Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Therapiekonzept Klinik für forensische Psychiatrie

Universitätsmedizin Rostock

Stand November 2026

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 6
2. Rechtliche Grundlagen 6
2.1 Strafgesetzbuch (StGB) 6
2.2 Strafprozessordnung (StPO) 9
2.3 Jugendgerichtsgesetz (JGG) 10
2.4 Psychischkrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V) 10
2.5 Menschenrechte, internationale Abkommen und das Grundgesetz 11
3. Leitbild 13
4. Strukturen und Organisation der Klinik 16
4.1 Leitungsstruktur 16
4.2 Stationen und Behandlungsplätze 16
4.3 Andere Organisationseinheiten 17
4.4 Bereitschaftsdienst 18
5. Patient*innenorientierung 18
5.1 Rolle Patient*innensprecher 19
6. Zusammensetzung Patient*innenklientel 19
6.1 Erwachsene 19
6.1 Jugendliche und Heranwachsende 20
7. Professionelle Grundlagen 20
7.1 Therapeutische Haltung 20
7.2 Behandlungsziele 22
7.3 Behandlungsangebot 23
8. Sicherheit 24
8.1 Baulich-technische Sicherungsmaßnahmen 25
8.2 Personell-organisatorische Sicherungsmaßnahmen 27
9. Aufnahme und Diagnostik 29
9.1. Aufnahmeprozedere 29
9.2. Medizinische Aufnahme und Diagnostik 30
9.3. Psychologische Aufnahme und Diagnostik 31
9.4. Pflegerische Aufnahme und Diagnostik 34
9.5. Sozialarbeiterische Aufnahme und Diagnostik 34
9.6. Komplementärtherapien: Aufnahme und Diagnostik 35
9.7. (Vorläufiger) Behandlungsplan 36

9.8. Verlegung 36
10. Behandlung und Rehabilitation 37
10.1. Behandlungsplanung 37
10.2. Soziomilieutherapie 38
10.3. Pflege 39
10.3.1. Pflegediagnostik und Pflegeplanung 39
Vitalzeichen und somatische Symptomatik 40
Psychiatrische Symptomatik 40
Psychosoziale Hintergründe 40
10.3.2. Bezugspflegesystem 41
10.3.3. Pflegerische Angebote 41
Gruppenrunden 42
Freizeitgestaltung 42
10.4. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen 43
10.4.1. Einzelgespräche und Stationsgruppen 43
10.4.2. Motivational Interviewing 43
10.4.3. Therapie von Substanzkonsumstörungen 44
10.4.3.1. Rauchentwöhnung 44
10.4.3.2. Entwöhnung von Alkohol, illegalen Substanzen und Medikamenten 45
10.4.3.3. Umgang mit Rückfälligkeit 47
10.4.2.4. Identifikation und Dokumentation von akuten Intoxikationen 49
10.4.4. Sexualstraftäter*innen-Therapie 49
10.4.4.1. Diagnostik und Fall- und Risikokonzeptualisierung 49
10.4.4.2. Behandlungsplanung 50
10.4.4.3. Therapie 50
10.4.5. Sonstige stationsübergreifende Gruppen 51
10.4.5.1. Reasoning & Rehabilitation (R & R) 51
10.4.5.2. Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) 52
10.4.6. Spezielle Therapiekonzepte einzelner Stationen 53
10.4.6.1. Dialektisch-Behaviorale Therapie Forensik (DBT-F) 53
10.4.6.2. Life Minus Violence – Enhanced (LMV-E) 54
10.4.6.3. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen 54
10.4.6.4. Safewards 56
10.4.6.5. Jugendstation 57
10.4.5.3. Relapse Prevention/ Rückfallprävention 58
10.5. Medizinische Versorgung 59

10.5.1. Somatische Versorgung 60
10.5.1.1 Physiotherapie 61
10.5.2. Psychiatrische Behandlung 61
10.5.2.1. Entzugsbehandlung 62
10.5.2.2. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit 63
10.6. Sozialtherapie 64
10.7. Ergotherapie 67
10.7.1. Beschäftigungstherapie 68
10.7.2. Arbeitstherapie 69
10.7.3. Überführung in Praktika 70
10.8. Beschulung 70
10.9. Sporttherapie 71
10.9.1. Bewegungstherapeutische Methoden 71
10.10. Sonstige Angebote 71
10.10.1. Genesungsbegleitung 71
10.10.2. Begleithund 72
10.10.3. Akupunktur 73
10.10.4. Spirituelle Begleitung 73
10.11. Lockerungen 75
10.12. Therapieabbruch 76
10.13. Therapieevaluation 78
11. Angehörigenarbeit 79
12. Umgang mit aggressivem Verhalten, Zwang und Zwangsmaβnahmen 79
12.1. Einführung 79
12.2. Sicherheits- und Gewaltpräventionstraining 80
12.3. Kollegiale Ersthelfer 81
12.4. Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen 81
13. Reintegration und Entlassung 83
14. Qualitätsmanagement 85
15. Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen 88
15.1. Einführung 88
15.2. Pflichtfortbildungen 89
15.3. Facharztausbildung 90
15.4. Ausbildung zum psychotherapeutischen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin 91
15.5. Ausbildung Rechtspsychologie 91
15.6. Ausbildung zum Fachpfleger 92

15.7. Ausbildung in speziellen Therapieformen 92
15.8. Externe Supervision 92
16. Perspektiven 93
Literatur 96

1. Einleitung

Die Klinik für Forensische Psychiatrie (KFP) Rostock wurde 2001 eröffnet und ist die größte der drei Maßregelvollzugskliniken in Mecklenburg-Vorpommern. Sie ist die einzige Maßregelvollzugsklinik in Deutschland, die Teil eines Universitätsklinikums ist.

Die Klinik wurde zunächst für 50 erwachsene, nach § 64 StGB untergebrachte Patient*innen und zehn Jugendliche konzipiert. Noch während der Bauphase wurde die Klinik um 20 Betten für Erwachsene erweitert, so dass dann eine Kapazität von 80 Plätzen zur Verfügung stand. Nach § 63 StGB untergebrachte Patient*innen wurden bis 2018 ausschließlich in den anderen beiden Maßregelvollzugskliniken des Bundeslandes, Stralsund und Ueckermünde, behandelt, während die KFP sich auf die Behandlung von Personen, deren Straffälligkeit im Zusammenhang mit Substanzkonsum steht, konzentrierte. Eine Erweiterung um 20 Behandlungsplätze ermöglicht seit 2018 auch die Behandlung von Patienten*innen mit anderen Störungsbildern, die nach § 63 StGB untergebracht sind. Bereits seit 2002 steht auch eine Therapeutische Außenwohnung (TAWG) mit 3 Plätzen zur Verfügung.

Das übergeordnete Ziel der Unterbringung im Maßregelvollzug ist die „Besserung und Sicherung“. Konkret heißt dies, dass durch die „Besserung“ (also die Heilung oder Besserung der zugrundliegenden Störung durch therapeutische Maßnahmen) weitere Straftaten verhindert werden sollen. Durch ein breites Spektrum an Therapieformen und die Weiterbehandlung in unserer Ambulanz bereiten wir die Patient*innen auf ein sucht- und straffreies Leben vor. Dieses Dokument beschreibt das Therapiekonzept, das wir dabei verfolgen. Das Konzept wird spätestens alle drei Jahre aktualisiert, so dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Erfahrungen sowie rechtliche Entwicklungen einbezogen werden können.

2. Rechtliche Grundlagen

2.1 Strafgesetzbuch (StGB)

Nach bundesdeutscher Rechtsauffassung besitzt jeder erwachsene Mensch prinzipiell die Fähigkeit zur freien Willensentscheidung. Daraus leitet sich im deutschen Strafrecht das Schuldprinzip ab. Nur Menschen, die eine Schuld trifft, können für ihre Tat bestraft werden. Wird eine Tat im Zustand der aufgehobenen oder eingeschränkten Schuldfähigkeit, z. B. aufgrund einer psychischen Erkrankung, begangen, kann die Person für die Tat nicht oder nur eingeschränkt bestraft werden. Um dennoch die Sicherheit der Bevölkerung vor weiteren Straftaten zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer „Entziehungsanstalt“ geschaffen.

Im Einzelnen gelten für die Schuldfähigkeit und die Unterbringung folgende Bestimmungen:

§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Im Gegensatz zur Maßregelbehandlung nach § 63 StGB kann eine Unterbringung in einer „Entziehungsanstalt“ auch angeordnet werden, wenn keine Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit vorliegt, aber aufgrund einer Substanzgebrauchsstörung weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind.

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird; der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert. Die Anordnung ergeht nur, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Bei Patient*innen, die voll schuldfähig oder vermindert schuldfähig (aber nicht schuldunfähig) sind, kann zusätzlich zur Unterbringung nach §§ 63 oder 64 eine Freiheitsstrafe angeordnet werden. Hierbei gilt prinzipiell, dass die Maßregel vor der Strafe vollzogen wird (§ 67 StGB). Die Maßregel wird auf die Zeit auf die Freiheitsstrafe angerechnet und zwar bis zwei Drittel der Strafe abgeleistet sind. Der Strafrest kann dann zur Bewährung ausgesetzt werden. Von dieser Reihenfolge kann abgewichen werden, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei langen Freiheitsstrafen (über 3 Jahre) soll ein Teil der Strafe vor der Unterbringung vollzogen werden (sog. Vorwegvollzug).

Die Unterbringung nach § 63 ist zeitlich nicht begrenzt, die Dauer der Unterbringung richtet sich nach der Prognose, d. h. nach der Wahrscheinlichkeit des Verübens weiterer Straftaten, wobei die Kriterien für diese prognostizierte „Gefährlichkeit“ enger werden, je länger die Unterbringung schon anhält. Bei nach §64 Untergebrachten hingegen ist die Dauer der Unterbringung zeitlich befristet.

§ 67d Dauer der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. […] Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.
(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. […]
[…]
(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. […]
(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. […]
(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, daß die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. [1]

[1] In Absatz 3 geht es um die Sicherungsverwahrung, die hier nicht näher erörtert wird.
(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.

Die Notwendigkeit einer weiteren Unterbringung nach §63 wird vom Gericht jährlich, die bei Unterbringung nach §64 alle 6 Monate überprüft **(§67e Überprüfung**). Dabei prüft das Gericht, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung noch notwendig ist, zur Bewährung ausgesetzt oder für erledigt erklärt werden soll (letzteres z. B. auch bei mangelnden Erfolgsaussichten).

Ferner gelten die folgenden Vorschriften:

§ 67g Widerruf der Aussetzung

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht,

2. gegen Weisungen nach § 68b gröblich oder beharrlich verstößt oder

3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, daß der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. […]

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, daß von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, daß der Zweck der Maßregel die Unterbringung der verurteilten Person erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

[…]

§ 67h Befristete Wiederinvollzugsetzung: Krisenintervention

(1) Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die ausgesetzte Unterbringung nach § 63 oder § 64 für eine Dauer von höchstens drei Monaten wieder in Vollzug setzen, wenn eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist […] Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 kann es die Maßnahme erneut anordnen oder ihre Dauer verlängern; die Dauer der Maßnahme darf insgesamt sechs Monate nicht überschreiten.

Bei Entlassung tritt in der Regel die Führungsaufsicht in Kraft. Die betroffene Person untersteht dann einer Aufsichtsstelle und muss bestimmte Weisungen (z. B. abstinent zu leben) erfüllen.

2.2 Strafprozessordnung (StPO)

In der StPO ist für unsere Arbeit vor allem der Paragraph zur einstweiligen Unterbringung relevant.

§ 126a Einstweilige Unterbringung

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit […] oder verminderten Schuldfähigkeit […] begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

2.3 Jugendgerichtsgesetz (JGG)

Obgleich die bisher aufgeführten Paragraphen nur für Erwachsene gelten, gibt es im JGG ähnliche Vorschriften für Jugendliche und Heranwachsende. Als „Jugendlicher" definiert das Gesetz, wer zurzeit der Tat vierzehn, aber noch nicht achtzehn, als „Heranwachsender", wer achtzehn, aber noch nicht einundzwanzig Jahre alt war. Bei diesen Personen sollen sich angeordnete Maßnahmen vorrangig am Erziehungsgedanken orientieren. Nach **§ 7 Maßregeln der Besserung und Sicherung** kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt auch für Jugendliche und Heranwachsende angeordnet werden.

2.4 Psychischkrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V)

Die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen zur Besserung und Sicherung im Maßregelvollzug wird den Ländern überlassen. Anders als in manchen anderen Bundesländern, gibt es in Mecklenburg-Vorpommern kein Maßregelvollzugsgesetz. Der Umgang mit unseren Patienten ist daher im allgemeinen Psychiatriegesetz, dem **Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten (Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V)** geregelt, in dem entsprechende Abschnitte auf die besondere Situation im Maßregelvollzug eingehen.

Das PsychKG M-V definiert in § 2, dass bei allen Maßnahmen „auf das Befinden der Menschen mit psychischen Krankheiten besondere Rücksicht zu nehmen" ist. Ihre Würde ist zu achten und ihr Persönlichkeitsrecht zu wahren. Die Hilfen sollen auf die Förderung der selbstständigen Lebensführung und Teilhabe abzielen (§ 3). Patient*innen sind in ihre Behandlung einzubeziehen und über sie betreffende Maßnahmen zu informieren. Behandlungsmaßnahmen bedürfen grundsätzlich der Einwilligung. Das Gesetz regelt zudem das Recht der Patient*innen auf persönliche Habe, Religionsausübung, Besuche, Telefongespräche und Schriftwechsel.

Insbesondere regelt das Gesetz auch Besondere Sicherungsmaßnahmen (die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Wegnahme von Gegenständen, die Absonderung in einen besonderen Raum sowie die Fesselung und die Fixierung). Diese dürfen nur von einem*r Arzt*Ärztin aufgrund eigener Untersuchung angeordnet und nur so lange wie unbedingt nötig angewandt werden. Hierbei sind besondere Dokumentationspflichten zu beachten.

All diese Vorschriften gelten auch für psychisch kranke Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind. Im sechsten Abschnitt des PsychKG M-V erfolgen zudem besondere Vorschriften für den Maßregelvollzug. Hier wird auf den Zweck der Unterbringung - die Heilung

oder Besserung des Zustandes - insbesondere durch medizinische Behandlung und sozialtherapeutische oder heilpädagogische Maßnahmen sowie die soziale und berufliche Eingliederung abgehoben. Der sechste Abschnitt des PsychKG M-V weist auf, inwiefern im Maßregelvollzug besondere Einschränkungen zulässig sind, nämlich, wenn die Gefahr besteht, dass die untergebrachten Personen ihre eigene oder die Gesundheit, das Leben oder andere bedeutende Rechtsgüter anderer gefährden und dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann.

2.5 Menschenrechte, internationale Abkommen und das Grundgesetz

Menschenrechte sind individuelle Freiheits- und Autonomierechte, die jedem Menschen allein aufgrund seines Menschseins zustehen. Menschenrechte gelten daher für alle Menschen gleichermaßen; sie müssen nicht „verdient“ werden und können nicht, auch nicht bei extremem Fehlverhalten, wie schwerwiegenden Straftaten, aberkannt werden. Diese, sich aus der unantastbaren Menschenwürde ableitbare Prämisse leitet auch unser Handeln in der KFP, so z. B. bei der Erarbeitung von Verfahrungsanweisungen und in Mitarbeiter*innenschulungen. Bespiele für Menschenrechte sind das Recht auf Leben, auf persönliche Freiheit, das Recht auf ein faires Verfahren, Gewissens- und Religionsfreiheit, Recht auf Familie, etc. Anders als andere Rechte verpflichten sie einzig den Staat (und nicht die einzelnen Bürger*innen), nämlich dazu, diese Rechte in allen Gesetzgebungsprozessen, in der Rechtsprechung und in behördlichen Entscheidungen zu schützen.

Ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte der Menschenrechte war die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (UN) von 1948, die seitdem in verschiedenen, bindenden internationalen Abkommen konkretisiert und ratifiziert wurde. Für Europa von besonderer Bedeutung ist die Europäische Menschenrechtskonvention, in Kraft getreten in Deutschland erstmals 1953, über deren Einhaltung der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg wacht. Verschiedene andere internationale Abkommen regeln den Schutz einzelner Grundrechte oder Gruppen. Von diesen sind für unsere Arbeit von besonderer Bedeutung die UN-Antifolterkonvention, bzw. die entsprechende Europäische „Antifolterkonvention“ (vollständig: Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, CPT) , sowie die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Die Europäische Antifolterkonvention dient dem Schutz von Personen, die gegen ihren Willen in Institutionen, z. B. psychiatrischen Kliniken oder Justizvollzugsanstalten, untergebracht sind bzw. behandelt werden. Ein Ausschuss (Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) überprüft die Einhaltung des Übereinkommens durch regelmäßige, auch unangekündigte Besuche. Durch ein Fakultativprotokoll (OPCAT = Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment,) hält auch die UN ein System von Inspektionen von Haftanstalten und anderen Einrichtungen auf internationaler Ebene vor; in Deutschland wird diese Funktion durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter ausgeübt.

Beide Institutionen haben Standards entwickelt, z. B. zur Anwendung von Zwang oder Beschwerdemöglichkeiten für gegen ihren Willen untergebrachte Personen. Die jetzige Klinikdirektorin ist ebenfalls regelmäßig als Expertin an Kontrollbesuchen auf europäischer Ebene beteiligt.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen trat 2008 in Kraft und bekräftigt die Menschenrechte speziell von behinderten Menschen, zu denen in diesem Zusammenhang auch psychisch Kranke zählen. Diese dürfen nicht aufgrund ihrer Behinderung benachteiligt werden und es muss ihnen gleiche Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht werden wie Nicht-Behinderten. Diese Bestimmungen hatten weitreichende Anpassungen nationaler Gesetzgebungen zur Folge, die noch nicht abgeschlossen sind. Manchen Interpretationen nach ist schon die Existenz spezieller Psychischkrankengesetze nicht mit der Konvention vereinbar. Die Konvention hat zu verschiedenen wichtigen Gerichtsurteilen geführt; so wurde z. B. 2019 vom Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass der Ausschluss von betreuten oder schuldunfähigen Personen von der Teilnahme an Wahlen nicht mit dieser Konvention vereinbar ist.

In der BRD sind die Menschenrechte auch in der Verfassung, also im Grundgesetz, verankert. 19 der insgesamt 146 Artikel des Grundgesetzes widmen sich den Menschenrechten. Sie dürfen in ihrem Kern nicht verändert werden, geringfügigere Änderungen bedürfen einer Zwei-Drittel-Mehrheit in Bundestag und Bundesrat. Besonders relevant im Zusammenhang mit unserer Arbeit sind die folgenden Grundrechte:
Art. 1 Schutz der Menschenwürde
Art. 2 Freie Entfaltung der Persönlichkeit
Art. 3 Gleichheitssatz, Gleichberechtigung
Art. 4 Glaubens- und Gewissensfreiheit
Art. 6 Schutz von Ehe und Familie
Art. 10 Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis
Art. 11 Freizügigkeit
Art. 14 Eigentumsrechte

Manche Grundrechte dürfen aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen eingeschränkt werden, so schränkt z. B. das Strafgesetz die Freiheitsrechte dahingehend ein, dass es Freiheitsstrafen für bestimmte Delikte vorsieht bzw. die Unterbringung im Maßregelvollzug. Insgesamt werden an die Einschränkung von Grundrechten besonders hohe Anforderungen gestellt. So haben die im Maßregelvollzug Untergebrachten grundsätzlich dieselben Grundrechte wie andere Bürger, z. B. das Recht auf Familie, das Briefgeheimnis, etc. Wenn hier Einschränkungen vorgenommen werden sollen, bedarf es einer spezifischen Rechtsgrundlage, hier insbesondere das Psychischkrankengesetz, die Entscheidung muss gut begründet und dokumentiert sein und die oder der Betroffene muss die Möglichkeit erhalten, sich gegen solche Entscheidungen zu wehren. Die Unterbringung (also die Einschränkung der Freiheitsrechte) rechtfertigt also nicht automatisch die Einschränkung weiterer Grundrechte.

Wir achten bei der Entwicklung interner Vorschriften, im Rahmen unseres Qualitätsmanagements, und bei der Anwendung von Einschränkungen streng auf den Grundsatz der Verhältnismäβigkeit und sensibilisieren unsere Mitarbeiter*innen entsprechend.

Danach sind bei allen einschränkenden Maβnahmen folgende Bedingungen zu erfüllen:

- Legitimer Zweck – Einschränkungen bedürfen einer klaren Rechtsgrundlage bzw. sind ansonsten nur zulässig, wenn sie zur Abwendung schwerer Störungen des geordneten Zusammenlebens oder der Sicherheit unerlässlich sind.
- Erforderlichkeit - Einschränkungen müssen zum Erreichen des Zweckes unerlässlich sein, d. h. es darf kein milderes Mittel zum Erreichen des Zweckes ebenso geeignet sein.
- Geeignetheit – Sie müssen hierzu auβerdem geeignet sein.
- Angemessenheit – Einschränkungen der Rechte von Patienten müssen angemessen sein, d. h. es muss eine Abwägung der Vor- und Nachteile der Maβnahmen vorgenommen werden.

3. Leitbild

Das Leitbild der Klinik wurde 2018/19 in einem partizipativen Prozess unter Einbezug der Mitarbeiter*innen entwickelt. Ein Austausch über den Inhalt fand in mehreren Treffen mit allen Berufsgruppen statt. Vorschläge von einzelnen Mitarbeiter*innen wurden berücksichtigt. Es wurde darauf geachtet, dass Inhalte, mit denen sich Einzelne überhaupt nicht identifizieren konnten, herausgenommen wurden. Das resultierende Leitbild beschreibt die Leitmotive unserer Arbeit und betont die Bedeutung des Umgangs mit unseren Patient*innen mit einer von Akzeptanz und Wertschätzung geprägten, aber gleichzeitig konsequenten Haltung. Siehe Abbildung 1.

Abbildung 1 Leitbild

Universitätsmedizin Rostock

FORENSIK ROSTOCK

Leitbild Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

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 Ganzem 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.

4. Strukturen und Organisation der Klinik

4.1 Leitungsstruktur

Im PsychKG M-V werden die Positionen der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Leitung Sicherheit für die Klinikleitung besonders herausgestellt. Das Leitungsteam der KFP ist jedoch breiter angelegt, um Leitungsentscheidungen in einem multiprofessionellen Team zu treffen, in dem alle in der Klinik relevanten Berufsgruppen vertreten sind. Das Leitungsteam der KFP besteht daher aus: der Klinikdirektorin, der Pflegedienstleitung, dem Leiter Sicherheit, allen Oberärzt*innen der Klinik, der Leitenden Psychologin, dem Leitenden Sozialarbeiter und dem Leiter der Komplementärtherapien. Das Leitungsteam trifft sich alle 2 Wochen, um alle wichtigen Klinikbelange zu besprechen. Eingaben von Themen und Vorschlägen von anderen Mitarbeiter*innen sind jederzeit möglich. Alle Leitungsteamsitzungen werden ausführlich protokolliert; die Protokolle werden für alle Mitarbeiter*innen zugänglich elektronisch abgelegt.

Auf Stationsebene erfolgt die Leitung durch ein Dreier-Team: Pflegerische Stationsleitung, Oberarzt/Oberärztin und Psychologe/Psychologin. Das Leitungsteam der Station trifft sich einmal wöchentlich, um alle relevanten Stationsangelegenheiten zu besprechen. Zudem finden Team-Meetings mit allen Mitarbeiter*innen der Station statt.

4.2 Stationen und Behandlungsplätze

Die Klinik hat 100 stationäre Behandlungsplätze, verteilt auf 7 Stationen mit zwischen 8 und 20 Behandlungsplätzen; außerdem gibt es eine Therapeutische Außenwohnung (TAWG) mit 3 Behandlungsplätzen, die aber leider derzeit nicht nutzbar ist. Außerdem hat die Klinik eine Forensische Institutsambulanz (FIA), die Patient*innen nach Entlassung weiterbetreut. Jede Station hat ihr eigenes Therapiekonzept.

Um ein auf die Bedürfnisse bestimmter Gruppen abgestimmtes Behandlungssetting vorzuhalten, sind unsere Stationen weitgehend spezialisiert, siehe Tabelle 1. Dies ermöglicht eine optimale Anpassung der Behandlung gemäß den aktuellen Behandlungsempfehlungen und Leitlinien sowie eine Adaptierung der Stationsregeln. Nicht zuletzt gestattet eine Spezialisierung auch die Ausbildung von Interessenschwerpunkten der Mitarbeiter*innen sowie eine zunehmende Entwicklung einschlägiger Kompetenzen.

Jeder Station sind ein*e Oberarzt*ärztin sowie ein oder zwei (meist) psychologische Therapeut*innen (oder Assistenzärzt*innen) zugeordnet, wobei die Oberärzt*innen teilweise für mehr als eine Station verantwortlich sind. Mache Stationen werden psychologisch gele
Für Patient*innen der Rehabilitations(Reha)-Station und der TAWG übernimmt die FIA die Fallkoordination.

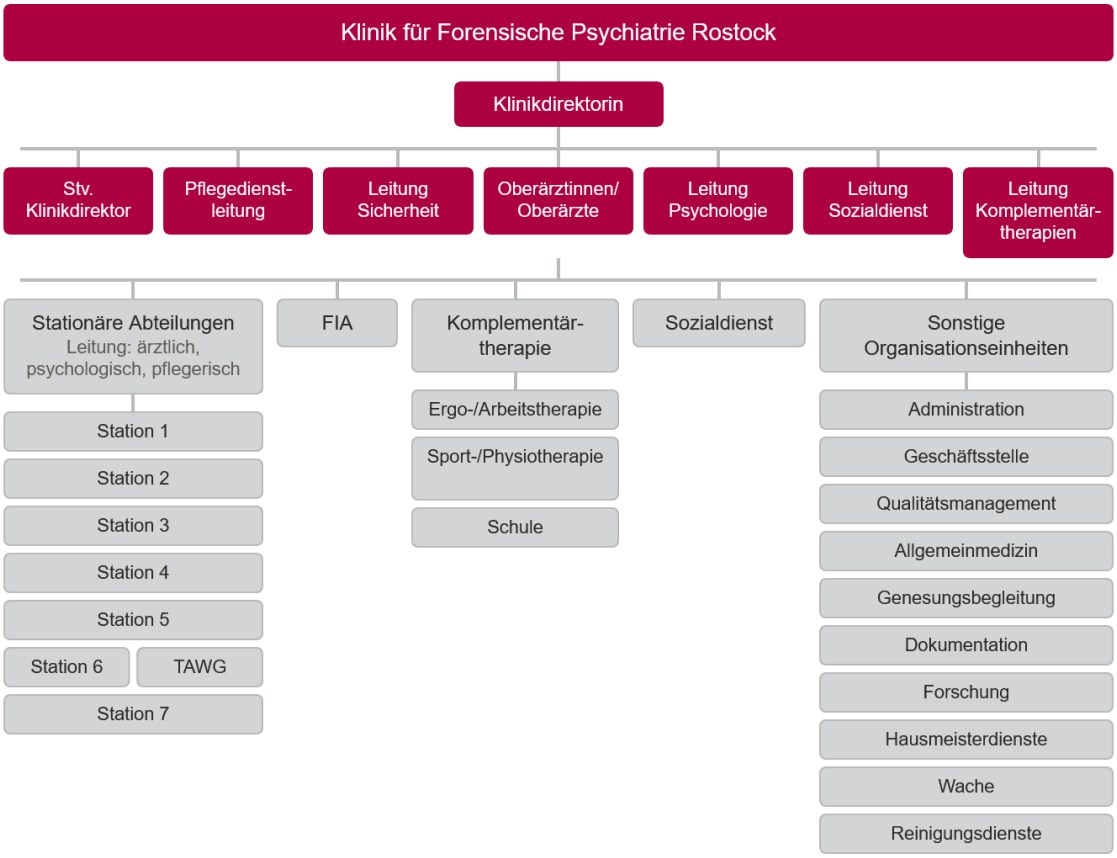
4.3 Andere Organisationseinheiten

Zusätzlich zu den bisher genannten gibt es weitere Berufsgruppen mit direktem Patientenbezug und auch solche mit übergreifenden Funktionen. Alle Organisationseinheiten sind in **Abbildung 2** dargestellt.

Tabelle 1 Übersicht der Stationen, Behandlungsplätze und Spezialisierungen.

Station	Anzahl Behandlungsplätze	Spezialisierung / Patientengruppe
1	8	Frauenstation
2a	8	Aufnahmestation
2b	8	Weiterführende Aufnahmestation
3a	10	DBT-F-Station
3b	10	Patient*innen mit Gewaltstraftaten
4a	9	Suchtpatient*innen ohne signifikante Komorbiditäten
4b	9	Komplexe Suchtverläufe (z. B. Substitution)
5	10	Jugendliche
6	8 + 3	Reha-Station + TAWG
7a	10	Patient*innen mit psychotischen Erkrankungen
7b	10	Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Abbildung 2 Organisationseinheiten



4.4 Bereitschaftsdienst

Die Klinik hält einen Bereitschaftsdient vor. An Wochentagen sind bis 21.30 Uhr entweder ein*e psychologische*r Mitarbeiter*in oder ein Assistenzarzt bzw. eine Assistenzärztin vor Ort, um bei Krisen Unterstützung zu bieten. Dies gilt auch für Wochenendtage von 8 Uhr bis 21.30 Uhr. Zusätzlich gibt es jeweils ab 17 Uhr an Wochentagen sowie während des gesamten Wochenendes einen oberärztlichen Hintergrunddienst.

5. Patient*innenorientierung

Der Einbezug unserer Patient*innen in ihre individuelle Therapieplanung, aber auch darüber hinaus, in die Abläufe der Stationen und der Klinik insgesamt, ist uns besonders wichtig. Diese Fokussierung ergibt sich nicht nur aufgrund unserer Haltung (siehe Leitbild), sondern wird auch durch Forschungsergebnisse untermauert, die zeigen, dass Patient*innen, die in alle Aspekte ihrer Behandlung einbezogen werden, therapiemotivierter sind und einen positiveren Therapieverlauf haben. Das Thema Patientenorientierung wird von uns nach wie vor aktiv weiterentwickelt, so dass zusätzlich zu den bereits implementierten Elementen in den nächsten Jahren weitere Entwicklungen geplant sind.

Auf der individuellen Ebene werden Patient*innen selbstverständlich in ihre Behandlung einbezogen. Dies wird durch formale Aspekte, wie z. B. eine kollaborative Visitengestaltung (bei der alle Berufsgruppen mit den Patient*innen an einem Tisch sitzen), unterstützt. Der Behandlungsplan wird zunächst gemeinsam mit dem Therapeuten bzw. der Therapeutin entwickelt und dann im gesamten Team gemeinsam mit den Patient*innen besprochen; auf dem Plan selbst können diese Anmerkungen machen und unterschreiben den Plan dann, um ihr Einverständnis zu signalisieren. So ergibt sich idealerweise ein von allen getragenes Verständnis der Probleme und Bedürfnisse der Patient*innen und von den entsprechenden Interventionen. Auch die Stellungnahmen für die Gerichte werden ausführlich mit den Patient*innen besprochen - so ergibt sich die Möglichkeit faktisch Inkorrektes zu verbessern und auch die Patient*innenperspektive einzubeziehen.

Auf den einzelnen Stationen finden regelmäβig Stationsrunden statt, in denen Patient*innen Anregungen einbringen können. Etwa einmal im Jahr erfolgen formale Runden mit der Klinikdirektorin auf den Stationen, in denen die Patient*innen nach Verbesserungsvorschlägen, Änderungswünschen, etc. gefragt werden, die dann vom Leitungsteam der Stationen systematisch ausgewertet und ggf. weiterverfolgt werden.

2019 fand erstmals eine schriftliche Patient*innenbefragung statt, die alle Aspekte der Unterbringung und Behandlung, z. B. das Regelwerk, das therapeutische Angebot, die materielle Ausstattung der Klinik, etc. beleuchtete. Eine weitere Befragung fand im Mai/Juni 2025 statt. Die Ergebnisse wurden ausgewertet, im Leitungsteam besprochen und auch den anderen Mitarbeiter*innen übermittelt. Solche Befragungen ermöglichen es einerseits aktuelle Aspekte zu identifizieren und diesen nachzugehen, zum anderen auch Trends im zeitlichen Verlauf zu erkennen.

Wir nehmen das Recht der Patient*innen sich zu beschweren sehr ernst. So weisen wir jede*n Patienten*in bei Aufnahme auf die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten hin (klinikintern, UMR-weit, Ministerien, etc.). Beschwerdebögen liegen auf jeder Station frei zugänglich aus. Wir bestätigen den Eingang von Beschwerden und beantworten jede Beschwerde schriftlich. Die vorgebrachten Beschwerden werden jährlich thematisch ausgewertet.

Zusätzlich haben wir die Stelle eines Genesungsbegleiters geschaffen, inzwischen sind bereits zwei Personen in dieser Funktion angestellt. Dieses Konzept ist in Kapitel 9 beschrieben.

5.1 Rolle Patient*innensprecher

Die Beteiligung von Patient*innen an verschiedenen Bereichen der Behandlung ist in vielen medizinischen Bereichen bereits etabliert, aber in der Forensischen Psychiatrie noch ausbaufähig. Man geht davon aus, dass Patient*innenbeteiligung nicht nur die Selbstwirksamkeit der Person, sondern auch die Qualität der Patient*innenversorgung verbessern kann (European Committee for Standardization 2020).

Das Amt des*r Patient*innensprecher*in soll im Stationsalltag dazu dienen, die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patient*innen zu verbessern, die Verantwortungsübernahme für andere zu fördern und eine größere Transparenz bei der Behandlung zu schaffen. Die Rolle kann sich je nach den Bedürfnissen der Patient*innen der jeweiligen Station unterscheiden. Es bietet sich an, dass das Amt jeden Monat von einer anderen Person besetzt wird. Denkbar ist, dass der*die Patient*innensprecher*in einmal im Monat zu Beginn an der Übergabe des Stationsteams teilnimmt, um Anliegen der Patient*innen vorzustellen. Auch kann er*sie die Leitung der Morgenrunde oder Bezugsgruppe übernehmen. Weitere Aufgabenbereiche können die Informationsübermittlung vom Behandlungsteam an die Patient*innen, die Übergabe der Einkaufsliste und des Speise-Wochenplans an die Pflege oder die Planung gemeinsamer Aktivitäten auf Station (gemeinsames Essen, Spielerunden etc.) sein.

