

Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland

Gernot Hahn
Michael Wörthmüller

Gernot Hahn und Michael Wörthmüller

Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Gernot Hahn und Michael Wörthmüller
Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2011 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-35-2

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitransdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland. Patientenstruktur, Interventionsformen und Verlauf in der Nachsorge psychisch kranker Straftäter nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug gem. § 63 StGB. Daten der Stichtagserhebung „Forensische Fachambulanzen 2009“

Gernot Hahn & Michael Wörthmüller (Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen)

Zusammenfassung

Die Bedeutung und der Umfang forensisch-ambulanter Nachsorge nach stationärem Maßregelvollzug haben in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen. Belastbare Daten welche die Patientenstruktur, das methodische Vorgehen und den Erfolg dieser Behandlungs- und Begleitungsform beschreiben liegen erstmals bezogen auf die Gesamtsituation in Deutschland vor. Die Analyse der Daten einer ersten Stichtagserhebung „Forensische Ambulanzen in Deutschland“ erlaubt einen differenzierten Einblick in die Patientenstruktur dieses neuen Behandlungskonzepts. Dabei zeigt sich, dass die ambulant behandelten psychisch kranken Straftäter eine insgesamt erhebliche strafrechtliche Vorgeschichte aufweisen und deutliche aktuelle Belastungsmerkmale bestehen. Durch ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungsangebot, welches die Forensischen Nachsorgeambulanzen häufig in Kooperation mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen erbringen, gelingen eine dauerhafte Rehabilitation und Resozialisierung: die Rückfallquote bzgl. erneuter Straftaten liegt bei ca. 5%.

Stichwörter: Maßregelvollzug, Forensische Nachsorgeambulanz, Rückfalldelinquenz

Einleitung

Die Anzahl und Bedeutung forensisch-ambulanter Nachbetreuung und Behandlung psychisch und suchtkrank Menschen ist in den letzten Jahren gestiegen (Hahn & Stiel-Glenn 2010). Mit der Reform der Führungsaufsicht (FA) 2007 wurde der ambulanten Versorgung psychisch kranker Straftäter der rechtliche Rahmen zugemessen, der in forensisch-psychiatrischen Fachkreisen bereits seit Jahren diskutiert und gefordert wurde (vgl. Hahn 2007a, 2007b). Zuvor waren, abhängig von den Maßgaben der einzelnen Bundesländer, oder auf Initiative einzelner Kliniken eher zufällig seit 1987 forensische Ambulanzen (z. B. Leygraf 1988, Rasch 1989, Warmuth 1990, Freese 2010) entstanden, welche z. T. nur regionalen Versorgungscharakter hatten, oder wie z. B. in Hessen (Freese 2003, 2010) einen auf das Bundesland bezogenen Versorgungsauftrag hatten.

Die Effizienz derartiger Nachsorgeambulanzen wurde mittlerweile durch eine Vielzahl von Evaluationsstudien belegt (BfG 1993, BfG 1995, Mokros & Osterheider, Seyfert, Schiffer & Leygraf 2003, Stübner & Nedopil 2009, 2010): Forensische ambulante Nachsorge trägt dazu bei, Rückfalltaten ehemals untergebrachter psychisch kranker Straftäter zu verhindern und führt damit zu einem Zuwachs an Sicherheit für die Bevölkerung, bei gleichzeitiger Reduktion der Behandlungskosten.

Die Unterbringung in einer Einrichtung des MRV folgt den Grundprinzipien „Besserung“ (Behandlung, Heilung) und „Sicherheit“. Dieser Behandlungsrahmen, die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle, ist grundsätzlich als problematisch einzuschätzen und erfordert spezifische Interventionsmaßnahmen und -kompetenzen, welche das Gleichgewicht zwischen Sicherheitsaspekten (Kontrolle) und therapeutischen Entwicklungsbedürfnissen (Hilfe) halten (vgl. Hahn 2005; Schwarze & Schmidt 2008; Wagner & Werdenich 1998). Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen ist die Behandlung von Straftätern in den spezialisierten Institutionen der Forensischen Psychiatrie erfolgreich. Der Wirksamkeitsnachweis gelingt vor allem bezüglich der Therapiestrategien, welche multimodal, stark strukturiert und langfristig angelegt sind (vgl. Lösel & Bender 1997, Schmucker 2004). Einen besonders starken Wirksamkeitseffekt weisen strukturierte,

behaviorale und kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme auf (ebd.). In den letzten Jahren wurde zudem die Bedeutung protektiver Faktoren für Behandlung und Risikoeinschätzung psychisch kranker Straftäter diskutiert (Hahn 2007b).

