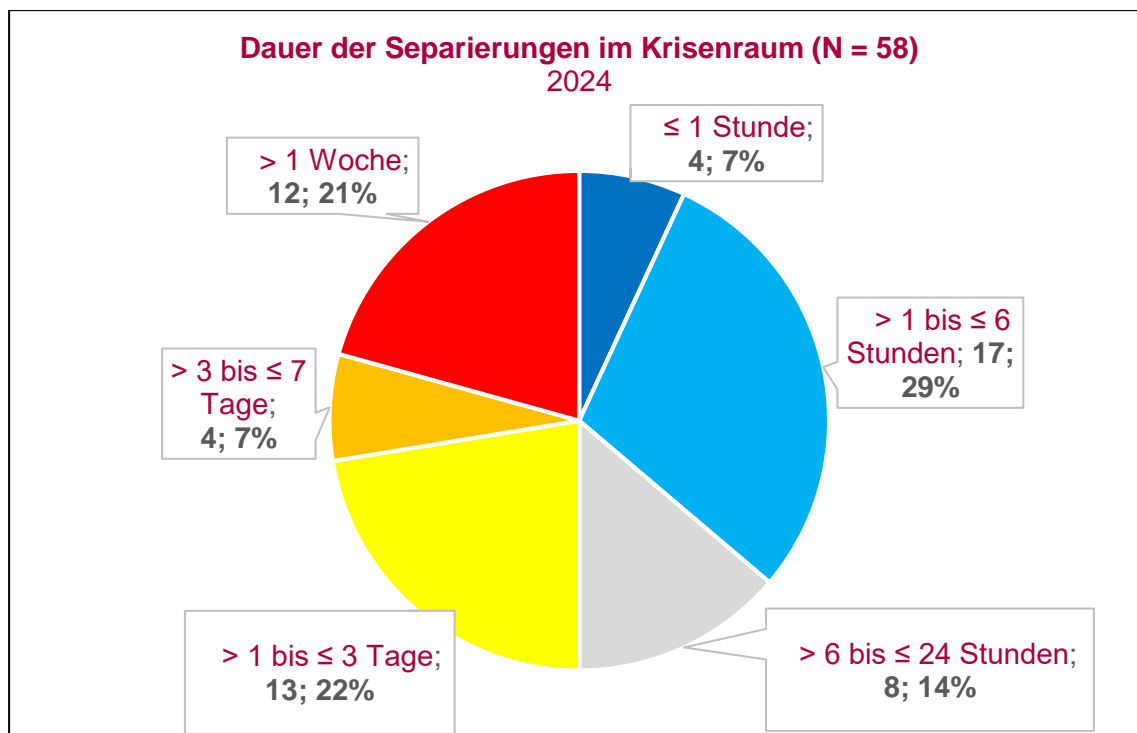


Abbildung 36: Dauer der Separierungen im Krisenraum

Im Jahr 2024 wurde eine Person über einen Zeitraum von mehr als zwei bis zu sechs Stunden fixiert. Eine richterliche Anordnung zur Zwangsmedikation erfolgte nicht.

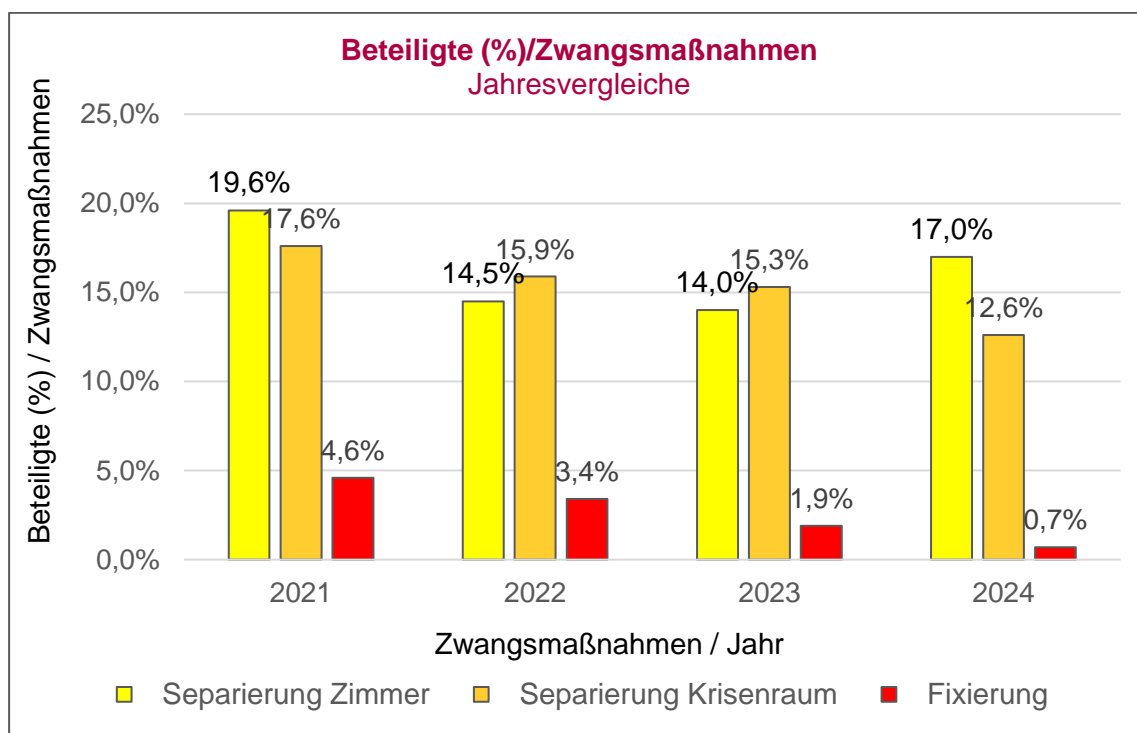


Abbildung 37: Beteiligte/Zwangsmaßnahmen

6 QUALITÄTSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement spielt auch in der forensischen Psychiatrie eine entscheidende Rolle. Es ist ein professioneller, institutionsweiter Ansatz, der perspektivisch darauf abzielt, die Qualität von Behandlungsangeboten und unterstützenden Dienstleistungen systematisch zu planen, zu steuern und kontinuierlich zu verbessern.