6. Zusammensetzung Patient*innenklientel

Unsere Patient*innen sind vor allem erwachsene, männliche Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind. Weitaus kleinere Populationen bilden Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, Frauen sowie Jugendliche und Heranwachsende. Daneben halten wir Behandlungsplätze für Untergebrachte nach § 126a StPO, Kriseninterventionspatient*innen (§ 67h StGB) und JVA-Inhaftierte im Rahmen der Amtshilfe (§ 7 Abs. 1 VwVfG M-V) vor.

6.1 Erwachsene

Der überwiegende Anteil der nach § 64 StGB untergebrachten Personen sind Mitte 30, haben einen Schulabschluss und häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der IQ liegt im Mittel leicht unter dem Durchschnitt, variiert allerdings erheblich.

Die meisten Patient*innen haben zum Aufnahmezeitpunkt bereits mehrere Vorstrafen aufzuweisen. Knapp die Hälfte hat Gewaltstraftaten, etwa ein Viertel Verstöße gegen das BtMG und etwa ein Zehntel Tötungsdelikte bzw. Eigentumsdelikte als Einweisungsdelikte begangen. Sexualdelikte sind selten, in der Regel befinden sich maximal 5 solcher Patienten in unserer Behandlung. Auch Brandstiftungen und Straßenverkehrsdelikte führten nur bei wenigen Patienten zur Unterbringung.

Die Mehrheit der § 64 StGB-Klientel hat eine Abhängigkeit von mehreren Substanzen, Personen die ausschließlich eine Alkoholabhängigkeit vorweisen, sind mit etwa 10% selten.

Fast die Hälfte der nach § 64 StGB untergebrachten Personen weisen eine komorbide Persönlichkeitsstörung (hier führend: dissoziale Persönlichkeitsstörung) auf, nur wenige eine Achse-I-Störung (hier überwiegend Schizophrenie oder Intelligenzminderungen).

Die recht kleine Gruppe Erwachsener, die nach § 63 StGB in unserer Klinik untergebracht sind, unterscheidet sich von der § 64 StGB-Population durch einen wesentlich geringeren Anteil an Personen mit einem Schulabschluss und einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Die am häufigsten gestellte Diagnose in dieser Gruppe ist die Schizophrenie, meist mit einer zusätzlichen Substanzkonsumproblematik. Die häufigsten Einweisungsdelikte sind auch in dieser Gruppe Gewaltstraftaten.

Wie zu erwarten, sind die Behandlungsdauern sehr unterschiedlich. Nach § 64 StGB untergebrachte Patient*innen verlassen bei regulär abgeschlossener Behandlung nach etwa 2 Jahren und 9 Monaten die Klinik, bei § 63 StGB- Patient*innen nur geringfügig länger.

6.1 Jugendliche und Heranwachsende

Jugendliche und Heranwachsende sind bei Unterbringung meist schon 16 oder 17 Jahre alt, vereinzelt werden aber auch jüngere Patient*innen aufgenommen. Etwa die Hälfte sind nach § 63 und § 64 StGB (ggf. in Verbindung mit dem JGG) untergebracht. Die Vorgeschichten dieser Patient*innen sind komplex, mit multiplen psychosozialen Benachteiligungen, fast nie liegt ein Schulabschluss vor. Meist haben die Jugendlichen und Heranwachsenden schon mehrere Vorstrafen, die Unterbringung erfolgt meist aufgrund von Gewaltdelikten, inkl. Sexualdelikten. Auch diagnostisch zeigt sich ein komplexes Bild mit einem breiten Spektrum von Diagnosen – Substanzkonsumstörungen, beginnende Persönlichkeitsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Psychosen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen.

7. Professionelle Grundlagen

7.1 Therapeutische Haltung

Die Grundlage unseres therapeutischen Handelns sind zunächst die vier Prinzipien der Medizinethik nach Beauchamp & Childress (2001), die in der folgenden Tabelle dargestellt sind:

Prinzip	Kerngedanke
Respekt vor der Autonomie	Die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit des Patienten sind zu achten. Voraussetzung für die Behandlung sind ausreichende Information und Freiwilligkeit.
Nichtschädigung	Medizinisches Handeln soll keinen vermeidbaren Schaden verursachen („Primum non nocere“ – zuerst nicht schaden).
Fürsorge	Medizinisches Handeln soll das Wohl des Patienten fördern, Leiden lindern, Nutzen schaffen und Schaden verhindern.
Gerechtigkeit	Gesundheitsleistungen, Ressourcen sowie Chancen und Belastungen sollen fair und diskriminierungsfrei verteilt werden.

Dabei sind bei der Behandlung Konflikte dieser Prinzipien möglich. So tritt z.B. das Prinzip der Autonomie gegenüber dem Prinzip der Nichtschädigung zurück, wenn aufgrund von Aggressivität gegenüber anderen eine Separierung notwendig ist. Therapeutische Entscheidungen sollen aber so gestaltet sein, dass sie auf einer Güterabwägung dieser vier Prinzipien beruhen.

Auch Patient*innen im Maßregelvollzug dürfen nur untersucht und behandelt werden, wenn sie einwilligen. Hier kommt die Aufklärungspflicht (§ 630e Bürgerliches Gesetzbuch; BGB) bezüglich Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Folgen und möglichen Risiken, der Notwendigkeit, der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten bezüglich Diagnose und Therapie zum Tragen. Die Aufklärung muss persönlich, mündlich, verständlich und so rechtzeitig sein, dass der*die Patient*in seine*ihre Entscheidung wohlüberlegt treffen kann. Auch im forensischen Kontext (obwohl hier die Einweisung per Gericht erfolgt) können sich Patient*innen gegen eine Behandlung entscheiden, was – je nach Einweisungsgrundlage – unterschiedliche Konsequenzen haben kann (z. B. Erledigung der Maßregel wegen Aussichtslosigkeit bei nach § 64 StGB untergebrachten Patient*innen). Somit stellt die Motivation zur Mitarbeit eine besondere Herausforderung dar. Nur unter bestimmten, definierten Umständen, darf ein Patient auch gegen seinen Willen behandelt werden. Dies betrifft ausschließlich ärztliche Maßnahmen, die unter dem Begriff Zwangsmaßnahmen (Siehe Kapitel 13.4) subsummiert werden.

Zu den Grundregeln unserer Maßregelvollzugsbehandlung gehören Respekt, Empathie und Wertschätzung (entsprechend den Basisvariablen des Therapeutenverhaltens nach Rogers, 1957, 1987). Ebenso sind Fairness, Transparenz und Kontingenz von wesentlicher Bedeutung. Dabei ist unser Handeln wohlwollend und konsequent. Verhaltensgrenzen werden benannt und durchgesetzt, unsere Regeln sind berechenbar, auf die Einhaltung wird geachtet (entsprechend Müller et al., 2017). Dabei ist es wichtig, im Bedarfsfall flexibel und individuell zu entscheiden und Spielräume - z. B. zur Deeskalation in Krisensituationen zuzulassen.

Patient*innen sind, soweit als möglich in alle Aspekte ihrer Behandlung einzubeziehen. Dies ergibt sich u. a. aus den Grundprinzipien von Autonomie und Respekt. Nur Ziele, die der*die Patient*in für sich selbst annehmen kann, haben Aussicht erreicht zu werden. Dabei sind auch unvernünftige Entscheidungen und Vorstellungen nicht per se abzulehnen, sondern wohlwollend und mit Interesse gemeinsam zu eruieren. Mitarbeiter*innen müssen sich der Auswirkung des ausgeprägten Machtgefälles im forensischen Setting bewusst sein und darauf achten dessen Auswirkungen zu minimieren.

7.2 Behandlungsziele

Primäres Ziel der Behandlung von forensischen Patient*innen ist die Rückfallprävention in Bezug auf Straftaten. Der das Risiko verursachende Gesundheitszustand soll demnach verbessert werden (Müller et al., 2017). Dies kommt nicht nur den Patient*innen zugute, sondern vor allem der Gesellschaft, Mitarbeiter*innen der Klinik, Mitpatient*innen und Angehörigen.

Unsere Hauptaufgabe besteht also in der Kriminaltherapie, die sich wiederum aus dem Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR; Andrews et al., 1990; Andrews & Bonta, 2010) ableitet, da Behandlungsprogramme, die sich an diesem Prinzip orientieren, erfolgreicher sind als solche, die diesen Prinzipien nicht folgen (z.B. Wormith & Zidenberg, 2018). Dabei umfasst das Risikoprinzip (Risk principle) die systematische Risikoabschätzung, um eine adäquate Behandlungsintensität anbieten zu können: „High-risk offenders“ sollen eine intensivere Behandlung als „low-risk offenders“ bekommen. Die Intensität der Behandlung soll also an die individuelle Gefährlichkeit angepasst werden. Das Bedürfnisprinzip (Need principle) setzt an dynamischen Risikofaktoren, also kriminogenen Faktoren an, die funktional mit dem kriminellen Verhalten verknüpft sind. Das Ansprechbarkeitsprinzip (Responsivity principle) beschreibt die Anpassung der Behandlung an die individuellen Denk- und Lernweisen und an den Patient*innen zur Verfügung stehenden Fähigkeiten (z. B. kognitive Kapazitäten, Motivation). Die Art der Behandlung soll demnach an die individuelle Ansprechbarkeit angepasst werden.

Die Kriminaltherapie baut dabei auf der Delikthypothese und der Risikokonzeptualisierung auf. Wir nutzen als Grundlage hierfür spezifische Instrumente, wie den HCR-20 V3 (deutsche Übersetzung Müller-Isberner et al., 2014) für Gewaltstraftäter*innen und den Static-99 (Rettenberger & Eher, 2006), den Stable-2007 (Eher et al., 2013) und den Acute-2007 (Rettenberger, 2021) für Sexualdelinquente. Ziel ist es, individuelle Risikofaktoren zu identifizieren, die einen Rückfall in Delinquenz wahrscheinlich machen. Diese Risikofaktoren gilt es dann in den Behandlungsfokus zu rücken um das Behandlungsziel der Legalbewährung zu erreichen. Je nach Bedingungsgefüge spielt die erfolgreiche Behandlung der Suchterkrankung dabei eine wesentliche Rolle.

7.3 Behandlungsangebot

Unser Behandlungsangebot ist multiprofessionell, interdisziplinär und multimodal. Wir fokussieren darauf, evidenzbasierte Interventionen für alle eingewiesenen Patientengruppen vorzuhalten. Wir orientieren uns dabei an den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und anderen nationalen und internationalen Behandlungsrichtlinien und der wissenschaftlichen Literatur.

Im Rahmen der störungs-, delikt- und suchtspezifischen Therapie kommen unterschiedliche Behandlungsansätze zum Tragen. Unsere Patient*innen sind in Wohngruppen mit maximal 10 Behandlungsplätzen untergebracht, was eine Soziomilieutherapie ermöglicht. Neben psychologischen und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen spielen Komplementärtherapien und psychosoziale Behandlungsangebote eine wichtige Rolle. Elementar sind außerdem die medizinische Behandlung und die Bezugspflegegespräche. Auch die Angehörigenarbeit und die Lockerungserprobung sind integraler Bestandteil der Gesamtbehandlung.

Therapieübergreifend sind die allgemeinen Grundlagen unserer Behandlung die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing [MI]; Miller & Rollnick 2015) und das Good-Lives-Model (GLM; Ward & Stewart, 2003).

Das MI ist nicht nur eine spezielle Form der Gesprächsführung (bezüglich des Aufbaus und der Festigung von Änderungsmotivation), sondern symbolisiert auch eine besondere Haltung (Siehe Kapitel 10.4.2).

Das GLM wurde zunächst für die Rehabilitation von Sexualstraftäter*innen entwickelt, eignet sich aber auch für die Reintegration anderer Straftäter*innen. Die zentrale Annahme ist, dass Menschen generell motiviert sind ihre primären psychischen, sozialen und materiellen Bedürfnisse zu erfüllen. Dabei wird Delinquenz als antisoziale Möglichkeit gesehen, um eben diese Bedürfnisse (die einer individuellen Hierarchisierung folgen) zu erfüllen. Ziel der Rehabilitation von Straftäter*innen soll nun sein, sie bei einer funktionalen und prosozialen Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen.

Laut des Konsensuspapiers zu den Standards der Behandlung im Maßregelvollzug (Müller et al., 2017) werden in Deutschland im forensischen Kontext vor allem die Dialektisch-Behaviorale Therapie - Forensik (DBT-F; McCann et al. 2000; McCann et al., 2007), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Batemann, 2008, Bateman & Fonagy, 2012), die Schematherapie (Young 1990; Young et al. 2005) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Clarkin et al., 1999, 2001, 2005) angewandt. Insgesamt liegt für die Forensik die beste Evidenz für KVT-basierte Methoden im Gruppensetting vor (so z. B. bei gewalttätigem Verhalten: Hockenhull et al., 2012, Verhinderung einer neuen Inhaftierung straffälliger, substanzabhängiger Frauen: Perry et al., 2019, Aggressivität intelligenzgeminderter Personen: Ali et al., 2015). Diese reichen von Psychoedukation bis hin

zu multiprofessionellen, multimethodalen Therapieprogrammen, denen allen gemein ist, die Wahrscheinlichkeit für erneutes kriminelles Verhalten zu reduzieren. Dabei muss nicht nur die Behandlung der Substanzproblematik und die Kriminaltherapie im engeren Sinne, sondern oftmals auch die Therapie weiterer psychischer Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) Berücksichtigung finden.

Daneben existieren eine Reihe von Interventionsmethoden, die gezielt auf die Behandlung von Straftäter*innen abzielen (z.B. Reasoning & Rehabilitation [R&R; Ross & Fabiano, 1986]; Enhanced Thinking Skills [ETS; Clark, 2000]) bzw. die Reduktion zukünftiger Straftaten, z. B. Gewaltstraftaten, zum Ziel haben (z. B. Life-Minus-Violence; Ireland 2007, 2009).

Einen generellen Wirksamkeitsnachweis eines spezifischen Therapieansatzes für die sehr heterogene Klientel des Maßregelvollzugs gibt es nicht. Auf dieser Grundlage gilt es zu explorieren, welche Intervention bei welchem Patienten in welchem Kontext unter welchen Bedingungen mit Blick auf das Ergebnis angewendet werden sollte (vgl. Schmucker & Lösel, 2015, S.2). Außerdem sind die empfohlenen Elemente von Therapieprogrammen für Straftäter*innen zu beachten (Gannon et al., 2019), z. B.

- Klare theoretische Basis, die dem gesamten Team bekannt ist
- Transparenz bezüglich der Struktur, Methoden und Ziele gegenüber den Patient*innen
- Klar definierte Outcomes
- Regelmäßige Evaluation und ggf. Anpassung
- Beachtung allgemeiner kriminaltherapeutischer Grundlagen (R&R, GLM, Desistance)
- Ressourcenorientierung
- Fokussierung auf Skills und Einüben dieser im Alltag
- Vermeidung Angst und Scham auslösender Elemente und von Bestrafung

Unser psychotherapeutisches Therapieangebot versucht diese Grundsätze zu beachten und beinhaltet zusätzlich zu den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (hier v. a. KVT), die DBT-F und das R&R-Training. Zudem werden schematherapeutische Interventionen angewandt. Alle drei Therapieformen werden in Leitlinien empfohlen (z. B. DBT: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung [DGPPN, 2022]; Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence für die Behandlung von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ, begrenzt auf Frauen [NICE; 2009a], R&R: Leitlinien des NICE [2009b] zur Behandlung antisozialer Persönlichkeitsstörungen; Schematherapie: offizielle Empfehlung für die Behandlung von forensischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in den Niederlanden [Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022]).

Näheres zu den speziellen Interventionen wird in Kapitel 10 erläutert.

8. Sicherheit

Wir sehen die Gewährung der Sicherheit der Mitarbeiter*innen und der Patient*innen als wichtige Grundlage für unsere Arbeit an. In der forensischen Psychiatrie sind per definitionem

Personen untergebracht, die bereits straffällig geworden sind und von denen die Gefahr weiterer Straftaten ausgeht; dieses fortdauernde Risiko ist Teil der Unterbringungsgrundlage. Die Kernkompetenz der Mitarbeitenden ist es daher, dieses Risiko zu erkennen, Faktoren zu beschreiben, die zu einem erhöhten Risiko führen (Risikokonzeptualisierung) und Maßnahmen zu ergreifen, dieses zu reduzieren. An diesem Prozess des Risikomanagements müssen alle Berufsgruppen beteiligt sein.

Obgleich bei dem Begriff „Sicherheit“ oft zunächst Assoziationen mit physischen Maßnahmen wie Mauern oder Zäunen entstehen, sind diese Maßnahmen nur ein Gesichtspunkt der Sicherheit. Im Maßregelvollzug greifen drei wichtige Bausteine ineinander: die baulich-technischen, personell-organisatorischen Sicherungsmaßnahmen sowie die therapeutische Beziehung sowie eine differenzierte, strukturierte und effiziente Behandlung. Auf letztere wird in anderen Teilen dieses Konzeptes eingegangen.

8.1 Baulich-technische Sicherungsmaßnahmen

Die baulich-technischen Sicherungsmaßnahmen sind auf die Erfordernisse einer forensischen Psychiatrie abgestimmt. Ziel der Sicherungsmaßnahmen ist die Absicherung einer effizienten Therapie, der Erhalt der inneren Sicherheit und Ordnung (z. B. die Vermeidung von Gewalt) sowie der Verhinderung von Entweichungen.

Der Klinikbau ist nach außen durch einen übersteigsicheren Zaun mit Kameraüberwachung sowie einer geschlossenen Gebäudehülle mit integrierter Mauer gesichert. Alle Gebäudekanten sowie die Mauerkrone sind perimetrisch gegen Übersteigen gesichert. Alle Zufahrten und Zugänge werden über eine Sicherheitszentrale gesteuert und überwacht.

Der Klinikbau ist nach dem Wohngruppenprinzip aufgebaut. Jede Wohngruppe stellt dabei einen eigenen Sicherheitsbereich dar. Die jeweiligen Wohngruppen sind mit zwei Sicherheitstüren an den Flurenden von anderen Bereichen getrennt. Innerhalb der Wohngruppe befindet sich der gesicherte Bereich des Pflegestützpunktes mit einem separaten Ausgang zum nächstliegenden Flurbereich[2], einem allgemeinen Wohnbereich mit Küche, die Patient*innenzimmer, einem Time-Out-Raum (mit Ausnahme der Rehastation) sowie Sanitär- und Wirtschaftsräume.

Alle Patient*innenzimmer sind mit einem eigenen Nassbereich ausgestattet. Die Zimmer verfügen über eine Rufanlage. Zehn Türen der Patient*innenzimmer sind 2021 und 2022 gegen sogenannte Haftraumtüren ausgetauscht worden. Ferner wurden weitere 10 Türen mit einer „Versorgungsklappe“ versehen. In diesen Zimmern kommen unzerstörbare Sicherheitsmöbel der Firma Pineapple zum Einsatz und stellen in der Gesamtkonzeption Zimmer mit höherem Sicherungsbedarf dar. Die Versorgung der Patient*innen ist dadurch ohne das Öffnen der Türen

[2] Aus baulichen Gründen ist dies auf den Stationen 1 un 6 nicht möglich.

möglich, was die Gefahr von Übergriffen erheblich eindämmt und Separierungen auch im eignen Zimmer, nicht im Krisenraum, ermöglicht.

In der Klinik sind alle Patient*innenzimmer nach innen gerichtet. Die Fenster bestehen aus einem beweglichen und einem feststehenden Fensterflügel. Der bewegliche Fensterflügel ist zusätzlich mit einem in der Außenmauer verankerten Gitter[3] gesichert. Für die Glasscheiben wurde ausbruchshemmendes Sicherheitsglas verwendet.

Patient*innen haben bei Eignung selbstständigen Zugang zu einen großen Außenhofbereich. Patient*innen, die dieses Privileg noch nicht erreicht haben, können den Hof für (mindestens) eine Stunde pro Tag mit Begleitung nutzen. Bei sicherheitsrelevanten Bedenken (z. B. Drogenhandel) können die offenen Hofzeiten eingeschränkt werden, z. B. durch stationsweisen oder begleiteten Hofgang für alle Patient*innen. Der Aufnahmestation, der Frauen- und der Jugendstation stehen separate Hofbereiche zur Verfügung, die auch der Möglichkeit kurzfristiger Deeskalation dienen.

Auf jeder Stationsebene (außer auf der Rehastation) befindet sich ein Krisenraum, insgesamt also 10. Dies entspricht einer deutlich höheren Dichte als in vergleichbaren Einrichtungen, so dass immer ausreichend Krisenräume zur Verfügung stehen. Die schrittweise Renovierung der Krisenräume ist vorgesehen.

Neben den Wohngruppen sind entlang der Gebäudeachsen die Büros der Ärzt*innen, Therapeut*innen und Verwaltungsmitarbeiter*innen sowie Gruppen- und Therapieräume angeordnet.

Alle Bereiche sind über zwei Hauptflure begehbar. Wesentliche Flurtüren sind mit einem von einem Transponder gesteuerten elektromechanischen Verschlusssystem ausgestattet. Die Schließanlage wurde 2026 modernisiert und erlaubt nun die elektronische Programmierung der Schließberechtigungen. Patient*innen werden demnächst mit Schlüsseln für ihre Zimmer ausgestattet.

Die Klinik ist mit einer zentralen Brandmeldeanlage ausgestattet.

8.1.1 Fesselung

Bei der Fesselung handelt es sich um eine besondere Sicherungsmaßnahme nach §21 PsychKG MV. Solche Maßnahmen sind nur anzuwenden, wenn sie notwendig, geeignet und im Hinblick auf die zu begegnende Gefahr nach Abwägung der Vor- und Nachteile angemessen sind. Es ist das jeweils zum Erreichen des legitimen Zweckes mildeste Mittel zu wählen. Zwangsmaßnahmen sind ärztlich anzuordnen. Die Gründe für die Anwendung sowie die entsprechenden Abwägungen, die zu der Entscheidung der Anwendung der Zwangsmaßnahme geführt haben, sind zu dokumentieren.

[3] Gitter sind aus Gründen der Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken eigentlich zu vermeiden. Wir werden in Zukunft hier nach einer anderen baulichen Lösung suchen.

Die Verwendung von Metallfesseln in psychiatrischen Kliniken, inkl. in forensisch-psychiatrischen, wird, u. a. aufgrund der Verletzungsmöglichkeiten der Patient*innen, von Organisationen zur Überwachung der Menschenrechte seit langem kritisiert, so vom CPT sowie auch der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter.

So heißt es etwa auf S. 3 des Besuchsberichts zum Besuch vom 3.5.2024 des Maßregelvollzugs Deerth durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2024:
Der Besuchsdelegation wurde mitgeteilt, dass die Klinik Handschellen aus Metall zur Fesselung anlässlich des Transports einzelner untergebrachter Patientinnen und Patienten nutze. Die Verwendung von metallenen Fesseln birgt für die betroffene Person ein höheres Verletzungspotential. Es können Hämatome entstehen und Nerven abgedrückt werden. Um das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu schützen, sollen Handfixierungen aus Textil, die arretiert werden können, vorgehalten und verwendet werden.

Im Einklang mit diesen allgemeinen rechtlichen Prinzipien (mildestes Mittel) und spezifischen Empfehlungen, wurden in der KFP 2022, nach einem umfangreichen Konsultationsprozess sogenannte “Soft Cuffs” als Alternative zu Metallfesseln angeschafft. Hierzu gab es zwei „Train the Trainers“-Schulungen, eine im Jahr 2022 (11 geschulte Personen), und eine im September 2024 (10 geschulte Personen). Die Abstimmungen mit den entsprechenden Aufsichtsbehörden im Hinblick auf die Frage, in welchen Situationen diese modernen Fesselungssysteme zur Anwendung kommen können, sind jedoch noch fortlaufend. Jedenfalls werden sie – in den seltenen Situationen, in denen eine Fesselung innerhalb der Klinik notwendig ist – ausschließlich und anstelle von Metallfesseln zum Einsatz gebracht.

8.2 Personell-organisatorische Sicherungsmaßnahmen

Von besonderer Bedeutung zum Erhalt der Sicherheit ist die ausreichende Ausstattung durch Personal und deren ausreichende Qualifikation sowie ständige Weiterentwicklung von Kompetenzen. Des Weiteren gehören in diese Rubrik klare Abläufe und Anweisungen zum Umgang mit besonderen Situationen, z. B. zu Zwangsmaßnahmen, aber auch Einarbeitung, Weiterbildung und Qualitätsmanagement. Der Fokus liegt hier auf der Prävention von Gewalt und anderer sicherheitsrelevanter Vorkommnisse. Auch die Reflexion nach Ereignissen und das Lernen aus diesen gehören zwingend dazu. Sicherheit ist die Aufgabe aller und kann nur durch kritische Aufmerksamkeit, dem Befolgen von ausgearbeiteten und angewiesenen Handlungsabläufen und der Bereitschaft zur Reflexion und dem ständigen Ausbau eigener Kompetenzen durch alle Mitarbeiter*innen gelingen. Ein wichtiges Element ist dabei auch die kontinuierliche Personalpräsenz auf allen Stationsebenen und insbesondere in den Gemeinschaftsräumen der Patient*innen.

Unter Leitung des Leiters Sicherheit werden neben den Klinikmitarbeitern*innen auch externe Mitarbeiter*innen eines Sicherheitsdienstleisters im Bereich der Sicherheitszentrale und bei der Begleitung von Risikopatient*innen eingesetzt. Grundlage dafür ist die Lockerungsrichtlinie und der Werkvertrag mit dem Sicherheitsunternehmen.

Grundsätzlich ist die Klinik auskömmlich mit Personal ausgestattet. Diese positive Ausgangssituation wird jedoch durch hohe Personalausfälle, vor allem durch Krankheit, eingeschränkt, die es noch besser zu verstehen und möglichst zu verringern gilt. Dennoch ergibt sich aus einer guten Personalausstattung grundsätzlich die Möglichkeit sicherheitsrelevante Herausforderungen zu meistern und ggf. auch Zwangsmaßnahmen durch intensivere Betreuung der Patient*innen zu vermeiden.

Mitarbeiter*innen müssen in die Lage versetzt werden, die Sicherungsaufgaben erfüllen zu können, insbesondere im Umgang mit Sicherheitsrisiken. Dazu zählt u. a. eine präzise Aufgabenstellung (Richtlinien, Verfahrensanweisungen, etc.) und eine physische und mentale Vorbereitung. Die Aufgabenbenennung erfolgt über Vorschriften und Richtlinien, zusammengefasst z. B. in der Vorschriftensammlung für die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen des MRV im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Die Umsetzung der Vorschriften erfolgt im Wege von strukturierten Verfahrensanweisungen. Alle Verfahrensanweisungen sind im Qualitätsmanagement der Klinik verankert. Damit ist sichergestellt, dass die Qualität erhalten bleibt und die Ausführung, insbesondere von Kontrollaufgaben einheitlich und nach standardisierten Vorgaben erfolgt. Ferner wird über Feedback-Funktionen ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sichergestellt.

Abläufe, die Sicherheit gewährleisten sollen, sind solche, die eine Kontrolle potenzieller Sicherheitsrisiken sicherstellen, z. B. Einlasskontrollen durch die Pforte, regelmäßige Kontrollen der Sicherheitssysteme, von Zimmern und anderen Räumen sowie von Personen, Atemalkohol-, Speichel- und Urinkontrollen, Verfahrensanweisungen, die Vorgehensweisen in bestimmten Situationen festlegen (Zwangsmaßnahmen, Nähe-Distanz, etc.), die Einhaltung der Regeln des Arbeitsschutzes, etc.

Besonders wichtig ist die Fähigkeit zum Umgang mit Aggressionen. Bewährt hat sich dabei der Multi-Team-Ansatz mit eindeutiger Verantwortungszuweisung. Ausgehend von diesem Ansatz ergaben sich folgende Ansätze:

1. Frühzeitiges Erkennen von Aggressionen
2. Rechtzeitige Verhaltenskorrektur
3. Deeskalation zur Vermeidung von Gewalt
4. Selbstschutz
5. Anwendung von Interventionsmaßnahmen (Einsatzteam)

Nähere Ausführungen hierzu finden sich im Kapitel 13. Umgang mit aggressivem Verhalten, Zwang und Zwangsmaßnahmen.

9. Aufnahme und Diagnostik

9.1. Aufnahmeprozedere

Die Unterbringung von Patient*innen erfolgt – wie oben ausgeführt – aufgrund einer gerichtlichen Anordnung. Die Patient*innen werden in der Regel durch JVA-Beamt*innen der Klinik zugeführt. Ein weitaus geringerer Teil von Patient*innen, die sich vor Aufnahme in Freiheit befinden, kommt selbstständig zur Aufnahme in die Klinik.

Obwohl das gesetzliche Ziel der forensisch-psychiatrischen Therapie auf die Besserung und Sicherung von psychisch kranken Straftäter*innen ausgerichtet ist, wird diese von Seiten der Patient*innen vor allem anfangs nicht unbedingt als hilfreich erlebt. Ist zudem die verhängte Haftstrafe kürzer als die zu erwartende Therapiezeit in der Forensik, ist insbesondere zu Therapiebeginn ggf. mit einem starken Schwanken der Therapiemotivation bis hin zu Abbruchgedanken zu rechnen. Zudem ist Ambivalenz, gerade bei Patient*innen mit Substanzkonsumstörungen, Teil des Krankheitsbildes und nicht pauschal als fehlende Motivation zu bewerten. In den ersten Wochen nach der Aufnahme ist es von wesentlicher Bedeutung, auf die vorherrschenden Emotionen, Zweifel und Ängste der Patient*innen zu fokussieren, um diese in der Informations- und Motivationsphase sowie ggf. der Entgiftungsphase individuell begleiten zu können. Wir sehen es auch als unsere Aufgabe an, die Patient*innen in der Entwicklung einer stabilen Therapiemotivation zu unterstützen. Gerade in dieser initialen Phase sind die grundlegenden Mitarbeiter*innenkompetenzen der Wertschätzung und Werteorientierung von besonderer Bedeutung (siehe auch Therapeutische Haltung).

Oft stehen dem Team schon vor Aufnahme Informationen über die Patient*innen zur Verfügung, die bereits im Vorfeld besprochen werden, um insbesondere auf mögliche Risiken vorbereitet zu sein. Neu aufgenommene Patient*innen werden nach Ankunft zunächst auf unerlaubte Gegenstände hin untersucht. Ihnen wird dann ihr Zimmer gezeigt. Vor der Einführung in die Station und die Patient*innengruppe findet das ärztliche Aufnahmegespräch statt. Ebenfalls am Aufnahmetag finden die pflegerische Aufnahme und das erste Gespräch mit der*m Stationspsychologen*in statt. Bei diesen Gesprächen geht es zum einen um das initiale Erheben einer Anamnese und die Identifikation akuter Probleme, aber auch um den Beginn eines Aufbaus einer therapeutischen Beziehung und die Informationsvermittlung. So werden den Patient*innen die Grundlagen ihrer Unterbringung, ihre Rechte (z. B. das Recht sich zu beschweren), die Haus- und Stationsregeln, der grobe Ablauf der Behandlung sowie die Stationsabläufe erklärt. Neue Patient*innen bekommen einen Ordner mit allen wichtigen Informationen, der in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch und Arabisch vorliegt.

Erwachsene männliche Patienten werden fast ausnahmslos auf die Aufnahmestation aufgenommen, Ausnahmen sind ggf. bei Kriseninterventionspatient*innen möglich, die direkt auf die entlassende Station aufgenommen werden können. Frauen und Jugendliche und Heranwachsende werden direkt auf die entsprechenden Stationen aufgenommen.

Die Aufnahmestation hat Wohngruppencharakter; es sind dort maximal 8 Patient*innen pro Wohngruppe untergebracht. Die Patient*innen werden von Anfang an in stationsinterne Therapiegruppen (Aufnahme- und Basisgruppe) integriert. Dies dient neben der Vermittlung von Informationen und einfachen Skills (z. B. Stresstoleranz) auch der Gewöhnung an das therapeutische Arbeiten in der Gruppe, z. B. auch der Selbstreflexion.

Jeder*m Patienten*in werden zwei Bezugspfleger*innen zugeteilt, die für Bezugspflegegespräche zur Verfügung stehen. Innerhalb der ersten Tage findet auch die Kontaktaufnahme durch die Ergo- und Sporttherapie statt mit Einführung in die entsprechenden therapeutischen Angebote. Die Visite findet wöchentlich statt, in jeder zweiten Woche als Chefarztvisite.

Selbstverständlich bekommt jede*r Patient*in den gesetzlich vorgeschriebenen Hofgang von einer Stunde pro Tag. Zusätzlich können, bei positivem Verlauf, Patient*innen nach etwa vier Wochen die interne Lockerungsstufe 0 erhalten; diese ermöglicht den Hofgang ohne Aufsicht des Personals.

Die Aufnahmephase dauert etwa 3 Monate; in dieser Zeit wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt, die die Grundlage für die individuelle Behandlungsplanung bildet. Eine Risikoeinschätzung und etwaige präventive Maßnahmen erfolgen durch das multiprofessionelle Behandlungsteam am Aufnahmetag, die dann ggf. verschriftlicht werden. Die Risikoeinschätzung ist permanent auf Revision ausgestellt und niemals abgeschlossen und wird täglich evaluiert.

9.2. Medizinische Aufnahme und Diagnostik

Die medizinische Aufnahme neuer Patient*innen und die entsprechende Diagnostik werden durch den*die für die Aufnahmestation zuständigen Stationsarzt/Stationsärztin bzw. die jeweils diensthabenden Ärzt*innen durchgeführt.