Die relativ neue Behandlungslandschaft Forensischer Psychiatrie im ambulanten Rahmen ist, abgesehen von kleineren Evaluationsstudien (s. o.) noch nicht umfassend beschrieben und evaluiert worden. Insbesondere gab es bislang keine strukturierte Erhebung zu den bundesweit in den Forensischen Ambulanzen betreuten Patienten. Zwar besteht seit 10 Jahren eine „Arbeitsgemeinschaft ‚Forensische Nachsorge‘“ als Unterorganisation der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Kliniken, diese befasste sich bislang aber mit den Fragen der Institutionalisierung forensisch-ambulanter Arbeit, Finanzierungsfragen und methodischen Aspekten (Hahn&Stiels-Glenn 2010.).

Erstmals wurde 2009 durch die Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen eine bundesweite Stichtagserhebung (zum 15.04.2009) durchgeführt, welche die Patientenstruktur, Interventionsmaßnahmen und den Verlauf der Nachsorgephase in den forensischen Ambulanzen erfasst. Anders als die jährlichen Erhebungen der AG „Forensische Nachsorge“, welche sich mit der Struktur der Behandlungseinrichtungen befasst, überprüft diese Datenerhebung, wer die Patienten in den forensischen Ambulanzen sind, welche Merkmale sie aufweisen und welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden. Erstmals wurde damit bundesweit erfasst, mit welchem Erfolg die forensische Nachsorge erfolgt. An der ersten Erhebung zum Stichtag 15. April haben sich 24 Fachambulanzen beteiligt, es konnten die Daten von 548 Patienten erhoben werden. Die Stichtagserhebung gilt damit als repräsentativ, da von den in der Arbeitsgemeinschaft „Forensische Nachsorge“ genannten 2500 forensischen Ambulanzpatienten in Deutschland 20% erfasst werden konnte. Der Eingang der Datenbögen verzögerte sich, wie bei derartigen Datenerfassungen nicht unüblich, bis Ende 2009 hin, so dass hier erstmals die Auswertung für die zuvor nach § 63 StGB untergebrachten Ambulanzpatienten (N= 342) erfolgt.

Die Datenerhebung umfasst biografische Daten, Anlassdelinquenz, Diagnoseverteilung, Betreuungsumfang und –methoden, soziale Faktoren und Aspekte des Gesamtverlaufs der Nachsorgephase, sowie der Deliktrückfälligkeit. Für die vorliegende Publikation erfolgte die Datenauswertung der Unterbringungsgruppe der nach § 63 StGB (N = 342) verurteilten Patienten. Die Auswertung der § 64er-Fälle erfolgt frühestens im Rahmen der Stichtagserhebung 2010 welche gegenwärtig durchgeführt wird. Aktuell sind die Fallzahlen im Bereich suchtkranker Patienten nach Entlassung aus der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt noch zu gering. Ein Gesamtüberblick zur Situation der Forensischen Ambulanzen im 63er und 64er Bereich erfolgte im Rahmen einer ersten orientierenden Auswertung des vorliegenden Datenmaterials (Hahn 2010).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows Version 17. Bei dem Gruppenvergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten kam aufgrund der heterogenen Stichprobengröße der Mann-Whitney U-Test zur Anwendung

