

# 1 Einleitung

Die Behandlung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und den forensisch psychiatrischen Ambulanzen ist Teil des Versorgungsangebots für psychisch Kranke. Im psychiatrischen Maßregelvollzug werden auf der Grundlage des § 63 Strafgesetzbuch (StGB) Patienten<sup>1</sup> behandelt, die wegen ihrer psychischen Störung eine erhebliche Straftat begangen haben und infolge ihrer Störung weiterhin gefährlich sind. Sie waren bei Begehung der Tat schuldunfähig oder in ihrer Schuldfähigkeit zumindest erheblich vermindert. Im früheren Bundesgebiet einschließlich Gesamtberlin waren dies im Jahr 2013 etwa 6.633 Patienten. Darüber hinaus wurden über 3.686 Patienten in Entziehungsanstalten auf Grundlage des § 64 StGB behandelt (Statistisches Bundesamt 140). Hierbei handelt es sich um suchtkranke Rechtsbrecher, die Therapie benötigen, um weitere erhebliche Straftaten infolge ihrer Sucht zu verhindern. An die stationäre Behandlungsphase schließt sich eine ambulante Nachbetreuung an.

Dass Gerichte über die Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug entscheiden, unterscheidet die hier angebotene Behandlung von der nichtforensischen Psychiatrie; Der Patient kann weder Anfang und Ende der Unterbringung noch Wo und Wie der Behandlung frei wählen. Seine Grundrechte können auch über die Unterbringung als solche hinaus eingeschränkt werden. Ziel der Behandlung ist die Reduktion von Fremdgefährlichkeit durch die Besserung des die Gefährlichkeit bedingenden Gesundheitszustandes des Patienten. Dies dient sowohl dem Patienten selbst als auch der Sicherheit der Gesellschaft, zu der auch Mitarbeiter und Mitpatienten sowie Angehörige gehören. Die Behandlung als solche ist multiprofessionell und interdisziplinär, richtet sich aber nach psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesichtspunkten. Die Letztverantwortung liegt bei Psychiatern oder psychologischen Psychotherapeuten in Leitungsfunktion; wobei auch hier die ärztliche Verantwortung beim Arzt verbleibt. Untersuchung und Behandlung bedürfen grundsätzlich der Einwilligung des Patienten. Er hat auch einen Anspruch auf Behandlung anderer Erkrankungen als der Anlasskrankheit. Nur unter bestimmten, eng definierten Umständen darf der Patient auch gegen seinen Willen behandelt werden. Angesichts des rechtlichen Rahmens stellt es eine besondere Herausforderung für die Behandelnden dar, die Patienten zur Mitarbeit zu motivieren.

Während für die Erstellung von Gutachten zur Schuldfähigkeit [10]<sup>2</sup> und zur Legalprognose [9] bereits Mindestanforderungen publiziert worden sind, liegen konsentiertere Standards für die Behandlung im psychiatrischen Maß-

---

1 Um der besseren Lesbarkeit willen, schließt die männliche Bezeichnung im Folgenden die weibliche Form mit ein.

2 Die medizinischen Zitate werden numerisch in der alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Dagegen werden die juristischen Belegstellen – der juristischen Zitierweise folgend – im Text wiedergegeben.

regelvollzug bislang nicht vor. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Lücke zu schließen und die Qualität einer Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug zu beschreiben, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und transparent rechtlich und ethisch begründet ist. Standards für die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug sollen allen Beteiligten helfen, sich zu orientieren und die Möglichkeiten und Chancen des psychiatrischen Maßregelvollzugs besser einzuschätzen.

Den Autoren ist dabei bewusst, dass die Ausgestaltung des Vollzugs der Unterbringung Ländersache ist und die rechtlichen Rahmenbedingungen, finanziellen und personellen Ausstattungen in den Bundesländern unterschiedlich geregelt und in ihren Auswirkungen durchaus heterogen sind.

## 2 Rechtlicher Rahmen

Die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB und in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB sind Teil des Strafrechts. Gesetzliche Vorgaben für ihre Anordnung, Dauer und formelle sowie inhaltliche Ausgestaltung finden sich im materiellen Strafrecht, Strafprozessrecht und Strafvollstreckungsrecht sowie in den Straf- und Maßregelvollzugsgesetzen des Bundes und der Länder. Den Gestaltungsrahmen steckt das Grundgesetz ab.