Die routinemäßig im Rahmen der Patient*innenaufnahme durchgeführte medizinische Diagnostik beinhaltet eine umfassende allgemein-körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung sowie die Erhebung des psychopathologischen Befundes. In letzterer gilt es vor allem auch Suizidalität und fremdaggressive Verhaltensimpulse zu bewerten. Es erfolgt zudem eine Routine-Laboruntersuchung und ein Ruhe-EKG. Alle neu aufgenommenen Patient*innen werden zudem innerhalb der ersten 24 Stunden von unserer Allgemeinärztin untersucht.

Eine ausführliche medizinische sowie schwerpunktmäßig psychiatrische Anamnese werden erhoben und im Verlauf kontinuierlich ergänzt. Eruiert werden hier zunächst wesentliche medizinische Sachverhalte. Standardmäßig erfragt werden initial insbesondere die aktuellen medizinischen Beschwerden sowie die Vorerkrankungen, die aktuelle und frühere Medikation,

erfolgte und anstehende Operationen sowie etwaige Allergien beziehungsweise Unverträglichkeiten. Schwerpunkte bilden zudem die Substanzkonsumanamnese mit der Frage nach eventuell bereits stattgehabten (qualifizierten) Entzugsbehandlungen und gegebenenfalls in der Vergangenheit erlittenen (Entzugs-)Krampfanfällen. Die vegetative Anamnese und Familienanamnese werden ebenso standardmäßig erhoben. Nach erfolgter Einwilligung können ergänzend medizinische Vorbefunde aus anderen Kliniken sowie ambulante Berichte durch den*die Hausarzt/Hausärztin und betreuende Fachärzt*innen angefordert werden.

9.3. Psychologische Aufnahme und Diagnostik

Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses unserer Patient*innen in ihrem jeweiligen Lebenskontext, und vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Modells (vgl. z. B. Egger, 2015), welches die Entstehung von Gesundheit und Krankheit als dynamisches, interaktives Geschehen multipler Faktoren begreift, erfolgt bei der Aufnahme eine entsprechend umfängliche und integrierende klinisch-psychologische Eingangsdiagnostik. Neben der Erhebung allgemeiner Daten zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Unterbringung, biografischer, sozialanamnestischer und familienbezogener Informationen, Daten zu psychiatrischen und somatischen (Vor-)Erkrankungen, der Erhebung der Sexual-, Substanzkonsum- und Delinquenzanamnese, erfolgen zur Sicherung respektive zur Überprüfung der Einweisungsdiagnose(n) weitere diagnostische Maßnahmen. Hierbei kommen aktuelle und zuverlässige Testverfahren zur psychiatrisch-psychologischen Diagnosestellung zum Einsatz, welche auf die Erfassung des kognitiven Leistungs-/ Funktionsniveaus (*Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition* [WAIS-IV] von D. Wechsler; deutschsprachige Adaption Petermann, 2012), der gegenwärtig subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (*Symptom-Checklist-90®-Standard* [SCL-90®-S], Franke, 2014), der relativen Ausprägung von Persönlichkeitsstilen (Persönlichkeitsstil und Störungsinventar [PSSI], Kuhl & Kazén, 2009), psychiatrischer Erkrankungen – einschließlich des Ausmaßes substanzbedingter Störungen und Persönlichkeitsstörungen (*Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen*, Beesdo-Baum et al., 2019a, *Strukturiertes Klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen*, Beesdo-Baum et al., 2019b) - abzielen. Andere Verfahren kommen bei Indikation zum Einsatz, so z. B. die *Hare Psychopathie Checklist – Revised* [PCL-R] (von R. D. Hare; deutsche Version Mokros et al., 2017). Darüber hinaus erfolgt bei Patient*innen mit Gewaltstraftaten als Anlassdelikt oder in den letzten 5 Jahren vor Aufnahme eine Risikokonzeptualisierung mit dem HCR-20 V3 (Müller-Isberner et al., 2014). Bei Sexualstraftäter*innen kommen der Static-99 (Rettenberger & Eher, 2006), sowie der Stable-2007 (Eher et al., 2013) zum Einsatz. Erst durch diese ganzheitliche, integrative Exploration und Einschätzung– auch unter Hinzuziehen von Fremdbeurteilungen/ Daten von Dritten (u. a. erhoben durch Aktenanalysen [z. B. aus Urteilen, Gutachten, Ermittlungsakten]) – können adäquate, individuumsspezifische Behandlungsstrategien abgeleitet und etabliert werden und ein umfangreicher Behandlungsplan erstellt werden.

Der Einbezug von Angehörigen oder anderen nahen Bezugspersonen ist notwendiger Bestandteil der Aufnahmediagnostik.

Da eine erfolgreiche Behandlung Zuverlässigkeit und Vertrauen zwischen Therapeut*in und Patient*in voraussetzt, kommt der therapeutischen Beziehung, als zentralem Wirkfaktor der Psychotherapie und somit letztlich des Therapieerfolges, ein besonderer Stellenwert zu. Durch eine vertrauensvolle und komplementäre Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Patient*in – und vor dem Hintergrund einer empathischen, positiv wertschätzenden therapeutischen Grundhaltung – wird ein optimaler Kontext für erfolgreiche Lern- und Veränderungsprozesse im Rahmen der Unterbringung geschaffen.

Auf der Aufnahmestation werden zwei psychologisch geleitete Gruppen angeboten. Die sog. Aufnahmegruppe wird für die neu aufgenommenen Patient*innen angeboten. Hierbei liegt der Fokus zunächst auf Informationsvermittlung, um den Patient*innen eine Orientierung über ihre aktuelle Situation und die Angebote der Klinik in 6 Modulen zu geben. Die Inhalte werden dabei mithilfe von Kolleg*innen vermittelt, die in dem vermittelten Bereich arbeiten. Wenn ein Patient alle Module abgeschlossen hat, wird er in die Basisgruppe aufgenommen. In der Basisgruppe kommen etablierte suchttherapeutische (u. a. zu den Kriterien der Suchterkrankung, Craving, Suchtgedächtnis, soziales Milieu, etc.), psychoedukative Ansätze sowie Verfahren zur Stressbewältigung und Entspannung zum Einsatz. Zusätzlich gibt es eine Reflexionsgruppe und eine Recoverygruppe. In der Reflexionsgruppe können aktuelle Probleme im stationären Setting oder Fragen zu den Rahmenbedingungen und Zielsetzungen der Unterbringung oder Klinikabläufen besprochen werden. Die Reflexionsgruppe gibt den Patienten auch die Möglichkeit von ihrer Woche zu berichten und Schwierigkeiten untereinander zu besprechen. In der Recoverygruppe, geleitet von bis zwei Genesungsbegleitern (s. Kap. 10.10.1), haben Patienten die Möglichkeit Erfahrungen mit der eigenen Sucht anzusprechen sowie neue Möglichkeiten und eigene Ressourcen mit Unterstützung anderer zu erarbeiten. Zudem sollen bekannte Vermeidungsstrategien verlernt oder korrigiert und stattdessen lösungsorientiertes Handeln erlernt werden.

Gelegentlich kommt es bereits auf der Aufnahmestation zu einer ersten vorsichtigen Auseinandersetzung mit dem Anlassdelikt, wobei Gefühle von Angst, Schuld und Scham durch Leugnung, Bagatellisierung, Projektion und Externalisierung abgewehrt werden oder aber auch zu schweren Krisen führen können. Hierbei werden stützende therapeutische Gespräche und eine intensive pflegerische Zuwendung erforderlich, in welche bisweilen auch die Angehörigen mit einbezogen werden. Dabei kommt allen Teammitgliedern die zentrale Aufgabe zu, insbesondere im Falle von Exazerbationen vorbestehender Grunderkrankungen, suizidalen Krisen, akuten Erregungszuständen, Konflikten im stationären Setting und allgemein in starken psychosozialen Belastungssituationen sowie bei der Bewältigung lebenspraktischer Aufgaben, psychologisch unterstützend und entlastend zu fungieren und zu intervenieren. Insbesondere bei noch laufenden Ermittlungen sowie ausstehenden Verhandlungen und Urteilen benötigen die Patient*innen vermehrte Fürsorge durch das Stationspersonal.

Ziel sämtlicher Diagnostik-, Therapie- und Verfahrensabläufe auf der Aufnahmestation ist die psychische Stabilisierung, die Erstellung eines umfangreichen Behandlungsplans und die Vorbereitung der Patient*innen auf die Verlegung auf die jeweils geeignete Therapiestation. Die Patient*innen sollen auf die nachfolgende (Kriminal-)Therapie vorbereitet werden, welches eine gewisse Grundstabilität der psychischen und physischen Verfassung sowie einen ausreichenden Grad an Therapiemotivation erfordert.

Am Ende der Diagnostikphase wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der im Sinne eines individuellen Delinquenzmodells erste Hypothesen darüber enthält, welche Störungen/Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Einzelfall dem delinquenten Verhalten sowie der Dynamik des Anlassdeliktes zugrunde liegen und somit eine initiale prognostische Einschätzung (suchtforensische und Kriminal-Prognose) ermöglichen. Zudem werden Strategien zum Risikomanagement dezidiert herausgearbeitet als auch Angaben darüber gemacht, mit welchen spezifischen Interventionen individuelle dynamische Risikofaktoren modifiziert werden sollen. Entsprechend werden die Patient*innen von der Aufnahmestation auf diejenige Therapiestation verlegt, welche hinsichtlich des Konzeptes am geeignetsten erscheint.

Wesentliche Funktionen/Aufgaben der Psycholog*innen und Ziele der Aufnahmestation bestehen in den im Folgenden genannten Punkten:

- psychische Stabilisierung
- ausführliche psychiatrische, klinisch-psychologische Diagnostik
- psychologische Begleitung im Rahmen einer Entzugsbehandlung
- Abbau von Ängsten, Ablehnung und/oder Misstrauen (insbesondere bei therapie-unerfahrenen Patient*innen)
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie dem Evozieren einer Compliance (hinsichtlich einer therapeutischen aber auch medikamentösen Behandlung)
- Förderung der Gruppen-/Interaktions- und Beziehungsfähigkeit
- Erarbeitung einer stabilen Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Förderung der Therapie- und Veränderungsmotivation
- Stabilisierung der Motivation zur dauerhaften Suchtmittelabstinenz und einer straffreien Lebensführung (vgl. *Transtheoretisches Modell der Veränderungsbereitschaft* [TTM], Prochaska & Di Clemente, 1982) – u.a. mittels motivierender Gesprächsführung, „Change-talk“
- individuumszentrierte Förderungen von sozialen Alltagskompetenzen (Eigeninitiative, Selbstständigkeit/Selbstwirksamkeit, Tagesstruktur, Hygiene) durch Soziotherapie
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Stärken persönlicher Fähigkeiten (zur Stress- und Problembewältigung) und Interessen
- Entwickeln eines Willens zur Übernahme von Selbstverantwortung
- Individualförderung zur Vorbereitung auf die Kriminaltherapie auf einer Therapiestation
- Intervention bei psychiatrischen Krisen und Suchtmittelrückfällen
- Begleitung von Patient*innen, die in die Haft rückgeführt werden

9.4. Pflegerische Aufnahme und Diagnostik

Nach der Ankunft in der Klinik begrüßen die pflegerischen Stationsmitarbeiter*innen und die Patientengruppe die Aufnahmepatient*innen und letztere werden zeitnah über den geplanten Tagesablauf, inklusive der medizinischen und psychologischen Aufnahmegespräche sowie die geplante Zimmerzuteilung informiert wie oben beschrieben.

Die allgemeinen pflegerischen Aufnahmeroutinen befassen sich mit der Erfassung der Stammdaten, Personenkontrolle und Kontrollen persönlicher Gegenstände, der Abnahme einer Atemalkohol- und Drogenkontrolle sowie der Unterstützung der ärztlichen Aufnahme (z. B. Schreiben von EKG, Blutentnahme, Wundversorgung). Hinzu kommen diverse Verwaltungsaufgaben, die die Anmeldung der Patient*innen betreffen. Zeitgleich werden die ermittelten Patient*innendaten, entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen, im klinikeigenen Patient*innenmanagementsystem und in den Pflegeakten bzw. im Bereich Patientenwesen der Universitätsmedizin und dem Bereich Küchenverpflegung eingegeben sowie weiterverarbeitet. Diese Aufgaben werden mithilfe der *Checkliste für die Aufnahme eines Patienten* durchgeführt und kontrolliert.

Bereits im Aufnahmesetting begleiten Pflegekräfte die Patient*innen unter Beachtung sozio-milieutherapeutischer Grundsätze. Im Erstgespräch wird über Regeln, Stationsabläufe, das Bezugspflegesystem, Patient*innenrechte, etc. informiert. Ein individueller Informationshefter soll dazu beitragen, dass die*der Patient*in jederzeit die für sie*ihn relevanten Inhalte nachlesen kann.

Weitere Ausführungen hierzu finden sich im Kapitel Pflegediagnostik und Pflegeplanung.

9.5. Sozialarbeiterische Aufnahme und Diagnostik

Die Belange von Patient*innen werden in der Aufnahmephase sowohl im Hinblick auf die individuellen und psychischen Faktoren als auch auf die soziale und materielle Situation erfasst, um somit den notwendigen Betreuungsbedarf und Hilfeanspruch festzustellen. Die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes haben dabei stets das gesamte persönliche, familiäre und gesellschaftliche Umfeld der Patient*innen im Blickwinkel. Dabei stehen die Patient*innen mit ihren Erkrankungen und Einschränkungen sowie Ressourcen und Fähigkeiten im Mittelpunkt.

Im ersten Aufnahmegespräch wird durch den Sozialdienst eine umfassende Sozialanamnese, ergänzend zur medizinischen, psychologischen und pflegerischen Anamnese, erhoben, welche im fortlaufenden Behandlungsprozess kontinuierlich vervollständigt wird. Neben den allgemeinen Personengrunddaten, Fragen zum Substanzkonsum, Sucht- und Delinquenzentwicklung werden insbesondere die schulische und berufliche Ausbildung, Arbeitsförderungsmaßnahmen, Art und Umfang von Erwerbstätigkeiten oder Arbeitslosigkeit aufgenommen. Einerseits entsteht damit ein Überblick über das bisherige Leistungsvermögen und die vorhandenen (beruflichen) Ressourcen, andererseits fließen besondere Qualifikationen

und berufliche Erfahrungen in die spätere Rehabilitationsphase ein und werden dementsprechend in der Behandlungsplanung berücksichtigt.

Von ebenso großer Bedeutung ist die Erfassung der Wohnsituation vor der Einweisung bzw. Inhaftierung wie z. B. alleinlebend, in Lebenspartner- oder Ehegemeinschaft, mit oder ohne Kinder, die Unterbringung in Betreuungseinrichtungen oder Obdachlosigkeit, so dass Kenntnisse über das Maß von Eigenverantwortung und Selbständigkeit in der Lebensführung und Alltagsbewältigung erlangt werden. Dabei werden auch Informationen über bisherige Unterbringungen in Therapie- und Wohneinrichtungen sowie längere psychiatrische Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalte gesammelt. Gegebenenfalls werden bei noch bestehendem Mietverhältnis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder der gesetzlichen Betreuung die Kündigung, Wohnungsauflösung oder Eigentumssicherung mit dem*r Vermieter*in abgeklärt und durchgeführt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Anamnese ist die finanzielle Lage des*r Patienten*in mit der Prüfung der aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Anspruchsprüfung und Beantragung von Taschengeld und Bekleidungsbeihilfe sowie die Ermittlung von Verbindlichkeiten. Ggf. werden Möglichkeiten zur Schuldenplanung und -regulierung in Form von monatlichen Ratenzahlungen oder Stundungen aufgestellt sowie erste Vorbereitungen für die externe Schuldnerberatung mit der Option eines Insolvenzverfahrens getroffen.

Neben der Abstimmung und Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuer*innen ist die Aufnahme des sozialen Umfeldes und deren unterstützende Ressourcen ein essenzieller Bestandteil der psychosozialen Beratung des Sozialdienstes. Dabei werden im Gespräch nicht nur die familiären Bindungen und Unterstützungsmöglichkeiten sondern auch gesundheitsfördernde und stabilisierende Bezugspersonen identifiziert und für einen kooperativen Austausch bei der Behandlung sowie in der Angehörigenarbeit herangezogen.

Insbesondere sind für die sozialpädagogische Einschätzung und Arbeit mit den Patient*innen das Herausfinden persönlicher Erwartungshaltungen, Einstellungen und Zielvorstellungen sowie die Erschließung des Krankheitsverständnisses, der Behandlungsbereitschaft, der Therapie- und Veränderungsmotivation sowie des Delinquenz- und Problembewusstseins wichtig, die im Behandlungsverlauf einer intensiven Bearbeitung und weiteren Auseinandersetzung bedürfen.

9.6. Komplementärtherapien: Aufnahme und Diagnostik

Die Komplementärtherapie in unserer Klinik besteht aus der Ergo- (Beschäftigungs- und Arbeits-) und Sporttherapie. Begonnen wird in der Ergotherapie mit der Eingangsdiagnostik durch ein Aufnahmegespräch. Gemeinsam mit dem*r Patienten*in wird ein Fragebogen (nach dem Lübecker Fähigkeitenprofil) ausgefüllt, der die berufliche, schulische, soziale und persönliche Vorgeschichte und Interessen des Patienten dokumentiert. Hier können bereits erste Ziele besprochen werden.

Unter Einbeziehung der ärztlichen Untersuchung findet zu Beginn der Sporttherapie ein Anamnesegespräch statt, in dem körperliche Beschwerden, Vorerkrankungen, vergangene Operationen, sportliche Vorerfahrungen und persönliche Interessen abgefragt werden. Dieses ist wichtig für die weiterführende individuelle Behandlung in der Sporttherapie.

9.7. (Vorläufiger) Behandlungsplan

Wie im Abschnitt „Psychologische Aufnahme und Diagnostik“ beschrieben, wird nach der Eingangsdiagnostik der erste Behandlungsplan erstellt, der auf der Erstdiagnostik und Risikokonzeptualisierung beruht. Für die Entwicklung der Behandlungsplanung ist das Fallverständnis – also eine Hypothese, warum der*die Patient*in die Straftaten begangen hat - essentiell. Die Behandlungsplanung formuliert SMART[4]-Ziele, die alle Berufsgruppen miteinbeziehen. Nach gesetzlichen Vorgaben ist der Behandlungsplan nach 8 Wochen fertigzustellen. Bei Patient*innen, die nach §126a untergebracht sind, ist der Behandlungsplan zunächst vorläufig. Alle Behandlungspläne werden in den psychologischen Einzelgesprächen mit den Patient*innen entwickelt und dann in der Visite gemeinsam mit allen anderen Professionen besprochen. Der initiale Behandlungsplan enthält Empfehlungen für die Verlegung auf eine geeignete Therapiestation.

9.8. Verlegung

In der Regel werden Patient*innen nach etwa 3 Monaten von der Aufnahmestation auf eine weiterführende Therapiestation verlegt. Die Verlegung auf eine Therapiestation orientiert sich soweit als möglich an den spezifischen Problemen bzw. Diagnosen – es wird diejenige Station ausgewählt, die aufgrund ihres therapeutischen Angebotes am besten zu der Bedürfnislage der Patient*innen passt und daher die besten Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie bietet. Nach Abschluss der Diagnostik werden die verschiedenen Optionen in der Visite besprochen und der Patient zeitnah über die Behandlungsmöglichkeiten informiert. Eine Verlegung auf die Therapiestation sollte möglichst nur erfolgen, wenn die Fortführung der Therapie gesichert ist, z. B. die rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch die Vorsätze des Patienten bzw. der Patientin.

Vor Verlegung erfolgt ein erster Besuch eines*r Mitarbeiters*in, idealerweise der geplanten Bezugspflege, der Zielstation, um den Patienten bzw. die Patientin auf die neue Station hin, z. B. im Hinblick auf die Stationsregeln und das Stationskonzept, zu orientieren und eventuelle Ängste und Bedenken abzufangen. Vor einer Verlegung auf die DBT-F-Station erfolgt ein Informationsgespräch über das Behandlungskonzept. Soweit möglich wird vor der Verlegung auch ein Besuch des Patienten bzw. der Patientin auf die Zielstation ermöglicht.

Am Verlegungstag packt der Patient im Beisein von zwei Pflegekräften, von der verlegenden und der aufnehmenden Station, seine persönlichen Gegenstände. Hierdurch kann die

[4] Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert

Bestandsliste aktualisiert und die Habe gleichzeitig kontrolliert werden. Nachfolgend ist eine Grundreinigung des bisherigen Zimmers durch den Patienten bzw. die Patientin angezeigt.

Die anwesenden Pflegekräfte beider Stationen übergeben bzw. übernehmen die persönlichen Gegenstände sowie alle vorhandenen relevanten Unterlagen aus der Pflegedokumentation. Es erfolgt auch eine kurze Übergabe zwischen den Pflegekräften der beiden Stationen.

Der Patient wird von der bisherigen Patient*innengruppe sowie dem Stationsteam verabschiedet und von den zukünftigen Stationsmitarbeiter*innen und der Patient*innengruppe begrüßt und zeitnah über die Stationsstrukturen und –regeln informiert und bekommt ein Zimmer zugewiesen.

Abschließend sind diverse Verwaltungsaufgaben, die die Verlegung und die stationsbezogene Integration in das therapeutische Setting betreffen, auf beiden Stationen zu erledigen. Diese werden mithilfe der Verlegungscheckliste kontrolliert und dokumentiert.

Vor Verlegung wird die Diagnostik- Behandlungsplan- und Übergabekonferenz organisiert. Hierbei sind die Teams beider Stationen anwesend. Eine Übergabekonferenz zwischen beiden Teams findet auch bei Verlegungen zwischen zwei anderen Stationen, z. B. von einer Therapie- auf die Rehabilitationsstation statt.

10. Behandlung und Rehabilitation

10.1. Behandlungsplanung

Die Behandlungsplanung ist wesentliche Grundlage für die Planung der Gesamtbehandlung. Hier werden die Therapieziele, die Behandlungsfoki und die Interventionstechniken festgehalten und in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst. Der Behandlungsplan leitet sich aus der Diagnostik und der Risikokonzeptualisierung ab. Neben psychologisch-psychiatrischen und somatischen Diagnosen werden Umgebungs- und Rahmenbedingungen, Ressourcen und prognostische Aspekte miteinbezogen.

Innerhalb von acht Wochen nach Aufnahme wird ein initialer Behandlungsplan entworfen. Nachfolgend wird dieser zum Zeitpunkt der jeweiligen Anhörungstermine (§ 64 StGB: alle 6 Monate; §63 StGB: alle 12 Monate) validiert und an den kommenden Behandlungszeitraum angepasst. Um den Patienten eine an die jeweilige Situation (z. B. Phase mit erhöhter Anzahl von Krisen) angepasste Therapie anbieten zu können, werden die Behandlungspläne gegebenenfalls auch in der Zwischenzeit aktualisiert.

Substanzielle Aspekte der Behandlungsplanung sind:

- Basisdaten und Vorgeschichte
- Psychiatrische und somatische Diagnosen
- Risikokonzeptualisierung
    - relevante Risikobereiche

    - Fallkonzeptualisierung – Delinquenzentwicklung und Delikthypothese des Anlassdeliktes
    - Kategorisierung des Risikolevels (RNR-Prinzip)
    - kriminogene Faktoren (RNR-Prinzip)
    - Ansprechbarkeitsfaktoren (RNR-Prinzip)
- Stärken/Ressourcen
- Kriminaltherapeutische Hauptbehandlungsziele
- Behandlungsplanung in den Domänen:
    - Risiko
    - Psychische Gesundheit
    - Substanzkonsum
    - Körperliche Gesundheit
    - Soziale Kontakte/Beziehungen
    - Interessen und Aktivitäten
    - Schule und berufliche Bildung
    - Rehabilitation und Zukunftsplanung
    - Sonstiges
- Einschätzung des Patienten bzw. der Patientin zum Behandlungsverlauf und zu den Behandlungszielen

Wir halten für die Behandlungsplanung ein standardisiertes Dokument und eine Verfahrensanweisung vor. Alle Behandlungspläne werden multiprofessionell mit allen Behandler*innen und gemeinsam mit den Patient*innen erarbeitet. Ein Konzept für die Erstellung von Behandlungsplänen in einfacher Sprache ist in Planung.

10.2. Soziomilieutherapie

Die Soziomilieutherapie bildet die Basis und den Rahmen für alle weiteren Therapieformen. Sie beinhaltet die gezielte Auseinandersetzung mit dem „Normalen im Hier und Jetzt“ (Psychiatrie Dienste Süd, 2021). In unserer Klinik sind die Patient*innen in räumlich abgetrennten WGs untergebracht, die maximal 10 Behandlungsplätze umfassen. Insbesondere in diesen Kleingruppen findet die Soziomilieutherapie statt, die die Beschäftigung mit alltäglichen Bedürfnissen, Regeln und Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Einschränkungen in verschiedenen Bereichen, im Wahrnehmen von Rechten und im Erfüllen von Pflichten, in der Beziehungsgestaltung u. v. m. umfasst. Die Umsetzung erfolgt im Wesentlichen durch Pflegekräfte im Stationsalltag. Dabei wird insbesondere auf ein stabiles, geordnetes Zusammenleben abgezielt, das durch respektvollen Umgang geprägt ist. Die auf die jeweiligen Patient*innen abgestimmten individuellen Behandlungsziele können von regelmäßiger Körperhygiene bis zu angemessener zwischenmenschlicher Kommunikation reichen. Alltagsaktivitäten wie das Zubereiten von Mahlzeiten, das Einhalten der Tagesstruktur sowie Ausführungen und Ausgänge im Rahmen der Lockerungserprobung sind ebenso von

Bedeutung. Die Fokussierung auf problematisches Verhalten, das eingedämmt werden soll, und die Orientierung auf die Ressourcen des Patienten sind dabei gleichrangig.

Die Verpflegung ist fester Bestandteil des therapeutischen Konzepts. Gemeinsames Einkaufen, Kochen und Essen fördern Tagesstruktur, soziale Kompetenzen, Eigenverantwortung und lebenspraktische Fähigkeiten und bereiten auf ein Leben außerhalb der Klinik vor. Krankenhausverpflegung erhalten die Patienten der Aufnahmestation sowie die Patientinnen der Station 1 (Frauenstation) bis zum Abschluss ihrer Diagnostikphase. Mit dem Wechsel auf eine Therapiestation nehmen alle unabhängig von ihrer Lockerungsstufe an der Gruppenverpflegung teil, bei Bedarf pflegerisch begleitet. Ab Lockerungsstufe 6 besteht zusätzlich die Möglichkeit zur Selbstverpflegung.

10.3. Pflege

Pflegekräfte in der forensischen Psychiatrie stehen in einem ständigen Zwiespalt, nämlich den Patient*innen helfen zu wollen, und gleichzeitig die Gesellschaft vor ihnen schützen zu müssen (Aufgaben der Besserung und Sicherung).

Auch im Maßregelvollzug sind die Pflegekräfte für die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen zuständig, ihre Aufgaben gehen aber weit darüber hinaus. Sie beobachten und pflegen die Patient*innen und sind Co-Therapeut*innen. Ebenso müssen sie Bewacher*innen und Aufpasser*innen sein, das Risiko z. B. von Fluchtversuchen und anderen schweren Vorkommnissen mit einschätzen und solche verhindern und im Stationsalltag für eine gute Struktur und feste Abläufe sorgen. Eine weitere Besonderheit ist die Anwesenheit von Pflegekräften „rund und um die Uhr“; sie sind die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im multiprofessionellen Team.

Bei der Behandlung und Betreuung forensischer Patient*innen stehen drei Aufgaben im Fokus:

- Die Überwindung der psychischen Erkrankung oder Störung
- Die Sicherung der Patient*innen und der Schutz der Öffentlichkeit vor von ihnen ausgehenden Risiken
- Die Vorbereitung und Begleitung in ein Leben ohne Straftaten, also die Resozialisierung

Diese Vielzahl von Aufgaben im Maßregelvollzug macht deutlich, dass diese nur in Teamarbeit und unter der Reflexion des eigenen Fühlens und Handelns zu erbringen sind. Ziel der Teamarbeit ist es, ein individuelles Behandlungskonzept für jeden Patienten und jede Patientin gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen. Für die Umsetzung des Behandlungskonzeptes ist der Austausch von Informationen mit allen an der Behandlung Beteiligten und mit den Patient*innen von entscheidender Bedeutung.

10.3.1. Pflegediagnostik und Pflegeplanung

Die Pflegeanamnese erfasst für die Pflege bedeutsame Informationen über die Patient*innen. Sie enthält die aktuellen und potentiellen Pflegeprobleme und erkundet auch die verfügbaren

Ressourcen der Patient*innen. Die Pflegeplanung soll durch die Bezugspflege unter Mitwirkung der Patient*innen erfolgen.

Erfasst werden neben den Stammdaten, Vitalzeichen und somatische und psychiatrische Symptomatik sowie psychosoziale Hintergründe.

Vitalzeichen und somatische Symptomatik

- Allgemeinzustand, Mobilität, Ernährung und Ausscheidung, Kontinenz
- Puls, Blutdruck, Temperatur
- Körpergröße und -gewicht , Body Mass Index
- Körperpflege
- Vorerkrankungen und aktuelle Erkrankungen, chronische Erkrankungen
- Frühere Krankenhausaufenthalte, Diagnosen und Therapien

Psychiatrische Symptomatik

- Aktuelle Aufnahmediagnostik
- Hauptsymptomatik und Nebensymptome
- Bisherige Medikation
- Sprache, Kommunikation, Kontaktverhalten
- Sozialverhalten auf der Station
- Eigeninitiative
- Compliance
- Kognitive Fähigkeiten
- Besonderheiten wie Suizidalität, Fluchtgefahr, fremdschädigendes Verhalten

Psychosoziale Hintergründe

- Letzte Wohnsituation vor der Unterbringung, Beruf, Familienstand
- Finanzielle Situation
- Schulische und/oder berufliche Abschlüsse
- Bezugspersonen außerhalb der Klinik
- Erfahrungen aus früheren Behandlungen/Krankenhausaufenthalten/ambulanten Behandlungen
- Aktivitäten, Interessen, Wünsche
- Offene gerichtliche Verfahren

Das pflegerische Assessment wird in Kooperation mit den Patient*innen erarbeitet und bildet die Grundlage des Pflegehandelns in enger Abstimmung mit dem Gesamtbehandlungsplan.

Die Pflegeplanung umfasst sowohl Nah-als auch Fernziele; diese zu definieren und zu erreichen erfordert den ständigen Austausch mit allen an der Behandlung beteiligten Mitgliedern des multiprofessionellen Teams und mit den Patient*innen.

10.3.2. Bezugspflegesystem

Das Bezugspflegesystem ermöglicht eine professionelle Beziehungsgestaltung zu den Patient*innen. Jede*r Patient*in bekommt zwei Pflegekräfte als Bezugspfleger*innen zugewiesen: So wird sichergestellt, dass bei Abwesenheiten wenigstens eine vertraute Bezugsperson vorhanden ist und der Pflegeprozess kontinuierlich begleitet werden kann. Durch die umfassende Kenntnis der*s Patienten*in können die verantwortlichen Pflegepersonen Erfolge und Verbesserungen oder neue Probleme einschätzen und die Pflegeplanung entsprechend evaluieren. Die pflegerische Beziehung gestaltet sich unterstützend und beratend, ist aber auch nicht frei von erzieherischen und kontrollierenden Aspekten, wenn es z. B. um die Einhaltung bestimmter Regularien, wie z. B. der Haus- und Stationsordnung oder um die Übernahme von Pflichten auf der Station geht.

Häufig erleben die Pflegekräfte, dass die Patient*innen in ihrer Wahrnehmung und Beziehung zu sich selbst und zu anderen eingeschränkt oder gestört sind. Durch eine vertrauensvolle Beziehung zu den Bezugspflegekräften kann die Wahrnehmung der eigenen Person korrigiert und ein adäquates Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen geübt werden. Patient*innen in der forensischen Psychiatrie erleben nicht selten das erste Mal in ihrem Leben eine kontinuierliche stabile Beziehung und lernen, dass Vertrauen und der Umgang miteinander tatsächlich erarbeitet werden muss.

Bezugspflegegespräche werden geplant mindestens einmal pro Woche für 30 bis 60 Minuten angeboten und dokumentiert. Unabhängig davon sind die Bezugspflegekräfte Ansprechpartner in Krisensituationen und anderen ihre Patient*innen Patientin betreffende besondere Ereignisse.

10.3.3. Pflegerische Angebote

Die pflegerischen Angebote auf den Stationen bestehen sowohl aus Einzelaktivitäten im Rahmen der Pflegeplanung (z. B. Einkaufstraining, Umgang mit Geld, Umgang mit Medikamenten, usw.) als auch regelmäßig stattfindenden Gruppenangeboten und Gesprächsrunden.

Einen nicht unerheblichen Teil nimmt dabei das lebenspraktische Training ein. Hierbei geht es darum, die Defizite in der Bewältigung der Alltagsanforderungen zu erkennen und durch das gezielte Trainieren der fehlenden oder verlorengegangenen Alltagskompetenzen diese wieder zu erlangen.

Im Sinne einer aktivierenden und motivierenden Pflege gehört es zum Stationsleben dazu, die Patient*innen in die Gestaltung des Milieus mit einzubeziehen. Sie übernehmen Aufgaben hinsichtlich der Reinigung des eigenen Wohnbereiches sowie der gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten. Im Rahmen der Selbstverpflegung lernen sie Verantwortung bei der Planung des Einkaufes, beim Einkaufen selbst und beim Kochen für die Gruppe zu übernehmen. Das Reinigen, Pflegen und Gestalten des eigenen Zimmers, die Einhaltung der Körper- und

Umgebungshygiene und das Waschen der Kleidung sind Angebote, die auf allen Stationen durchgeführt werden. Besonderer Wert wird auf das gemeinsame Einnehmen der Mahlzeiten gelegt, auch hierbei werden soziale und kommunikative Kompetenzen geschult.