Soziobiografische Daten

Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe weist einen Anteil 309 männlicher Patienten (90,4%) auf, Patientinnen sind mit 9,6% (N=33) repräsentiert. Damit ist der Anteil von Frauen im ambulanten Betreuungsrahmen höher als der für den stationären Bereich angegebene Wert (Statistisches Bundesamt 2008). Dadurch wird auch im ambulanten Bereich die Zunahme weiblicher psychisch kranker Straftäter im Versorgungsbereich der Forensischen Psychiatrie bestätigt. Die genauere Analyse des Datenmaterials gibt einen ersten Hinweis darauf, dass Frauen kürzer im Maßregelvollzug untergebracht waren, bevor ihre Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wurde (Frauen: MW 69,3 Monate; Männer MW 79,5 Monate, Signifikanz im Gruppenvergleich $p = .097$), im Vergleich zu männlichen Patienten, dass Frauen rascher aus der stationären Unterbringung entlassen werden und so schneller in ambulante Betreuungsformen integriert werden. Die Gruppe der weiblichen Patienten unterscheidet sich von männlichen Patienten weiter vor allem in den Bereichen „Alter bei Erstdelinquenz“ (Frauen MW 34,5 Jahre; Männer MW 26,2 Jahre; $p=0.002$),

„Gesamthaftdauer“ (Frauen MW 14 Monate; Männer MW 28,5 Monate; $p = ,220$). Die Werte in den Kategorien „Entlassdauer“, „Höhe der Parallelstrafe“, „Anzahl der BZR-Einträge“ und „Alter bei Erstaufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus“ ergeben keine signifikanten Geschlechterunterschiede.

Der Durchschnittswert hinsichtlich der Altersverteilung liegt bei 43,7 Jahren. Besonders groß ist die Gruppe der 30-39jährigen (22,5%) und die der 40-49jährigen (37,5%). Die Anzahl jugendlicher Straftäter ist mit knapp 0,3% deutlich geringer repräsentiert, was der für den stationären Bereich genannten Häufigkeit entspricht (Weißbeck 2009).

Unterbringung – Daten aus der stationären Phase

Die Unterbringungsdauer im stationären MRV beträgt durchschnittlich 78,4 Monate, wobei die Spannweite zwischen Null und 427 Monaten liegt. Dieser hohe Wert steht im Verhältnis zu den Problemlagen der untergebrachten Patienten im MRV: Multimorbidität, die Chronizität der Störung, die Aufschichtung von Problemlagen im psychosozialen Bereich und Behandlungsprobleme die sich aus den Rahmenbedingungen (angeordnete Therapie, Motivationsprobleme etc.) ergeben, führen zu langfristigen Behandlungsintervallen. Die Voraussetzungen für eine Entlassung wurden zudem in den letzten Jahren (vgl. Hahn 2009) angehoben.