Die Maßregeln bilden die sog. zweite Spur des Strafrechts, neben der Sanktionierung von Straftaten durch (Geld- und) Freiheitsstrafen. Sie orientieren sich nicht an der Schuld, sondern an der Gefährlichkeit der Täter und bezwecken präventiv die Sicherung der Allgemeinheit. Wenn möglich, soll diese Sicherung durch Besserung der Täter erreicht werden. Gelingt dies nicht, erhält der nach § 63 StGB untergebrachte Patient zumindest die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege (§ 136 Strafvollzugsgesetz [StVollzG]). Anders verhält es sich in den Fällen des § 64 StGB: Diese Unterbringung darf nur angeordnet und nur so lange fortgesetzt werden, wie eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht für die Behandlung besteht (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 16.03.1994 – 2 BvL 3/90 u.a., Leitsatz 1).

Rechtlicher Maßstab für den Erfolg der Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt ist die Erwartung, dass die untergebrachte Person außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67d Abs. 2 Satz 1 StGB). Ist dieses Ziel erreicht, ist die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen. Medizinisch oder psychotherapeutisch ggf. noch indizierte weitere Behandlungsmaßnahmen müssen im ambulanten Rahmen erfolgen. Wird dieses Ziel nicht erreicht, so ist zwischen den beiden Maßregeln zu unterscheiden:

Die Unterbringung nach § 64 StGB endet spätestens mit dem Erreichen der gesetzlichen Höchstfrist (§ 67d Abs. 1 Satz 1 StGB); sie kann bereits früher durch das Gericht für erledigt erklärt werden, wenn die Voraussetzungen ihrer Anordnung nicht mehr vorliegen (§ 67d Abs. 5 StGB); die Anordnung ergeht nämlich nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt 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 (§ 64 S. 2 StGB).

Die Unterbringung nach § 63 StGB ist demgegenüber grundsätzlich unbefristet. Jedoch erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn ihre Voraussetzungen (Gefährlichkeit aufgrund eines Zustands nach §§ 20, 21 StGB) nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre. Seit dem 01.08.2016 gilt: 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, 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 (§ 67d Abs. 6 StGB).

Der damit angesprochene Grundsatz der Verhältnismäßigkeit hat Verfassungsrang (Art. 2 Abs. 2, Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz [GG] – Rechtsstaatsprinzip). Er begrenzt die Unterbringung nicht nur sachlich und zeitlich, sondern stellt auch Anforderungen an ihre inhaltliche Ausgestaltung.

Das BVerfG hat diese Anforderungen seit 1985 in zahlreichen Entscheidungen dargelegt (grundlegend: 2 BvR 1150/80). In einem Beschluss vom 27.03.2012 (2 BvR 2258/09) hat es ausdrücklich betont, dass die (nur) durch das Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit gerechtfertigte Unterbringung nach § 63 StGB dem Untergebrachten „ein Sonderopfer im Interesse der Allgemeinheit“ auferlege, „da die zugrunde liegende Störung oder Erkrankung schicksalhaft und die aus ihr abzuleitende Gefährlichkeit kein vom Untergebrachten beherrschbares Persönlichkeitsmerkmal ist“. Das Resozialisierungsgebot ist aus der grundgesetzlichen Pflicht zur Achtung der Menschenwürde, dem Sozialstaatsprinzip, dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und der Pflicht des Staates, die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen, hergeleitet. Der Staat sei verpflichtet, „im Vollzug von Anfang an geeignete Konzepte bereitzustellen, um die Gefährlichkeit des Untergebrachten für die Allgemeinheit nach Möglichkeit zu beseitigen und ihn auf ein Leben in Freiheit vorzubereiten“, und „den Maßregelvollzug wegen des damit verbundenen Sonderopfers in besonderer Weise freiheitsorientiert und therapiegerich-

tet anzulegen“. Das BVerfG knüpft damit an sein Grundsatzurteil zur Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011 an (2 BvR 2365/09). Es erscheint deshalb gerechtfertigt – und im Sinne eines Erst-recht-Schlusses sogar geboten – die vom BVerfG für die Sicherungsverwahrung formulierten Behandlungsanforderungen als Maßstab auch für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt zugrunde zu legen:

- Der Behandlungsrahmen muss therapeutisch klar auf die Ziele einer Verringerung der Rückfallgefahr, der Entlassung in die Freiheit als realistische Möglichkeit und der Verringerung der Dauer der Freiheitsentziehung auf das unbedingt erforderliche Maß ausgerichtet sein. Dies erfordert ausreichende Personalkapazitäten. Über die unabdingbare Einschränkung von Freiheiten hinausgehende Belastungen aller Art müssen vermieden werden.
- Erforderlich ist ein hohes Maß an Betreuung auf der Grundlage einer Behandlungsuntersuchung (Eingangsdiagnostik), die unverzüglich, umfassend sowie entsprechend moderner wissenschaftlicher Anforderungen durchzuführen ist.
- Auf dieser Grundlage ist ein individuell auf die untergebrachte Person zugeschnittener Behandlungsplan zu entwickeln, der regelmäßig fortgeschrieben wird. Er muss im Einzelnen beschreiben, mit welchen Maßnahmen Motivation und Mitarbeit des Untergebrachten gezielt gefördert, Risikofaktoren verringert und schützende Faktoren gestärkt werden sollen. Entsprechend dem Behandlungsfortschritt muss er dabei auch Maßnahmen zur Erprobung in Vollzugslockerungen sowie zur Entlassungsvorbereitung und ein Übergangsmangement durch Verzahnung der planmäßigen internen und externen Hilfen in staatlicher und freier Trägerschaft (z.B. forensische Ambulanzen, betreutes Wohnen, beschütztes Arbeiten) für die Phase nach der Entlassung vorsehen und zunehmend konkretisieren.
- Die Klinik ist dazu angehalten, für eine zügige, konsequente und intensive Umsetzung des Behandlungsplans durch ein multidisziplinäres Team qualifizierter Fachkräfte zu sorgen. Soweit standardisierte Therapiemethoden keine Wirkung zeigen, müssen individuell zugeschnittene Therapieangebote entwickelt werden; Aufwand und Kosten dürfen insoweit keine Rolle spielen.

Darüber hinaus muss die Behandlung auch die Vorgaben beachten, die das BVerfG aus dem Selbstbestimmungsrecht und der „Freiheit zur Krankheit“ abgeleitet hat (vgl. Abschnitt „Behandlung und Maßnahmen gegen den Willen des Patienten“).

### 3 Ethische Grundlagen

Behandelnde im Maßregelvollzug tragen Verantwortung für den individuellen Patienten und für die Sicherheitsinteressen der Gesellschaft. Konflikte aus dieser Doppelrolle bedürfen im therapeutischen Kontext einer sorgfältigen Analyse. Das Handeln ist begründungspflichtig, weil das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler in der therapeutischen Beziehung besonders schutzwürdig ist und die Verpflichtung des Behandelnden auf seinen individuellen Patienten in der Regel als vorrangig vor gesellschaftlichen Ansprüchen gleich welcher Art angesehen wird. Die ethischen Prinzipien des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten, der Fürsorge, Gleichheit und Gerechtigkeit sowie des Nichtschadens sind auch im psychiatrischen Maßregelvollzug grundlegend für jede Behandlung und die therapeutische Beziehung.

Die Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer (MBO-Ä) konstatiert: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“ (§ 1 I MBO-Ä). Doch stellt sie im Folgenden zugleich heraus, dass diese Verpflichtungen nicht als gleichrangig anzusehen sind. Vielmehr haben Ärzte ihr Handeln zunächst am Wohl der Patienten auszurichten. Verboten ist ihnen, „das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten [zu] stellen“ (§ 2 II MBO-Ä). Auch dürfen sie „hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“ (§ 2 IV MBO-Ä). Diese von den Landesärztekammern in ihre Berufsordnungen übernommenen Grundsätze stehen im Einklang mit den berufsethischen Richtlinien internationaler Organisationen. So lautet etwa der entsprechende Passus in der Deklaration von Genf des Weltärztebundes: „The health of my patient will be my first consideration“ (WMA Declaration of Geneva, Preamble; [www.aapl.org/ethics.htm](http://www.aapl.org/ethics.htm)). Eine vergleichbare Formulierung findet sich in der Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (§ 3 IV MBO-PP/KJP).