Gruppenrunden

Auf allen Stationen werden Gruppenrunden angeboten. Während die Morgenrunde mehr organisatorischen Charakter hat - die Patient*innen können hier ihre Anträge für den Besuch, für die Nutzung der Lockerungsstufen oder für eine Arztkonsultation abgeben oder andere Wünsche und Anregungen mit einer Pflegekraft aus dem Team besprechen -, widmen sich Reflexionsrunden dem Miteinander auf der Station, haben z. B. die Aufgabe, sich anbahnende Konflikte unter den Patient*innen zu identifizieren und wenn möglich Lösungsstrategien zu entwickeln.

Freizeitgestaltung

Viel Engagement und Ideenreichtum sind sowohl von den Teammitgliedern als auch von den Patient*innen bei der Gestaltung der Freizeit auf der Station gefragt. Sonst können unausgefüllte Freizeit und Langeweile zu Frustrationen und ggf. auch zu Drogenrückfällen führen.

Für die meisten Patient*innen spielt die Gewährleistung des Freizeitsports eine große Rolle. Unter Aufsicht der Pflegenden werden Teamsportarten wie Volleyball oder Tennis-Fußball gespielt, auch Tischtennis und Federball sind sehr beliebt.

Haben die Patient*innen entsprechende Lockerungsstufen erreicht, gilt es die Ausgänge zu planen und zu gestalten. Die Angebote reichen hier von Spaziergängen im Klinikpark oder am Ufer der Warnow über Einkäufe in den nahegelegenen Wohngebieten bis zu Ausgängen zu entfernteren Zielen wie die Rostocker Innenstadt bzw. Besuche bei Familie und Freunden.

Viele Mitglieder des Pflegeteams versuchen, die Patient*innen für ein Hobby zu begeistern, so entstehen hübsch angelegte Blumen- und Gemüsebeete vor den Stationen durch gärtnerische Tätigkeiten, auch hat schon manche*r Patient*in ein Interesse an Stricken und Häkeln entwickelt. Gesellschaftsspiele sind nicht nur an fernsehfreien Abenden beliebt und Basteln und Malen haben immer Hochkonjunktur, wenn Ostern bzw. Weihnachten ins Blickfeld rücken und die Wohnbereiche entsprechend ausgestaltet, oder Exponate für den Weihnachtsbasar oder auch persönliche Geschenke hergestellt werden. Darüber hinaus gibt es Angebote, Entspannungstechniken zu erlernen, Gedächtnisübungen zu machen, gemeinsam in die Zeitung zu schauen, Kuchen zu backen, usw. Gemeinsame Fahrradausflüge oder Grillabende sind im Sommer sehr beliebt. Viele dieser Aktivitäten entstehen spontan; auf jeden Fall angeboten werden jedoch auf jeder Station zwei regelmäßig stattfindende pflegerisch geleitete Aktivitäten pro Woche.

10.4. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen

10.4.1. Einzelgespräche und Stationsgruppen

Jede*r Patient*in unserer Klinik hat eine*n fallführende*n Therapeuten*in, der*die die klinikinterne Gesamtbehandlung koordiniert, diagnostische, prognostische und Verlaufs-Einschätzungen vornimmt und Einzel- und Gruppengespräche führt.

Im Regelfall übernehmen Psycholog*innen oder Ärzte bzw. Ärztinnen die Fallführung. Die Frequenz und die Inhalte der Einzelgespräche richten sich nach dem RNR-Prinzip. Meist finden die Gespräche wöchentlich statt. Diese haben zum einen supportiven Charakter, andererseits kann, bei entsprechender Indikation, im Rahmen der Einzelgespräche auch eine Psychotherapie im engeren Sinne stattfinden. So reichen die Themen der Einzelkontakte über Psychoedukation und die Vermittlung von Fertigkeiten (z. B. zur Emotionsregulation) bis zu Biografiearbeit, Suchtbearbeitung und Deliktarbeit.

In jeder Wohngruppe findet wöchentlich eine therapeutisch geleitete Stationsgruppe für alle Patient*innen, also maximal 10 Teilnehmer*innen, statt. Die psychotherapeutische Gruppe ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtbehandlung. Hier können z. B. aktuelle Probleme im Zusammenleben thematisiert werden. Je nach Indikation werden auch kriminaltherapeutische, suchttherapeutische, störungsspezifische und andere Inhalte behandelt. Da die Zusammensetzung der Patientenklientel mitunter recht heterogen ist, müssen Struktur und Inhalt der Gruppe an die Behandlungsdauer und Störungsspezifität angepasst werden.

Auf unserer Aufnahmestation wird ein strukturiertes, eher edukatives und gleichzeitig niedrigschwelliges Angebot verfolgt. Inhalte der Gruppen können z. B. die Einführung in und Erklärungen zur Maßregelvollzugsunterbringung, die Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Erkrankung und das Gruppenleben im Allgemeinen sein. Häufig müssen die Patient*innen zunächst einmal lernen, mit anderen ins Gespräch zu kommen und Gruppenregeln einzuhalten (z. B. gewaltfreie Kommunikation).

Auf den Therapiestationen spielt die Störungsspezifität eine größere Rolle. Die Gruppen können themenspezifisch oder zieloffen sein, wobei immer genügend Raum für Probleme im „Hier und Jetzt“ geschaffen wird. Dies ermöglicht den Patienten zu lernen, Probleme anzusprechen und ungünstige Entwicklungen in der Gruppendynamik aufzufangen. Neben dem Einzelsetting können hier auch problematisches Verhalten, Vorkommnisse und Krisen aufgearbeitet werden.

10.4.2. Motivational Interviewing

Das Motivational Interviewing (MI; Miller und Rollnick 2015) ist nicht nur eine spezielle Form der Gesprächsführung, die der Überwindung von Veränderungsambivalenz und der Erarbeitung konkreter Veränderungsziele dient, sondern vielmehr eine therapeutische Haltung. Ambivalenz wird als Regel und nicht als Ausnahme im Therapieprozess betrachtet, der*die Therapeut*in nicht als leitend, sondern begleitend. Diese Haltung beinhaltet auch das Verständnis für die Gründe, die die Patient*innen für eine Beibehaltung des Ist-Zustandes

haben und die Anerkennung von bisher Geleistetem. Veränderungsmotivation wird als dimensionales, nicht als Entweder-Oder-Konstrukt gesehen.

Die Grundhaltung des MI umfasst die Partnerschaftlichkeit zwischen Patient*in und Therapeut*in (kooperative, patientenzentrierte Beziehungsgestaltung), die Evokation der Ressourcen und der Veränderungsmotivation sowie die Autonomie der Patient*innen hervorzuheben und zu achten. Der*Die Therapeut*in ist gegenüber den Patient*innen wertschätzend und empathisch, würdigt deren Bemühungen und Ressourcen, unterstützt sie in ihrer Autonomie und fördert die Zuversicht die angestrebten Veränderungen auch tatsächlich umsetzen zu können. Auf dieser Grundlage werden dann konkrete Veränderungsziele geplant.

Unsere Patient*innen bereiten sich im Rahmen der Behandlung auf ein straf- und möglichst konsumfreies Leben vor. Dabei müssen sie in vielen Lebensbereichen neue Fertigkeiten erlernen und Herausforderungen überwinden, was gerade auch im Kontext des Maßregelvollzugs die Ambivalenz in Bezug auf Verhaltensänderungen verstärken kann. Unser Ziel ist, dass alle Berufsgruppen die Techniken des MI nutzen können, um unsere Patient*innen dabei zu unterstützen, ihre Behandlungsziele zu erreichen. Zu diesem Zweck werden immer wieder MI-Schulungen für alle Berufsgruppen angeboten.

10.4.3. Therapie von Substanzkonsumstörungen

Wie Kapitel 6 zu entnehmen ist, weist der größte Teil unserer Patient*innen eine Substanzkonsumstörung auf. Von daher ist die spezifische Adressierung von besonderer Bedeutung, da sie bei vielen Patient*innen einen kriminogenen Risikofaktor darstellt.

Für die Behandlung von Patient*innen mit einer substanzbezogenen Störung speziell im Maßregelvollzug existiert kein allgemein anerkanntes Therapiekonzept (Völlm & Cerci, 2021). So stellt auch die Therapie in unserer Klinik eine Kombination suchtspezifischer Interventionen der Allgemeinpsychiatrie mit kriminaltherapeutischen Behandlungsangeboten dar. Wie auch im allgemeinen suchtmedizinischen Versorgungssystem unterteilt sich die Behandlung in körperliche Entgiftung und qualifizierte Entzugs- und Entwöhnungstherapie (vgl. z.B. Völlm & Cerci, 2021). Insbesondere in der fortgeschrittenen Phase sind psychologische und psychotherapeutische Interventionen von besonderer Bedeutung.

10.4.3.1. Rauchentwöhnung

Da Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Suchterkrankung häufiger nikotinabhängig und daher in besonderer Weise von tabakassoziierten Erkrankungen betroffen sind, halten wir es für wichtig, ein niedrigschwelliges Rauchentwöhnungsprogramm anzubieten. Zudem kann eine Rauchentwöhnung zu einer Besserung der körperlichen Gesundheit und des Befindens führen; langfristig können auch Symptome einer psychischen Erkrankung nachlassen. Für die Rauchentwöhnung nutzen wir motivationale Interventionen, stellen Selbsthilfematerialien und Nikotinersatzpräparate sowie Rauchstopp-Medikamente zur Verfügung. Außerdem können Patient*innen und Mitarbeiter*innen auf Wunsch ein evidenzbasiertes telefonisches

Beratungsangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („rauchfrei! ticket“) wahrnehmen. Unsere Klinik kooperiert mit dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. Im Qualitätsmanagement thematisieren wir regelmäßig die Behandlung der Tabakabhängigkeit von Patient*innen, die Unterstützung von Mitarbeiter*innen beim Rauchstopp und die Schaffung einer möglichst rauchfreien Umgebung, soweit dies in unserer Klinik umsetzbar ist.

10.4.3.2. Entwöhnung von Alkohol, illegalen Substanzen und Medikamenten

Abgesehen von der Opiatabhängigkeit, bei der die Substitutionsbehandlung einen etablierten Stellenwert hat, gilt die Abstinenz bei Abhängigkeitserkrankungen weiterhin als vorrangiges Therapieziel. Im Sinne des Harm-Reduction-Ansatzes empfiehlt die S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (DGPPN, 2021) jedoch auch eine Konsumreduktion als therapeutisches Ziel, wenn eine vollständige Abstinenz zunächst nicht erreichbar oder gewünscht ist.

Nicht alle Patientinnen verfolgen das Ziel einer vollständigen Abstinenz von sämtlichen psychoaktiven Substanzen. Daher sollte zu Beginn der Behandlung gemeinsam erarbeitet werden, welche Ziele die Patient*innen selbst im Hinblick auf die verschiedenen Substanzen anstreben. Je nach Substanz können diese Ziele unterschiedlich ausfallen: Während für einige Patient*innen die vollständige Abstinenz im Vordergrund steht, kann für andere eine Reduktion des Konsums als Ziel angestrebt werden. Hinsichtlich einzelner Substanzen besteht möglicherweise (zunächst) kein Veränderungswunsch. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, gemeinsam mit den Patientinnen realistische und sinnvolle Ziele zu entwickeln, die sowohl dem Auftrag des Maßregelvollzugs als auch den individuellen Veränderungszielen der Patient*innen gerecht werden. Werden Behandlungsziele ausschließlich vorgegeben, besteht die Gefahr, dass Patient*innen eine Abstinenzmotivation lediglich vortäuschen, weil sie dies als einzig akzeptiertes Therapieziel wahrnehmen. Dies erschwert eine offene therapeutische Zusammenarbeit und verhindert eine realistische Auseinandersetzung mit dem tatsächlichen Konsumverhalten. Unabhängig davon ist es selbstverständlich erforderlich, innerhalb der Klinik eine drogenfreie Umgebung zu gewährleisten und dies gegenüber den Patient*innen eindeutig zu kommunizieren. Bei der Formulierung langfristiger Therapieziele können jedoch differenzierte Lösungen sinnvoll sein. Dabei sollte zwischen Substanzen mit unmittelbarer Deliktrelevanz und solchen ohne erkennbare Deliktrelevanz unterschieden werden. Besteht beispielsweise ein enger Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewaltdelikten, sollte sich die Behandlung vorrangig auf eine nachhaltige Alkoholabstinenz konzentrieren. Ein gelegentlicher Cannabiskonsum außerhalb des forensisch relevanten Problemverhaltens kann demgegenüber therapeutisch von nachrangiger Bedeutung sein. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, den therapeutischen Fokus auf die deliktrelevante Substanz zu richten, anstatt durch Konflikte über weniger relevante Konsummuster die therapeutische Beziehung und die Motivation zur Veränderung zu gefährden.

Generelle Ziele der Behandlung sind der Aufbau eines substanzkonsumfreien Lebensstils, die Rückfallprophylaxe und die Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen. Um diese Ziele

zu erreichen, werden für die Behandlung alkoholassoziierter Konsumstörungen in den S3-Leitlinien (DGPPN, 2021) motivationsfördernde Ansätze, Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Verhaltenstherapie (VT), Angehörigenarbeit und Paartherapie am stärksten empfohlen. Bei Abhängigen von illegalen Substanzen sind insbesondere KVT, Kontingenzmanagement und Rückfallprophylaxetraining (Dutra et al., 2008) wirksam. Nach derzeitiger Evidenzlage (z. B. Perry et al., 2019) sollte die KVT – auch bei straffälligen Menschen mit Substanzkonsumstörung – die therapeutische Basis bilden.

In den psychologischen/psychotherapeutischen Einzelgesprächen und Stationsgruppen kommen eine Vielzahl von Methoden zur Anwendung, die sich letztlich in die Themengebiete „Motivation“, „Modifikation der zugrundeliegenden Mechanismen“ und „Vorbeugen von und Umgang mit Rückfällen“ untergliedern. Zur Motivationsförderung kommen Methoden des MI (Siehe Kapitel 10.4.2) und der Psychoedukation (Klos & Görgen, 2020; Lindenmeyer, 2016; Gross, 2016) zum Einsatz. Um zugrundeliegende Mechanismen zu adressieren werden KVT-Methoden, wie verschiedene Techniken der kognitiven Umstrukturierung, Cue-Exposure (Lindenmeyer, 2016), emotionsfokussierte Interventionen (z. B. Modus-Interview im Stuhl-Dialog [Valente & Reusch, 2017; Auszra et al., 2017]), imaginative Techniken und Metaphern (Schnell, 2016) angewandt. Zur Rückfallprophylaxe werden frühere Rückfallepisoden analysiert, Hochrisikosituationen identifiziert, Krisenpläne und „Notfallkoffer“ erstellt und imaginative Techniken zum Anlegen von Schemata für abstinentes Verhalten angewandt (Klos & Görgen, 2020; Schnell, 2016). Außerdem werden Fertigkeiten (z.B. DBT-Skills und Akzeptanz und Committment [ACT]-Elemente) für den im Umgang mit Craving („Suchtdruck“) und intensiven aversiven Affekten (Bowen et al., 2012) vermittelt.

Neben den Einzelgesprächen und stationsinternen Gruppen bieten wir eine stationsübergreifende Gruppe für Patient*innen mit Drogenabhängigkeit sowie eine für solche mit alleiniger Alkoholabhängigkeit an. Für die Rückfallprophylaxegruppe bei Drogenabhängigkeit verwenden wir das manualisierte Programm von Klos & Görgen (2020). Es besteht aus 10 Basis- und 12 indikativen Modulen und dauert pro Sitzung zwischen 60 und 90 Minuten. Die Basismodule umfassen Themen wie Phasen der Veränderung, Schutzfaktoren, Risikofaktoren, Ambivalenz, Umgang mit Drogenverlangen, Verhalten nach Rückfall, positive Gefühle, Erfolg, Anerkennung und Belohnung. Die indikativen Module behandeln Inhalte wie Strategien in Risikosituationen, Drogenabhängigkeit und Alkoholkonsum, Kriminalität und Rückfälligkeit, komorbide Störungen und Identitätsentwicklung im Zusammenhang mit einem Rückfall. Die Gruppe findet wöchentlich statt und wird jeweils von 2 Psycholog*innen geleitet.

Die Rückfallprophylaxegruppe bei Alkoholabhängigkeit hat in den letzten Jahren seltener stattgefunden, da es weniger Patient*innen mit einer ausschließlichen Alkoholabhängigkeit gab. Die Gruppe folgt dem Manual: „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen - Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.“ (Körkel & Schindler, 2020). Die Gruppe findet einmal pro Woche für jeweils 90 Minuten statt und besteht aus 15 Module, die u. a. folgende Themen abdecken: Informationsvermittlung zu Rückfälligkeit, pro und contra Abstinenz, Craving,

unangenehme Gefühle, Unterscheidung Rückfall vs. Ausrutscher, Umgang mit Rückfälligkeit, etc.

10.4.3.3. Umgang mit Rückfälligkeit

Während die Abstinenz von berauschenden Substanzen meist das übergeordnete Ziel der Behandlung ist, sind Konsumvorfälle als Teil der Abhängigkeitserkrankung anzusehen, die der betroffenen Person die Möglichkeit geben zu verstehen, wie es zum Konsum gekommen ist und welche Strategien sie zukünftig einsetzen kann, um Konsum zu verhindern. Die Umstände, unter denen es im Rahmen der Behandlung zu Konsum kommt, unterscheiden sich stark zwischen Patient*innen und stehen auch mit dem jeweiligen Behandlungsstadium in Zusammenhang. Entsprechend verbietet sich ein einheitliches Vorgehen, das die individuellen Bedürfnisse und die Sinnhaftigkeit der zu treffenden Maßnahmen unberücksichtigt lässt. Ein Konsumrückfall ist jedenfalls als Symptom einer Erkrankung und nicht als Regelverstoß zu verstehen, ihm ist demnach therapeutisch und nicht disziplinarisch zu begegnen.

Konsumvorfälle können im Einzelsetting mit dem Stationspsychologen bzw. der Stationspsychologin, dem Oberarzt bzw. der Oberärztin, der Bezugspflege oder auch anderen Berufsgruppen mit der entsprechenden Erfahrung und Kompetenz therapeutisch aufgearbeitet werden. Auch eine Besprechung in einer Stationsgruppe kann für den*die Betroffene*n und die Mitpatient*innen hilfreich sein. Der Vorfall soll mit der Person im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung offen und empathisch thematisiert werden, ohne zu bestrafen oder die Person abzulehnen. Dabei wird lösungsorientiert unter Betonung des potenziellen Lerneffekts vorgegangen. Hierzu gibt es verschiedene Techniken, wie z.B. eine detaillierte Verhaltensanalyse, DBT-Kettenanalyse, adaptierte LMV-E Violence Choice Chain, Schema-Verhaltensanalyse, etc.

Denkbar sind als Reaktion auf einen Konsumvorfall auch negative Konsequenzen, also Einschränkungen oder Kontrollmaßnahmen (z. B. Aussetzen der Lockerungsstufe, Besuche unter Aufsicht, Postkontrolle, Therapiepausen, vermehrte Zimmmerkontrollen, zusätzliche Drogenscreenings). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass ein ressourcenorientierter Umgang, z. B. im Sinne des Good-Lives-Modells (Ward, 2002), eher zu einer Verhaltensänderung führt als eine Bestrafung, vor allem bei Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Beschränkende Maßnahmen sollten dann in Betracht gezogen werden, wenn die Gesundheit oder die Sicherheit der betroffenen Person oder von anderen bedroht ist. Zu denken ist dabei an Situationen, in denen der Konsum eine starke gesundheitliche Gefährdung mit sich bringt und eine engmaschige Überwachung erforderlich wird. Das kurzzeitige Aussetzen einer Lockerungsstufe kann sinnvoll sein, um den Konsum durch engmaschige Betreuung zu unterbinden und die Zeit zur therapeutischen Aufarbeitung zu nutzen, insbesondere auch, wenn der Verdacht besteht, dass die Lockerungsausgänge genutzt werden, um Drogen zu besorgen. Eine automatische Aussetzung von (externen) Lockerungen ist aber nicht sinnvoll, sondern muss differenziert betrachtet werden. So kann es z. B. Sinn machen, die L0 (unbegleitete Hofgänge) auszusetzen, wenn der Verdacht besteht, dass Drogen auf dem Hof besorgt werden, aber z. B. die L4 weiter zu ermöglichen, wenn Kontakte mit Angehörigen für

die Person wichtig sind, möglicherweise auch zur weiteren Abstinenzmotivation. Jedenfalls sollten die Maßnahmen mit dem Patienten oder der Patientin besprochen werden und mögliche Szenarien und Konsequenzen bereits im Vorfeld in der Therapieplanung besprochen werden.

Im Zusammenhang mit Konsumereignissen sind folgende Konstellationen denkbar:

- Es besteht Konsumverlangen, aber die Person hat noch nicht konsumiert
- Konsum wird von der Person mitgeteilt, ohne dass eine Testung angekündigt wurde
- Konsum wird von der Person mitgeteilt nach Ankündigung einer Testung
- Konsum wird von der Person mitgeteilt nach Abnahme eines Tests, aber vor Eintreffen des Ergebnisses
- Konsum wird von der Person eingeräumt, nachdem ein positives Testergebnis vorliegt
- Konsum wird von der Person bestritten, obwohl ein positives Testergebnis vorliegt

Wir halten es für wichtig, die Patient*innen dabei zu unterstützen, sich uns mitzuteilen und uns sowohl Konsumverlangen als auch Konsumereignisse frühzeitig ehrlich zu kommunizieren. Im Sinne eines patient*innenzentrierten, ressourcenorientierten Umgangs wollen wir in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person erreichen, dass diese einen ehrlichen Umgang mit sich und mit uns als Behandlungsteam pflegen kann.

Wenn uns Konsumverlangen mitgeteilt wird, soll der Patienten bzw. die Patientin unterstützt, Fertigkeiten („Skills“) zum Umgang damit einzusetzen. Diese sollten frühzeitig in der Behandlung vermittelt und zum Beispiel anhand einer „Skillskette“ schriftlich festgehalten werden, damit das Behandlungsteam den Patienten bzw. die Patientin beim Einsatz unterstützen kann. Medikamente sollten bei akutem Konsumverlangen nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen.

Bei der offenen Mitteilung eines Konsumvorfalls, also eines bereits stattgefundenen Konsums, die therapeutische Aufarbeitung im Vordergrund stehen und beschränkende Maßnahmen nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden (es sei denn, sie werden von dem Behandlungsteam und der Person selbst als zielführend eingeschätzt). Bei Abstreiten von Konsum fällt eine therapeutische Aufarbeitung naturgemäß schwer. Mögliche Ansätze sind Commitmentarbeit im Sinne der DBT, Interventionen aus der Motivierenden Gesprächsführung, das gemeinsame Erarbeiten und Aufzeigen von kurzfristigen und langfristigen Folgen oder die Förderung eines Perspektivwechsels auf die Situation („Was würden Sie an Stelle des Behandlungsteams nun tun?“). Einschränkungen und Kontrollmaßnahmen, die dem Schutz vor gesundheitlichen Risiken und der Sicherheit dienen, kommen in solchen Situationen meist eine größere Bedeutung zu. Jede Entscheidung muss sich aber am konkret vorliegenden Risiko orientieren und einen therapeutischen Zweck im Sinne der Behandlungsplanung erfüllen. Beschränkungen, die alleine das Ziel verfolgen, dass die Person aus der negativen Konsequenz lernt, sind nicht erfolgsversprechend und daher abzulehnen.

Bei fortwährendem, unkritischem Konsum ohne erkennbare Veränderungsmotivation, der Weitergabe von/dem Handel mit Substanzen und/oder der Ablehnung der Aufarbeitung ist die Grundlage für eine Behandlung in der Forensischen Psychiatrie jedoch in Frage zu stellen (Siehe Kapitel 10.12).

10.4.2.4. Identifikation und Dokumentation von akuten Intoxikationen

Ebenso wie andere Institutionen stehen wir mit dem Aufkommen der sog. Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) vor der Herausforderung, diese Substanzen zu detektieren. Die Substanzen kommen in zahlreichen chemischen Strukturen und physischen Formen vor (z. B. als „Kräutermischung“ oder als geschmacks- und geruchsneutrale Flüssigkeit) und werden ständig weiterentwickelt. Das erschwert das Finden der Substanzen bei Kontrollen und die Nachweisbarkeit des Konsums. Nur wenige Labore in Deutschland können ein breites Spektrum dieser Substanzen nachweisen. Dies hat zur Folge, dass Intoxikationen häufig nicht zeitnah durch toxikologische Befunde objektivierbar sind.

Um akute Intoxikationen zu identifizieren und weitere Maßnahmen einzuleiten, dokumentieren wir das auffällige Verhalten und einige neurologische Marker in einem strukturierten Beurteilungsbogen, dem sogenannten „Torkelbogen“. Hierzu werden die Mitarbeiter*innen von einem externen Anbieter geschult (siehe Hollenbach, 2015).

Wenn ein*e Patient*in berauscht wirkt und dies anhand des strukturierten Beurteilungsbogens nachvollziehbar festgehalten wurde, ist eine Teilnahme an therapeutischen Angeboten (psychotherapeutische Gruppen, Ergo-, Arbeits- und Sporttherapie) möglicherweise nicht sinnvoll, da die Person dann von diesen Angeboten nicht profitiert, möglicherweise eine Gefährdung bei der Bedienung von Geräten oder sportlicher Betätigung besteht und weil sich Mitpatient*innen dadurch beeinträchtigt fühlen könnten. Denkbar ist eine Vereinbarung mit dem Patienten oder der Patientin, sich für einen bestimmten Zeitraum im Zimmer aufzuhalten. Ein Separierung im Patient*innenzimmer mit Einschluss oder eine Krisenraumunterbringung mit dem Ziel, dass der*die Patient*in den Konsum einräumt oder die Quelle der Substanz nennt oder andere vor dem Anblick der berauschten Person geschützt werden, ist nicht vertretbar. Dies ist nur bei einer konkreten Gefährdung angezeigt und folgt dann den Kriterien für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

10.4.4. Sexualstraftäter*innen-Therapie

Die Gruppe der Sexualstraftäter*innen macht in unserer Klinik eine kleine Gruppe aus. Sie umfasst eine kleine Anzahl von Männern mit sehr heterogenen Störungsbildern und Delikten. Die Behandlung von Sexualstraftäter*innen folgt demselben Algorithmus wie die Vorgehensweise bei anderen Patient*innen unserer Klinik: Diagnostik, Fall- und Risikokonzeptualisierung, Behandlungsplanung, Therapie, Rehabilitation und Nachbetreuung.

10.4.4.1. Diagnostik und Fall- und Risikokonzeptualisierung

Zusätzlich zur allgemeineinen Anamnese (Siehe Kapitel 9.3) erheben wir eine ausführlichere Sexualanamnese, inkl. einer Fantasie- und Medienanamnese (Steffes-enn, 2019). Neben der Standarddiagnostik setzen wir Instrumente zur Erfassung der statischen und dynamischen

Risikofaktoren bei Sexualstraftäter*innen ein. Der STATIC-99 (Harris et al., 2003) umfasst 10, ausschließlich statische Risikofaktoren wie Alter, frühere Verurteilungen, verwandtschaftliches Verhältnis zur*m Geschädigten, etc.. Außerdem kommen der STABLE-2007 (2012 revidiert) (Fernandez et al. 2014) und ACUTE-2007 (Hanson & Harris, 2007) zum Einsatz. Der STABLE erfasst dynamische Risikofaktoren mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit von sexuell übergriffigem Verhalten in den nächsten 6 bis 12 Monaten vorherzusagen. Mit dem Interview werden z. B. bedeutende soziale Einflüsse, Beziehungsfähigkeit, Impulsivität und die emotionale Identifikation mit Kindern erfasst. Der ACUTE identifiziert akute Risikofaktoren, die der Einschätzung des kurzfristigen Risikos für einen möglichen Rückfall dienen. Gemeint ist riskantes, deliktrelevantes Verhalten, wie der Zugang zu potentiellen Opfern, die Ablehnung von Kontrollmaßnahmen oder akuter Substanzmissbrauch. Das Multiphasic Sex Inventory (MSI; Fehringer et al., 2016) erfasst Fantasien, sexuelle Übergriffe, atypisches Sexualverhalten, Wissen und Überzeugungen über Sexualität, die Behandlungseinstellung, sexuelle Funktionsstörungen, sexuelle Dranghaftigkeit und tatbegünstigende Einstellungen.

10.4.4.2. Behandlungsplanung

Die Behandlungsplanung leitet sich aus der Fall- und Risikokonzeptualisierung ab. Dabei bestimmen die statischen Risikofaktoren die Intensität und den Umfang der Behandlung, die dynamischen den Inhalt der Therapie und die akuten Risikofaktoren Einschränkungen (z.B. bezüglich des Zugangs zu potenziellen Opfern) und Monitoringmaßnahmen (v. a. in hohen Lockerungsstufen und im ambulanten Bereich). Wenn eine Sexualstraftat situationsmotiviert begangen wurde, ist von einem geringeren zukünftigen Risiko auszugehen, was einen geringeren Behandlungsaufwand zur Folge hat. Die Intensität der Therapiemaßnahmen muss bei präferenzmotivierten Täter*innen zunehmen, persönlichkeitsmotivierte Sexualstraftäter*innen brauchen die intensivste Behandlung (Steffes-enn, 2008). In Einzelfällen kann auch eine medikamentöse Therapie (SSRIs, antiandrogene Medikation) zum Einsatz kommen.

10.4.4.3. Therapie

Zur Behandlung von Sexualstraftäter*innen sind zwei Psycholog*innen unserer Klinik in der Anwendung des Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT®; Steffes-enn, 2008) ausgebildet. Das ASAT® zeichnet sich durch eine breite Indikation aus und ist für alle Risikogruppen geeignet. Das Programm ist sowohl im Einzel-, als auch im Gruppensetting, stationär und ambulant, anwendbar. Das ASAT® ist ein Lern- und Trainingsprogramm zur Reduktion dynamisch-kriminogener Risikofaktoren und dem Aufbau dynamischer Schutzfaktoren. Patient*innen sollen durch das Training zum rückfallvermeidendem Self-Risk-Management befähigt werden. Die Theoretischen/Methodischen Grundlagen bilden die Bindungsbasierte Therapie, Methoden der Systemischen Therapie, der Gestalttherapie, des Psychodramas, der rational-emotiven Therapie und der Tathergangsbetrachtung und deliktorientierten (Sexual-)Anamnese. Zudem richtet das Programm sich nach dem Good Lives Model (GLM; Ward et al., 2007) aus. Das ASAT® besteht aus 22 Modulen für den vollstationären Bereich bzw. aus 17 Modulen für den teilstationären/ambulanten Bereich. Es werden Clearingphase, Motivationsphase, Analysephase, Selbstwirksamkeitsphase und Nachsorgephase unterschieden. Aufgrund der geringen Anzahl und der Heterogenität der untergebrachten

Sexualstraftäter*innen in unserer Klinik wird das ASAT® zur Zeit ausschließlich im Einzelsetting angeboten.

10.4.5. Sonstige stationsübergreifende Gruppen

10.4.5.1. Reasoning & Rehabilitation (R & R)

Das Reasoning & Rehabilitation Programm (R&R; Ross & Fabiano, 1986; deutsche Adaption durch das Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V. [IFPH], 2004) ist ein evidenzbasiertes, manualisiertes, kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm für Straftäter. Es wird in den NICE-Guidelines für antisoziale Persönlichkeitsstörungen (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) als „best practice“ empfohlen.

Das R&R-Training ist als allgemeine Kriminaltherapie konzipiert. Ziel des Trainings ist es, impulsives, egozentrisches, unlogisches und rigides Denken zu verändern und den Patient*innen beizubringen innezuhalten und nachzudenken, bevor sie handeln. Dabei sollen Konsequenzen des eigenen Verhaltens bedacht, alternative Verhaltensmöglichkeiten bei zwischenmenschlichen Problemen entwickelt und die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere berücksichtigt werden (IFPH, 2004). Es werden Fertigkeiten vermittelt, die für eine prosoziale Anpassung erforderlich sind. Mittels unterschiedlicher Methoden wie Gruppendiskussionen, Rollenspielen oder Logikrätseln steht das praktische Üben und nicht die Vermittlung von theoretischem Material im Mittelpunkt.

Das R&R-Training wird stationsübergreifend ein- bis zweimal wöchentlich für zwei Stunden als geschlossene Gruppe durchgeführt. Die Gruppe wird von ausgebildeten, zertifizierten R&R-Trainern geleitet. Die Gruppengröße umfasst ca. zehn Teilnehmende. Das Standard-R&R-Programm hat einen Gesamtumfang von 35 Sitzungen in neun Modulen:

- Problemlösen
- Soziale Fertigkeiten
- Verhandlungsfertigkeiten
- Umgang mit Emotionen
- Kreatives Denken
- Werte
- Kritisches Urteilen
- Fertigkeiten im Überblick
- Kognitive Übungen

Seit Januar 2024 nutzen wir auch die Kurzfassung R&R 2. Diese zielt stärker auf Selbstbeherrschung, die Verringerung von Egozentrizität und strukturiertes Denken, Fühlen und Handeln ab, als die Standardversion. Die 14 Sitzungen adressieren strukturiertes Denken, das Kontrollieren von Gedanken und Gefühlen, das Erkennen eigener Gedanken und Gefühle, Empathie, Problemlösen, Moralische Empfindungen und Werte, Verhandeln und das Einschlagen neuer Wege.

Neben der manualgetreuen Durchführung ist eine kontinuierliche Evaluation wichtig. Am Ende jeder Sitzung wird überprüft, ob der vermittelte Inhalt von den Teilnehmern verstanden wurde und nach Verbesserungsvorschlägen für die Sitzungen gefragt. Außerdem evaluieren die Trainer*innen nach jeder Stunde sowohl den Ablauf der Sitzung als auch das Verhalten der einzelnen Teilnehmer*innen (Mitarbeit, Verstehen, Anwenden der Fertigkeiten etc.) mittels entsprechender Bögen, die dem Manual beigefügt sind. Alle Evaluationen werden dokumentiert.