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) verpflichtet zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements sowie zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 135a SGB V). Während für allgemeine Krankenhäuser bereits klare Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) existieren, müssen für forensische Einrichtungen spezifische Qualitätsanforderungen erst noch weiterentwickelt werden. Diese sollen die Besonderheiten forensisch-psychiatrischer Kliniken über die Basisdokumentationen hinaus abbilden.

In unserer Klinik arbeiten wir kontinuierlich an der Weiterentwicklung von Qualitätskriterien, die sich an unserem Leitbild orientieren. Dabei stehen folgende Schwerpunkte im Fokus:

- Aufgabenorientierung
- Patientenorientierung
- Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterorientierung
- Leitung
- Qualitätsmanagement

Die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) übernimmt eine zentrale Rolle und versteht sich unter der Leitung der Klinikdirektorin als Bindeglied zwischen den innerklinischen Bereichen. In enger Zusammenarbeit mit der Klinikleitung wird die nachhaltige Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems forciert.

6.1 Qualitätskriterien und Dimensionen

Behandlungen im Maßregelvollzug unterscheiden sich teilweise grundlegend von anderen Krankenhaus- oder allgemeinspsychiatrischen Behandlungen. Ihr Ziel ist sowohl die „Besserung“ der Patientinnen und Patienten (also die Behandlung) als auch die „Sicherung“ (d. h. der Schutz der Gesellschaft). Der strafrechtlichen Anordnung folgt meist eine mehrjährige forensisch-psychiatrische Behandlung, die Rückfälle verhindern soll.

Die Erwartungen an die Qualität dieser Behandlungen variieren je nach Perspektive:

- Gesellschaft: erwartet größtmöglichen Schutz.
- Klinikverantwortliche: legen Wert auf effektive Maßnahmen bei optimaler Ressourcennutzung.
- Personal: fordert gute Sicherheitsstandards, gute Gehälter, flexibles Arbeiten und möglichst viel Mitbestimmung.
- Patientinnen und Patienten: wünschen sich viele Therapieangebote und schnelle Lockerungen.

In unserer Klinik nutzen wir das bewährte Qualitätsmodell von Donabedian (1990), das die Qualität in drei Dimensionen unterteilt: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

6.2 Qualitätsdimensionen in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Strukturqualität: Die Strukturqualität bildet das Fundament einer erfolgreichen Behandlung und umfasst innerklinische Organisationsstrukturen, differenzierte Therapieangebote, gezielte Aus- und Weiterbildungen des Personals sowie die Ausstattung mit medizinisch notwendigen Geräten. Eine wegweisende Veränderung erfolgte bereits 2020 mit der Umstrukturierung von Stationen, die in der KFP weiterhin eine zentrale Rolle für die Qualitätssicherung spielt.

Prozessqualität: Zur Prozessqualität zählen sowohl die Diagnostik als auch die Qualität und Quantität therapeutischer Maßnahmen. Kontinuierliche Verbesserungen in diesem Bereich sind:

- Einsatz evidenzbasierter Diagnostikinstrumente für eine präzise Diagnostikplanung.
- Orientierung an den Behandlungsleitlinien, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- Aktualisierung und Einführung neuer Behandlungsmethoden, wie etwa das LMV-Konzept, strukturierte Behandlung von Sexualstraftätern etc.
- regelmäßige Fallbesprechungen
- wöchentliche Lockerungskonferenzen zur schrittweisen Reintegration
- stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten

Ergebnisqualität: Diese Dimension spiegelt die nachhaltige Wirkung der Behandlung wider. Neben der Behandlungsdauer und dem subjektiven Wohlbefinden umfasst sie auch das Rückfallrisiko sowie die Vermeidung des Konsums illegaler Substanzen.

Verpflichtende Teilnahmen an Weiterbildungen werden regelmäßig überprüft. Weiterbildungen sind zugleich ein Element der Strukturqualität und tragen zur nachhaltigen Sicherung fachlicher Standards und somit zur Ergebnisqualität bei.

Qualitätssicherung: Letztendlich bleibt das übergeordnete Ziel die individuelle Besserung und Sicherung der Patientinnen und Patienten, um eine erfolgreiche Entlassung aus dem klinischen Setting zu ermöglichen. Qualitätssicherung definiert die Wege, um das Ziel der Behandlung (Besserung und Sicherung) effizient, wirksam und zeitnah zu erreichen. Dabei zeigt sich, dass die bisherigen forensischen Grunddaten nicht ausreichen, um die Qualitätssicherung in ihrer Gesamtheit messbar zu machen.

Monitoring als Schlüssel zur Qualitätsverbesserung: Um die Qualität kontinuierlich zu optimieren und transparente Prozesse zu gewährleisten, setzt unsere Klinik verstärkt auf Monitoring als festen Bestandteil der Qualitätssicherung. Nur durch fortlaufende Analyse und Anpassung kann eine nachhaltige Verbesserung erreicht werden.

Bereich	Maßnahme	Frequenz	Ziel/Inhalt
Leitungstreffen & Kommunikation	Leitungstreffen auf verschiedenen Ebenen	fortlaufend/ regelmäßig	transparente Kommunikation, klare Verantwortlichkeiten, abgestimmte Steuerung
	Stationsleitungssitzungen, Teamsitzungen	monatlich	Stärkung der bereichsnahen Führung und Förderung operativer Kohärenz
	Leitungstreffen auf Station	wöchentlich	transparente Kommunikation, klare Verantwortlichkeiten, abgestimmte Steuerung
	Sicherheitsbegehungen durch Leitungspersonen	halbjährlich	Identifikation von Risiken und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen auf allen Stationen
Sicherheitsmanagement	Überprüfung von Sicherheitsmaßnahmen (z. B. Pager-, Raum- und Personenkontrollen)	quartalsweise	Kontrolle sicherheitsrelevanter Bereiche zur Risikominimierung
	Umsetzung von Struktur- und Prozessvorgaben	fortlaufend	Sicherstellung eines einheitlichen und verlässlichen Sicherheitsniveaus
	Aktualisierung sicherheitsrelevanter Anweisungen und Verfahrensanweisungen	fortlaufend	Sicherstellung der Aktualität und Wirksamkeit aller sicherheitsbezogenen Dokumente
Externe Qualitätssicherung	Besuch von der Besuchskommission	jährlich	Erhebung von Anfragen bzw. Rückmeldungen von Patientinnen/Patienten
	Inspektionen durch die Innenrevision der Universitätsmedizin Rostock	auf Anfrage	Prüfung gesetzlicher und interner Vorgaben, z. B. Zwangsmaßnahmen
	Prüfungen durch Sozialministerium und Besuchskommission	gelegentlich	externe Kontrolle vielfältiger Themen zur Qualitätssicherung und Transparenz