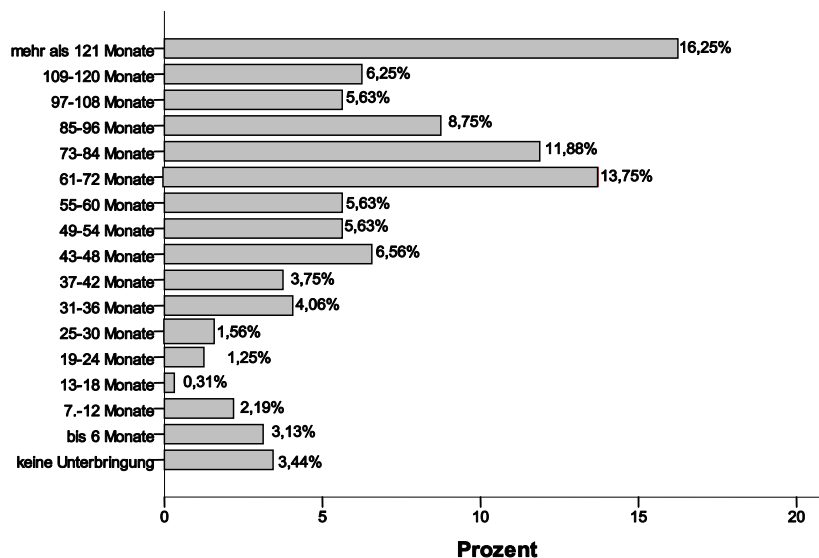


Abb. 1 Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug

Die in der Stichtagserhebung erfassten Patienten befanden sich durchschnittlich seit ca. 22 Monaten in der ambulanten Nachsorge. Mit gut einem Drittel (39,7%) wurde die größte Gruppe erst 12 Monate und weniger betreut. Dieser Wert erklärt sich vermutlich daraus, dass einzelne Bundesländer erst in den vergangenen 12 Monaten Forensische Nachsorgeambulanzen eingerichtet haben und die Aufnahme in diesen neuen Institutionstyp erst langsam anläuft. Knapp zwei Drittel der Ambulanzpatienten (62,1%) wurde bis zu zwei Jahre nachbetreut. Die maximale Betreuungsdauer lag in Einzelfällen bei bis zu 85 Monaten, was bedeutet, dass die Betreuungsleistungen über den gesetzlichen Rahmen der Führungsaufsicht hinaus (welche zunächst auf fünf Jahre begrenzt ist) weiter geführt wurde. Gründe dafür können die freiwillige Weiterführung der Ambulanzkontakte über die

Führungsaufsicht (FA) hinaus sein, oder in Einzelfällen die Verhängung einer unbefristeten FA nach § 68c StGB.

Die Daten zur Diagnoseverteilung weisen darauf hin, dass die Gruppe von Patienten mit einer primäre wahnhaften Erkrankung (ICD 10: F.20) besonders stark vertreten ist.