Damit sind auch die Grundzüge der Behandlung in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie berufsrechtlich umrissen. Geht es um Bereiche, in denen die ärztliche bzw. psychotherapeutische Expertise im engeren Sinn gefordert ist, also bei der Diagnose, Therapie und Prävention, kommt der an den Vorgaben der MBO-Ä bzw. MBO-PP/KJP orientierten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Entscheidung das Primat zu. Geht es um Freiheitsentzug und Schutz der Allgemeinheit, wie bei Gefährlichkeitseinschätzungen, Lockerungen, Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen, müssen sich Entscheidungen und Empfehlungen der vollzugsverantwortlichen Ärzte und Psychotherapeuten an den Straf- und Vollzugsgesetzen orientieren.

In diesem Spannungsfeld muss auch das Prinzip der Gerechtigkeit beachtet werden. Dieses besagt einerseits, dass Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht, Erkrankung, sozialer Stellung etc. grundsätzlich gleich zu behan-

deln sind (vgl. Gelöbnis MBO-Ä, § 3 III MBO-PP/KJP; Rahmenberufsordnung Deutscher Pflegerat 2004). Ebenso wenig darf es einen Unterschied machen, ob sich der Patient freiwillig in die Behandlung begeben hat oder ob er strafrechtlich untergebracht ist. Es bedeutet andererseits aber auch, dass aus Gründen der Fairness gleich- oder ggf. sogar höherrangigen Interessen Dritter Rechnung getragen werden muss. Diese Gerechtigkeitsanforderungen stellen eine besondere Herausforderung für das ethische Handeln in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie dar.

Im Idealfall können die Aufgaben als behandelnder Arzt, Psychotherapeut etc. einerseits und als Vollzugsleiter andererseits miteinander in Einklang gebracht werden, und zwar so, dass den Erfordernissen beider ohne Abstriche Genüge getan wird und die Erfordernisse des einen nicht auf Kosten des jeweils anderen durchgesetzt werden. Dieses muss das primäre Ziel in Einrichtungen des Maßregelvollzugs sein und von vornherein bei der Planung und Ausstattung berücksichtigt werden. Gelingt dies nicht, muss stets nach dem kleinstmöglichen Eingriff in die Individualrechte des Einzelnen gesucht werden (z.B. im Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht, siehe Abschnitt „Pflicht zur Verschwiegenheit und zur Offenbarung“). Unverzichtbar ist die Aufklärung der Patienten über die doppelte Verantwortung der Behandelnden für die Patienten und die Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit.

Ökonomische Aspekte dürfen sich auf die Behandlung im Einzelfall nicht auswirken. Dieser Grundsatz kontrastiert immer wieder mit konkreten finanziellen Rahmenbedingungen.

## 4 Strukturelle Rahmenbedingungen

### 4.1 Grundregeln

Der psychiatrische Maßregelvollzug hat sich an den Grundlagen forensischer Psychiatrie und Psychotherapie zu orientieren, insbesondere an Transparenz, Ehrlichkeit, Fairness, der Benennung und Durchsetzung von Verhaltensgrenzen sowie der Berechenbarkeit und Einhaltung von Regeln, dies gilt in gleicher Weise im Umgang zwischen Behandlern und Patienten wie auch zwischen den Behandlern miteinander. Das forensische Versorgungssystem in seiner Gesamtheit muss Behandlungen für alle eingewiesenen Patientengruppen vorhalten.

### 4.2 Personelle Ressourcen

Adäquate personelle Ressourcen sind eine unerlässliche Voraussetzung für eine effektive Behandlung im Maßregelvollzug. Es bedarf einer hinreichen-

den Zahl qualifizierter Mitarbeiter, die nicht nur über eine Qualifikation in originären klinischen Berufen verfügen, sondern darüber hinausgehend über Wissen und Erfahrung im Risikomanagement einschließlich der Kenntnis der vielfältigen juristischen Grundlagen. Zusatzqualifikationen gibt es mit dem fachärztlichen Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ der Landesärztekammern, dem DGPPN-Zertifikat „Forensische Psychiatrie“, dem „Fachpsychologen für Rechtspsychologie“ und in einigen Bundesländern für die pflegerische Berufsgruppe mit der Zusatzqualifikation „Maßregelvollzug“ oder der Fachweiterbildung Psychiatrie mit Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie und Psychotherapie“. Alle Mitarbeiter haben sich regelmäßig fort- und weiterzubilden und sich einer Fall- und/oder Teamsupervision zu unterziehen.