Abbildung 38: Steuerungsmaßnahmen

Die in der Abb. 38 dargestellten Maßnahmen zeigen ein umfassendes und systematisch strukturiertes Monitoring- und Steuerungssystem, das alle relevanten Bereiche des Klinikalltags abdeckt, von der Patientenversorgung über Personalmanagement bis hin zur Sicherheit und externen Qualitätssicherung. Die Kombinationen aus fortlaufenden, regelmäßigen und neu eingeführten Instrumenten ermöglichen nicht nur Transparenz und

Kontrolle, sondern fördern aktiv die Weiterentwicklung klinischer Strukturen und Prozesse sowie die Sicherung hoher Behandlungsstandards.

Durch die bereichsbezogene Differenzierung in der Abb. 38 wird deutlich, wie gezielt und abgestimmt die einzelnen Maßnahmen ineinandergreifen und zur Gesamtqualität der Klinik beitragen. Die kontinuierliche Reflexion und Anpassung der Instrumente unterstreicht den Anspruch der Klinik, Qualität nicht nur zu sichern, sondern aktiv zu gestalten.

Dem ist hinzuzufügen, dass die klinikinterne Qualitätsmanagementgruppe im Jahr 2024 insgesamt 18 Mal zusammenkam. Aufgrund anderer Verpflichtungen und Abwesenheiten mehrerer Mitglieder konnten jedoch sieben Termine nicht realisiert werden.

6.3 Effektives Qualitätsmanagement

Qualität: nachhaltige Verbesserung für Sicherheit und Behandlungserfolge.

In den letzten Jahren haben wir unsere internen Strukturen und Prozesse gezielt und konsequent weiterentwickelt, mit einem klaren Schwerpunkt auf therapeutischen und sicherheitsrelevanten Abläufen. Unser Ziel ist es, die Effizienz und Nachhaltigkeit in der Patientenversorgung kontinuierlich zu steigern. Dabei bleibt die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten sowie unseres Personals stets ein zentraler Aspekt.

Unsere Qualitätspolitik (Monitoring, Reporting, regelmäßige Qualitätsmeetings etc.) basiert auf dem hoheitlichen Auftrag der MRV-Kliniken und den Grundsätzen der Universitätsmedizin Rostock. Sie zielt darauf ab, durch transparente und nachvollziehbare Strukturen und Prozesse die Qualität der erhobenen Daten zu sichern, die Behandlungsqualität kontinuierlich zu verbessern und vorhandene Kompetenzen nachhaltig zu fördern.

Unsere Qualitätsstrategie verbindet Innovation mit bewährten Prinzipien, um höchste Standards in der Patientenversorgung zu garantieren.

6.4 Beschwerdemanagement

Ein effektives Beschwerdemanagement spielt eine bedeutende Rolle in der Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten. Oft fällt es diesen schwer, ihre Anliegen gegenüber medizinischem Personal zu formulieren oder ihre Rechte wahrzunehmen. Um ihre Stimme zu stärken, setzen wir gezielt auf transparente und zugängliche Beschwerdewege.

Im Berichtszeitraum gingen insgesamt 37 interne Anregungen von Patientinnen und Patienten direkt bei uns ein. Darüber hinaus wurden 41 externe Beschwerden überwiegend an das Beschwerdemanagement der Universitätsmedizin Rostock weitergeleitet²⁴. Alle Rückmeldungen lieferten wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Qualität der forensisch-psychiatrischen Versorgung aus Patientensicht.

Obwohl wir stets eine lösungsorientierte Konfliktbewältigung innerhalb der Klinik anstreben, informieren wir Patientinnen und Patienten gezielt über ihre Beschwerdemöglichkeiten. Dazu gehören:

- eine ausführliche Übersicht in der Aufnahmemappe, die alle relevanten Adressen lokaler und überregionaler Beschwerdestellen enthält

²⁴ Von den insgesamt 78 Beschwerden wurden 8 zurückgenommen – 5 von einem Patienten, 3 von drei weiteren.

- ständige Auslagen des internen „KFP: Formblatt für Anregungen und Hinweise von Patient*innen und Angehörigen“ sowie des universitären „Formblattes für Anregungen und Hinweise von Patienten und Angehörigen“
- Aushänge auf allen Stationen, deren Aktualität regelmäßig überprüft wird, um eine verlässliche Informationsquelle zu gewährleisten.

Die Abb. 39-42 illustrieren das Monitoring unseres Beschwerdemanagements und geben einen Überblick über eingegangene Anliegen.

Beschwerdekriterien	Beschwerden (N = 78)
pflegerische Behandlung/Kommunikation	20
ärztliche Behandlung/Kommunikation	14
Therapieverlauf allgemein/zu wenig, falsche Therapie/Stationsatmosphäre	13
Technische Infrastruktur	12
Regeln	6
Sonstiges	6
psychologische Behandlung/Kommunikation	3
Hygiene	2
Datenschutz	2
Lockerung	0
Zwangsmaßnahmen/Menschenrechte	0

Abbildung 39: Beschwerdekriterien

Erläuterung: Die Rubrik „Technische Infrastruktur“ spiegelt vor allem Unzufriedenheit im Umgang mit technischen Aspekten wider – insbesondere wiederholte Beschwerden über Heizungsprobleme in Patientenzimmern und den Standard der Duschräume.