10.4.5.2. Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT)

Um Rückfälligkeit sowohl in Substanzkonsum als auch in Delinquenz zu verhindern bzw. zu reduzieren, ist es erforderlich, Schutzfaktoren aufzubauen. Zu diesen Schutzfaktoren gehören soziale Kompetenzen. Um diese zu vermitteln, bieten wir das Soziale und Emotionale Kompetenztraining (SEKT; Friedenstab, 2013) an, welches 15 Module mit insgesamt 34 manualisierten Sitzungen umfasst.

Das SEKT wird von ein bis zwei Sozialarbeiter*innen geleitet und als geschlossene, stationsübergreifende Gruppe angeboten. Es findet ein- bis zweimal wöchentlich à 90 Minuten statt. Die Gruppengröße beträgt ca. 10 Teilnehmer.

Das Training ist für psychisch kranke Straftäter*innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen konzipiert. Wir bieten es jedoch auch für Personen ohne eine solche Diagnose an. Der Fokus liegt darauf, unsicheres und aggressives Verhalten abzubauen und selbstsicheres Verhalten aufzubauen. Um dies zu erreichen, werden drei Themengebiete behandelt: Beziehungen auf Augenhöhe (z. B. problematische Situationen in der Partnerschaft), eigene Bedürfnisse/Wünsche an andere heranzutragen, die auch ablehnen können (z. B. Situationen mit Vorgesetzten), und Recht durchzusetzen (z. B. bei einer Reklamation). Hierfür werden Selbstsicherheit, der Umgang mit Gefühlen und Problemlösefertigkeiten adressiert. Speziell für Patient*innen mit Substanzkonsumproblematik wird außerdem der Problemtyp „Versuchungen widerstehen“ behandelt.

Die 15 Module sind:

- Einführung
- Körper- und Sinneswahrnehmung
- Progressive Muskelentspannung
- Gefühle wahrnehmen
- Umgang mit Gefühlen
- Umgang mit Stärken und Schwächen
- Selbstsicheres Verhalten
- Problemlösetraining
- Loben und Lob annehmen
- Konstruktiv Kritik üben

- Erfolgreich verhandeln
- Gewalt verhindern
- Selbstkontrolltraining
- Geschlechterrollen und Partnerschaft
- Abschlussrunde

10.4.6. Spezielle Therapiekonzepte einzelner Stationen

Manche Stationen folgen einem stationsspezifischen Behandlungskonzept, um spezifischen Behandlungsschwerpunkten gerecht zu werden.

10.4.6.1. Dialektisch-Behaviorale Therapie Forensik (DBT-F)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren in den USA von Marsha M. Linehan als Psychotherapieform zur Behandlung von Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Sie basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie, integriert aber auch andere Elemente, z. B. eine dialektische Grundhaltung sowie Meditationstechniken. DBT wird in ambulanten und stationären Settings angeboten und umfasst Einzel- und Gruppenelemente. Es handelt sich um die am besten evaluierte Therapieform für BPS, deren Wirksamkeit in verschiedenen systematischen Reviews nachgewiesen wurde (Storebø et al., 2020).

Die Modifikation der DBT zur Anwendung in der Forensik (DBT-F) wurde in den USA in enger Kooperation mit Marsha M. Linehan zur intramuralen forensischen Behandlung von Patient*innen mit einer BPS und/oder antisozialen Persönlichkeitsstörung (APS) entwickelt (für einen Überblick siehe Oermann et al., 2008). Die DBT-F ist insbesondere für Menschen geeignet, die impulsives und/oder emotional-instabiles Verhalten zeigen.

DBT-F wird in der KFP in einer Wohngruppe (10 Patienten) eingesetzt. Es handelt sich um ein Gesamtstationskonzept mit enger Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen.

Wie auch bei der Standard-DBT besteht der erste Schritt der Therapie darin, Patient*innen Kontrolle über ihre schwerwiegenden problematischen Verhaltensmuster zu vermitteln. Dabei wird folgende Hierarchie der Therapieziele aufgestellt:

1. Verhaltensweisen, die das eigene Leben oder das Leben anderer bedrohen
2. Verhaltensweisen, die die Therapie schädigen
3. Verhaltensweisen, die die Lebensqualität beeinträchtigen

In den Einzelgesprächen stehen zunächst das Kennenlernen, das Erkennen und der Umgang mit Anspannung mittels spezieller Fertigkeiten (Skills) und die Emotionsregulation im Mittelpunkt. Wichtige DBT-Elemente sind außerdem das Wochenprotokoll (Diary Card) und Verhaltensanalysen. Ziel ist zunächst die Stabilisierung der Therapieziele der ersten beiden Hierarchiestufen. Erst danach erfolgt eine eingehendere Auseinandersetzung mit anderen Themen wie die Behandlung der Substanzkonsumstörung oder die Auseinandersetzung mit dem Delikt.

Das DBT-spezifische Gruppenprogramm umfasst die Skillsgruppe (Module: Stresstoleranz, Emotionsregulation, Interpersonelle Fertigkeiten, Problemlösen), die Achtsamkeitsgruppe, die Basisgruppe und die Bezugsgruppe. Es wird ergänzt durch ergo- und sporttherapeutische Angebote.

Die therapeutischen Elemente umfassen u.a.

- Einzeltherapie (1x/Woche - DBT-Bezugstherapeut*in)
- Bezugspflegegespräch (1x/Woche - Pflege)
- Skillsgruppe (1x/Woche – DBT-Therapeut*innen)
- Achtsamkeitsgruppe (1x/Woche - Pflege)
- Basisgruppe (1x/Woche – DBT-Therapeut*innen + Pflege)
- Bezugsgruppe (1x/Woche - ohne Mitarbeitende)
- Morgenrunde (täglich - Pflege)

Wir streben die Zertifizierung der Station als DBT-Behandlungseinheit an. Zu diesem Zweck durchlaufen Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen die Ausbildung zu DBT-Therapeut*innen. Auch wird derzeit ein ausführliches Konzept für die DBT-Station erarbeitet, das die Grundlage für die Zertifizierung darstellen soll.

10.4.6.2. Life Minus Violence – Enhanced (LMV-E)

Life Minus Violence – Enhanced (LMV-E) ist ein kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm für Personen, die Gewaltstraftaten begangen haben oder ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten zeigen. Der von Jane Ireland in den 2000er Jahren in Großbritannien entwickelte strukturierte Behandlungsansatz zur Gewaltreduzierung bringt evidenzbasierte therapeutische Techniken zum Einsatz (Ireland, 2009). LMV-E berücksichtigt die komplexen Bedürfnisse von Menschen, die zu Aggressionen neigen und integriert unterschiedliche Methoden, darunter Gruppendiskussionen, kognitive Umstrukturierung zur Bewältigung verzerrter Denkmuster, Empathietraining zur Förderung des Verständnisses für die Sichtweise der Opfer, Rollenspiele zur Einübung adaptiver sozialer Verhaltensweisen und kognitives Üben zur Stärkung positiver Entscheidungen. Es handelt sich um ein intensives Gruppenprogramm, das durch Einzelsitzungen zur Vertiefung bestimmter Themen ergänzt wird.

LMV-E wurde von Mitarbeitenden der KFP ins Deutsche übersetzt und erstmalig 2025 in einer Wohngruppe angeboten. Der erste Durchlauf ist inzwischen abgeschlossen, die Implementierung wird wissenschaftlich begleitet. Abhängig von den Ergebnissen werden entsprechende Adaptionen vorgenommen werden. Möglicherweise wird das Programm in Zukunft stationsübergreifend angeboten.

10.4.6.3. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen

Aktuellen Leitlinien zufolge soll für Menschen, die unter einer Schizophrenie leiden, im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans eine strukturierte Psychoedukation geboten werden. Diese sollte sich über mehrere Sitzungen erstrecken und möglichst im Gruppensetting erfolgen. Die

Einbeziehung von Angehörigen bzw. anderen nahestehenden Vertrauenspersonen soll dabei entsprechend der individuellen Situation berücksichtigt werden (S3-Leitlinie Schizophrenie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2026). Übergeordnetes Ziel ist die Gesundheitsförderung, die Stärkung der Ressourcen und die Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008). Es soll ein funktionales Krankheitskonzept aufgebaut und Patient*innen zu einer kompetenten Mitentscheidung hinsichtlich der Behandlungsoptionen befähigt werden. Sie sollen emotional entlastet und die langfristige Behandlungsbereitschaft gefördert werden. Psychoedukation ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Rechts von Patient*innen auf Information und Selbstbestimmung.

In der KFP orientieren wir uns in der Durchführung der Psychoedukation an dem Arbeitsbuch von Bäuml & Pitschel-Walz (2008). Zu den zentralen Inhalten der Psychoedukation gehören grundlegende Informationen zu den Begriffen Psychose und Schizophrenie, zu Erscheinungsformen und Symptomatik psychotischer Erkrankungen sowie zu epidemiologischen und soziodemografischen Aspekten. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die konkrete Symptomatik der Schizophrenie, mögliche Verlaufsformen und Entstehungsbedingungen sowie aktuelle biopsychosoziale Erklärungsmodelle, insbesondere das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Darüber hinaus werden diagnostische Grundlagen und Möglichkeiten der Rückfall- und Rezidivprophylaxe erläutert. Ein weiterer Bestandteil ist die Auseinandersetzung mit somatischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen.

Neben der Vermittlung von Krankheits- und Behandlungswissen steht die Entwicklung eines konkreten Handlungswissens im Vordergrund. Hierzu gehören insbesondere der Umgang mit individuellen Frühwarnzeichen, die Erstellung eines persönlichen Krisenplans, die Vermittlung psychohygienischer Prinzipien und die Entwicklung geeigneter Copingstrategien. Auch der Aufbau und die Nutzung eines tragfähigen sozialen Netzwerks werden thematisiert. Einen weiteren Schwerpunkt bilden emotionale Themen im Umgang mit der Erkrankung, beispielsweise Scham- und Versagensgefühle, Wut und Ärger, Hilflosigkeit sowie mögliche Belastungen durch die Erkrankung und deren Folgen. Ergänzend werden Möglichkeiten der Selbsthilfe und der Stellenwert komplementärer Therapieangebote besprochen. Abhängig von der Zusammensetzung und den individuellen Bedürfnissen der Gruppe können zudem Inhalte zu Abhängigkeitserkrankungen und Doppeldiagnosen aufgegriffen werden, insbesondere der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und psychotischen Symptomen sowie entsprechende Behandlungsoptionen.

Die Psychoedukationsgruppe umfasst acht Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten. Nach 45 Minuten ist eine 15-minütige Pause vorgesehen. Die Sitzungen finden einmal wöchentlich statt. Aufgrund der aufeinander aufbauenden Module sowie zur Förderung eines vertrauten und offenen Austauschs wird die Psychoedukation als geschlossene Gruppe

durchgeführt. Die Gruppe wird mindestens zweimal jährlich angeboten, könnte jedoch bei entsprechendem Bedarf auch häufiger angeboten werden.

Die Psychoedukationsgruppe wird bewusst stationsübergreifend durchgeführt. Sie richtet sich an Patient*innen mit einer schizophrenen oder anderen psychotischen Erkrankung, inkl. substanzinduzierten Psychosen, unabhängig davon, auf welcher Station sie behandelt werden. Voraussetzung für die Teilnahme sind eine entsprechende Indikation sowie das Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme. Die Inhalte und der Umfang der einzelnen Sitzungen werden an die Zusammensetzung, das Vorwissen und die aktuellen Bedürfnisse der teilnehmenden Patient*innen angepasst.

10.4.6.4. Safewards

Safewards ist eine komplexe Intervention mit dem Ziel Konflikten und Gewalt auf (psychiatrischen) Stationen präventiv zu begegnen. Safewards wurde seit Ende 2022 auf der Station 7 schrittweise implementiert. Hierzu wurden zwei Mitarbeitende des Pflegeteams als Safewards-Trainer ausgebildet und es fanden mehrere Schulungen der Pflegekräfte der Station statt.

Das Safewards-Modell beschreibt sechs Ursprungsfaktoren als Ursachen für Konflikte und deren Eindämmung, nämlich die Patientengruppe, Patienteneigenschaften, regulatorische Rahmenbedingungen, das Stationsteam, die räumliche Umgebung und externe Faktoren (Löhr et al., 2019). Daraus folgt, dass die Modifikation verschiedener, außerhalb der Patient*innen gelegener Faktoren Krisen und Vorkommnissen vorbeugen kann, z. B. die Haltung einzelner Mitarbeiter*innen oder die Gestaltung der Station und Stationsregeln. Aufbauend auf diesen Überlegungen zur Entstehung von Konflikten beinhaltet das Safewards-Modell zehn Interventionen, mit denen möglichen Ursprungsfaktoren von Gewalt und Aggression auf Station begegnet werden kann:

1. *Gegenseitige Erwartungen klären* - Die impliziten und expliziten Stationsregeln werden reflektiert und im Stationsteam diskutiert und Erwartungen an die Patient*innen abgeleitet. Dann werden die Patient*innen involviert und können ihre Erwartungen an das Personal einzubringen.
2. *Verständnisvolle Kommunikation* - Eine respektvolle und höfliche Grundhaltung wird als Basis jedweder Kommunikation der Mitarbeitenden mit den Patient*innen bewusst etabliert.
3. *Positive Kommunikation* - In der Kommunikation über Patient*innen wird der Blick bewusst und systematisch auf positive Veränderungen und Eigenschaften gelegt, z. B. in Übergaben oder Fallbesprechungen.
4. *Deeskalierende Gesprächsführung* - Safewards liefert den Mitarbeitenden einen Leitfaden zu deeskalierender Gesprächsführung.
5. *Unterstützende Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten* –Das Team ist sich bewusst, wenn Patient*innen potenziell unerfreuliche Nachrichten erhalten, kommuniziert diese schonend und bietet Unterstützung an.
6. *Gegenseitiges Kennenlernen* – Die Mitarbeitenden der Station stellen Information über

sich selbst zur Verfügung (z. B. Lieblingsfilm, Hobbies), z. B. über Plakate. Diese können als Anknüpfungspunkte für den therapeutischen Beziehungsaufbau dienen.

7. *Gemeinsame Unterstützungskonferenz* – Es werden regelmäßige, nach einem bestimmten, strukturierten Schema ablaufende Gruppengespräches unter Beteiligung der Mitarbeitenden und Patient*innen etabliert, um bei Bedarf Patient*innen Unterstützung in (tages)aktuellen Angelegenheit zu bieten.
8. *Methoden der Beruhigung* – Alle Patient*innen haben individuelle Angebote zur Stressregulation.
9. *Sicherheit bieten* – Es werden konkrete Pläne zur Begleitung einzelner Patient*innen in krisenhaften Situationen erarbeitet.
10. *Entlassungsnachrichten* – Hoffnungsvolle Botschaften von Patient*innen zu deren stattgehabten Genesungsprozess werden am Ende der Behandlung gesammelt und sichtbar für Patient*innen und Mitarbeitende auf der Station präsentiert.

Die Einführung des Modells wurde wissenschaftlich evaluiert, die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet. Ein systematischer Review der Doktorandin hierzu wurde bereits veröffentlicht (Trapp et al., 2026), dieser zeigte überwiegend positive Effekte von Safewards auf Vorkommnisse, Zwangsmaßnahmen und die Stationsatmosphäre.

10.4.6.5. Jugendstation

Auf der Jugendtherapiestation werden Patient*innen mit unterschiedlichsten Störungsbildern und Unterbringungsgrundlagen behandelt. In der Regel sind die Jugendlichen zwischen 14 und 21 Jahre alt, aber auch junge Erwachsene bis 25 Jahren können aufgenommen werden.

Im Rahmen der Selbstbestimmungstheorie soll auf der Jugendstation die intrinsische Motivation durch die Erfüllung der psychologischen Grundbedürfnisse von Kompetenz, Autonomie und sozialer Akzeptanz gefördert werden. Dabei haben sich negatives Feedback und Bestrafung als ungünstige und positives Feedback mit Wahlmöglichkeiten als günstige Entwicklungsfaktoren gezeigt. Somit sollen in einem offenen Wohngruppenklima die psychologischen Grundbedürfnisse der Patient*innen und die Entwicklung der Jugendlichen bspw. in den Bereichen Autonomie, emotionale, moralische und soziale Nachreifung sowie Selbststeuerung gefördert werden. Die pflegerische Arbeit ist interaktions- und beziehungsorientiert gestaltet mit einem Bezugspflegesystem, welche thematisch in Abgleich mit der allgemeinen Therapieausrichtung und Pflegeplanung die Alltagsgestaltung und –strukturierung der Patient*innen anspricht. Therapeutisch gemeinsam erarbeitete Ziele sollen in den Stationsalltag übertragen werden, wobei den Pflegemitarbeiter*innen als Modellen eine wichtige Vorbildfunktion zukommt. Bei der Tagesstrukturierung wie dem Einhalten von Terminen und Therapien, dem Erledigen von Reinigungsdiensten oder anderen Stationsaufgaben unterstützen die Mitarbeiter*innen ebenso wie bei der Selbstverpflegung der Patient*innen.

Durch die heterogene Zusammensetzung der Patient*innengruppe, müssen Inhalte aus verschiedenen Therapieangeboten und Bereichen an das kognitive Niveau und die

Störungsbilder angepasst werden. Dazu gehören regelmäßige Wiederholungen der Inhalte, Anschaulichkeit, Abwechslung sowie eine enge Verzahnung der verschiedenen Angebote. Neben der Psychotherapie herrscht eine erzieherische und sozialtherapeutische Ausrichtung vor, bei der der Soziomilieutherapie eine besonders wichtige Rolle zukommt. Durch das therapeutische Milieu soll ein positives Lernen am Modell ermöglicht werden und Therapieziele wie Tagesstrukturierung, prosoziale Umgangsformen, Ordnung, Selbständigkeit, Anregung einer sinnvollen Beschäftigung, etc. gestärkt werden. Die Patient*innen werden in ihrer schulischen Entwicklung gefördert, das Erreichen eines Schulabschlusses während des Aufenthaltes wird sehr unterstützt. Auch die Eingliederung in eine Ausbildung oder einen Beruf im Rahmen der Entlassung werden stark gefördert.

Neben der generellen Förderung der Entwicklung der Jugendlichen soll im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie eine störungsspezifische Behandlung nach Möglichkeit unter Einbeziehung nahestehender Angehöriger sowie die Bearbeitung der Straftat erfolgen. Dabei werden die Gruppen fortlaufend geführt, so dass neue Patient*innen umgehend in diese integriert werden können. Es werden folgende Gruppentherapien angeboten:

- Basisgruppe mit verschiedenen Bausteinen aus z. B. dem Gruppentraining Sozialer Kompetenzen GKS von Hinsch & Pfingsten (2025) sowie dem angepassten Programm für Jugendliche (*GSK-KJ*; Jürgens & Lübben, 2025) sowie Raum für freie (Alltags-) Themen der Patient*innen
- Reflexionsgruppe mit strukturierter Wochenreflexion und individueller Zielklärung für die Woche

In der Regel, je nach Indikation, finden wöchentlich psychologische Einzelgespräche sowie Bezugspflegegespräche mit variablen Inhalten statt.

Es werden täglich mehrere Beschäftigungsangebote für die Patient*innen gemacht, dabei wird regelmäßig auch zu neuen Beschäftigungsmöglichkeiten angeregt. Durch die Hilfestellung und Begleitung sowie die positiven Rückmeldungen sollen die Patient*innen motiviert werden, sich auch selbständig mit neuen Aktivitäten auseinanderzusetzen. Auch kleine Projekte wie gemeinsame Gartenarbeiten auf dem Jugendhof, Bastelarbeiten oder die Dekoration der Station werden regelmäßig durchgeführt. Ebenso sollen die Patient*innen zu sportlichen Aktivitäten abseits der Teilnahme an den Sporttherapien motiviert werden. Bei schulischen Aufgaben kann eine Unterstützung bei der Bewältigung von Hausaufgaben oder Klausurvorbereitungen erfolgen. Auch bei der Planung von sinnvollen Aktivitäten im Rahmen der Lockerungen unterstützt die Pflege. Ebenso erfolgt die Ausbildung von Alltagskompetenzen im Rahmen entsprechender pflegegeleiteter Interventionen.

10.4.5.3. Relapse Prevention/ Rückfallprävention

Relapse Prevention als übergeordneter Behandlungsbaustein meint präventive Strategien um Rückfälle in delinquentes Verhalten und/oder Substanzkonsum zu verhindern bzw. auf diese vorbereitet zu sein und damit adäquat umgehen zu können.

Das Ziel der Behandlung ist es nach der Entlassung ein Leben mit möglichst vielen Freiheitsgraden zu führen und dabei einen hohen Schutz vor Rückfälligkeit zu etablieren. Diese beiden Ziele müssen getreu dem RNR-Prinzip geplant werden. So sind bei Personen mit Substanzkonsumstörungen und Eigentumsdelikten deutlich mehr Freiheitsgrade als bei Sexualstraftäter*innen mit wiederholten Rückfällen und Paraphilie möglich.

Essenziell bei der Rückfallprävention ist generell, dass der*die Patient*in in die Lage versetzt wird, sich einschleifendes Risikoverhalten zu erkennen, motiviert ist, dagegen einzuwirken und sich (auch ohne juristischen Druck) bei Bedarf Hilfe sucht, um strafrechtliches Verhalten zu verhindern (Graf, 2022).

Die Rückfallprävention als zentrale Aufgabe des Maßregelvollzugs bedient sich unterschiedlicher Methoden. Grundlage hierfür sind wiederum Fallverständnis, Fallkonzeption, Risikokonzeptualisierung und Behandlungsplanung. Nachdem verstanden wurde, warum der*die Patient*in die Straftaten begangen hat und welche Einflussfaktoren durch die Behandlung in unserer Klinik überhaupt veränderbar sind, wird geplant welche Möglichkeiten es gibt, diese zu beeinflussen. Dies kann von Beschulung, über die Vermittlung und Einübung sozialer Kompetenzen, bis zu intensiver Psychotherapie reichen.

Allen gemeinsam ist die Entwicklung eines Plans, um nach der Entlassung die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle bzw. das Ausmaß dieser zu verringern. Je nach psychischer Erkrankung und den vorhandenen Kompetenzen sind Eigeninitiative und Eigenverantwortung (z. B. bei Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankung und Verstöße gegen das BtMG) und/oder das extramurale Hilfe- und Kontrollsystem (z. B. bei einem Sexualstraftäter mit geringem IQ) stärker von Bedeutung.

Die Methoden der Rückfallprävention sind vielfältig: Informationsvermittlung, Psychoedukation, Straftatanalyse, Ressourcenaktivierung, Vermittlung sozialer Kompetenzen, Medikation, sozialtherapeutische Interventionen, Psychotherapie, Problemlöse-Trainings, das Erlernen von Skills zur Emotionsregulation, u.v.m.

Wenn die eigenen Kompetenzen des Patienten bzw. der Patientin bei der Rückfallprävention im Vordergrund stehen, ist die Wiederholung der erarbeiteten Strategien v. a. zu Behandlungsende und nach der Entlassung (durch die Institutsambulanz) von zentraler Bedeutung. Ebenso wichtig ist es die Motivation fortwährend zu prüfen und immer wieder Motivationsarbeit zu leisten. Grundlage hierfür ist wiederum ein Vertrauensverhältnis zum Behandlungsteam bzw. zu den Fallkoordinator*innen der Ambulanz.

10.5. Medizinische Versorgung

Die medizinische Behandlung in der Klinik für Forensische Psychiatrie der Universitätsmedizin Rostock orientiert sich an den generellen Grundlagen einer medizinischen Behandlung, insbesondere auch an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin. Voraussetzungen für die

Behandlung sind eine Diagnose mit Behandlungsnotwendigkeit sowie die Einwilligung des*r Patienten*in (bzw. eine andere geeignete rechtliche Grundlage).

Bei Vorliegen einer Behandlungsnotwendigkeit erfolgt die Aufklärung über das Krankheitsbild und die möglichen Behandlungsoptionen einschließlich der Risiken der Behandlung sowie der Gefahren, die bei einer Nichtbehandlung zu erwarten sind. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der geplanten Behandlung (z. B. operativer Eingriff, medikamentöse Behandlung) sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie. Es ist auf Alternativen hinzuweisen, insbesondere auch, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Zielstellung der Aufklärung ist es dem*r Patienten*in zu ermöglichen, autonom eine für sich passende Entscheidung zu treffen („informed consent“). Hierbei sollen die Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen der Patient*innen im Entscheidungsprozess Berücksichtigung finden. Bei Patient*innen, die einwilligungsfähig sind, ist deren Entscheidung zu akzeptieren, auch wenn dies nicht den Vorstellungen der Behandler*innen entspricht oder wenn die Entscheidung zu potenziell negativen Konsequenzen führen könnte.

Bei Patient*innen, die unter gesetzlicher Betreuung für den Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge stehen, ist der Einbezug des*r Betreuers*in erforderlich. Sollte aufgrund einer schweren psychischen Störung oder Intelligenzminderung die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben sein und noch kein Betreuer zur Verfügung stehen, sollte eine Betreuung angeregt werden.

Eine medizinische Behandlung gegen den natürlichen Willen des*r Patienten*in (ärztliche Zwangsmaßnahme) erfordert eine vorherige Zustimmung des Betreuungsgerichts und wird im Kapitel 13 näher erläutert.

10.5.1. Somatische Versorgung

Wie in zahlreichen internationalen Abkommen festgelegt, steht Gefangenen (und auch den bei uns untergebrachten Patient*innen) dieselbe medizinische Versorgung („Equivalence of care“, Äquivalenzprinzip) zu wie der Allgemeinbevölkerung. Diesen Grundsatz unterstützen wir selbstverständlich. Allerdings ruht die gesetzliche Krankenversicherung während einer Inhaftierung bzw. Unterbringung im Maßregelvollzug und die Gesundheitsfürsorge liegt in der Verantwortung der Institution. Hierdurch ist u. a. die freie Arztwahl nicht gewährleistet. Wie auch bei Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Behandlungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Bei Zahnersatz besteht ein Anspruch auf Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V. Für Hilfsmittel besteht ein Anspruch auf Versorgung mit medizinisch notwendigen und geeigneten Produkten.

Wir bemühen uns um eine bestmögliche medizinische Versorgung; hierzu haben wir z. B. 2020 eine allgemeinmedizinische Stelle geschaffen, der*die Stelleninhaber*in ist für alle Aspekte der Diagnose und Therapie körperlicher Erkrankungen (ggf. in Zusammenarbeit mit anderen Fachärzt*innen) sowie präventive medizinische Maßnahmen verantwortlich und bietet Sprechstunden in der Klinik an.

Bei Aufnahme erfolgt bei allen Patient*innen zeitnah eine allgemeinärztliche Untersuchung.

Die Behandlung vorbestehender somatischer Erkrankungen während der Zeit der Unterbringung wird im Rahmen des individuellen Behandlungsplans abgebildet. Bei vorbestehenden somatischen Erkrankungen werden mit Einverständnis des*r Patienten*in Behandlungsberichte von Vorbehandlungen angefordert, um auf die Vorerfahrungen zur Ansprechbarkeit auf die bisherige Behandlung aufbauen zu können.

Bei einer Notwendigkeit einer fachärztlichen Behandlung außerhalb von Allgemeinmedizin und Psychiatrie stehen unsere Patient*innen die Leistungen der UMR zur Verfügung. Dies erfolgt in der Regel im Rahmen einer diagnostischen Abklärung und Behandlungsempfehlung. Kann eine Erkrankung nicht ambulant abgeklärt und/oder behandelt werden, kann eine stationäre Aufnahme erfolgen. Die erforderliche Sicherung im Rahmen der Maßregel obliegt dabei weiterhin der KFP.

10.5.1.1 Physiotherapie

Auf ärztliche Anordnung hin können für unsere Patient*innen eine Bandbreite von physiotherapeutischen Maßnahmen angewendet werden, z. B. Krankengymnastik, Elektrotherapie, Bewegungsbad, Lymphdrainage sowie Rücken- und Entspannungsgruppen. Diese Interventionen haben präventiven, rehabilitativen sowie posttraumatischen oder postoperativen Charakter. Auch psychosomatische Aspekte finden in den jeweiligen Behandlungen Beachtung.

10.5.2. Psychiatrische Behandlung

Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist grundsätzlich multiprofessionell und mehrdimensional orientiert. Dies bedeutet, dass in allen Therapie- und Versorgungsangeboten biologisch-somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutisch-rehabilitative Aspekte gleichermaßen – wenngleich phasenspezifisch mit unterschiedlichem Akzent – berücksichtigt werden müssen. Alle diese Aspekte sind Teil des individuellen Behandlungsplans. Dieser Abschnitt widmet sich vor allem der psychopharmakologischen Behandlung, andere Aspekte der Behandlung sind in anderen Abschnitten dieses Therapiekonzeptes beschrieben.

Die Psychopharmakotherapie wird im Rahmen des individuellen Behandlungsplans mit psychotherapeutischen Angeboten, Psychoedukation, Soziomilieutherapie, Ergotherapie und

Sporttherapie sowie gegebenenfalls weiteren Angeboten vernetzt. Zur effektiven Gestaltung der Behandlung werden mit Einverständnis des*r Patienten*in die Behandlungsberichte aus Vorbehandlungen angefordert, um auf die Vorerfahrungen zur Ansprechbarkeit auf die medikamentöse Behandlung aufbauen zu können.

Für Patienten mit schwerwiegenden Störungen wie akuten bzw. chronifizierten schizophrenen Erkrankungen, schweren affektiven Störungen, aber auch bei ausgeprägter Symptomatik im Rahmen einer persistierenden Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung kann die Psychopharmakotherapie die zunächst wichtigste Behandlung sein, die erst die Voraussetzungen schafft, dass diese Patient*innen an anderen Behandlungsmaßnahmen effektiv teilnehmen und von ihnen profitieren können. Diesbezüglich werden hier die Interventionen aller Bezugstherapeuten aus den verschiedenen Berufsgruppen auch auf dieses Ziel ausgerichtet.

Die psychopharmakologische Behandlung wird auf die diagnostizierte psychiatrische Störung ausgerichtet und erfolgt bei entsprechender Einwilligung entsprechend den aktuellen S3-Leitlinien zur jeweiligen Erkrankung bzw. anderen Reviews der Evidenz, auch international. Generell gilt, dass die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüft und angepasst wird. Unabdingbar ist eine genaue Diagnosestellung, eine detaillierte Beschreibung des psychischen Befundes sowie eine regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der Medikation sowie eventuell auftretender Nebenwirkungen.

Wir haben innerhalb der Klinik eine Arbeitsgruppe zum evidenzbasierten Verschreiben, der alle Ärzt*innen angehören. Ziel ist es, regelmäßig die Evidenz zu überprüfen, gemeinsam neu erschienene Leitlinien und andere Publikationen zu diskutieren und auch schwierige Behandlungsverläufe zu besprechen. Ebenso gibt es einen klinikinternen Leitfaden zur psychopharmakologischen Behandlung.

Aufgrund des Schwerpunktes unserer Klinik für die Behandlung suchtkranker Straftäter*innen im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB soll in den nachfolgenden Unterpunkten noch speziell auf wichtige medizinische Aspekte der Behandlung von Substanzkonsumstörungen eingegangen werden.

10.5.2.1. Entzugsbehandlung

Wenn Patient*innen mit aktuellem Konsum von Alkohol und Drogen aufgenommen werden, beginnt die Behandlung mit einer Entzugsbehandlung. Je nach Substanz und Intensität des Konsums sind unterschiedliche Entzugserscheinungen zu erwarten. Der Entzug wird bei Bedarf medikamentös unterstützt, um Risiken wie Delirien oder Krampfanfälle zu vermeiden und auch das erhebliche individuelle Leiden, das ein Entzug mit sich bringen kann, zu lindern. Auch bei der Entgiftung gilt, dass die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüft wird und die Medikation sich am individuellen Symptomverlauf orientieren muss.

Bei Alkoholentzug führen wir eine symptomgesteuerte Entzugsbehandlung durch. Diese führt im Vergleich zu einem festen Dosierschema zu einem signifikant niedrigeren Medikationsverbrauch sowie einer kürzeren Behandlungsdauer ohne Zunahme der Entzugsschwere oder von Entzugskomplikationen wie Anfall oder Delir. Für ein reliables Assessment empfiehlt sich die Orientierung an evaluierten Beurteilungsinstrumenten eines Alkoholentzugs, wie z. B. der Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES) (S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2020).

Die Alkohol-Entzugssyndrom-Skala (AES, Wetterling et al., 1997) ist ein Scoring-System, mit dem zwei Teil-Scores, vegetative und psychische Symptomatik, errechnet werden, die zu einem Gesamtwert addiert werden können. Je höher der Gesamtwert, desto ausgeprägter das vorliegende Alkoholentzugssyndrom. Das geschulte Pflegepersonal kann derart nach initialer ärztlicher Anordnung einer score-basierten Medikationsgabe weitgehend selbstständig orientiert am Punktwert den Schweregrad des Entzugssyndroms bewerten und die entsprechend angemessene Medikation verabreichen. Hierbei sind Sicherheitshinweise der einzelnen Medikamente zu beachten, zum Beispiel, dass sowohl Clomethiazol als auch Benzodiazepine in der Regel erst bei einem Wert <1,0 ‰ Atemalkoholkonzentration verabreicht werden sollen.

Verwendete Hauptsubstanzen beim Alkoholentzugssydrom sind Benzodiazepine (Lorazepam, Diazepam) und Clomethiazol. Bei hypertensiven Blutdruckkrisen trotz ausreichender Medikation mit den genannten Basissubstanzen werden Clonidin oder Propranolol eingesetzt. In besonderen Konstellationen, wie z. B. bei Auftreten eines Alkoholentzugsdelirs werden auch hochpotente Antipsychotika (z. B. Haloperidol) eingesetzt. Zudem sollten im Alkoholentzug Thiamin sowie Folsäure substituiert werden.