Die fachlich gewünschte Ausstattung mit ausreichend forensisch qualifizierten Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten kontrastiert vielerorts mit dem zunehmenden Mangel in diesen Berufsgruppen. Fachlich erarbeitete und von Fachaufsichten anerkannte Personalanhaltszahlen (Baden-Württemberg, Hessen) gehen von vergleichbaren Kennwerten aus. Zum Beispiel sind in Hessen die folgenden Vollkraftstellen pro 100 Patienten vorgesehen: 7,6 Ärzte, 5,8 Psychologen, 4,5 Sozialarbeiter, 1,2 Sport- und Physiotherapeuten, 1,75 Lehrer, 8,5 Ergotherapeuten, Pflegepersonal nach Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Forensik 1:1, wobei ein den Aufgaben und Bedürfnissen entsprechendes Geschlechterverhältnis anzustreben ist [108, 139]. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat für die Sicherungsverwahrung bei Verwahrten mit psychischer Störung folgende Personalausstattung für angemessen gehalten: 1 Psychiater, 4 Psychologen, 5 Sozialarbeiter, 25 Mitarbeiter des allgemeinen Vollzugsdienstes bei 30 Verwahrten (Bergmann v. Deutschland, Urteil vom 07.01.2016 – 23279/14). Schlechter darf eine Personalausstattung in der forensischen Psychiatrie nicht sein, wobei die Verteilung der Therapeutenstellen auf Psychiater und Psychologen der Art der zu behandelnden Erkrankungen bzw. Störungen Rechnung tragen muss. Zudem muss berücksichtigt werden, dass im Vollzug der Sicherungsverwahrung seltener als in der forensisch-psychiatrischen Klinik akute psychiatrische bzw. psychotherapeutische Kriseninterventionen erforderlich werden.

Mindestens 85% der Mitarbeiter des Pflegedienstes sollten eine dreijährige Ausbildung abgeschlossen haben (ggf. Bachelor-Abschluss), davon mindestens 65% im Bereich Kranken- oder Gesundheitspflege. Aus therapeutischer Sicht sollte die Anzahl der Pflegemitarbeiter im Tagesdienst so bemessen sein, dass nicht nur Personal für die rein organisatorischen Stationsprozesse und die Besetzung des Stationssekretariats vorhanden sind, sondern auch Personalressourcen bestehen, um konkret mit den Patienten sozio- und milieuthérapeutisch zu arbeiten und diese in ihrer Alltagsstrukturierung und in alltagspraktischen Fähigkeiten zu unterstützen. Dazu zählt auch genügend

Personal, um Lockerungsschritte regelmäßig umsetzen zu können. Diese müssen auch aufrechtzuerhalten sein, wenn andererseits Personal zu Rundum-die-Uhr-Betreuung eingeteilt werden muss. Die Zahl der einsetzbereiten Pflegekräfte richtet sich nach Stationsgröße und -typ sowie örtlichen Gegebenheiten.

Den forensischen Kliniken muss personell juristischer Sachverstand zur Verfügung stehen.

### 4.3 Räumliche Ressourcen

Forensische Behandlungseinrichtungen unterscheiden sich bundesweit hinsichtlich ihrer Anbindung oder Einbettung in die Versorgungszentren der allgemeinen Psychiatrie. Es gibt (im Einzelfall ausschließlich hoch gesicherte) Solitärstandorte, Standorte mit einer voll umfänglichen Differenzierung der Gebäude nach unterschiedlichen Sicherheitsstandards von hoch gesichert bis zu offenen Wohngruppen und Appartementshäusern auf oder in der Nähe des Klinikgeländes; es gibt forensische Abteilungen an Großkrankenhäusern oder einzelne forensische, etwas höher gesicherte Schwerpunktstationen unterhalb einer eigenen Abteilungsstruktur.

Der bauliche Sicherungsaufwand wird psychiatriepolitisch unterschiedlich interpretiert und unterliegt auch politischen Vorgaben. Während die bauliche Sicherung der Klinikgebäude nach außen dem Schutz der Bevölkerung dient, muss die Gebäudebeschaffenheit nach innen ebenso dem Schutz der Mitarbeiter und Mitpatienten dienen. Entsprechend sind auch geeignete Notrufsysteme zu installieren.

Die Unterbringung in der Klinik soll so gestaltet sein, dass sie den Lebensbedingungen außerhalb möglichst angeglichen ist, inklusive Beschäftigungs-, Sport- und Freizeitmöglichkeiten.