Abschließend lässt sich sagen, dass Beschwerden erwartungsgemäß besonders dort auftreten, wo häufige und unmittelbare Interaktionen zwischen Patientinnen und Patienten sowie verschiedenen Personalgruppen stattfinden. Dies betrifft insbesondere die sensiblen Aufnahmephasen, in denen organisatorische Abläufe und erste Eindrücke eine große Rolle spielen. Zudem treten vermehrt Beschwerden in Bereichen auf, in denen psychisch schwerst erkrankte Patientinnen und Patienten betreut und behandelt werden – einem Umfeld, das naturgemäß mit hohen emotionalen und therapeutischen Herausforderungen verbunden ist.

Zwei anonyme Anregungen kamen von einer Besucherin sowie einem nicht benannten Patienten.

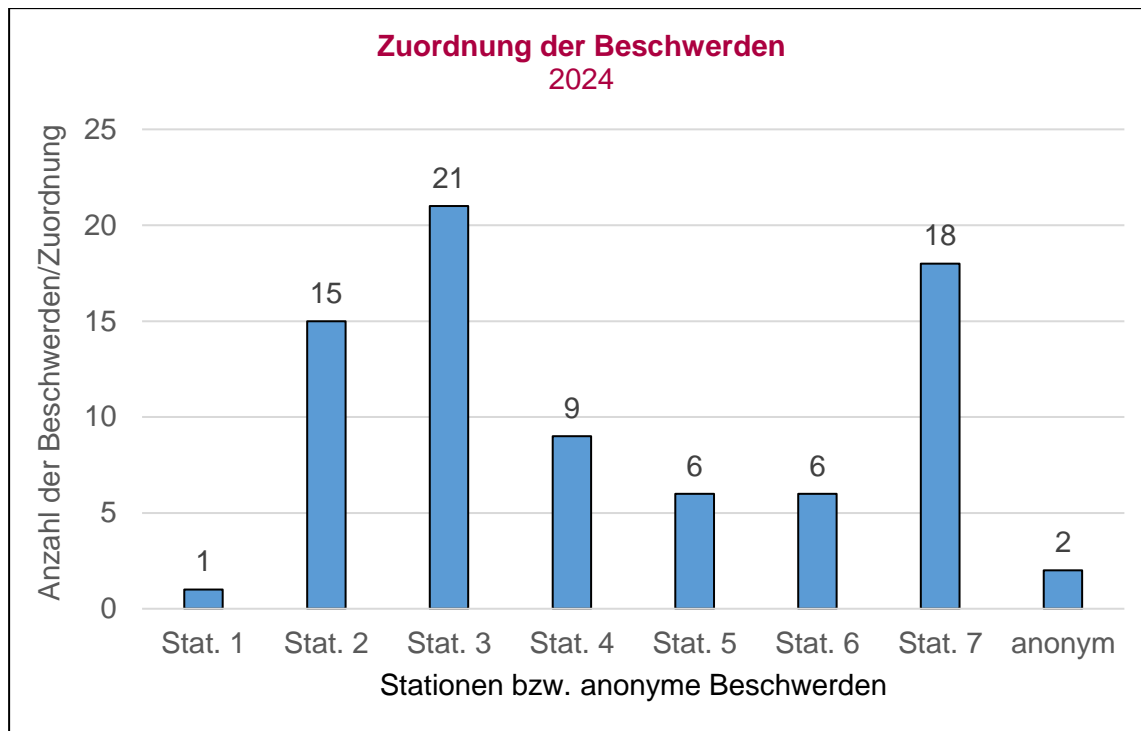


Abbildung 40: Zuordnung der Beschwerden

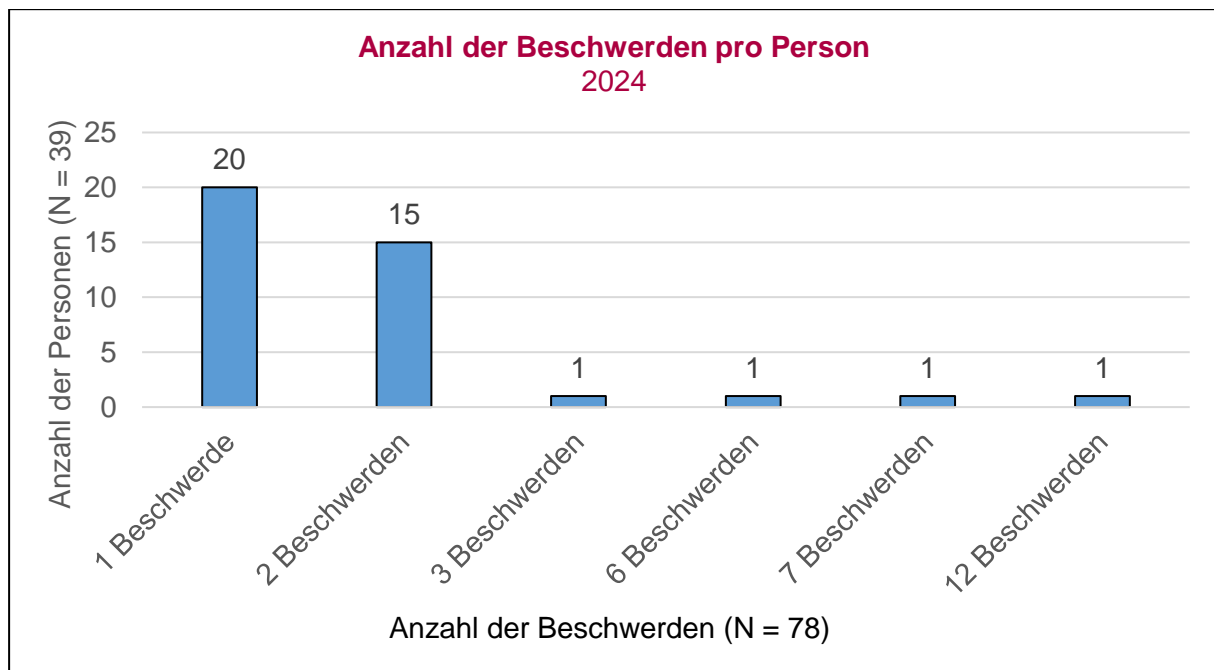


Abbildung 41: Anzahl der Beschwerden pro Person

Insgesamt äußerten 39 Patientinnen und Patienten²⁵ Beschwerden, was einer Quote von 28,9 % bei 135 untergebrachten Personen entspricht.