10.5.2.2. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit

Die Opiatabhängigkeit ist eine schwere chronische bzw. chronisch-rezidivierend verlaufende Abhängigkeitserkrankung. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung. Bei ihrer langfristigen Therapie werden zwei Optionen unterschieden:

- abstinenzorientierte Therapie
- Substitutionsbehandlung

Es gibt zwischen beiden Formen keine eindeutige Differentialindikation. Im klinischen Alltag wird jüngeren Patient*innen eher eine abstinenzorientierte Behandlung angeraten, insbesondere wenn sie erst kurze Zeit abhängig sind und keine weiteren Begleiterkrankungen haben. Bei chronifizierten Verläufen der Opiatabhängigkeit und bei Begleiterkrankungen wird eher eine Substitutionsbehandlung empfohlen. Möglich ist auch eine Kombination der beiden Formen in dem Sinne, dass eine vorübergehende Substitutionstherapie angeboten wird, um dann später die dauerhafte Substanzfreiheit anzustreben. Wir erarbeiten mit allen opiatabhängigen Patient*innen in der Aufnahmephase die für sie beste Behandlungsoption.

Die Substitutionstherapie ist wissenschaftlich gut evaluiert; so haben zahlreiche, methodisch hochwertige Studien eindeutig die Überlegenheit einer Substitutionsbehandlung gegenüber einer abstinenzorientierten Therapie bezüglich der Outcomes erneuter Drogenkonsum, Straffälligkeit, körperliche Erkrankungen und Lebenserwartung gezeigt (z. B. Mattick et al., 2009).

Voraussetzung für die Einleitung oder Fortführung einer substitutionsgestützten Therapie ist das Vorliegen einer, anhand eines anerkannten diagnostischen Klassifikationssystems gestellten Diagnose einer Opiatabhängigkeit. Außerdem empfehlen die einschlägigen Leitlinien die Substitutionstherapie nur als einen Baustein der Therapie zu betrachten, wobei psychosoziale Interventionen immer gleichzeitig angeboten werden sollen.

Zur Substitution stehen verschiedene Substanzen zur Verfügung. Wir verwenden Levomethadon (Polamidon) und Buprenorphin (Subutex, bzw. als Depot Buvidal). Die Dosierung wird dabei so gewählt, dass Entzugssymptome nicht aufkommen und der Suchtdruck in einem für die Patient*innen erträglichen Bereich liegen. Beide Substanzen sind auch bei Langzeitverordnung sehr sicher und kaum mit negativen gesundheitlichen Effekten verbunden, wobei Buprenorphin bei gleichzeitig bestehender Hepatitis und Alkoholkonsum nicht gegeben werden sollte. Bei der Substitutionstherapie berücksichtigen wir die aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer, der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes sowie des Arzneimittelgesetzes. Eine heroingestützte Behandlung bieten wir derzeit nicht an.

Die unterschiedlichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile werden im Aufklärungsgespräch mit den Patient*innen thematisiert sowie schriftlich fixiert. Dabei findet immer auch die Präferenz der Patient*innen Berücksichtigung. Der Behandlungsverlauf wird anhand des klinischen Eindrucks und mittels laborchemischer Bestimmung evaluiert.

Bei der Feststellung eines Konsums weiterer psychotroper Substanzen versuchen wir die Ursache zu eruieren und diese zu beheben. Der mehrfache Konsum nicht verschriebener, psychotroper Substanzen bzw. der unsachgemäße Gebrauch oder die Weitergabe des Substituts können zum Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm führen.

10.6. Sozialtherapie

Wie in allen Krankenhäusern Deutschlands wird auch in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock die soziale Beratung und Betreuung des Patienten durch geeignete Fachkräfte des Kliniksozialdienstes übernommen. Hierfür stehen sieben Sozialarbeiter*innen zur Verfügung, zwei davon in der Ambulanz. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Kliniksozialdienst sind im Krankenhausgesetz für Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V) § 5 festgeschrieben. Hier werden die Aufgaben wie Beratung in sozialen Fragen, Anbieten von Hilfen, Abstimmung mit dem Kostenträger bei Inanspruchnahme von Leistungen, Nachsorge und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen konkretisiert. Weitere rechtliche Grundlagen des Sozialdienstes

bilden das Psych-KG MV sowie das Sozialgesetzbuch (SGB). Der Sozialdienst arbeitet mit den anderen Berufsgruppen interdisziplinär zusammen und ergänzt durch das Einbringen von psychosozialen Aspekten das ganzheitliche Konzept der Klinik. Auch hier ist die Entscheidungsfreiheit der Patient*innen zu beachten bzw. orientiert sich das sozialpädagogische Handeln am individuellen Hilfebedarf, bezieht die Patient*innen im Rehabilitationsprozess mit ein, nutzt die vorhanden Ressourcen und entwickelt Unterstützungsangebote für selbstbestimmte Lösungen.

Durch das Einfließen wissenschaftlicher Erkenntnisse aus den Bereichen Pädagogik, Recht, Psychologie, Soziologie und Sozialmedizin hat der Sozialdienst die Fachkompetenz, Folgen, Ursachen und Zusammenhänge psychischer Erkrankung und Delinquenz zu erkennen und als Schnittstelle zwischen Klinik und außerstationärer Umgebung im psychosozialen Netzwerk als wichtiger Informationsträger zu fungieren.

In unserer Klinik befinden sich Patient*innen mit Substanzkonsum- und/oder psychiatrischen Erfahrungen. Sie unterscheiden sich in ihren Fähig- und Fertigkeiten und in ihren sozialen und familiären Strukturen. Viele der Patient*innen haben jedoch eines gemeinsam: Schwierigkeiten im sozialen Miteinander und eine geringe Teilhabe an der Gesellschaft. Gründe dafür können sein: Defizite an sozialen Kompetenzen, ein geringer Bildungsabschluss, fehlende Berufsausbildung, hohe Schulden, Schwierigkeiten beim Erledigen von Ämter- und Behördenangelegenheiten, und vieles mehr.

In Kapitel 9 wurde bereits auf die sozialtherapeutische Aufnahme und Diagnostik eingegangen. In dieser Phase der Aufnahme werden die nötigen Informationen gesammelt (z. B. Wohnort, Ausbildung, Schulden, usw.), um eine zielführende Arbeitsgrundlage für den weiteren Therapieverlauf zu schaffen. In der Aufnahmephase wird durch den Sozialdienst auch geprüft, inwieweit der finanzielle Lebensunterhalt gesichert ist. Sollte es keine Absicherung z. B. durch Renten oder Kindergeld geben, wird durch den Sozialdienst der sogenannte „Barbetrag“ (ein Taschengeld) und ein Bekleidungszuschuss (gem. §19 PsychKG M-V) beantragt. Des Weiteren erhalten Patient*innen Unterstützung in Meldeangelegenheiten (An- und Ummeldungen).

Die freiheitsentziehende Maßnahme ist für den*die Patienten*in eine schwierige Zeit mit vielen Entbehrungen. Dinge des alltäglichen Lebens, welche für andere Bürger*innen normal erscheinen, sind für unsere Patient*innen nur schwer realisierbar, insbesondere bei geringen Lockerungsstufen. Hier erledigt der Sozialdienst kleinere persönliche, aber auch notwendige Aufgaben, wie zum Beispiel das Bestellen von Kleidung, kleineren Einrichtungsgegenständen, erlaubten technischen Geräten und das Versenden von Paketen, aber auch das Einrichten von Daueraufträgen, Überweisungen, das Anfordern und Abholen von Geldern und Kontoauszügen gehören dazu. Dies soll den Patient*innen auch ermöglichen den Kopf etwas freier für die Therapie zu haben.

Beim Wechsel auf eine Therapiestation findet auch eine sozialarbeiterische Übergabe statt. Der*Die Sozialarbeiter*in der Therapiestation begleitet und unterstützt die Patient*innen dann bis zur Entlassung aus der Klinik. Hierbei ergeben sich eine Vielzahl von Aufgaben, z. B.:

- Umgang mit Ämtern und Behörden: Viele unserer Patient*innen haben Schwierigkeiten im Umgang mit Ämtern und Behörden. Dies kann zum einen an der Komplexität der Aufgabe, zum anderen auch an negativen Vorerfahrungen liegen. Teilweise führt dies zu Vermeidungsverhalten, so werden z. B. Briefe von Behörden erst gar nicht geöffnet. Unser Sozialdienst sensibilisiert die Patient*innen im Umgang mit „unangenehmer Post“ und unterstützt sie dabei.
- Umgang mit Finanzen: Im Rahmen der Therapie lernen die Patient*innen mit den ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Möglichkeiten auszukommen, z. B. durch das das Führen eines Haushaltsbuches, den angemessenen Umgang mit dem Bekleidungsgeldzuschuss und das Planen und Durchführen von Selbstverpflegungseinkäufen.
- Schuldenregulierung: Der Sozialdienst erarbeitet gemeinsam mit den Patient*innen einen Plan zur Schuldenregulierung und verfasst die jeweiligen Schreiben. Des Weiteren besteht eine Kooperation zwischen der Schuldnerberatung der Caritas e. V und dem Sozialdienst, auf welche die Patient*innen zugreifen können, um bei sehr hoher Überschuldung eine Privatinsolvenz vorzubereiten.
- Angehörigenarbeit: Angehörige können für die Patient*innen eine große Stütze und ein wichtiger Motivator, andererseits aber auch eine Quelle von Stress und Sorge sein. Hier ist der Sozialdienst Ansprechpartner bei Fragen, Problemen oder sonstigen Anliegen. Teilweise werden Ausgänge mit Angehörigen und den Patient*innen begleitet oder bei Gesprächen unterstützend mitgewirkt. (Weitere Ausführungen zur Angehörigenarbeit Kapitel 11).

Eine weitere sozialtherapeutische Maßnahme ist die Schulung im Umgang mit Konflikten. Hierzu wird das Soziale und emotionale Kompetenztraining angeboten (siehe Abschnitt 10.4.5.2). Die praktische Anwendung findet im Stationsalltag und in Ausgängen zu Ämtern und Behörden, Praktika- und Ausbildungsfirmen und Einkäufen statt. Diese werden durch den Sozialdienst oder Pflegekräfte begleitet und besprochen. Ein weiteres Forum für Patient*innen Probleme, Sorgen und Schwierigkeiten zu besprechen, sind die wöchentlichen Stationsgruppen, die von den Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen moderiert werden.

Sozialarbeiter*innen sind an der Erstellung der Behandlungspläne sowie Berichten über den Verlauf der Therapie und der erarbeiteten Zielsetzungen (z. B. in Stellungnahmen für die Gerichte) und die Einschätzung und Planung von Lockerungsstufen beteiligt. Daraus ergibt sich auch jeweils die Möglichkeit der Rückmeldung an die Patient*innen.

Die Resozialisierung fängt bereits ab der ersten Woche der Aufnahme an, rückt dann aber im letzten Drittel der Behandlung vermehrt in den Fokus. Wie oben ausgeführt ist die Schuldenregulierung ein wichtiger Aspekte der sozialtherapeutischen Begleitung. Große Schwierigkeiten bereiten den Patient*innen Mietschulden. Hier muss sofort und sehr frühzeitig eine Lösung gefunden werden, denn eines der größten Probleme in der

Entlassungsvorbereitung stellt die Wohnungssuche da. In Zeiten, in denen angemessener und bezahlbarer Wohnraum kaum verfügbar ist, sind Mietschulden bei den meisten Gesellschaften, ein Ausschlusskriterium.

Bei allen Plänen zur Rehabilitation werden die Möglichkeiten und Wünsche des Patient*innen für einen guten Start in die neu gewonnene Freiheit herausgearbeitet. Dabei geht es auch um die Sicherung des Lebensunterhaltes und die Teilhabe an der Gesellschaft und dem Arbeitsleben ohne erneuten Substanzmittelgebrauch oder Straftaten. Es wird, entsprechend der Wünsche, Fähig- und Fertigkeiten der Patient*innen, nach geeigneten Praktikumsstellen gesucht. Dabei geht es zum einen darum eine realistische Perspektive zu entwickeln, aber auch darum, dass die Patient*innen Spaß an der Tätigkeit entwickeln. Oft sind die Praktika das Tor zur Teilhabe an der Arbeitswelt, trotz eines geringen Bildungsabschlusses. Häufig entstehen in diesem Setting auch förderliche und prosoziale Kontakte. Darüber hinaus fördern wir unsere Patient*innen, gemäß §39 PsychKG M-V, einer Ausbildung, Weiterbildung, Umschulung oder Arbeit nachzugehen.

Nicht für alle Patient*innen ist der erste Arbeitsmarkt geeignet für eine nachhaltige Schaffung von Tagesstruktur und Teilhabe an der Gesellschaft. Hier wird dann gemeinsam nach Alternativen gesucht. So besteht z. B. die Möglichkeit, in sozialen Einrichtungen tätig zu werden oder in eine Werkstatt für behinderte Menschen integriert zu werden. Manche Patient*innen benötigen noch weiterführende Hilfen im Rahmen einer Nachsorge. Hierzu arbeiten wir eng mit den jeweiligen Einrichtungen und Kostenträgern zusammen.

Im Rahmen der Resozialisierung müssen viele Ämter- und Behördenangelegenheiten abgeklärt werden, hierzu finden diverse gemeinsame Ausgänge zu den jeweiligen Institutionen (Arbeitsamt, Job-Center, Rentenversicherung, etc.) statt.

Weitere Ausführungen zur Resozialisierung werden in Kapitel 14 gemacht. Ein Ausblick zur zukünftigen Arbeit des Sozialdienstes findet sich in Kapitel 19.

10.7. Ergotherapie

Mit der ergotherapeutischen Behandlung können kognitive, motorische und sozio-emotionale Fertigkeiten und Fähigkeiten entwickelt, verbessert, stabilisiert und kompensiert werden. Die für den jeweiligen Patient*innen relevanten Ziele werden mit diesen gemeinsam erarbeitet, so z. B. das Fördern von Aufmerksamkeit, Konzentration oder Ausdauer, das Stabilisieren des Selbstwerts, das Entwickeln von Problemlösestrategien oder das Kennenlernen eigener Stärken und Schwächen. Hierbei kann zwischen Nah- und Fernzielen unterschieden werden. Alle Ziele sollten als „SMART“-Ziele formuliert werden.

Die Aktivitäten der Ergotherapie teilen sich in Beschäftigungstherapie (BT) und die Arbeitstherapie (AT) auf, meist wechseln die Patient*innen im Verlauf von der BT zur AT, jedoch ist es bei entsprechendem Interesse auch möglich, in der BT zu verbleiben. Für Patient*innen,

die später wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden wollen, ist jedoch die AT die beste Vorbereitung hierfür. Auch eine Kombination beider Bereiche ist möglich. Oft schließt sich vor der Entlassung noch ein externes Praktikum an. Einsatzbereich und Übergang von einem in den anderen Bereich richten sich nach den individuellen Fähigkeiten, Interessen und den Therapiezielen der Patient*innen. Dabei arbeitet die Ergotherapie ganzheitlich und klient*innenzentriert.

Die Einheiten der Ergotherapie umfassen in der Regel je 75 Minuten, werden aber je nach Belastbarkeit individuell angepasst. Zuletzt haben wir auch einzelne längere (doppelte) Einheiten für geeignete Patient*innen angeboten. Die Therapie wird sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting mit bis zu vier Patient*innen.

Zur ergotherapeutischen Beurteilung und zur Dokumentation des Therapieverlaufes werden verschiedene, wissenschaftlich fundierte Instrumente eingesetzt, z. B. das Lübecker Fähigkeitenprofil (Schunert, 2017). Dieses ist ein neueres Instrument, das die standardisierte Beurteilung von Fähigkeiten und Verhaltensweisen in 25 Merkmalen auf einer Skala von 1 („erhebliche Defizite/Probleme“) bis 5 („überdurchschnittliche positive Ausprägung“) beurteilt. Der „Cumming-Kreis“ schließlich ermöglicht eine Einschätzung in den Bereichen Selbstbild, Emotionale Fähigkeiten, Elementare Fähigkeiten, Spezielle Fähigkeiten und Soziale Fähigkeiten. Die Beobachtungen und Beurteilungen der Ergotherapie fließen in die Behandlungspläne und das individuelle Feedback für die Patient*innen ein.

Die Teilnahme an der Ergotherapie wird prämiert. Die Höhe der Prämierung richtet sich nach der Prämierungsordnung, die den Patient*innen zu Beginn ausgehändigt wird. Hier ist ein Punktesystem vorgesehen; in der höchsten Punktekategorie ist eine Prämierung von 3,00 € pro Therapieeinheit erreichbar.

10.7.1. Beschäftigungstherapie

Aktive Betätigung ist ein wesentlicher Bestandteil der Selbstwahrnehmung, Selbsterfahrung und im Entwickeln von Problemlösestrategien. Um den Bezug zum Alltag und zur Realität „draußen“ zu knüpfen, wird sinnvolles realitätsnahes Handeln unterstützt, Eigeninitiative gefördert, Selbstvertrauen gestärkt, Kreativität und Phantasie angeregt. Bei der Beschäftigungstherapie werden Patient*innen motiviert, sich mit verschiedensten Materialien wie Ton, Papier, Stoff, Wolle, Holz und Peddigrohr handwerklich-kreativ auseinanderzusetzen. Hierbei orientieren wir uns an den individuellen Fähig- und Fertigkeiten sowie den Interessen der Patient*innen. Zusätzlich machen diese sich hier mit der Grundstruktur der Ergotherapie vertraut. Im Mittelpunkt stehen die Umsetzung eigener Ideen und die Annahme von Impulsen der Therapeut*innen. Dabei dient die Beschäftigungstherapie nicht nur der Ablenkung von Krankheiten und Störungen, sondern fördert prosoziales Verhalten und kann den Fokus zunehmend auf Aktivitäten lenken, die die Patient*innen ganzheitlich erreichen (sowohl motorisch-funktionell, geistig-intellektuell als auch psychisch-emotional).

10.7.2. Arbeitstherapie

Für die meisten Patient*innen stellt, nach etwa 3 Monaten, die Eingliederung in die Arbeitstherapie den nächsten Schritt dar. Hier wird auf die erreichten Ziele der Beschäftigungstherapie aufgebaut und Arbeit dient als therapeutisches Mittel. In der Arbeitstherapie sind die Patient*innen auf dem Weg zum*r Arbeitnehmer*in.

Durch feste Arbeitszeiten und geregelte Abläufe soll den Patient*innen eine Tagesstruktur und eine realistische Zeiterfahrung vermittelt werden. Sie werden durch die Übernahme von Verantwortung in ihrem Selbstvertrauen und ihrer Identität gestärkt. Das Arbeiten in der Gruppe ermöglicht es, sich selbst im Zusammenhang mit der Gesellschaft zu erleben. Hierbei werden soziale Kompetenzen gefordert und gefördert. Auch ist die Arbeitstherapie ein Kontrast zum stationären Alltag. Durch den klaren, von Aufträgen bestimmten Rahmen, ergibt sich ein weiteres Verhaltens- und Erlebensfeld. Hier können die Patient*innen sich selbst in einer neuen Rolle wahrnehmen und auch in dieser wahrgenommen werden.

Die Arbeitstherapie in unserer Klinik umfasst die Bereiche Fahrradwerkstatt, Holzwerkstatt, Metallwerkstatt und den Hausservice. In den Werkstätten haben Patient*innen sowohl die Möglichkeit, eigene kreative Projekte zu entwickeln, als auch Auftragsarbeiten auszuführen. Dabei sind die Ergebnisse qualitativ an dem ersten Arbeitsmarkt orientiert. Der Bereich Hausservice umfasst Dienstleistungen innerhalb des Hauses (Putzarbeiten, kleinere Reparaturarbeiten) sowie auf dem Klinikgelände in freier Natur (v. a. Gartenarbeit). Trotz der Hinführung an realistischere Arbeitsbedingungen mit Blick auf eine spätere Beschäftigung, liegt der Schwerpunkt bei uns noch klar auf der Therapie. Industrieaufträge mit monotonen Tätigkeiten, die Patient*innen verüben, ohne hier die Vorteile einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu haben, werden nicht angeboten. Ergotherapie findet auch in einer Therapieküche statt, in der die Patient*innen einmal pro Woche auch für Mitarbeiter*innen kochen. Auch Kuchen oder Snacks werden, auch auf Auftrag hin (z. B. für externe Besucher*innen und besondere Veranstaltungen) gebacken.

Neben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie werden, abgestimmt auf den Patient*innen auch alltagsnahe Aktivitäten trainiert. Dies umfasst beispielsweise Nahrungszubereitung und Einkäufe.

Abhängig vom gesundheitlichen Zustand des Patienten kann die ergotherapeutische Behandlung in verschiedenen Umgebungen stattfinden. Hierzu zählen die Gruppentherapie, die Arbeit in Kleingruppen, die Einzeltherapie innerhalb der Räume der Ergotherapie und die Einzeltherapie auf Station. Hierbei wird die Dauer der Therapieeinheit individuell und tagesaktuell angepasst. Auch Patient*innen, die sich derzeit in Separierung (im eigenen Zimmer oder im Krisenraum) befinden soll, wenn irgend möglich, ein ergotherapeutisches Angebot gemacht werden.

10.7.3. Überführung in Praktika

Anschließend an die Arbeitstherapie haben die Patient*innen die Möglichkeit, sich in einem externen Praktikum selbstständig zu erproben. In den Praktika können Fähigkeiten und Fertigkeiten des handwerklichen Bereichs, Arbeitsleistungen und vor allem soziale Kompetenzen in einem offeneren Umfeld angewendet und vertieft werden, um die Patient*innen bestmöglich auf die Entlassung vorzubereiten. Viele nutzen die Praktika als „Sprungbrett“ in den ersten Arbeitsmarkt. Praktika werden gegen den Nachweis der Anwesenheit und Beurteilung nach Vorgaben der Ergotherapie mit bis zu 150€ pro Monat prämiert.

Wird ein Praktikum abgebrochen, z. B. durch Verlust der entsprechenden Lockerungsstufe, kann bei entsprechender Indikation eine weitere Erprobung in der Ergotherapie stattfinden.

10.8. Beschulung

Die Möglichkeiten der Beschulung in der Klinik basieren auf vier Säulen:

- Schulkurs für Erwachsene (Freier Träger: Berufsförderungswerk bfw)
- Beschulung für Patient*innen der Jugendstation (Kooperation mit der Heinrich-Hoffmann-Schule)
- Deutsch-Kurs (Deutsch als Fremdsprache; Freier Träger: Berufsförderungswerk bfw)
- klinikinterne Förderstunden

Sowohl in der Beschulung der Jugendlichen als auch im Schulkurs für Erwachsene besteht die Möglichkeit, sich auf die Nichtschülerprüfung zur Berufsreife mit Leistungsfeststellung (Hauptschulabschluss) als auch auf die Mittlere-Reife-Prüfung vorzubereiten bzw. den Abschluss zu erlangen. Beim Wunsch, die Hochschulreife zu erlangen, suchen wir individuelle Lösungen, z. B. über Online-Formate. Ebenso sind Schulstunden in verschiedenen Fächern zur individuellen Förderung (ohne Zielstellung Schulabschluss) möglich.

Zum Erwerb bzw. der Festigung oder Erweiterung der deutschen Sprachkenntnisse (als Voraussetzung für einen gelingenden Therapieverlauf als auch eine positive Prognose bezüglich späterer Integration im deutschen Sprachraum) besteht das Angebot des Deutsch-Kurses für Nicht-Muttersprachler. Diverse Sprachzertifikate (Level A1-B2) können durch den Sprachkurs vorbereitet und extern erworben werden.

Ebenso besteht für Patient*innen mit besonderen Förderbedarfen hausintern die Möglichkeit, gezielt in Einzel- oder Kleingruppensettings zu lernen. Dabei stehen Grundlagenthemen (z. B. Lesen oder Schreiben, Grundrechenarten) im Vordergrund. Die klinikinternen Förderstunden erlauben zudem, individuelle Themen (z.B. Erstellen von Bewerbungsunterlagen) zu bearbeiten sowie eine Standerfassung vor Beginn schulischer Maßnahmen durchzuführen.

10.9. Sporttherapie

Sporttherapie ist eine Methode, die mit geeigneten Mitteln gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren ein. Patient*innen können durch Teilnahmen an Sporttherapieeinheiten eine überdauernde Gesundheitskompetenz erreichen.

Sporttherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten-Team (Physiotherapeut*innen und Diplom-Sportlehrerin) geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin kontrolliert und mit den Patient*innen einzeln oder in der Gruppe durchgeführt wird.

Zur Sporttherapie zählen Bewegungsangebote wie Morgenaktivierung, Kraft-Ausdauer-Gruppe, Sportgruppe, Laufgruppe, Radgruppe, Bewegungsgruppe oder Volleyball. Ebenso finden physiotherapeutische Behandlungen (siehe Abschnitt 10.5.1.1), als auch Interventionen mit Fokus auf verhaltenstherapeutischen Aspekten (siehe Abschnitt 10.9.1) statt.

Die sporttherapeutischen Settings reichen (in Abhängigkeit von der therapeutischen Indikation) vom Einzel- bis zum Gruppen-Setting und umfassen Sporttreiben in Räumen sowie an der frischen Luft, außerhalb der Klinik, begleitete Freizeitsportangebote, sowie die Teilnahme an internen oder externen Sportveranstaltungen.

Die sporttherapeutischen Angebote können Patient*innen auch helfen eine Tagesstruktur zu etablieren, Interessen für die Zeit nach der Entlassung zu entwickeln oder einfach nur Spaß zu haben. Die Station 7, auf der Menschen mit psychotischen Störungen und Intelligenzminderungen und oft längeren Verläufen untergebracht sind, hat eine eigene Sporttherapeutin, da hier eine individuelle Förderung und Unterstützung bei der Aktivierung besonders wichtig sind.

10.9.1. Bewegungstherapeutische Methoden

Das therapeutische Verfahren des Therapeutischen Boxens nutzt Bewegung als Medium für spezielle, verhaltenstherapeutische Arbeit, z. B. bei innerer Anspannung und Wut. Hierbei steht die Reflexion (des Einzelnen) in Bezug auf Erleben, Wahrnehmen und Verhalten im Vordergrund.

10.10. Sonstige Angebote

10.10.1. Genesungsbegleitung

Der Einbezug von Patient*innen in die Planung von medizinischen Angeboten und in der Unterstützung von anderen Patient*innen hat eine lange Tradition. In der Suchtbehandlung ist dieses Konzept seit langem bekannt und etabliert, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen. Innerhalb der professionell geleiteten Psychiatrie haben sogenannte „Peer Support Worker“

(deutsch: Genesungsbegleiter*innen, Expert*innen aus Erfahrung oder Psychiatrie-Erfahrene) in den letzten Jahren ebenfalls Einzug gehalten. Während das Konzept im angloamerikanischen und skandinavischen Bereich inzwischen fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung ist, hinkt Deutschland der internationalen Entwicklung hier deutlich hinterher, vor allem im Bereich der Forensik.

Inzwischen sprechen sich aber auch deutsche Gesundheitsorganisationen und Fachgesellschaften für den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen aus. Bundesweit wurde die Vereinigung ExIn (Experienced-Involvement) e. V. gegründet, in Mecklenburg-Vorpommern ExIn MV e. V.. Diese Vereinigungen unterstützen die Ausbildung von Genesungsbegleiter*innen; in dem einjährigen Curriculum werden theoretische Aspekte gelehrt (Krankheitsbilder, Gruppenprozesse, Empowerment, etc.), außerdem müssen die Kursteilnehmer*innen im Verlauf mehrere Praktika absolvieren. Als Genesungsbegleiter*innen werden Personen eingesetzt, die dieselbe oder eine ähnliche psychische Störung durchlebt haben und ihr Leben mit dieser Störung erfolgreich meistern. Sie sollen akut erkrankten Menschen Unterstützung bieten und zwischen Patient*innen und Personal vermitteln. Ihre besondere Eignung ergibt sich aus der geteilten Erfahrung derselben psychischen Störung, was zu einem tieferen Verständnis der Situation der Betroffenen führt (z. B. Repper & Carter, 2011). Zahlreiche Studien belegen die positiven Effekte des Einsatzes von Genesungsbegleiter*innen, z. B. hinsichtlich der gesellschaftlichen Einbindung, Reduktion von Substanzkonsum, Inhaftierungen und erneuten psychiatrischen Behandlungen.

Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen im Maßregelvollzug ist noch eine Seltenheit. Dementsprechend fehlen Erfahrungen und Forschung in diesem Bereich, welche auf die Besonderheiten der Patient*innen in diesem Setting eingehen. Unsere Klinik möchte hier einen Beitrag leisten. Seit 2019 hat die Klinik daher die Ausbildung eines Genesungsbegleiters gesponsort, der inzwischen fest hier angestellt ist. Dieser Prozess, mit seinen Herausforderungen und Chancen wird fortlaufend wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Seit 2026 ist ein weiterer Genesungsbegleiter mit anderem Krankheitshintergrund angestellt.

10.10.2. Begleithund

Kontakt zwischen Mensch und Tier gehört seit Jahrtausenden zum Alltag des Menschen; dabei nimmt der Hund eine besondere Stellung ein. Der enge Kontakt zu einem Tier kann die Lebensqualität fördern, auch und besonders bei psychisch kranken Menschen. Auch bei unseren Patient*innen, die über einen längeren Zeitraum eingeschlossen sind und kaum die Gelegenheit zu Körperkontakten haben, bzw. auch in ihren Sozialkontakten eingeschränkt sind, kann sich der Kontakt zu einem Tier positiv auf das Wohlbefinden auswirken und auch helfen soziale Kompetenzen zu verbessern.

Wir prüfen zur Zeit intensiv in unserer Klinik einen nach den Richtlinien des VDH (Verband für das Deutsche Hundewesen) ausgebildeten Begleithund einzusetzen. Die Begleithundeprüfung ist eine staatlich anerkannte Wesens -und Verhaltensprüfung eines Hundes. Der Begleithund

ist zu bestimmten Zeiten in der Klinik und kann dann auf Anmeldung durch das klinische Team bei Interesse des*der Patienten*in angefordert werden. Dabei können die Patient*innen mit dem Hund im großen Hof spazieren gehen, spielen, kuscheln, etc. Bei stark beeinträchtigten Patient*innen kann dieser Kontakt auch als Brücke zur Anbahnung von Gesprächen und anderen Aktivitäten dienen.

10.10.3. Akupunktur

Akupunktur wird in der traditionellen chinesischen Medizin seit Jahrtausenden eingesetzt. Seit den 1970er Jahren wird Ohrakupunktur vermehrt auch in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitskranken, zunächst in den USA, dann aber auch in Europa, eingesetzt. Dabei kommt ein eigens für diesen Anwendungszweck entwickeltes Behandlungsprotokoll zur Anwendung, das NADA-Protokoll. [5] In Deutschland wurde das Verfahren erstmals 1991 in der Fachklinik Bokholt (bei Hamburg) angewandt. Inzwischen haben verschiedene wissenschaftliche Studien die Wirksamkeit der Methode, z. B. im Hinblick auf Suchtverlangen („Craving"), Anspannung, Schlafqualität, Rückfallwahrscheinlichkeit und soziale (Re-)Integration etabliert (z. B. Carter et al., 2017).

In der KFP wurden mehrere Pflegekräfte in dem Verfahren ausgebildet. Die Anwendung ist zur Zeit aber pausiert und soll wieder aufgenommen werden, wenn eine wissenschaftliche Begleitevaluation gewährleistet werden kann.

10.10.4. Spirituelle Begleitung

Das Grundgesetz mit Artikel 4 (Religionsfreiheit, Recht auf Religionsausübung) und der Güstrower Vertrag zur Regelung des Verhältnisses zwischen Staat und Kirche im Land Mecklenburg- Vorpommern vom 20. Januar 1994 bilden die gesetzliche Grundlage für das Wirken der Kirchen und anderen Glaubensgemeinschaften auch im Maßregelvollzug.

Im Staats-Kirchenvertrag heißt es dazu in Artikel 20: „In öffentlichen Krankenhäusern, Heimen, Justizvollzugsanstalten, Polizeiausbildungsstätten und ähnlichen öffentlichen Einrichtungen werden die Kirchen seelsorgerisch tätig. Sie sind zu Gottesdiensten und religiösen Veranstaltungen berechtigt. Der Träger stellt den Raum." Außerdem bildet die Basis für den Kontakt mit den Menschen in Einrichtungen das Seelsorge- bzw. Beichtgeheimnis wie es im Kirchengesetz festgelegt ist. Zudem gilt für Pastor*innen das Zeugnisverweigerungsrecht.

In unserer Klinik wird derzeit vor allem christliche Seelsorge angeboten. Diese versteht ihr Engagement wie folgt: Im Umgang mit den Patient*innen lässt die christliche Seelsorge sich vom christlichen Menschenbild leiten. Dabei spielt die sogenannte Gottesebenbildlichkeit eine Rolle. In der Bibel heißt es: „Und Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde. Zum Bilde Gottes

[5] NADA (National Acupuncture Detoxification Association) ist eine international tätige gemeinnützige Organisation und wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich zum Ziel gesetzt hat, Akupunktur als Behandlungsmethode für Menschen mit sozialen und psychischen Problemen zu etablieren. In Deutschland wurde NADA – Deutsche Sektion e. V. 1993 gegründet.

schuf er ihn.“ (1. Buch Mose, Vers 27). Ähnlich heißt es auch in Artikel 1 des Grundgesetzes „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Das seelsorgerliche Gespräch und die Gemeinschaft im Gottesdienst sind von der Haltung getragen, immer wieder Räume aufzutun, in denen gemeinsam mit den Patient*innen nach neuen Sichtweisen auf das eigene Leben und Handeln gesucht wird. In einer Atmosphäre des grundsätzlichen Angenommenseins jenseits der menschlichen Verurteilung aufgrund der Straftaten, können die Betroffenen möglicherweise eher aus ihrer Verteidigungs- bzw. Verdrängungshaltung hervortreten und sich mutiger ihren Taten und deren Folgen stellen. Dabei geht es aber nicht um eine Verdrängung oder Beschönigung der Tatsachen. Die Dinge kommen auf den Tisch und werden benannt. Nüchtern wird die Realität und das Ausmaß des entstandenen Schadens für Menschen und die Gesellschaft anerkannt. Und gleichzeitig bleibt immer ein Spalt offen für die Möglichkeit der Umkehr, des Neubeginns, der Hoffnung auf ein besseres Leben.