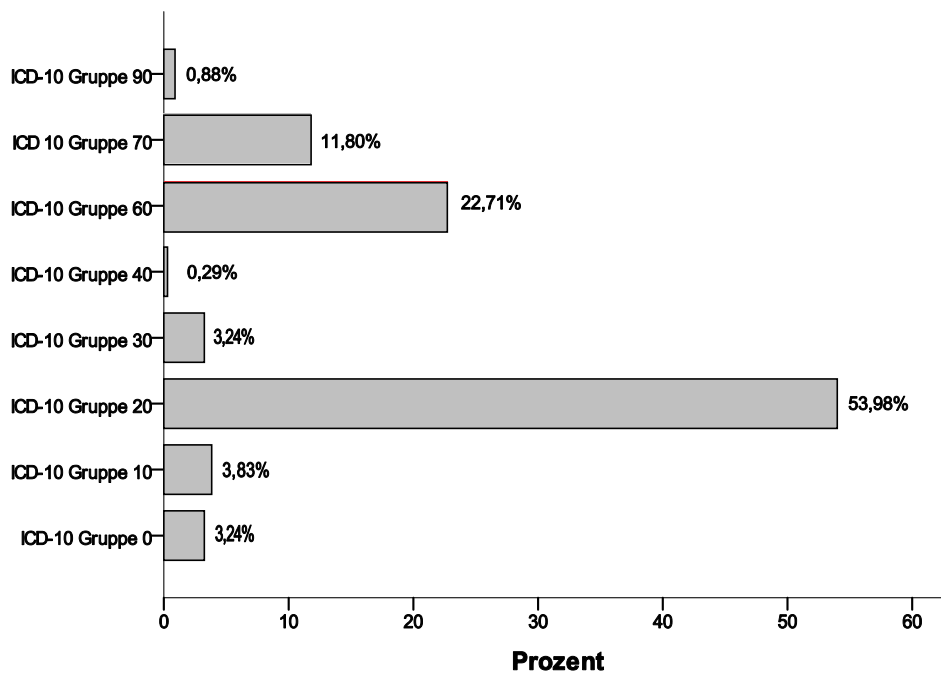


Abb. 2. Forensische Nachsorgeambulanzen – Verteilung der Diagnosegruppen

Mehr als die Hälfte der erfassten Patienten weisen demnach als psychiatrische Erstdiagnose eine Erkrankung aus der ICD-20-Gruppe der schizophrenen Erkrankungen auf. Als zweitgrößte Gruppe fallen Patienten mit einer Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aus der ICD-10-Gruppe F 60 auf. Hinsichtlich der psychiatrischen Zweitdiagnose ergibt sich der Hinweis, dass die im ambulanten Rahmen betreuten Patienten weitere erhebliche psychische Störungen aufweisen. Bei 64,3% der Patienten wurde eine Zweitdiagnose angegeben, welche bei 38,9% aus der der ICD-10-Gruppe 10 stammt, also eine sekundäre Suchterkrankung vorliegt. 13,7% weisen eine Störung aus der ICD-10-Gruppe F60 auf. Psychiatrische Drittdiagnosen wurden für 25,4% der erfassten Fälle angegeben. Hier dominieren ebenfalls Suchterkrankungen (12,9%) und Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen (7,3%). Der Gesamtwert für eine komorbide Störung aus dem Bereich der Suchterkrankungen beträgt somit 51,8%.

Hinsichtlich der strafrechtlichen Vorbelastung wird deutlich, dass die im ambulanten Rahmen betreuten Straftäter eine erhebliche kriminelle Vorgeschichte aufweisen: Im Mittel haben die Patienten bereits mehr als zwei Jahre (27,6 Monate) in Haft verbracht, bevor es zur Anordnung der Maßregel nach § 63 StGB gekommen ist. Die Extremwerte liegen in Einzelfällen bei mehr als 20 Jahren Hafterfahrung (452 Monate). Die strafrechtliche Belastung ist auch an den Einträgen im Bundeszentralregister zu erkennen. Hier liegt der Durchschnittswert bei knapp 5 Eintragungen (4,99). Dies bedeutet, dass es vor Anordnung der Maßregel bereits fünfmal zu Verurteilungen, zu Haft- oder Bewährungsstrafen, Geldstrafen aber auch (bei 15,2%) zu einer früheren Unterbringung im Maßregelvollzug gekommen ist. Das Durchschnittsalter bei strafrechtlich erfasster Erstdelinquenz liegt mit 27

Jahren noch in einem moderaten Bereich. Betrachtet man die einzelnen Alterskategorien näher fällt auf, dass eine erhebliche Gruppe fröhdelinquenter Patienten vertreten ist. Knapp die Hälfte der forensischen Ambulanzpatienten (43,4%) wurde vor dem 22 Lebensjahr straffällig, bei 21,4% der Täter lag das Alter bei Erstdelinquenz bei 14-16 Jahren, bei der Gruppe der 17-18jährigen bei 11,3% und bei den Heranwachsenden (19-21 Jahre) bei 10,7%). Entsprechend der Straffälligkeit ergeben sich in den betreffenden Jahrganggruppen Auffälligkeiten im psychischen Bereich: ebenfalls knapp die Hälfte der Patienten (46,6%) war im Alter bis zu 25 Jahren bereits ein- oder mehrmals stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen worden. Das Durchschnittsalter bei Erstunterbringung in einer psychiatrischen Klinik beträgt knapp 30 Jahre (29,9 Jahre). Eine bereits früher erfolgte Unterbringung im Maßregelvollzug (nach §§ 63 oder 64 StGB) traf für 19% der Patienten zu. Bei 9,1% der aktuell in Nachbetreuung befindlichen Patienten erfolgte die letzte Einweisung in den MRV im Rahmen eines Widerrufs einer zuvor zur Bewährung ausgesetzten Unterbringung.

Die Indexdelikte welche zur letzten Unterbringung im MRV geführt haben, also die Bezugsstraftaten im letzten Strafverfahren, weisen die Bandbreite auf, welche auch aus dem stationären Bereich (Hahn 2009) bekannt ist: mit 24% dominieren Körperverletzungsdelikte, gefolgt von Sexualdelikten (17,3%), Tötungsdelikten (13,5%), gemeingefährlichen Straftaten wie Brandstiftung (9,9%), Eigentumsdelikten (6,7%) und Raub bzw. Erpressung (5,8%). Damit wird deutlich, dass die im ambulanten Rahmen betreute Gruppe psychisch kranker Straftäter eine erhebliche strafrechtliche Belastung, sowohl in der Vorgeschichte, als auch im aktuellen Zusammenhang aufweist. Die Anforderungen an die ambulanten Versorgungseinrichtungen sind damit entsprechend hoch. Neben der Begleitung, Beratung und Behandlung von Straftätern gilt es, das z. T. enorme Rückfallrisiko in Bezug auf schwere Kriminalität zu berücksichtigen und zu minimieren.