Für die Bearbeitung von Beschwerden liegt die Zielvorgabe bei 10 Tagen. Im Jahr 2024 wurde dieses Ziel in 45,7 % der Fälle erreicht, während die Quote im Vorjahr noch bei 66,0 % lag. Der Rückgang der Bearbeitungsquote könnte mehrere Ursachen haben. Eine wachsende Anzahl von Beschwerden hat die vorhandenen Kapazitäten stärker beansprucht, während gleichzeitig personelle Engpässe eine zeitnahe Bearbeitung erschwerten. Zudem könnte eine

²⁵ Eine anonym eingereichte Beschwerde einer Besucherin wurde in die Auswertung mit einbezogen.

veränderte Priorisierung innerhalb der Organisation dazu geführt haben, dass dringlichere Aufgaben bevorzugt behandelt wurden, wodurch sich die Reaktionszeiten bei Beschwerden verlängerten.

Bearbeitungszeiten	Anzahl (N = 70)*	Prozent
≤ 10 Tage	32	45,7 %
> 10 und ≤ 20 Tage	13	18,6 %
> 20 Tage	25	35,7 %

Abbildung 42: Bearbeitungszeiten

*Abzüglich der 8 zurückgenommenen Beschwerden wurden insgesamt 70 Beschwerden bearbeitet.

Unser Ziel ist, auch im Beschwerdemanagement eine offene und konstruktive Kommunikationskultur zu fördern, um die Qualität der Versorgung nachhaltig zu steigern.

7 FORSCHUNG & LEHRE

Forschungsteam

Das Forschungsteam bestand am 31.12.2024 neben Frau Prof. Dr. med. Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych aus zwei wissenschaftlichen Forschungsmitarbeiterinnen (teilweise Drittmittelfinanzierung) sowie einer Forschungssekretärin.

Promotionsaktivitäten 2024

Im Jahr 2024 wurde keine Promotion abgeschlossen. Insgesamt 18 Promotionsvorhaben konnten betreut werden, mit folgenden Themen:

1. „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis: Eine qualitative Studie.“
2. „Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie – Chancen und Herausforderungen im Vorfeld der Implementierung von Genesungsbegleitung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock“
3. „Machbarkeitsstudie zur Evaluation der Effektivität der Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen im deutschen Maßregelvollzug“
4. „PART-BEIRAT“
5. „Menschen mit Migrationshintergrund in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock“
6. „Validierung der deutschen Version der Recovery Assessment Scale (RAS-G) im Setting der forensischen Psychiatrie“
7. „Evaluation der Effekte des Sicherheits- und Deeskalationstrainings im Alltag der Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock“
8. „Lebensqualität bei Patienten im Maßregelvollzug“
9. „Implementierung und Evaluation von Life Minus Violence (LMV-E)“
10. „Neuropsychologische Parameter als Verlaufsprädiktoren“
11. „Rauchfreie forensische Psychiatrie in Deutschland: Erfassung des aktuellen Standes“

12. „Psychoedukation zur Zahngesundheit in der forensischen Psychiatrie“
13. „Vorhersage von Therapieabbrüchen“
14. „Zahn- und Mundschleimhautstatus in der Forensischen Psychiatrie der Universitätsmedizin Rostock“
15. „Forschungsprojekt Konsumverhaltensmuster“
16. „Evaluation von Safewards auf einer Station für psychoseerkrankte und/oder intelligenzgeminderte Patienten im deutschen Maßregelvollzug (§§ 63 und 64 StGB)“
17. „Standards in der forensisch-psychiatrischen Behandlung“
18. „Restriktivität und Forensische Psychiatrie“

Drittmittelförderung im Forschungsbereich

Im Jahr 2022 konnte das Forschungsteam erfolgreich Drittmittel akquirieren:

- 194.495,11 € von der Robert-Bosch-Stiftung zur Etablierung einer Organisationsstruktur zur Patientenpartizipation in der Forschung.
- 87.537,57 € von der DAMP-Stiftung für die Pilotstudie zur Entwicklung einer landesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsgrundlage gemäß § 63 StGB (Pilot zur CONNECT-Study)

Beide Projekte wurden im Jahr 2024 weitergeführt. Zudem wurde ein Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eingereicht, um die Pilotstudie zur Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsgrundlage gemäß § 63 StGB zu verlängern.

Publikationen (2024)

Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften

Baur A, Berthold D, Bezzel A, Querengässer J, Riedemann C, Schlögl C, **Völlm B**. Ein Plädoyer für Empirie und Innovation in forensischer Suchtbehandlung. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2024) 18:248–250 (<https://doi.org/10.1007/s11757-024-00831-w>)

Cerci D und Vitzthum K. [Smoke-free in Psychiatry – A Qualitative Analysis of Staff Perspectives]. Psychiatr Prax. 2024 Apr; 51(3): 157–162. doi: 10.1055/a-2184-3979. Epub 2023 Nov 21. PMID: 37989202, German.