Die Stationsgröße muss den spezifischen Behandlungsbedürfnissen der Patienten entsprechen. Sie sollte zwischen 12 und 20 Betten umfassen. Besonders gesicherte Kriseninterventionsräume und gesicherte Außenbereiche sind vorzuhalten. Bauliche Sicherungen zur Suizidprävention bzw. zum Schutz gegen gefährliche Angriffe auf Dritte sind zu berücksichtigen. Die räumliche Unterbringung in Einzel- oder Mehrbettzimmern richtet sich nach behandlungsspezifischen Gesichtspunkten. Die Möglichkeit zur Unterbringung in einem Einbettzimmer ist vorzuhalten. Bedarfsabhängige Renovierungen und ggf. Erneuerung von Mobiliar sind einzuplanen, damit das Milieu seinen wertschätzenden Charakter nicht verliert und sich für die milieutherapeutische Unterstützung der Patienten weiterhin eignet.



### 4.4 Differenzierung und Spezialisierung

Die Patienten des Maßregelvollzuges unterscheiden sich bezüglich ihrer Behandlungsbedürfnisse, ihres Ansprechens auf Interventionen und ihrer Sicherungsanforderungen [113]. Dieser Heterogenität muss baulich und organisatorisch Rechnung getragen werden. Die nachfolgenden Gesichtspunkte greifen dabei häufig ineinander.

#### Differenzierung nach Sicherungsgrad

Auffälligstes inneres Strukturmerkmal einer forensischen Klinik sind die unterschiedlichen baulichen Sicherungsstandards der verschiedenen Stationen und Wohnbereiche. Diese reichen von hochgesichert über gesichert, geschlossen und halb offen bis hin zu offen geführten Stationen und Wohngruppen außerhalb des Sicherungsbereiches.

#### Differenzierung nach Behandlungsbedürfnissen

Die Aufgaben eines forensisch-psychiatrischen Versorgungssystems lassen sich folgenden Bereichen zuordnen, die unterschiedliche strukturelle Ressourcen erfordern:

- Aufnahme, Diagnostik und Gesamttherapieplanung,
- Behandlung und Rehabilitation,
- Reintegration und Entlassung,
- ambulante Nachsorge.

Weil Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen behandelt werden, benötigt die Klinik eine therapeutische Binnendifferenzierung mit spezialisierten Stationen. Diese sollten fachspezifische Milieus und Therapieprogramme vorhalten [109]. Es empfiehlt sich eine Trennung zwischen Patienten gem. § 63 StGB und § 64 StGB. Im Hinblick auf die Behandlung der rund 8 bis 10% Frauen in der Forensik kommen sowohl gemischt geschlechtlich belegte Stationen in Betracht als auch reine Spezialstationen für Frauen (vgl. Abschnitt „Patientinnen im Maßregelvollzug“).

#### Differenzierung nach therapeutischer Ansprechbarkeit

Patienten des Maßregelvollzuges sprechen auf Behandlung unterschiedlich an. Während einige bereits während der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126a Strafprozessordnung (StPO) so weit gebessert werden können, dass eine sofortige Aussetzung der Unterbringung (§ 67b StGB) infrage kommt, ist – im psychiatrischen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB – bei einer weitaus größeren Gruppe auch nach langjähriger Behandlung eine Entlassung nicht absehbar. Wichtig ist, dass Nichtentlassbarkeit oder ungenügende thera-

peutische Erreichbarkeit nicht automatisch mit hohem Sicherungsbedarf gleichgesetzt wird. Umgekehrt lässt ein gutes Ansprechen auf die Behandlung nicht automatisch den Sicherungsbedarf entfallen; vielfach rechtfertigt es aber eine weniger starke Sicherung und gebietet zügige Lockerungen. Entsprechendes gilt für die Behandlung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB).

### 4.5 Stationär-ambulantes Behandlungskontinuum

Behandlung im Maßregelvollzug erstreckt sich im Regelfall in einem Kontinuum von intramuraler über transmurale bis hin zu extramuraler Behandlung [110]. Für die Nachbetreuung bedarf es personell gut ausgestatteter Ambulanzen. Diese arbeiten kontrollierend, unterstützend, direktiv und aufsuchend. Bei jedem Kontakt erfolgt eine Risikobeurteilung und falls erforderlich Risikomanagement in Zusammenarbeit mit Strafvollstreckungsgerichten, Führungsaufsichtsstelle und Bewährungshilfe. Ein nahtloser Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung muss gewährleistet sein.