Seit Eröffnung der KFP sind Seelsorger*innen der evangelischen und katholischen Kirche in der Einrichtung tätig. Diese verstehen sich als Ansprechpartner für alle Patient*innen und ebenso bei Bedarf für die Mitarbeiterschaft der Einrichtung, unabhängig von deren Religions- oder Kirchenzugehörigkeit. Obgleich die überwiegende Mehrzahl unserer Patient*innen, für die Glauben eine Rolle spielt, sich im christlichen Glauben verortet, ist es uns wichtig, auch Menschen anderer Glaubensgemeinschaften zu unterstützen. Durch die Offenheit der derzeitigen Seelsorgerin stellte dies bisher kein Problem dar, wir würden jedoch selbstverständlich auch Kontakte zu Vertretern anderer Glaubensgemeinschaften knüpfen, sofern Patient*innen dies wünschten.

Derzeit ist in unserer Klinik eine evangelische Pastorin tätig. Diese bietet regelmäßige monatliche Gottesdienste an und steht für Einzelgespräche zur Verfügung. An den Gottesdiensten nehmen zwischen 6 - 20 Menschen teil. Jeder Gottesdienst wird von mindestens einem*r Mitarbeiter*in begleitet.

Der Gottesdienstes ist selbstverständlich freiwillig. Man kann sich selbst entscheiden und es ist auch legitim, sich ganz kurzfristig wieder abzumelden oder auch noch dazu zu kommen. Somit ist im stark reglementierten Alltag der Klinik hier ein Spielraum von eigener Entscheidung möglich. Das beeinflusst auch die Atmosphäre des Treffens. Auch geht es im Gottesdienst nicht vordergründig um Therapieziele. Grundsätzlich gilt, dass kein Mensch frei von Fehlern ist: „Wer von euch ohne Sünde ist, werfe den ersten Stein“. (Evangelium nach Johannes, Kap.8, Vers 7). Damit ist schon eine gewisse Entspannung im Miteinander gegeben.

Im regelmäßigen gemeinsamen Lesen der biblischen Psalmen, in denen bereits vor Jahrtausenden Menschen ihre Not und ihre Vergehen, ihre Verzweiflung und auch ihre Schuld vor Gott gebracht haben, haben die Anwesenden Anschluss an die Geschichte der Menschheit und können wahrnehmen, dass es menschliches Versagen schon immer gab. Und, dass das ehrliche Aussprechen und Stehen zu den eigenen Taten durchaus befreiend und ermutigend sein kann. Gleichzeitig wird durch die Bezogenheit auf eine größere Kraft, jenseits des eigenen,

oftmals eingeengten Horizontes neue Hoffnung geschöpft, dass das verfahrene Leben doch noch geändert werden kann und neue Kräfte für Veränderung wachsen können.

Bei jedem Gottesdienst gibt es ein wichtiges Ritual: Jede*r darf eine oder mehrere Teelichter auf dem Altartisch anzünden und anschließend in der großen Runde aussprechen, für wen oder für was die Kerze brennt. Rituale sind immer wiederkehrende, im gleichen Ablauf vollzogene Handlungen. Sie vermitteln das Bestehen einer Ordnung und einer Verlässlichkeit und geben so Orientierung und Sicherheit. Im Gottesdienst wird mit ihnen auch die spirituelle Dimension des Geschehens so symbolisiert. Die meisten Patient*innen kommen aus dysfunktionalen Familien, haben Bindungstraumata und Gewalt erfahren. Beim Kerzen anzünden darf dem allen Ausdruck verliehen werden, dem Schmerz über Verluste und Trennungen, der Sehnsucht nach Heilung und Liebe. Gleichzeitig werden soziale Kompetenzen eingeübt. Oft kommt es vor, dass Patient*innen füreinander Kerzen anzünden und einander Erfolg und Ermutigung für den Therapieverlauf zusprechen oder sich einfach für Freundschaft bedanken. Dadurch werden Gefühle wie Mitgefühl und Anteilnahme gefördert.

Immer wieder werden Einzelgespräche mit der Pastorin erbeten. Diese finden im Zimmer der Patient*innen statt. Dadurch kann in einer relativ ungestörten Atmosphäre Vertrauen wachsen und auch Unbequemes zur Sprache kommen. Oft wünschen Patient*innen am Ende des Gesprächs einen Segen und verbinden damit die Hoffnung, dass eine größere Kraft als sie selbst ihnen auf ihrem Weg beisteht.

10.11. Lockerungen

In der Praxis des Maßregelvollzugs nehmen Lockerungen einen großen Stellenwert ein und sind wichtiger Bestandteil des Therapie- und Rehabilitationsplans. Wir sehen Lockerungen als Wegfall nicht mehr notwendiger Einschränkungen, die so bald wie möglich gewährt werden sollten, nicht als Belohnungen für positives Verhalten.

Die rechtliche Grundlage zur Gewährung von Lockerungen bildet die „Richtlinie über die Gewährung von Lockerungen und die offene Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug sowie die Beteiligung der Aufsichtsbehörde (Lockerungsrichtlinie MRV)“, Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 01. Oktober 2015 in der Fassung vom 26. Mai 2017 - III 200 / 4424 - 4 SH.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es folgende Lockerungsstufen:

Ausführung
Stufe 1: Ausführung unter Aufsicht von mindestens zwei Mitarbeiter*innen
Stufe 2: Ausführung unter Aufsicht eines*r Mitarbeiters*in
Stufe 3: Gruppenausführung von bis zu drei Patient*innen unter Aufsicht mindestens eines*r Mitarbeiters*in

Während der Ausführung muss die ständige unmittelbare Aufsicht gewährleistet werden.

Ausgang in Begleitung
Stufe 4: Ausgang in Begleitung eines*r Mitarbeiters*in und /oder eines*r "geeigneten Dritten"
Stufe 5: Gruppenausgang: Bis zu vier Patient*innen in Begleitung mindestens eines*r Mitarbeiters*in und/oder eines*r geeigneten Dritten

Ausgang (ohne Aufsicht oder Begleitung)
Stufe 6: Ausgang (bis zu sechs Stunden)
Stufe 7: Tagesausgang

Urlaub
Stufe 8: Kurzurlaub bis zu drei Tagen
Stufe 9: Urlaub bis zu zwei Wochen
Stufe 10: Langzeiturlaub über zwei Wochen

Zusätzlich zu den oben genannten Lockerungsstufen wird in der KFP Rostock die interne Lockerungsstufe 0 vergeben. Diese erlaubt den Hofgang ohne Überwachung durch Klinikpersonal und wird so früh als möglich nach Aufnahme vergeben.

Bei allen Lockerungsstufen außer bei der Lockerungsstufe 0, bedarf es eines Antrages der Patient*innen. Sodann wird die „Checkliste zur Vergabe von Lockerungen" von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen unabhängig voneinander bearbeitet; dabei werden der Verlauf, der psychische Befund, eventuelle Risikofaktoren, etc. beurteilt. Dann wird die Lockerungscheckliste vom Leiter Sicherheit, der Pflegedienstleitung und einem*r unabhängigen Therapeuten*in beurteilt, bevor sie dann schließlich in der Lockerungskonferenz diskutiert wird; die letztendliche Entscheidung obliegt der Klinikdirektorin. Jede Lockerungsentscheidung erfordert eine eigehende Einschätzung aller maßgeblich an der Behandlung direkt beteiligten Berufsgruppen und ist eine individuelle, fallbezogene Entscheidung. Einen festen Zeitrahmen, z. B. zwischen Aufnahme in der Klinik und Beantragung einer bestimmten Lockerungsstufe oder zwischen den Lockerungsstufen gibt es nicht. In bestimmten Fällen bedarf es der Information bzw. Zustimmung der zuständigen Staatsanwaltschaft bzw. der Aufsichtsbehörde.

10.12. Therapieabbruch

Laut §64 StGB dient die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt der Besserung und Sicherung. Kann das Ziel der Besserung nicht erreicht werden, kann die Erledigung der Maßregel gerichtlich beschlossen werden. Diese Möglichkeit der Erledigung bezieht sich ausschließlich auf nach § 64 StGB Untergebrachte. Die Erledigung der Maßregel kann von den Patient*innen selbst beantragt und/ oder von der Klinik empfohlen werden.

Das zuständige Gericht beraumt dann eine Anhörung ein. Diese kann entweder eine regelmäßige (alle sechs Monate) oder eine vorgezogene Anhörung sein, wenn die regelmäßige erst zu einem weitaus späteren Zeitpunkt geplant ist. Für diese Anhörung wird eine schriftliche Stellungnahme der Klinik zum Behandlungsverlauf, der Prognose und zur Aussicht auf Erfolg der Maßregelbehandlung angefordert. Bei der Anhörung werden dann der*die Patient*in und ein*e Vertreter*in der Klinik (zumeist der*die zuständige Oberarzt bzw. Oberärztin) gehört. Das Gericht fällt dann einen Beschluss bezüglich der Fortführung der Maßregeltherapie. Wenn dieser die Erledigung der Maßregel beinhaltet, wird der*die Patient*in (zumeist) in die JVA verlegt, sobald der Beschluss rechtskräftig ist und ein Aufnahmeersuchen (für die JVA) der zuständigen Strafvollstreckungskammer vorliegt.

Die Gründe für die Beantragung der Erledigung sind auf Patient*innenseite vielfältig. Hierzu zählen vollstreckungstaktische Gründe, geringe Veränderungsbereitschaft, Überforderung, lebenspraktische Gründe (wie die räumliche Nähe zu extramuralen Bezugspersonen) oder die Diskrepanz zwischen Vorstellungen zur Maßregeltherapie und den tatsächlichen Gegebenheiten. Äußert ein*e Patient*in ein stabiles Abbruchvorhaben, bleibt das Therapieangebot dennoch bestehen, wird aber ggf. angepasst. Teilweise lehnen diese Patient*innen das Therapieangebot jedoch ab. In aller Regel empfehlen wir bei Patient*innen, die die Therapie abbrechen wollen, diesem Wunsch nachzukommen.

Die Gründe für die Empfehlung der Erledigung der Maßregelbehandlung von Klinikseite beziehen sich auf eine mangelnde Erfolgsaussicht der Behandlung. Dabei spielt die Ansprechbarkeit auf Behandlungs- und (auch) Kontrollmaßnahmen eine wesentliche Rolle. Die KFP legt dabei folgende Kriterien an, die individuell gewichtet werden:

- Anhaltende Ablehnung des Therapieangebotes
- Anhaltendes gewalttätiges Verhalten gegenüber Mitarbeiter*innen und / oder gegenüber Mitpatient*innen bei fehlender Bereitschaft dieses aufzuarbeiten
- Anhaltender Konsum von nicht verordneten Substanzen in Kombination mit mangelnder Bereitschaft zur Aufarbeitung dieses Verhaltens
- Anhaltendes Einschmuggeln und/ oder Weitergabe von nicht verordneten Substanzen an Mitpatient*innen
- Anhaltendes Stören des Stationsklimas (z. B. negative Beeinflussung von Mitpatient*innen, Aufwiegeln von Mitpatienten, anhaltende mangelnde Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit, Mangel an Kooperationsbereitschaft z. B. bei Kontrollen) bei fehlender Bereitschaft der Auseinandersetzung mit diesem Verhalten
- Anhaltender Lockerungsmissbrauch
- Dauerhaft mangelnde Veränderungsbereitschaft (z. B. Ablehnung der Aufarbeitung von Problemverhalten)

Wichtig ist zu erwähnen, dass von Klinikseite die Empfehlung eines Behandlungsabbruches sehr zurückhaltend gehandhabt wird, solange der Patient oder die Patientin die Therapie fortsetzen möchte. Fehlende und fluktuierende Motivation oder dissoziales Verhalten sind Therapieziele,

ihre Abwesenheit nicht Voraussetzung für eine Therapie. Erst bei anhaltenden Problemen wie oben beschrieben kann von Klinikseite ein Abbruch entgegen dem Patientenwunsch empfohlen werden. Dem folgt immer eine ausführliche Fallbesprechung, um möglichweise doch erfolgversprechende Therapieansätze zu finden.

Auch Patient*innen, deren Therapie abgebrochen wird, können von der bisherigen Behandlung profitiert haben und erworbene Erkenntnisse und Fähigkeiten später, gegebenenfalls im Rahmen einer erneuten Therapie, nutzen. Daher setzen wir die therapeutische Arbeit auch mit Patientinnen fort, deren Therapieabbruch bereits feststeht, und separieren diese nicht. Auch bei einem Therapieabbruch ist ein guter therapeutischer Abschluss wichtig. Die letzten Therapiestunden können dazu genutzt werden, Bilanz zu ziehen und auf die bevorstehende Zeit in der JVA vorzubereiten. Auch die Beobachtung einer möglicherweise bestehenden Suizidalität kann in dieser Phase von Bedeutung sein. Ein gelungener Therapieabschluss kann zudem die Bereitschaft fördern, zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Therapie aufzunehmen.

10.13. Therapieevaluation

Um das übergeordnete Therapieziel, nämlich die Verringerung der Wahrscheinlichkeit zukünftiger Straftaten, zu erreichen, braucht es ein umfassendes Fallverständnis. Auf der Grundlage einer Risikokonzeptualisierung wird die Fallkonzeption abgeleitet. Aus dieser wiederum ergeben sich Behandlungsziele und Behandlungsfokus. Durch welche Interventionen die kurz-, mittel- und langfristigen Therapieziele erreicht werden können, wird in der Behandlungsplanung erarbeitet, festgehalten und durch den fallführenden Therapeuten koordiniert.

Ob diese Ziele mit den geplanten Interventionen erreicht werden, muss in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. Dies geschieht zum einen bei der Reflexion des Behandlungsverlaufs für Lockerungsanträge und Stellungnahmen für das Gericht, zum anderen werden bei der regelmäßigen Behandlungsplanung die Erreichung der Ziele aus dem letzten Behandlungsplan überprüft.

Um zu evaluieren, ob die Therapie bei dem einzelnen Patienten wirkt, können Symptomchecklisten (als Prä- und Post-Messungen) eingesetzt, Verhaltensbeobachtungen ausgewertet und die Selbstbeurteilung des Patienten eingeholt werden. Dies sollte nicht nur zu formalen Terminen, sondern auch, wann immer indiziert, durchgeführt werden. Nicht zuletzt ist die Art, die Geschwindigkeit und die Frequenz der Rückfälligkeit nach der Entlassung „das“ Erfolgskriterium der Therapie.

Ebenso wichtig ist die generelle Evaluation der Therapieangebote in unserer Klinik. Der Frage, ob die angebotenen Therapien bei unseren Patienten wirksam sind, widmen sich wissenschaftliche Studien in unserem Haus (z. B. Wettermann et al., 2020, weitere Evaluationen finden statt).

11. Angehörigenarbeit

Angehörige können in der Rehabilitation eine große Stütze für unsere Patient*innen sein, und z. B. auch als sogenannte „geeignete Dritte“ bei höheren Lockerungsstufen fungieren. Andererseits sind familiäre und andere Beziehungen auch eine Quelle von Stress und Sorge, z. B. durch Konflikte, Vorwürfe, Scham wegen des Deliktes oder auch, weil der*die Patient*in darunter leidet, sich nicht mehr wie gewünscht in die Familie einbringen zu können. Die Trennung von Kindern ist dabei oft besonders schmerzhaft.

In einem therapeutischen Setting ist die Angehörigenarbeit ein wichtiger Baustein für einen nachhaltigen Therapieerfolg. Sie dient nach einer Entlassung zur Stabilisierung der Lebenswelt der einzelnen Patient*innen. Auch ist es für nahe Bezugspersonen wichtig, zu wissen, wo ihre Angehörigen und Freunde sind, was das Ziel der Therapie ist, etc. Oft brauchen Angehörige selbst Unterstützung um mit der Situation klarzukommen sowie auch Informationen zu Erkrankungsbildern und Therapiemöglichkeiten. Wir nehmen – mit Einverständnis der Patient*innen – im Rahmen der Aufnahmediagnostik Kontakt mit Angehörigen und anderen nahen Bezugspersonen auf.

Im weiteren Verlauf wird die Angehörigenarbeit zum einen vom stationären Sozialdienst anhand von individuellem Angeboten, unter anderen für gemeinsame Gespräche, Ausgänge, Hilfestellungen in der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Teilnahme bei Hilfeplankonferenzen mit den Patient*innen und den Angehörigen beim Jugendamt), durchführt. Außerdem finden Gespräche durch die Therapeut*innen im Rahmen der Drittgeeignetengespräch statt. Bei Bedarf werden nahe Bezugspersonen in die Therapie einbezogen.

Außerdem bieten wir mindestens zwei Mal jährlich Angebote für Angehörige an in Form von Informationsveranstaltungen und geselligem Zusammensein. Dieser Bereich soll noch weiter ausgebaut werden.

12. Umgang mit aggressivem Verhalten, Zwang und Zwangsmaßnahmen

12.1. Einführung

Dieses Kapitel befasst sich vor allem mit dem Umgang mit aggressivem Verhalten. Hierbei kommt der Prävention solchen Verhaltens eine besondere Bedeutung zu. Zwangsmaßnahmen kommen nur als letztes Mittel einer ansonsten nicht beherrschbaren Krisensituation zum Einsatz und dürfen niemals als Strafe angewandt werden. Die Klinik hat ein Konzept zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen.

Um Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit Bedrohungssitutation zu gewinnen, müssen alle unsere Mitarbeiter*innen ein Sicherheits- und Gewaltpräventionstrainung und ein dreitägiges Deeskalationstraining durchlaufen. Die Inhalte dieser bei Aufnahme der Tätigkeit zu

durchlaufenden Angebote müssen in regelmäßigen Abständen aufgefrischt werden. Die Teilnahme wird kontrolliert.

12.2. Sicherheits- und Gewaltpräventionstraining

Ziel des Sicherheits- und Gewaltpräventionstrainings ist es, den Mitarbeiter*innen Sicherheit im Umgang mit Bedrohungssituationen zu gewinnen. Hierbei ist die Prävention durch geeignete Therapie, deeskalierende Kommunikation und das frühe Erkennen von Gefahrensituationen von besonderer Bedeutung.

Oberste Maxime bei der Erarbeitung eines professionellen Deeskalationsmanagements ist sowohl der Schutz der Mitarbeiter*innen, als auch der Schutz der Patient*innen und Besucher*innen durch die Förderung einer professionellen Haltung, die einen optimalen Umgang mit Gewalt und Aggressionen ermöglicht. Das für alle Mitarbeitenden verpflichtende Deeskalationstraining findet in unserer Klinik nach dem Konzept des ProDeMa® statt. ProDeMa® ist ein umfassendes, praxisorientiertes, evaluiertes und erfolgreiches innerbetriebliches Präventions- und Handlungskonzept. Für die Implementierung in unserem Hause haben wir zwei Deeskalationstrainer ausgebildet.

Die wichtigsten Inhalte des Konzepts lassen sich auf sieben Deeskalationsstufen abbilden:
Deeskalationsstufe I (DS I): Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression durch innerbetriebliche Reflektion aggressionsauslösender Reize, Prozessabläufe, Strukturen und Regeln (Primärprävention)
Deeskalationsstufe II (DS II): Veränderung von Reaktionsmustern der Mitarbeiter*innen durch veränderte Interpretationen und Bewertungsmuster von aggressiven oder herausfordernden Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe III (DS III): Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen von Patient*innen
Deeskalationsstufe IV (DS IV): Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Personen: verbales Deeskalationstraining (Sekundärprävention)
Deeskalationsstufe V (DS V): Verletzungsfreie Abwehr- und Fluchttechniken bei An- und Übergriffen
Deeskalationsstufe VI (DS VI): Verletzungsfreie Begleit-, Halte-, Immobilisations- und Fixierungstechniken in Gefahrensituationen bei schwacher, mittlerer oder starker Gegenwehr
Deeskalationsstufe VII (DS VII): Kollegiale Ersthilfe und Umgang mit traumatisierten Mitarbeiter*innen, professionelle Nachbearbeitung von Vorfällen mit dem Ziel der Tertiärprävention (Verhinderung erneuter ähnlicher Vorkommnisse)

Zum Eingreifen in Krisensituation halten wir ein Einsatzteam vor. Im Dienstplan ist festgelegt, welche Mitglieder dieses Teams jeweils bei Alarm die Situation aufsuchen. Das Einsatzteam erhält ein zusätzliches monatliches Training, teilweise unter Einbezug externer Anbieter. Dabei werden Inhalte vertieft und Krisensituationen nachbesprochen. Zudem besteht die

Gelegenheit neue Inhalte aufzunehmen, wenn dies die Lage erfordert, z. B. in neuen bislang nicht aufgetretenen Gefahrenlagen.

12.3. Kollegiale Ersthelfer

Es gehört zur Fürsorgepflicht öffentlicher und privater Arbeitgeber, psychosoziale Erste Hilfe im Bedarfsfall anbieten zu können. So spielt für die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen (z. B. in Form von fremdaggressiven körperlichen und verbalen Übergriffen gegenüber dem Klinikpersonal, Suiziden von Patient*innen, usw.) die Betreuung in der Akutphase eine entscheidende Rolle. Diese Betreuung kann von kollegialen Ersthelfer*innen (Peers) geleistet werden. Wir haben in unserer Klinik derzeit neun, nach ProDeMa®, ausgebildete kollegiale Ersthelfer*innen. Ziel ist es, auf jeder Station mindestens einen oder eine Ersthelfer*in vorzuhalten. Die kollegialen Ersterhelfer*innen können ihr Wissen auch an andere Mitarbeitende weitergeben und so als Multiplikator*innen fungieren.

Ziel einer professionellen kollegialen Erstbetreuung ist es, bereits in der Schock- und in der späteren subakuten Phase Stressreaktionen zu reduzieren, allgemein die Verarbeitung des Geschehenen positiv zu beeinflussen, die Betroffenen zu stabilisieren und somit Orientierung und Sicherheit zu bieten. Somit soll das Erlebte schnell verarbeitet und der Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie anderer möglicher psychischer Erkrankungen vorgebeugt werden, welche sich infolge stark belastender Ereignisse entwickeln können (z. B. in Form von Anpassungsstörungen, Depressionen, Angst- und substanzbezogenen Störungen). Jedoch auch Arbeits- und Berufsunfähigkeit können langfristige Folgen traumatischer Ereignisse sein. Entsprechend ist der Einsatz von Peers als präventive Maßnahme zu verstehen. So kümmern sich kollegiale Ersthelfer ereignisnah innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Ereignis um Betroffene, bieten psychosoziale Erste Hilfe an und steuern in dieser Zeit als Lots*innen die weitere Betreuung der Betroffenen. Hierzu ist gegebenenfalls die Kooperation mit Einrichtungen, in denen Betroffene weitergehend betreut werden können, erforderlich (z. B. Beratungsstellen, Psychotherapeut*innen, Kliniken).

Der Vorteil von kollegialen Peers, und somit der Verzicht auf ein externes Kriseninterventionsteam, ist, dass erstere die Organisationsstruktur und -kultur kennen und direkt vor Ort sind, so dass die Unterstützung zeit- und arbeitsplatznah gewährleistet werden kann.

12.4. Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen sind sowohl für Patient*innen als auch für die beteiligten Mitarbeiter*innen einschneidende Erfahrungen, die negativ und retraumatisierend erlebt werden können. Um nach Zwangsmaßnahmen den Umgang und die Zusammenarbeit wieder auf einer angemessenen Beziehungsebene zu ermöglichen und auch aus dem Vorgefallenen im Sinne der Tertiärprävention zu lernen werden Zwangsmaßnahmen nachbesprochen. Hierzu gibt es drei Arten der Nachbesprechung:

- Unmittelbare Nachbesprechung des Einsatzes des Einsatzteams:

Ziel: Vervollständigung der notwendigen Dokumentation, Identifikation unmittelbarer Handlungsbedarfe (Verletzungen, Dienstausfall, etc.), etc.

- Nachbesprechung besonders schwerwiegender Ereignisse

Laut unserer Verfahrensanweisung bedürfen manche Ereignisse (Fixierung, Krisenraumunterbringung, Polizeieinsatz, schwerwiegende Verletzungen u. ä..) einer ausführlicheren Nachbesprechung im Team. Ziel ist den Vorfall zu reflektieren und mögliche Lernchancen zu identifizieren.

- Nachbesprechung mit dem Patienten bzw. der Patientin

Ziel: Identifikation möglicher Lernchancen für ähnliche Situationen in der Zukunft, Aufrechterhalten einer positiven therapeutischen Beziehung, mögliche Anpassung des Behandlungsplans oder Krisenblattes, etc.

Für die Nachbesprechung mit Patient*innen gibt es einen Leitfaden, der an den „Leitfaden zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“ der St. Hedwig Kliniken Berlin angelehnt ist (Wullschleger et al., 2019).

Die Nachbesprechungen sollen zeitnah im geeigneten Rahmen (z. B. in der Übergabe, nach der Visite) mit den Patient*innen und dem Stationsteam stattfinden. Im Optimalfall nehmen daran alle Mitarbeiter teil, die in der Krisensituation anwesend waren, in jeden Fall der*die fallführende Therapeut*in und ggf. auch die Mitglieder des beteiligten Einsatzteams. Die Nachbesprechung wird zu einem Zeitpunkt durchgeführt, zu dem der*die Patient*in in der Lage ist, die Situation zu reflektieren.

Der Leitfaden umfasst:

Schilderung der Situation aus Perspektive des Patienten bzw. der Patientin

- Wie hat er*sie die Maßnahme erlebt?
- Wie kam es zur Zuspitzung?
- Welches waren die Risikofaktoren für die Eskalation?

Schilderung der Situation aus Mitarbeitendensicht

- Wie hat er*sie die Situation erlebt?
- Wie kam es zur Zuspitzung?
- Welches waren die Risikofaktoren für die Eskalation?

Dabei werden folgende Leit- und vertiefenden Fragen gestellt:

Welche Alternativen gab es zur Maßnahme?

- Jeweils aus Patient*innen- und Mitarbeitendensicht:
  - Was hätte die Maßnahme verhindern können?
  - Hätte sich der*die Patient*in anders verhalten können?
  - Was hätte das Personal anders machen können?
  - Was war hilfreich?
  - Was war nicht hilfreich?

- Hätte es etwas gegeben, das die Situation erleichtert hätte, also deeskalierend gewesen wäre (z.B. Musik, etwas zum Trinken, Gespräch mit Personal, etc.)?

Während der Maßnahme (also z. B. während Krisenraumunterbringung)

- Jeweils Patient*innen- und Mitarbeitendensicht:
  - Hätte es etwas gegeben, das dem Patienten oder der Patientin die Situation erleichtert hätte (z.B. Musik, Gespräch mit Personal etc.)?
  - Hätte es etwas gegeben, was dem Personal die Situation erleichtert hätte?

  - Wie und wann wurde entschieden, dass die Maßnahme beendet werden kann?
  - Können die Mitarbeitenden nachvollziehen, dass die Maßnahme beendet wurde?
  - Ist für den Patienten bzw. die Patientenin der Zeitpunkt der Beendigung der Maßnahme nachvollziehbar?

Ist im Nachhinein der Grund für die Durchführung der Maßnahme deutlich geworden?

- Kann der Patient bzw. die Patientin nachvollziehen, warum die Entscheidung diese Maßnahme durchzuführen, getroffen wurde?
- Ist für den Patienten bzw. die Patientin verständlich geworden, warum sich die Mitarbeitenden (z. B.) bedroht) gefühlt haben?
- Ist für die Mitarbeitenden die Entscheidung für die Durchführung der Maßnahme nachvollziehbar?
- Ist es für die Mitarbeitenden verständlich, warum der Patient bzw. die Patientin so (aggressiv, angespannt, etc.) reagiert hat?

Ist eine weitere Zusammenarbeit möglich?

- Was braucht der*die Patient*in dafür?
- Was braucht das Personal dafür?

13. Reintegration und Entlassung

Die stationäre Behandlung von forensischen Patient*innen lässt sich unabhängig vom Krankheitsbild und Delikt in drei Phasen einteilen. In der ersten Behandlungsphase werden umfassende diagnostische und prognostische Einschätzungen getroffen. Ein individueller Behandlungsplan wird erstellt, der regelmäßig überarbeitet und fortgeschrieben wird. In der zweiten Behandlungsphase kommt es zur therapeutischen Bearbeitung der individuellen Problematik. Die dritte Phase der Behandlung ist die Rehabilitationsphase, in der erarbeitete Verhaltensänderungen stabilisiert werden sollen. Die Patient*innen sollen zeitnah und so realistisch wie möglich auf ein Leben nach der Entlassung vorbereitet werden. Bei einer zunehmenden Außenorientierung ist die Möglichkeit gegeben, sich außerhalb der Station schrittweise wieder in die Gesellschaft zu integrieren. In dieser Behandlungsphase findet die Präzisierung der Entlassungsperspektive statt. Notwendig erscheint ein Abschluss jener Therapieinhalte, welche den Fokus auf Veränderung der Risikoeigenschaften einer Person legen. Hierzu zählen auch die Etablierung der ggf. notwendigen Dauermedikation und der

Aufbau von kompensatorischen Fähigkeiten (z. B. durch Psychoedukation bei Schizophrenie, Strategien zur Abstinenzerreichung und –aufrechterhaltung bei Suchterkrankungen). Dies bedeutet einen Abschluss jener Therapieinhalte, die darauf abzielen, die deliktpräventive Steuerungsfähigkeit zu erhöhen, ein frühzeitiges Erkennen von Risikoentwicklungen zu ermöglichen als auch eine Kenntnis der Deliktmechanismen zu erlangen.

Der Übergang von der Phase 2 zur Phase 3 der Behandlung im Maßregelvollzug ist durch die Übernahme eines Fallkoordinators bzw. einer Fallkoordinatorin der Forensischen Institutsambulanz im Sinne eines klinischen Casemanagements und der Loslösung von den bisher zuständigen Therapeut*innen gekennzeichnet. Im Rahmen einer angestrebten „Abnabelung“ von der Klinik ist ein teilweiser Wechsel der Bezugspersonen ein Zeichen der zunehmenden Außenorientierung und „Normalisierung“. Er bietet darüber hinaus die Chance einer Realitätsprüfung des bisherigen Therapieerfolgs. Zu realisieren sind dabei strukturierte Übergabeprozesse, in denen das Reha-Team nicht nur ausreichend informiert, sondern durch zunehmende Erfahrungen mit den Patient*innen sukzessive die maßgebliche und haltgebende Funktion in der Nachsorge übernehmen und somit Kontinuität und Stabilität sicherstellen kann.

Das Angebot der Reha-Station versteht sich als Komplexleistungsprogramm. In enger Zusammenarbeit des stationären Sozial- und Pflegedienst und der Mitarbeitenden der Ambulanz umfasst dies die stationäre Ausleitung und schließlich die Überleitung in andere, möglichst selbstständige Lebensstrukturen (stationäre Nachsorgeeinrichtungen, betreute Wohnformen, eigener Wohnraum) im Rahmen der Führungsaufsicht. Als verbindendes Glied zwischen Phase 2 und Phase 3 der Maßregelvollzugsbehandlung übernimmt der Sozialdienst hierbei in Fortführung der bisherigen Arbeit die formelle Organisation. Weiterhin stellen die Hilfe beim Aufbau bzw. der Festigung eines stützendes sozialen Umfeldes durch Kontakte und Zusammenarbeit mit engen Bezugspersonen (u.a. Familie, enge Freund*innen, Partner*innen), die Einbindung in Unterstützungsangebote sozialtherapeutischer Netzwerke, die Organisation geeigneter Nachsorgeangebote (Selbsthilfegruppe, ambulante Fachleistungsstunden), die Anbahnung des Kontaktes zu den sozialen Diensten der Justiz als auch die Betreuung im Rahmen etwaiger Berufspraktika Bausteine des Komplexleistungsprogramms dar, welche auch nach Entlassung im Rahmen der forensischen Nachsorge fortgeführt werden. Im Rahmen von gruppentherapeutischen „Booster“-Sitzungen werden wichtige Therapieinhalte (z. B. Rückfallprophylaxe) aufgefrischt und somit der Transfer in den Alltag erleichtert. Ergänzt wird dies durch eine fortlaufende Risikobeurteilung bzgl. der Delinquenz und des Krankheitsverlaufes durch die Beachtung personeller, sozialer und situativer deliktfördernder bzw. –reduzierender Veränderungen.

Die Resozialisationsschritte sind auch an den jeweiligen Lockerungsstand der Patient*innen geknüpft. Bereits ab der Lockerungsstufe 4 beginnt, meist noch auf der Therapiestation, die aktive Vorbereitung zur Entlassung für den Patienten. Hier begibt sich der*die Patient*in, mit Unterstützung des Sozialdienstes, auf die Suche nach einem Praktikum, oft in einem Bereich in dem er*sie sich vorstellen könnte auch später zu arbeiten.

Die Patient*innen werden in der Regel frühestens mit der Lockerungsstufe 6 auf die Reha-Station verlegt. Ab der Lockerungsstufe 7 können Patient*innen einer täglichen Arbeit nachgehen und somit ihre Belastbarkeit und soziale Kompetenz weiter ausbauen. Für Patient*innen, welche auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht integriert werden können, wird eine angemessene tagesstrukturierende Maßnahme gesucht (Sozialeinrichtung, Klinik-Gärtnerei oder ähnliches) bzw. eine eventuelle Integration in einer Werkstatt für Behinderte Menschen fokussiert.

Mit Erhalt der Lockerungsstufe 8 besteht die Möglichkeit an bis zu 3 aufeinander folgenden Tagen außerhalb der Klinik zu übernachten. Dies dient unter anderem auch dazu etwaige familiäre oder partnerschaftliche Kontakte weiter auszubauen. In den darauf folgenden Lockerungsstufen wird es den Patient*innen ermöglicht für bis zu 14 Tage ihre Therapiefortschritte weiter zu festigen.

Bereits mit Erlangen der Lockerungsstufe 7 haben die Patient*innen die Möglichkeit ihre Eigenständigkeit in der Therapeutischen Außenwohngruppe (TAWG) zu erproben. Hier planen die Patient*innen ihren Alltag eigenverantwortlich und unterliegen nicht mehr den ständigen Blicken der Mitarbeiter*innen. Die TAWG wird in unregelmäßigen Abständen durch das Personal kontrolliert.