Cerci D. & Frenz C. Probleme mit Substanzkonsum? – Ihre Kammer ist für Sie da! Ärzteblatt MV 5, 2024: 180–182

Daum M, Ferra FG, **Drewelow E**, Walde P, **Gerullis K**, Kilimann I, **Völlm B**, Teipel S, Klein OA. Dementia Care Research and Psychosocial Factors. Alzheimers Dement. 2024 Dec; 20 Suppl 4 (Suppl 4): e091205. doi: 10.1002/alz.091205. PMID: 39782256

Hoffmann F, **Völlm B**. Neuropsychological parameters in male offenders with substance use disorders. Front Psychiatry. 2024 Oct 17; 15:1476920. doi: 10.3389/fpsyt.2024. 1476920. eCollection 2024. PMID: 39483731

Maaß C. Frauenspezifische Problemlagen und Handlungsansätze im Maßregelvollzug. Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie (4): 31–32

Pereira Ribeiro J, Juul S, Kongerslev MT, Jørgensen MS, **Völlm B**, Edemann-Callesen H, Sales C, Schaug JP, Lieb K, Simonsen E, Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ. Pharmacological interventions for co-occurring psychopathology in people with borderline personality disorder: secondary analysis of the Cochrane systematic review with meta-analyses. Br. J. Psychiatry. 2024 Oct 21:1–12. doi: 10.1192/bjp.2024.172. Online ahead of print. PMID: 39428384 Review.

Scheuschner L, Walde P, **Völlm B**. [Predictors of Early Treatment Termination in Patients Detained under § 64 StGB – A Literature Review]. Psychiatr Prax. 2024 Mar; 51(2): 70–78. doi: 10.1055/a-2213-2184. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38167830 German.

Scheuschner L, Walde P, **Völlm B**. Abbrecher und Patienten mit Abbruchwunsch. Recht & Psychiatrie 42 (2024) 24–31

Tomlin J, Meise E, Wegner J, **Völlm B**. Mandatory substance use treatment for justice-involved persons in Germany: a systematic review of reoffending, treatment and the recurrence of substance use outcomes. Front Psychiatry. 2024 Feb 5; 14:1217561. doi: 10.3389/fpsy.2023.1217561. eCollection 2023. PMID: 38375516

Völlm B. Niederlande: Versorgungsmodelle für Long-Stay-Patient*innen in forensisch-psychiatrischen Settings. Forum Strafvollzug (2024), 73:35–39

Völlm B, Cerci D. Pharmacological management of personality disorders: from evidence to practice. BJPsych Advances. Published online 2024:1–9; doi:10.1192/bja.2024.30

Walde P, **Völlm B**. [Effects of Peer Support Work in Psychiatry: A Systematic Literature Review of Reviews]. Psychiatr Prax. 2024 Dec 18. doi: 10.1055/a-2490-6896. Online ahead of print. PMID: 39694049

Zeidler R, Dudeck M, Frank U, Gerlinger G, Hesse D, Muysers J, Pollmächer T, Riedemann C, Sander J, **Völlm B**, Müller JL. Erratum zu: Die Situation des deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN. Nervenarzt. 2024 Jan; 95(1):9. doi: 10.1007/s00115-023-01582 5. PMID: 38175229

Zeidler R, Dudeck M, Frank U, Gerlinger G, Hesse D, Muysers J, Pollmächer T, Riedemann C, Sander J, **Völlm B**, Müller JL. [The situation in the German forensic commitment – results of a survey by the DGPPN]. Nervenarzt. 2024 Jan; 95(1): 1–8. doi: 10.1007/s00115-023-01564-7. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37943326

Buchkapitel und Beiträge in Tagungsbänden

Goethals K, **Völlm B**, Schiltz K (2024): Chapter 7 – How can forensic psychiatry contribute to legal and ethical controversies in society? What everybody should know about forensic psychiatry. In: Fiorillo A, Falkai P und P Gorwood (Hrsg.): Mental Health Research and Practice – From Evidence to Experience. Cambridge University Press; 104–121 DOI: <https://doi.org/10.1017/9781009067287.008> [Opens in a new window] Publisher: Cambridge University Press, Print publication year: 2024

Köppen K, Walde P, **Völlm B**. Die CONNECT-Studie: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patient:innen des Maßregelvollzugs mit Unterbringungsgrundlage § 63 StGB. In: Jahrbuch Forensische Psychiatrie 2024:77–87; Wallenstein B. (Hrsg.); Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Internationale Präsenz der Klinikdirektorin

Die Klinikdirektorin war im Berichtszeitraum mit Fachvorträgen auf mehreren renommierten nationalen und internationalen Konferenzen vertreten. Ihre Beiträge spiegeln die hohe fachliche Expertise und das Engagement für den internationalen Austausch im Bereich der forensischen Psychiatrie wider.

Zu den Veranstaltungen zählten unter anderem:

- der Strafverteidigertag in Hamburg
- die Risk and Recovery Conference in Hamilton, Kanada (April)
- das Treffen der Schweizer Gefängnisärzte in Freiburg, Schweiz (April)
- die Jahrestagung der Forensic Faculty des Royal College of Psychiatrists in Mailand (Mai)
- die Fachtagung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Ludwigslust (Juni)
- das Nordic Symposium on Forensic Psychiatry in Bergen, Norwegen (August)

Diese Vorträge trugen maßgeblich zur internationalen Vernetzung und zum Wissenstransfer in der forensischen Psychiatrie bei.

Lehre

2024 konnten viele Praktikantinnen (v. a. der Studiengänge Medizin und Psychologie) Praktika in unserem Haus machen.

Mitarbeitende haben an den Vorlesungen Psychiatrie, Berufsfelderkundung und PJ-Studientag mit forensischen Themen mitgewirkt.

8 KLINIKBEIRAT UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Engagement des Klinikbeirats

Auch im Jahr 2024 wurde der Klinikbeirat, wie in den Vorjahren, halbjährlich eingeladen. Die ehrenamtlichen Mitglieder erhielten umfassende Einblicke in die inhaltlichen und organisatorischen Entwicklungen der Klinik.

In einem offenen Austausch wurden aktuelle Herausforderungen sowie zukünftige Strategien intensiv diskutiert, wodurch wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der Klinikarbeit entstanden.

Ausbau der Angehörigenarbeit

Ein besonderer Meilenstein war die erstmalige Initiierung eines Informationsabends für Angehörige im Dezember 2023. Aufgrund der positiven Resonanz wurde dieses Format 2024 zweimal erneut angeboten und genutzt.