### 4.6 Klinisches Case-Management

Vor dem Hintergrund eines multimodalen und multiprofessionellen Behandlungsansatzes haben sich in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie im stationären und ambulanten Bereich Konzepte des klinischen Case-Managements durchgesetzt. Hierbei ist eine einzelne Person für die Koordinierung der Maßnahmen, die mit und rund um einen Patienten herum stattfinden, zuständig. Die Aufgaben des Case-Managers können administrative Tätigkeiten inklusive Erstellung der erforderlichen Korrespondenz mit Justiz, Bewährungshilfe, Verwaltungen und Kostenträgern ebenso wie die Indikationsstellung, Veranlassung und Koordinierung einzelner Behandlungsmaßnahmen sowie die individuelle therapeutische Betreuung eines einzelnen Patienten beinhalten. Bei ihm laufen alle Informationen für das Risikomanagement zusammen.

### 4.7 Dokumentation

Eine umfassende Dokumentation des Behandlungsverlaufs ist fachlich und rechtlich zwingend erforderlich, um Behandlungsmaßnahmen, Risikoeinschätzungen und Therapieerfolg nachvollziehbar zu machen (vgl. auch § 630 f Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Die jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften sind zu beachten.

Die Dokumentation erfolgt in der Krankenakte, in der alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Dokumente zusammengestellt werden

(s. Tab. 1). Verantwortlich für die Führung der Krankenakte ist der Maßregelvollzugsleiter. Jede Berufsgruppe ist zuständig für ihren fachspezifischen Anteil an der Dokumentation. Die Krankenakte muss systematisch aufgebaut und übersichtlich geordnet sein. Eine elektronische Führung der Krankenakte ist möglich. Sicherungen und Zugriffsmöglichkeiten müssen geklärt sein.

Die Behandlungs- und Wiedereingliederungspläne dienen der Überprüfung und Fortschreibung der Behandlungsziele. Sie bündeln die verschiedenen Aktivitäten und Maßnahmen, überprüfen deren Effektivität und entwickeln weitere Zielsetzungen. Hier finden sich nicht nur konkrete Behandlungsmaßnahmen, sondern auch kurz-, mittel- und langfristige Risikoeinschätzung (z. B. mit Verwendung von Prognoseinstrumenten). Soweit nicht anders gesetzlich vorgeschrieben, sollen die Behandlungspläne alle sechs Monate im Rahmen von Behandlungskonferenzen überarbeitet und fortgeschrieben werden.

Die Dokumentation außerstationärer Erprobungen und der forensischen Nachsorge erfolgt nach vergleichbaren Maßstäben. Krisen- und Notfallpläne, Adressen und Telefonnummern von Bezugspersonen, Ansprechpartnern und etwaigen gefährdeten Personen sind zu hinterlegen.

### 4.8 Strukturfragen in der Praxis

Für den organisatorischen Alltag wie für Krisen (z. B. Feuer, Geiselnahmen, Ausbrüche, Evakuierung) müssen konkrete Verfahrensweisen schriftlich hinterlegt und unterwiesen werden. In den Sicherheitsstandard gehört auch die Festlegung der Besucherkontrollen am Eingang der Klinik, die Festlegung sicherheitsrelevanter verbotener Gegenstände und Medieninhalte, wobei die Regelungen in den Bundesländern unterschiedlich sind.

Die forensische Psychiatrie und Psychotherapie muss in ihren Grundsätzen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass ihr Auftrag gesellschaftlich bejaht und als Nutzen für die Senkung des Rückfallrisikos – und damit als Teil des Opferschutzes – verstanden wird. Für Krisenfälle (z. B. Gefährdung der Öffentlichkeit) sind Ablaufpläne einschließlich engmaschiger Absprachen mit Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichten vorzubereiten. Die Schweigepflicht ist zu beachten. Die externe Kommunikation ist mit der zuständigen Fachaufsicht abzustimmen. Auch wenn die Klinik Gegenstand von Beschuldigungen oder Ermittlungen wird, ist die Schweigepflicht zu wahren und die Behandlung zu schützen. Die Öffentlichkeitsarbeit des Maßregelvollzugs hat sich vor allem dem Schutz einer freiheitsorientierten Behandlungs- und Lockerungspraxis zu widmen.