Für Patient*innen, die nach Entlassung selbstständig wohnen können, stellt eine der größten Herausforderungen die Vermeidung von Wohnungslosigkeit nach der Entlassung aus unserer Klinik dar. Hierzu gibt es viele Gespräche zwischen Sozialdienst, Patient*in und Wohnungsgesellschaften, um eine Zukunftsperspektive zu schaffen. Jedoch hilft manchmal nur der Plan B, die Entlassung zu einem Angehörigen oder Bekannten.

Zu jedem Zeitpunkt haben die Patient*innen die Möglichkeit, sich bei auftretenden Problemen und oder Unklarheiten an das Reha-Team zu wenden und erhalten hier die notwendige Anleitung und Hilfe.

14. Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist im §135a SGB V als verpflichtend für alle Leistungserbringer im Gesundheitssystem festgelegt:

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) … Krankenhäuser … verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und

2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Unter Qualität versteht man allgemein den Erfüllungsgrad festgelegter, üblicherweise vorausgesetzter Anforderungen, d. h. inwieweit ein Produkt oder eine Leistung die Anforderung erfüllt, die an es oder sie gestellt wird. Welche Qualitätsmerkmale für die Psychiatrie bzw. die forensische Psychiatrie gefordert werden sollen, ist komplex und nicht allgemein festgelegt. Unterschiedliche Interessensgruppen - darunter die Allgemeinbevölkerung, die Politik, das Personal sowie die Patient*innen - haben hier unterschiedliche Sichtweisen und definieren unterschiedliche Erwartungen an die Dienstleistung „Forensische Psychiatrie“.

Qualitätsmanagement im forensischen Setting bezieht sich auf die systematische Planung, Steuerung und Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Maßregelvollzugs, die mit der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Straftäterinnen und Straftätern betraut werden.

Die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können in unserem Setting wie folgt beschrieben werden:

- Strukturqualität: Rahmenbedingungen für die Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, räumliche Gegebenheiten, Arbeitsmittel (z. B. Zahl der Pflegekräfte pro Patientenzahl, Personalqualifikation)
- Prozessqualität: Ärztliche, pflegerische und administrative Aktivitäten zur Erbringung der Dienstleistung (z. B. Therapieangebote, Verfahrensanweisungen, Dokumentation)
- Ergebnisqualität: Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. der Rückfallhäufigkeit, die dem therapeutischen Handeln zuschreibbar sind (z. B. objektive Befundänderungen, aber auch subjektive Kriterien wie Lebensqualität).

Die Betrachtung der aufgeführten Qualitätsdimensionen und weiterer Aspekte bilden die Grundlage für eine umfassende Bewertung der Dienstleistung „Forensische Psychiatrie“. Für eine kontinuierliche Gewährleistung dieser Qualität ist eine klar definierte Qualitätspolitik unerlässlich. Diese bezeichnet die grundlegenden Ziele, Prinzipien und Leitlinien einer Organisation in Bezug auf die Qualität ihrer Leistungen.

Unsere Qualitätspolitik orientiert sich an dem hoheitlichen Auftrag der MRV-Kliniken sowie an der Qualitätspolitik der Universitätsmedizin Rostock:

- Besserung und Sicherung: Verbindung des therapeutischen Auftrags mit dem Schutz der Allgemeinheit
- Patientenorientierung und Menschenrechte: Achtung der Würde, Selbstbestimmung und Rechte der Patient*innen

- Evidenzbasierte Behandlung: Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen, Leitlinien und fachlichen Standards.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen
- Ausweitung der Patient*innenpartizipation
- Mitarbeiterorientierung: Förderung von Qualifikation, Zusammenarbeit und einer konstruktiven Fehlerkultur
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Wertschätzung unterschiedlicher beruflicher Perspektiven und gemeinsamer Verantwortung.
- Aktive Forschung u. a. zu Standards und Outcomes der Behandlung
- Ausbildung im forensisch-psychiatrischen Bereich für Studierende, Mitarbeitende und Externe (z. B. Inhouse-Schulungen)
- Enge Kommunikation und Kooperation mit diversen Stakeholdern, wie Ministerien, der Universitätsmedizin Rostock, Nachsorgeeinrichtungen etc.
- Sicherung der Ergebnisqualität durch fortlaufendes Monitoring von Kennzahlen und Indikatoren sowie ein partizipatives, kontinuierliches Qualitätsmanagement

Konkrete Ziele sollten dem Akronym SMART (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und messbar) folgen. Folgende qualitätsbezogenen Zielformulierungen haben wir für die KFP formuliert.

Patientenorientierung:

- Regelmäßige Chefin- und Oberarzt-/Oberärztinnenvisiten
- Wöchentliche Bezugspflegegespräche
- Regelmäßige Anpassung des Therapiekonzeptes und Ausweitung des evidenzbasierten Behandlungsangebotes
- Mindestens 20 Stunden Therapie / Aktivitäten pro Woche
- Fristgerechte Diagnostik (3 Monate nach Aufnahme) und Behandlungsplanung (initial mit Diagnostik, dann jeweils zum Zeitpunkt der Stellungnahmen)
- Regelmäßige Überprüfung individueller Therapiefortschritte anhand von nachvollziehbaren Kriterien
- Lockerungsmanagement
- Patient*innenbefragung zur Erfassung von Zufriedenheit von Patient*innen sowie von Verbesserungspotenzialen in Form von Fragebögen und regelmäßigen Treffen der Klinikdirektorin mit den Patient*innen

Mitarbeiterorientierung:

- Einführungskonzept und Kontrolle der Teilnahme
- Jährliche Erfassung von Mitarbeiterqualifikationen
- Pflichtweiterbildungen intern und extern
- Verpflichtende Teilnahme an Supervisionen
- Jährliche Mitarbeiter*innengespräche
- Großzügige Unterstützung von Fort- und Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen

- Besuche und Begehungen der Klinikdirektorin auf allen Stationen
- (Mindestens) monatliche protokollierte Dienstbesprechungen

Leitungsbezogenheit:

- (Mindestens) monatliche Klinikleitungssitzungen
- Monatliche Stationsleitungssitzungen
- Regelmäßige Leitungsteameinkehr

Sicherheitsmanagement:

- Quartalsweise Überprüfung von Sicherheitsmaßnahmen (Pagerkontrollen, Kontrollen der Klinikräume etc.)
- Anlassbezogene Nachbesprechungen von kritischen Ereignissen
- Monatliche Einsatzteamübungen
- Regelmäßige Arbeitsschutzbegehungen
- Regelmäßige Brandschutzübungen

Serviceentwicklung:

- Regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung von Verfahrensanweisungen
- Umfangreiche Auditmaßnahmen
- Regelmäßige Dokumentation und Analyse von Zwangsmaßnahmen

Externe Qualitätssicherung:

- Inspektionen bzw. Überprüfungen durch die Innenrevision der Universitätsmedizin Rostock, der Aufsichtsbehörden sowie der Besuchskommission

Unsere klinikeigene QM-Gruppe wurde 2018 ins Leben gerufen. Diese Gruppe trifft sich alle 14 Tage und fokussiert sich auf jene Aufgaben, die in Einklang mit der klinikinternen Qualitätspolitik, der Qualitätsstrategie sowie den Qualitätszielen stehen. Seit 2020 gibt es eine QM-Beauftragte. Die QM-Gruppe kann die Anforderungen und die Entwicklung des klinikinternen Qualitätsmanagement nur durch den kontinuierlichen Einbezug aller Mitarbeiter*innen erfolgreich, d. h. praxiswirksam, erreichen.

Längerfristig streben wir eine Zertifizierung, z. B. nach ISO (International Organization for Standardization) DIN EN ISO 9001 oder nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) an.

15. Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen

15.1. Einführung

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen ist in unserer Klinik von herausragender Bedeutung, nicht zuletzt da diese ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements darstellt. Aber auch die Mitarbeiter*innenzufriedenheit steigt durch regelmäßige Fort – und Weiterbildungen sowie den Austausch mit internen und externen Kolleg*innen.

Wir haben keine Begrenzung im Hinblick auf die Tage oder aufzuwendende Ressourcen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen pro Mitarbeiter*in und versuchen alle sinnvollen Maßnahmen zu unterstützen. Die Klinik hat einige Pflichtfortbildungen, zusätzlich ermutigen wir Mitarbeiter*innen zu Kongressen und anderen Fortbildungen zu gehen und das Erlernte dann mit den Kolleg*innen zu teilen. Die meisten Berufsgruppen planen die zu besuchenden Kongresse und Weiterbildungsveranstaltungen zu Beginn jeden Jahres gemeinsam, so dass eine breite Abdeckung wichtiger Veranstaltungen erfolgen kann. In Zukunft sollen diese Entwicklungsmöglichkeiten noch vermehrt in den Mitarbeiter*innengesprächen geplant werden.

15.2. Pflichtfortbildungen

Zu Beginn ihrer Tätigkeit bekommen alle Mitarbeitenden eine Einführungsmappe mit für die Arbeit relevanten Gesetzestexten, Zeitschriftenartikel und ähnlichen Dokumenten ausgehändigt. Zudem findet bei Arbeitsaufnahme eine verpflichtende Sicherheitsbelehrung statt. Wir haben außerdem ein Einarbeitungskonzept: Allen neuen Mitarbeitenden wird ein Mentor zugeteilt, der die Einarbeitung begleitet und regelmäßige Gespräche führt. Zusätzlich gibt es eine Liste von Themen, die in den ersten Monaten erarbeitet werden müssen, dies geschieht in Form von persönlichen Gesprächen mit entsprechenden Personen (z. B. QM-Beauftragte, Oberärzt*innen, etc.). Abhängig von der Mitarbeitendengruppe ist zudem die Einführung in relevante Verfahrensanweisungen und sonstige Dokumente vorgesehen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die bestehenden internen Pflichtfortbildungen.

Mitarbeitergruppe	Art der Fortbildung	Frequenz
Alle	Jahresbelehrung, inkl. Brandschutz	Jährlich
Alle	Basis Life Support (BLS)	Jährlich
Ärzt*innen	Advanced Life Support (ALS)	Alle 2 Jahre
Alle Mitarbeiter*innen mit Patientenkontakt	Deeskalationstraining (Prodema)	Initial 3 Tage
Alle Mitarbeiter*innen mit Patientenkontakt	Deeskalationstraining Refresher	Alle 2 Jahre (1 Tag)
Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen	Interne Montagsfortbildung	Wöchentlich
Ärzt*innen	Workshop Evidenzbasiertes Verschreiben	Mehrere Termine im Jahr
Psycholog*innen, Ärzt*innen	HCR-20 V3	Einmalig mit Auffrischung bei neuer HCR20 Version
Mitglieder des Einsatzteams	Einsatzgruppentraining	Monatlich

Außerdem ist die Teilnahme an monatlichen Teamsupervisionen für alle Mitarbeiter*innen mit Patientenkontakt verpflichtend.

Es besteht zudem eine Anweisung zum Besuch von 10 Stunden Fortbildungen / Jahr für alle Berufsgruppen zusätzlich zu den Pflichtweiterbildungen.

15.3. Facharztausbildung

Das Aufgabenspektrum der Klinik umfasst die Ausbildung von Assistenzärzt*nnen zum*r Facharzt*ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie entsprechend den jeweils aktuellen curricularen Anforderungen der Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Zudem kann die Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie erworben werden. Die Klinikdirektorin verfügt über die Ausbildungsbefugnis für Psychiatrie für 12 Monate (Ausweitung beantragt) und für den Schwerpunkt Forensische Psychiatrie für 24 Monate, zwei weitere Ärzt*innen sind weiterbildungsbefugt. Den Assistenzärzt*innen werden Oberärzt*innen zugeordnet, die als primäre Ansprechpartner*innen bzw. Tutor*innen im Rahmen der Facharztausbildung fungieren.

Die Assistenzärzt*nnen werden im Rahmen der praktischen Ausbildung auf der Aufnahmestation sowie auf den Therapiestationen eingesetzt. Sie übernehmen Stationsarztfunktionen und werden auch im Bereitschaftsdienst der Klinik eingesetzt. Auf der Aufnahmestation können u.a. die im Curriculum vorgeschriebenen Erstuntersuchungen unter oberärztlicher Supervision durchgeführt werden.

Zahlreiche medizinische, psychologisch-psychotherapeutische und medizinethische Theorieinhalte des obligatorischen Weiterbildungscurriculums werden in strukturierter Form im Rahmen der regelmäßig stattfindenden, internen Fortbildungen (Multiprofessionelle Montagsfortbildungen, AG Evidenzbasiertes Verschreiben, Forschungsmeetings, etc.) vermittelt. Unter fachärztlicher Supervision können (forensisch-) psychiatrische Gutachten erstellt und das Handwerk des psychiatrischen Gutachters erlernt werden. Die ärztliche Ausbildung ergänzende, externe Weiterbildungsmaßnahmen (Psychotherapeutische Supervision und Selbsterfahrung, Balint-Gruppe, AMDP-Seminare, Kurse für Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation, Seminare der Ärztekammern, Kongressteilnahmen, etc.) werden finanziell durch die Klinik unterstützt und runden die Ausbildung ab.

Auch Aufgaben im Rahmen der studentischen Lehre werden den Assistenzärzt*innen unter Supervision übertragen. Es besteht zudem die Möglichkeit zum wissenschaftlichen Engagement in den entsprechenden Arbeitsgruppen der Klinik. Bei entsprechender Eignung kann eine Promotion ermöglicht werden.

Die Ausbildungsfortschritte der Assistenzärzt*nnen werden in regelmäßig stattfindenden Weiterbildungsgesprächen evaluiert.

15.4. Ausbildung zum psychotherapeutischen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin

Um in Deutschland den Beruf des*r Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin oder den des*r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. -therapeutin ausüben zu können, bedarf es der Approbation, also der staatlichen Zulassung, den entsprechenden Beruf selbständig und eigenverantwortlich auszuüben und die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern [LAGUS], 2020).

Anerkannte Psychotherapieverfahren der Psychotherapierichtlinien (§ 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, 2019) sind psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie bei Erwachsenen, in unserer Klinik werden jedoch nur solche Methoden angewandt, für die eine Evidenzbasierung im Bereich der forensischen Psychiatrie vorliegt, insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie.

Bis zum 31.08.2020 galt laut Psychotherapeutengesetz (PsychThG, 1998) als zwingende Zugangsvoraussetzung ein bestandener Diplom- oder Masterabschluss im Studiengang Psychologie, der das Fach „Klinische Psychologie“ miteinschließt. Entsprechend § 5 Abs. 1 dieser Fassung dauert die Ausbildung an den entsprechenden Ausbildungsstätten/ Instituten in Vollzeit mindestens drei Jahre, in Teilzeit mindestens fünf Jahre. Die Ausbildung umfasst insgesamt 4.200 Stunden, die sich in eine praktische Tätigkeit, die theoretische Ausbildung, die praktische Ausbildung mit Krankenbehandlung unter Supervision sowie die Selbsterfahrung untergliedern. Die Ausbildung schließt mit dem Bestehen einer staatlichen Prüfung ab.

Seit 01.09.2020 gilt die neue Fassung des PsychThG, in der festgehalten ist, dass nun ein Studium im neu geschaffenen Studiengang Psychotherapie Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist. Der neue Studiengang gliedert sich in einen Bachelor- und einen Masterstudiengang, deren wesentliche Bestandteile die hochschulische Lehre und die berufspraktischen Einsätze sind (§§ 7, 9 PsychThG, 2020). Es gilt eine Übergangsregelung bis zum 01.09.2032.

Unsere Klinik hat die Weiterbildungsbefugnis für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapieausbildung; das theoretische Curriculum, die Supervision und die Selbsterfahrung werden von externen Instituten, mit denen Kooperationsverträge bestehen, angeboten. Des Weiteren sind wir dato im Prozess zur Beantragung der Zulassung zur Weiterbildungsstätte in der neuen Fassung des PsychThG.

15.5. Ausbildung Rechtspsychologie

Die Rechtspsychologie, als Teilgebiet der Psychologie, beschäftigt sich mit der Anwendung psychologischer Theorien, Methoden und Erkenntnisse in Bezug auf das Rechtswesen. Dies

betrifft verschiedene Rechtsgebiete, wie das Strafrecht, das Zivilrecht, das Arbeits-, Sozial-, Verkehrs- und Verwaltungsrecht. Dabei bildet die psychodiagnostische Begutachtung für Gerichte und andere Institutionen der Rechtspflege (wie Glaubhaftigkeits-, Prognose-, Schuldfähigkeitsgutachten oder familienpsychologischen Gutachten), die Tätigkeit im Straf- und Maßregelvollzug und die Forschung im Bereich der Prävention, Viktimologie und Polizeipsychologie den Schwerpunkt (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. [BDP], 2020).

Für die Ausbildung gibt es die Möglichkeit eines Masterstudiums oder die berufsbegleitende Zertifizierung als „Fachpsychologe / Fachpsychologin für Rechtspsychologie BDP/DGP“[6].

Zum aktuellen Zeitpunkt ist eine Psychologin in unserer Klinik Fachpsychologin für Rechtspsychologie.

15.6. Ausbildung zum Fachpfleger

Wir bieten Pflegemitarbeiter*innen die Möglichkeit zur Ausbildung zum Fachpfleger Psychiatrie.

15.7. Ausbildung in speziellen Therapieformen

Neben den bereits erwähnten Ausbildungen ist es für den Kontext der Forensischen Psychiatrie notwendig spezifische kriminaltherapeutische und suchtspezifische Therapieformen anzubieten. Wie oben beschrieben, sind das R&R-Training und die DBT hier von besonderer Bedeutung.

In unserer Klinik bieten zwei zertifizierte Trainerinnen das R&R-Programm an. Eine Trainerin, die am Institut für Forensische Psychiatrie Haina e. V. ausgebildet wurde, hat die Zulassung als „R&R-Instructor“ und kann somit R&R-Trainer ausbilden.

Für die Umsetzung der DBT-F wurde das gesamte multiprofessionelle Team geschult, Nachschulungen finden fortlaufend statt. Es ist die Zertifizierung der Station als DBT-Station angestrebt.

Um auch in Zukunft evidenzbasierte Therapieformen anbieten zu können und auf dem neuesten Stand der Kriminaltherapie zu sein werden die Mitarbeiter*innen in neuen Therapieansätzen intern und extern fortgebildet. Hierzu zählen das Motivational Interviewing, das Life Minus Violence Enhanced-Programm (LMV-E) und spezifische Sexualtraftäterprogramme. Seit 2024 gibt es drei LMV-E-Trainer in unserer Klinik, seit 2025 sind die Ltd. Psychologin und ein Psychologe der Institutsambulanz als ASAT®-Trainer*in ausgebildet.

15.8. Externe Supervision

„Institutionen, die sich mit der therapeutischen Arbeit straffällig gewordener schuldfähiger bzw. schuldunfähiger Personen beschäftigen, haben immer ein doppeltes Mandat zu erfüllen. Sie sollen therapeutische Hilfe leisten und gleichzeitig effektive Kontrolle ausüben, um die Öffentlichkeit vor gefährlichen Rückfällen der dort Untergebrachten zu schützen. Nicht selten

[6] DGP (Deutsche Gesellschaft für Psychologie)

entstehen dadurch Spannungen, die von den Beteiligten gelöst werden müssen, damit die Institution reibungslos funktionieren kann.“ (Pfäfflin & Lamott, 2012, S. 610)

Dieser schwierigen Aufgabe sind wir uns bewusst. Neben der alltäglichen Arbeit mit psychisch kranken Straftätern können vor allem Krisensituationen psychisch belastend sein.

Neben der Möglichkeit der internen Supervision durch Kolleg*innen oder Vorgesetzte, wird jedes multiprofessionelle Stationsteam und die Mitarbeitenden der Komplementärtherapien einmal im Monat durch einen externen Supervisor unterstützt.

Seit 2022 haben wir außerdem die Möglichkeit für alle Mitarbeitenden geschaffen nach schwer zu verarbeitenden Krisen auch externe Unterstützung zu erhalten. Dazu steht es den ihnen im Einzelfall frei eine*n externe*n Supervisor*in für eine Einzelsupervision zu konsultieren. Die Kosten für 10 Sitzungen übernimmt unsere Klinik. Nachhaltige psychische Belastungen können außerdem über eine Unfallanzeige der Universitätsmedizin Rostock gemeldet und externe psychologische Hilfe bei der Unfallkasse beantragt werden.

16. Perspektiven

Die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Klinik orientiert sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, fachlichen Leitlinien und menschenrechtlichen Standards. Dabei ist es uns wichtig, nicht nur neue Behandlungsmethoden einzuführen, sondern auch bestehende Strukturen und Abläufe regelmäßig kritisch zu hinterfragen. Für die kommenden Jahre haben wir uns insbesondere die weitere Stärkung der Patient*innenorientierung, die Weiterentwicklung unserer therapeutischen Angebote, die Reduktion von Zwang sowie die Digitalisierung und Qualitätssicherung unserer Arbeit vorgenommen.

Ein besonderer Schwerpunkt wird die weitere Stärkung der Patient*innenperspektive sein. Wir möchten unsere Patientinnen noch stärker an Entscheidungen beteiligen, die ihre Behandlung und ihren Alltag in der Klinik betreffen. Hierzu planen wir unter anderem die Entwicklung von Behandlungsplänen in einfacher Sprache, um therapeutische Ziele und Maßnahmen verständlicher und transparenter zu machen. Darüber hinaus möchten wir mit der Einführung eines Patient*innenbeirates eine stationsübergreifende Möglichkeit schaffen, Anliegen und Verbesserungsvorschläge einzubringen und an der Gestaltung des Klinikalltags mitzuwirken.

Im therapeutischen Bereich möchten wir unser Angebot weiter differenzieren und stärker auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patientinnen abstimmen. Hierzu gehört insbesondere der Ausbau traumaspezifischer Diagnostik und Behandlung. Durch gezielte Fort- und Weiterbildungen unserer Mitarbeitenden in spezifischen psychotherapeutischen Verfahren möchten wir die vorhandenen Kompetenzen erweitern und zusätzliche Behandlungsangebote schaffen. Dabei sollen sowohl störungsspezifische als auch deliktorientierte und rehabilitative Ansätze berücksichtigt werden. Auch die Einbeziehung von Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen soll weiter gestärkt werden.

Ein weiteres zentrales Anliegen ist die kontinuierliche Reduktion von Zwang und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Wir möchten unsere bereits bestehenden Ansätze zur Gewaltprävention und Deeskalation weiterentwickeln und ihre Wirksamkeit systematisch überprüfen. Hierzu gehören insbesondere die weitere Umsetzung und Evaluation von Safewards, die regelmäßige Analyse von Zwangsmaßnahmen sowie die Weiterentwicklung von Nachbesprechungen unter Einbeziehung der Patient*innen. Unser Ziel ist es, Konflikte möglichst frühzeitig zu erkennen, alternative Handlungsstrategien zu entwickeln und Zwang auf das unbedingt erforderliche Maß zu begrenzen.

Auch die Digitalisierung wird in den kommenden Jahren eine wichtige Rolle spielen. Ein wesentliches Vorhaben ist die Einführung einer elektronischen Krankenakte. Wir erwarten uns davon eine Verbesserung der Dokumentation, der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Informationen. Darüber hinaus möchten wir die Möglichkeiten digitaler Technologien sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Kommunikation und Information unserer Patient*innen stärker nutzen.

Schließlich möchten wir die systematische Evaluation unserer Arbeit weiter ausbauen. Als universitäre Einrichtung sehen wir es als besondere Aufgabe an, neue Behandlungsansätze wissenschaftlich zu begleiten und die Qualität unserer Versorgung kontinuierlich zu überprüfen. Hierbei sollen neben klinischen Behandlungsergebnissen auch die Erfahrungen und Einschätzungen unserer Patient*innen stärker berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieser Evaluationen sollen unmittelbar in die Weiterentwicklung unserer Behandlungskonzepte und organisatorischen Abläufe einfließen.

Unser übergeordnetes Ziel bleibt es, eine evidenzbasierte, menschenrechtsorientierte und individuell ausgerichtete Behandlung anzubieten, die sowohl den Bedürfnissen unserer Patient*innen als auch unserem gesellschaftlichen Auftrag der Besserung und Sicherung gerecht wird.

Anhang

Literatur

Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., Hassiotis, A. (2015): Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. Cochrane database of systematic reviews (4): CD003406.

Andrews, D. A., Bonta, J., Hoge, R. (1990): Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behaviour 17: 19-52.

Andrews, D. A., Bonta, J. (2010): The psychology of criminal conduct (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender & Company.

Auszra, L., Herrmann, I. R., Greenberg, L. S. (2017): *Emotionsfokussierte Therapie: Ein Praxismanual*. Göttingen: Hogrefe.

Bateman, A., Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. Journal of clinical psychology 64: 181-194.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2012): Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg., 2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Beauchamp, T., Childress, J. (2001): Principles of biomedical ethics. Oxford: OUP.

Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., & Wittchen, H.-U. (2019a). *SCID-5-CV: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version*. Hogrefe.

Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., & Wittchen, H.-U. (2019b). *SCID-5-PD: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. ([BDP], 2020): Sektion Rechtspsychologie. https://www.bdp-verband.de/verband/sektionen/rechtspsychologie. Zuletzt zugegriffen 30.8.2022.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A. (2012): *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2020). 85. Auflage. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/

Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Marx, J.; Martini, J. F.; Cairns, S. (2017): NADA Ear Acupuncture: An Adjunctive Therapy to Improve and Maintain Positive Outcomes in Substance Abuse Treatment. Behavioral sciences 7: 37.

Clark, D. A. (2000): *Theory manual for enhanced thinking skills: Prepared for the joint prison accreditation panel.* London: Home Office.

Clarkin, J. F., Yeomans, F., Kernberg, O.F. (1999): *Psychotherapy of borderline personality*. New York: Wiley.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C.,Kernberg, O. F. (2001): The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: A preliminary study of behavioral change. Journal of Personality Disorders 15: 487–495.

Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005): Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. Clinical Neuroscience Research 4: 379-386.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. Aktualisierte Version Dezember 2020, Version 3.1. AWMF-Registernummer 076-001

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2026). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline (Version 5.0, AWMF-Registernummer 038-009).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Hrsg. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 vom 14.11.2022. AWMF-Registernummer 038-015. Berlin: DGPPN; 2022.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. Otto, M. W. (2008): A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. The American Journal of Psychiatry 2: 179 - 187

Egger, J. (2015): *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Eher, R., Rettenberger, M., Gaunersdorfer, K., Haubner-MacLean, T., Matthes, A., Schilling, F., Mokros, A. (2013): Über die Treffsicherheit der standardisierten Risikoeinschätzungsverfahren Static-99 und Stable-2007 bei aus einer Sicherungsmaßnahme entlassenen Sexualstraftätern. Forensische Psychiatrie Psychologie und Kriminologie 7: 264 – 272

European Committee for Standardization. (2020). Patient involvement in health care – Minimum requirements for person-centred care. CEN-CENELEC Management Centre.

Fehringer, B., Habermann, N., Becker, N. & Deegener, G., (2016): *Multiphasic Sex Inventory (MSI)* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe

Fernandez, Y., Harris, A., R., J., Hanson, R. J. & Sparks, J. (2014). *Stable-2007 coding manual revised 2012.* Public Safety Canada.

Franke, G. (2014): *Symptom-Checklist-90®-Standard – SCL-90®-S*. Göttingen: Hogrefe.

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.

Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., James, M. (2019): Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. Clinical Psychology Review 73: 101752

Graf, M. (2022): Paraphile Störungen. In: Habermeyer, E., Dreßing, H., Seifert, D., Lau, S. *Praxishandbuch Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie*. München: Urban & Fischer (S. 227 – 245).

Gross, W. (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hanson, R. & Harris, A. J. R. (2007*). Acute-2007 Scoring Guide.* Public Safety Canada.

Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2003): *Static-99 Coding Rules: Revised 2003.* Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.

Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2025). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (8. Aufl.). Beltz.

Hockenhull, J. C., Whittington, R., Leitner, Barr, W., McGuire, J., Cherry, M. G., Flentje, R. Quinn, B., Dundar, Y., Dickson, R. (2012): A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. Health technology assessment 16: 1 - 152.

Hollenbach, A. (2015). *Diagnose psychoaktiver Beeinflussung als Basis der Intervention im Sinne von Suchtprävention.* In H.-J. Kerner & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover: Deutscher Präventionstag.

Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V. (IFPH) (2004): Reasoning & Rehabilitation Handbuch zur Vermittlung kognitiver Fertigkeiten. Haina: Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V.

Ireland, J. (2009): *Life minus violence-enhanced therapy manual.* Liverpool, UK: Merseycare NHS Trust.

Jürgens, B., & Lübben, K. (2025). Gruppentraining sozialer Kompetenzen für Kinder und Jugendliche (GSK-KJ): Theoretische Grundlagen und praktische Handlungsanleitung (3. Aufl.). Beltz.

Klos, H., Görgen, W. (2020) *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe

Körkel, J., & Schindler, C. (2020). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer.

Kuhl, J., & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Manual* (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

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

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (LAGUS) (2021): https://www.lagus.mv-regierung.de/LPH/Akademische-Berufe/

Löhr, M., Schulz, M., & Nienaber, A. (2019). Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu. Psychiatrie Verlag, Köln.

Mattick, R., Breen, C., Kimber, J., Davoli M (2009): Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews: a review of meta-analyses. Current opinion in psychology 19: 65-74.

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

McCann, R. A., Ivanoff, A., Schmidt, H., Beach, B. (2007): Implementing dialectical behavior therapy in residential forensic settings with adults and juveniles. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings: 112-144.

Miller W., Rollnick S. (2015): *Motivierende Gesprächsführung*. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus.

Mokros, A., Hollerbaach, P., Nitschke, J., Habermeyer, E. (2017): Deutsche Version der Hare Psychopathie Checklist – Revised (PCL-R) von R. D. Hare. Göttingen: Hogrefe.

Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P. et al. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Der Nervenarzt 88 (1): 1-29.

Müller-Isberner, R., Schmidbauer, W. M., Born, P. (2014): Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3. Benutzerhandbuch Deutsche Version. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina e.V.

National Institute for Care and Health Excellence (NICE) (2009a): Borderline personality disorder: Treatment and management. London: NICE.

National Institute for Care and Health Excellence (NICE) (2009b): Antisocial personality disorder: prevention and management. London: NICE.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen: Psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen*. Federatie Medisch Specialisten.

Oermann, A., Brück, R., Bohus, M. (2008): Die Übertragung der Dialektisch - Behavioralen Therapie auf die Behandlung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung in der Forensik (DBT-F). In: Schmidt-Quernheim, F., Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.): Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug: 201-215. Bern: Huber Verlag.

Perry, A. E., Martyn-St, M., Burns, L. et al. (2019): Interventions for female drug-using offenders. Cochrane Database of Systematic Reviews (12).

Petermann, F. (2012): Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV) – von D. Wechsler. Göttingen: Hogrefe.

Pfäfflin, F. & Lamott, F. (2012). Supervision im forensischen Kontext. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung (S. 608–616). Freiburg: Centaurus Verlag.

Prochaska, J., Di Clemente, C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19(3): 276–288.

Repper, J., Carter, T. (2011): A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of mental health 20: 392-411.

Rettenberger, M. (2021): Prognosemethoden und Prognoseinstrumente für die kriminalprognostische Begutachtung von Sexualstraftätern. In: N. Saimeh, P. Briken & J. L. Müller (Hrsg.): *Sexualstraftäter: Diagnostik – Begutachtung – Risk Assessment – Therapie* (S. 367-379). Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rettenberger, M., Eher, R. (2006): Die deutsche Übersetzung des Static 99 zur aktuarischen Kriminalprognose verurteilter Sexualstraftäter. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 89: 352 – 365.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (2019). von: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2029/PT- RL_2019-11-22_iK-2020-01-24.pdf. Zuletzt zugriffen am 26.11.2020.

Rogers, C. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of consulting psychology 21: 95.

Rogers, C. R. (1987): Comments on the Issue of Equality in Psychotherapy. Journal of Humanistic Psychology 27: 38–40.

Ross, R., Fabiano, E. (1986*): Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills.* Ottawa: Cognitive Center of Canada.

Schmucker, M., Lösel, F. (2015): The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. Journal of Experimental Criminology 11: 597-630.

Schnell, T. (2016). *Praxisbuch: Moderne Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Schunert, T. (2017). Das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP): Manual. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. ISBN 978-3

Steffes-enn, R. (2008): Das Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT®). *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 2*, 9-12

Steffes-enn, R. (2019): Deliktorientierte Anamnese. In: Steffes-enn, R. & Ihm, H. (Hrsg.): *Täter und Taten als Informationsquellen. Anamnese und Fallarbeit* (3. Auflage) (S. 61-90). Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(5)

Trapp, Y., Brenig, D., & Völlm, B. (2026). Safewards in forensic mental health settings: A review of the current state of evidence. International Journal of Forensic Mental Health, 25(3), 183–195.

Völlm, B., Cerci, D. (2021): Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review. Suchtmedizin 23: 90-98.

Ward T (2002). The management of risk and the design of good lives. Australian Psychologist 37: 172-179

Ward, T., Stewart, C. (2003): Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. Sexual deviance: Issues and controversies: 21-44.

Ward, T., Mann, R. E. & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87-107.

Wormith, J., Zidenberg, A. (2018): The historical roots, current status, and future applications of the risk-need-responsivity model (RNR). In: New frontiers in offender treatment: 11-41.

Wullschleger A, Vandamme A, Ried J, et al. (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. Psychiatrische Praxis, 46(3).

Valente, M., Reusch, Y. (2017): *Selbstregulation und Impulskontrolle durch Schematherapie aufbauen.* Weinheim: Beltz

Wetterling, T., Kanitz, R. D., Besters, B., Fischer, D., Zerfass, B., John, U., Spranger, H., & Driessen, M. (1997). A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol and Alcoholism, 32*(6), 753–760

Wettermann A, Völlm B, Schläfke D (2020): Highly Structured Treatment Programs for Addicted Offenders: Comparing the effects of the Reasoning & Rehabilitation Program and DBT-F. Frontiers in Psychiatry 11: 499241.

Young, J. (1990): Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.). APA PsycNet: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2005): *Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.