Da die Angehörigenarbeit in der Psychiatrie eine zentrale Rolle spielt und so auch in unserem klinischen Konzept eine zentrale Rolle einnimmt, planen wir ab 2025 eine weitergehende Ausweitung dieser Angebote (Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker, 2021).

Diese geplante Angehörigenarbeit soll nicht nur auf praktischer Ebene erfolgen, sondern auch wissenschaftlich begleitet werden, um die Wirksamkeit und den Nutzen gezielt zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Medienpräsenz des PART-Projekts

Bei dem „Partizipativen Forschungsprojekt zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der forensischen Psychiatrie“ (PART-Projekt) handelt es sich um ein interdisziplinäres Projekt,

das sich mit der Frage beschäftigt, wie Menschen mit forensisch–psychiatrischer Erfahrung aktiv in Forschungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden können. (DRKS, 2024f.)

Im Jahr 2024 erhielt der PART-Beirat Forensik besondere mediale Aufmerksamkeit: Das NDR-Fernsehen Mecklenburg-Vorpommern war zu Gast und gewährte Einblicke in die Arbeit des Beirats, der sich mit klinischen und ethischen Fragestellungen in der forensischen Psychiatrie beschäftigt. Auch NDR 1 Radio MV besuchte den PART-Beirat und berichtete über dessen Aufgaben und Ziele im Rahmen eines Radiobeitrags.

Darüber hinaus ist das PART-Projekt in den sozialen Netzwerken der Universitätsmedizin Rostock präsent. In einem kurzen Film wird anschaulich erklärt, was der PART-Beirat ist, wie er arbeitet und welche Bedeutung die Beteiligung von Patientinnen und Patienten in forensisch–psychiatrischen Entscheidungsprozessen hat. (UMR, 2024f.)

Rehkitzrettung

Im Rahmen einer Kooperation zwischen unserer Klinik und der Wildtierhilfe Mecklenburg-Vorpommern beteiligten sich einige Patientinnen und Patienten sowie Personal wieder an einer Rettungsaktion für Rehkitze. Vor den Mäh- und Erntearbeiten durchsuchten sie landwirtschaftliche Flächen, um Jungtiere rechtzeitig zu finden. Bei der Aktion im Juni 2024 konnten elf Rehkitze in Sicherheit gebracht werden. Die Teilnahme fördert nicht nur den Tierschutz, sondern hat auch positive Auswirkungen auf die teilnehmenden Patientinnen und Patienten. (KATAPULT MV, 2024)

9 AUSBLICK

9.1 Patientenorientierung

Die Behandlung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock folgt stets aktuellen, wissenschaftlich fundierten Standards und medizinischen Leitlinien. Dieser Wissensstand wird gezielt auf die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Ziele der Patientinnen und Patienten angewandt.

Ein zentraler Aspekt ist die partizipative Entscheidungsfindung, die sowohl aus Sicht des Personals als auch der untergebrachten Personen von Bedeutung ist. Durch eine aktive Einbindung kann die Behandlungsqualität nachhaltig optimiert werden.

Im nächsten Schritt wird die Aufhebung des Nachteilschlusses auf weiteren Stationen gezielt ausgeweitet. Nach den Jahren 2018/2019 soll erneut eine umfassende Evaluation der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erfolgen, um wertvolle Erkenntnisse für weitere Optimierungen zu gewinnen.

Mit der geplanten Einrichtung eines Patientenbeirats für klinische Fragestellungen soll die Perspektive von Patientinnen und Patienten gezielt in psychiatrisch-forensische Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Praktische Erfahrungen aus Behandlungen sollen so stärker berücksichtigt werden und in die Weiterentwicklung der Behandlung integriert werden. Der Beirat arbeitet eng mit unserem medizinischen Fachpersonal und dem Forschungsbereich zusammen.

Die Arbeit mit Angehörigen wird nicht nur fortgeführt, sondern durch ein wissenschaftlich begleitetes Projekt weiter ausgebaut, sodass ein noch engeres und fundierteres Unterstützungsangebot für Angehörige entsteht.

9.2 Mitarbeiterorientierung

Die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte, insbesondere im Pflegebereich, gestaltet sich zunehmend herausfordernd. Umso wichtiger ist es, derzeitiges Personal gezielt zu fördern sowie im Sinne von Personalfriedenheit an die Klinik zu binden:

- fachspezifische Aus- und Weiterbildung zur Qualitätssicherung
- tägliche Anpassung der Personalbesetzung an aktuelle stationäre Erfordernisse

- Budgetverhandlungen zur dringend benötigten Aufstockung der pflegerischen Vollkräfte
- regelmäßige Supervisionen für alle Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt
- Aufbau externer Netzwerke in möglichst vielen Personalbereichen

Die gezielte Förderung von Fachkompetenzen und ein unterstützendes Arbeitsumfeld sind mitentscheidend, um die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit langfristig zu steigern.

9.3 Bauliche Gegebenheiten

Über das Jahr 2024 hinaus sind wichtige bauliche Maßnahmen vorgesehen:

- Umbau von Krisenräumen und Sanitärbereichen
- diverse Instandhaltungsmaßnahmen, die logistische und finanzielle Herausforderungen mit sich bringen.

FAZIT

Dieser Jahresbericht reflektiert selbstkritisch die wichtigsten Entwicklungen sowie die internen und externen Einflussfaktoren der Klinik und der ambulanten forensischen Versorgung.

Unsere zentralen Schwerpunkte



- Strukturanalyse & Optimierung
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Steigerung der Personalzufriedenheit
- Personalqualifikation
- Sicherheitsmanagement
- Berücksichtigung bundespolitischer Entwicklungen und finanzieller Ressourcen

Die Erkenntnisse aus der CONNECT-Studie werden zukünftig helfen, strategische Weichen für die Zukunft zu stellen. Qualitätsorientierte Fortschritte sind nur durch enge Zusammenarbeit von Personal und Patientinnen/Patienten möglich.

Ein bedeutender Indikator für den Erfolg ist der Rückgang von Zwangsmaßnahmen, der die strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung der Klinik belegt. Neben der Patientenorientierung bleibt der Aufbau eines unterstützenden Arbeitsumfelds für das Personal von höchster Relevanz, was ab 2025 durch ein externes Coachingteam begleitet wird.