## 4 Strukturelle Rahmenbedingungen

Tab. 1 Inhaltsverzeichnis der Krankenakte (Beispiel)

Thema	Inhalt
Deckblatt für einen kurzen und schnellen Überblick	Name, Geburtsdatum, Geburtsort und -land
	Aktenzeichen der Justizbehörden (ggf. aktualisieren)
	Personenbeschreibung
	Überhaftnotierungen
	Unterbringungsdelikte
	Diagnosen
	Lockerungsstand
	Bezugspersonen mit Adressen und Telefonnummern
	Gefährdete Personen mit Adressen und Telefonnummern
	Fahndungsbogen
Juristische Grundlage der Unterbringung	Urteil
	Andere Grundlagen der Unterbringung, z.B. einstweilige Unterbringung, Sicherungshaftbefehl, Krisenintervention
	Aufnahmeersuchen
	Auszug aus dem Bundeszentralregister
	Anordnungen der Gerichte (z.B. Kontaktverbote)
	Juristische Vorgeschichte, Gerichtsentscheidungen aller Art
	Widerrufsbeschlüsse
Weisungsänderungen	
Juristische Verlaufs-dokumentation	Gutachterliche Stellungnahmen (z.B. Fortdauer, Erledigung)
	Beschlüsse zur Fortdauer der Unterbringung
Gutachten	Eingangsgutachten
	Prognosegutachten
	Lockerungsgutachten
Psychiatrische Vorgeschichte	Gutachten aus früheren Verfahren
	Gutachten zur Einrichtung oder Fortführung einer Betreuung
	Frühere Arzt- und Entlassungsberichte und Epikrisen
	Auszüge aus früheren Krankenakten
	Berichte aus Heimen, von Jugendämtern etc.
Eingangsdagnostik	Medizinische Eingangsuntersuchung und Diagnostik
	Psychiatrische und somatische Anamnese
	Delinquenzanamnese
	Psychologische Testergebnisse
	Risikobeurteilung

## 4.8 Strukturfragen in der Praxis

Tab. 1 Inhaltsverzeichnis der Krankenakte (Beispiel) (Fortsetzung)

Thema	Inhalt
Eingangsdiagnostik	Pflegediagnosen
	Erhebungen des Sozialdienstes
	Erhebung des schulischen und beruflichen Ausbildungsstands und der Sprachkompetenzen
Behandlungsplanung	Behandlungsplanung unmittelbar nach Aufnahme
	Ausführlicher Behandlungsplan
	Fortschreibung und Aktualisierung des Behandlungsplans
	Krisen- und Notfallpläne
	Aufklärungs- und Einwilligungsbögen
Ggf. Patientenverfügung	
Behandlungsverlauf und Verlaufsdiagnostik	Kontinuierliche Verlaufsdocumentation (u.a. dynamische Risikofaktoren und Symptombelastung, wichtige Zustandsbeschreibungen, Auffälligkeiten, aktuelle Ereignisse, besondere Vorkommnisse, Inhalte der multiprofessionellen Behandlungsmaßnahmen)
	Ergebnisse von Lockerungskonferenzen und Lockerungsentscheidungen mit Begründung
Somatische Befunde und Verlaufsdocumentation	Medikamentenverordnungen mit Begründung und Aufklärung des Patienten
	Drug-Monitoring
	Laboruntersuchungen
	Röntgen
	Elektrokardiographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie und weitere Untersuchungen
Konsiliaruntersuchungen und somatische Behandlungen	
Eingriffe in die Rechte/besondere Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen	Behandlungen ohne Einwilligung
	Kurzfristige Lockerungsrücknahmen
	Fesselungen
	Isolierungen
	Fixierungen
Sicherungsmaßnahmen bei Ausführungen	
Besondere Vorkommnisse	Meldungen von Entweichungen und Zwischenfällen nach Regelungen der Länder und der Krankenhausträger
Weitere Rubriken	Weiterer Schriftwechsel
	Beschwerden und Widersprüche
	Sozialdienstliche Betreuung (z.B. Geldangelegenheiten, Aufenthaltsrecht)
	Gesetzliche Betreuung
	Fotokopien aktueller und früherer Ermittlungsakten