Mit Zuversicht und Stolz blicken wir auf die Entwicklungen des Jahres 2024 zurück, auch wenn nicht alle Zielstellungen erreicht wurden. Auch künftig werden wir weiterhin an der bestmöglichen forensisch-psychiatrischen Versorgung arbeiten und unsere Erfolge reflektieren.

Für Rückfragen und Anregungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Birgit Völm PhD MRCPsych DiplForPsych
Direktorin

Klinik und Poliklinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock

Anita Lädke
QMB, Gesundheitsökonomin MA
Klinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock

LITERATURVERZEICHNIS

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025). Bericht zum Substitutionsregister. Online: https://www.bfarm.de/DE/Home/_node.html BfArM – Startseite. Letzter Zugriff am 11.07.2025.

Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker (BApK e. V.) (2021). Wahnsinnig nah: Ein Buch für Familien und Freunde psychisch erkrankter Menschen (1. Auflage). BALANCE Ratgeber. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag.

Craissati J, Taylor P (2014). Forensic mental health services in the United Kingdom and Ireland. In: Gunn J, Taylor P J (Eds.). Forensic psychiatry – clinical, legal and ethical issues. Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis.

DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009). S2-Leitlinien für die Behandlung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Steinkopf, Heidelberg.

Dölling D, Hermann D, Laue C (2022). Kriminologie. Lehrbuch/Studienliteratur. 320 S. Mit 10 s/w-Abbildungen und 10 s/w-Tabellen. Springer. ISBN 978-3-642-01472-7

Donabedian A (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Band 1. Chicago: Ache Management Series.

DRKS (2024f.). Deutsches Register Klinischer Studien. Implementierung und Evaluation der PART-Beirat-Organisationsstruktur zur Förderung von partizipativer Forschung im Bereich psychische Gesundheit. DRKS-ID: DRKS00031241.

Online: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00031241>. Letzter Zugriff am 12.08.2025.

Friedenstab T (2013). Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) für psychisch kranke Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

ICD-10. Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsstörungen (ICD-10). Online:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html.

Letzter Zugriff am 30.12.2024.

IFPH (Institut für Forensische Psychiatrie Haina e. V.) (2012). Ross R R, Hilborn J, Liddle P. R & R 2 – Kurzfassung für Erwachsene. Hrsg. Institut für Forensische Psychiatrie Haina e. V.

Jansen T, Feißt M & Vogd W (2020). Logische Kondensation – zur Interpretation von Mehrdeutigkeit in der Kontexturanalyse am Beispiel eines schizophrenen Patienten in der forensischen Psychiatrie. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 21(3), Art. 13, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-21.3.3504>.

KATAPULT MV (2024). Forensische Psychiatrie rettet Rehkitze. Online: <https://katapult-mv.de/artikel/forensische-psychiatrie-rettet-rehkitze/>. Letzter Zugriff am 12.08.2025.

Klemperer D (2024). Patient orientation and shared decision-making – implementing patients' rights in routine clinical practice. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 383–4. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0112

Klos H, Görden W (2020). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.

Lindenmeyer J (2016). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe.

Leune J, Weissinger V (2015). Opiatabhängigkeit: schwere komplexe Erkrankung. In Deutsches Ärzteblatt 12/2015. Online: [Opiatabhängigkeit: schwere komplexe Erkrankung – Deutsches Ärzteblatt](#). Letzter Zugriff am 06.05.2025.

Lockerungsrichtlinie MRV (2017). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 01. Oktober 2015 in der Fassung vom 26. Mai 2017 – III 200/4424-4 SH.

McCann R, Ball E, Ivanhoff A (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP Forensic model. Cognitive and Behavioral Practice 7: 447–456.

Müller-Isberner R (Hrsg.), Schmidtbauer W M (Hrsg.), Born P (Hrsg.), Holzinger B (Übersetzung), Bolzmacher M (Beitrag), Kötter S (Beitrag), Franquè F (Beitrag), Eucker S. (Beitrag), (2014). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3. Benutzerhandbuch Deutsche Version. Institut für forensische Psychiatrie Haina. Gießen.

NICE-Guidelines. National Institute for Health and Care Excellence (2009). Online: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk). Letzter Zugriff am 03.01.2025.

PsychischKrankengesetz (PsychKG M-V). Online: <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-PsychKGMV2016V2P13>. Letzter Zugriff am 18.03.2025.

Quade D, Berthold D, Riedemann C (2024). Deutschlandweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Gesamtauswertung 2024. MRVNZ Bad Rehburg.

Ross R, Fabiano E (2004). Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills. Ottawa: Cognitive Center of Canada (1986). Ottawa: Cognitive Center of Canada (1986). Deutsche Adaption durch IFPH, 2004.

SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/im-internet.de. Letzter Zugriff am 01.06.2025.

[Storebø](#) O J, Stoffers-Winterling J M, Völlm B, Kongerslev M T, Mattivi J T, Jørgensen M S, Faltinsen E, Todorovac A, Vertrieb C P, Callesen H E, Lieb K, Simonsen E (2020). Psychologische Therapien für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2020, Mai 4; 5(5): CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2.

Stück E, Brunner F (2022). Das spezifische Ansprechbarkeitsprinzip in der Behandlung delinquenter Personen. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2022) 16:329–

338. Online: <https://doi.org/10.1007/s11757-022-00731-x> Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2022) 16:329–3. Letzter Zugriff am 11.02.2025.

UMR (2024f.). Universitätsmedizin Rostock: Patientinnen und Patienten forschen mit! PART-Beirat für Demenz und Forensik. Online: <https://www.youtube.com/@unimedizinrostock>; <https://www.med.uni-rostock.de/medien/pressemitteilungen/aktuelles/news/patienten-als-forscher>. Letzter Zugriff am 12.08.2025.

Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern am 1. Oktober 2015 erlassen und zuletzt am 26. Mai 2017 aktualisiert (III 200 / 4424 – 4 SH).