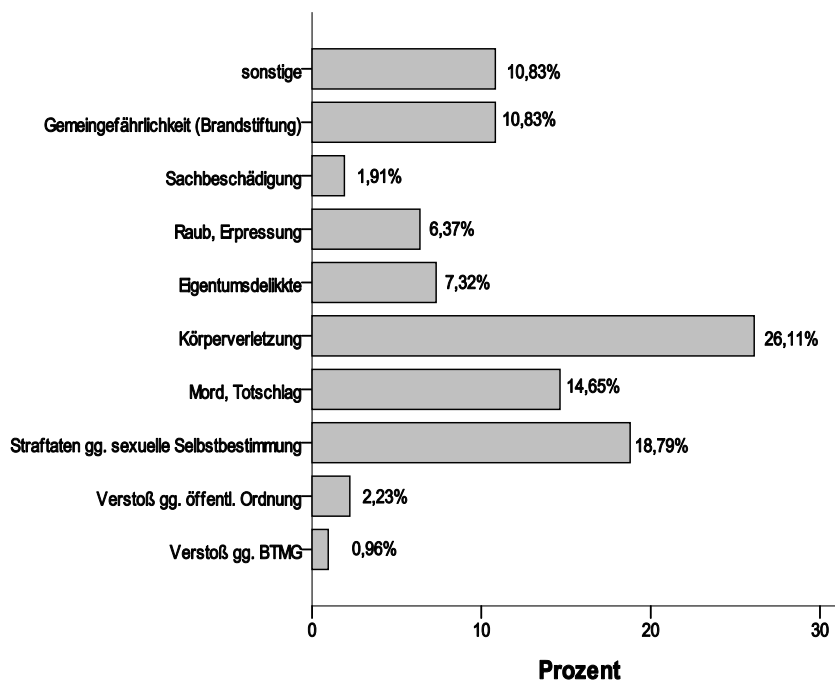


Abb. 3. Forensische Nachsorgeambulanzen – Verteilung der Deliktgruppen

Aktuelle Lebenssituation

Mit der Stichtagserhebung „Forensische Fachambulanzen“ liegen erstmals umfangreiche Daten zur aktuellen Lebenssituation ehemals im stationären Maßregelvollzug behandelter psychisch kranker Straftäter vor. Hier fällt zunächst der relativ hohe Wert für die Kategorie „Wohnen in eigener Wohnung“ ins Auge. Knapp die Hälfte der Maßregelpatienten (45,1%) leben zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer eigenen Wohnung. Setzt man diesen Befund mit der erheblichen kriminellen Vorgeschichte, der umfangreichen psychischen Belastung der Probanden und der deutlich langen Unterbringungszeit im MRV in Verbindung, wird deutlich, dass den Maßregelvollzugseinrichtungen ein umfassender Behandlungs- und Rehabilitationserfolg bei nach § 63 StGB untergebrachten Patienten gelingt. Allerdings befindet sich ebenfalls knapp die Hälfte der Patienten (48,4%) in einer vollstationären Wohneinrichtung, weitere 9,1% leben in einer betreuten Wohngemeinschaft. Ein Drittel der Patienten (33,8%) der Patienten die in einer weitgehend eigenständigen Wohnform leben sind in tagesstrukturierende Angebote (ambulante Arbeitstherapie, Tagesstätte etc.) integriert, 19,3% der Patienten werden im Alltag durch die sozialpsychiatrische Unterstützungsform „Betreutes Einzelwohnen“ unterstützt. Andere Angebote aus dem sozialpsychiatrischen Verbunden werden dagegen kaum genutzt (Beratungsstelle: 5,4%, andere Angebote wie Arbeitsassistenz etc.: 5,6%).

Die Wohnsituation der Menschen die in einer weitgehend eigenständigen Wohnform leben ist dadurch gekennzeichnet, dass im unmittelbaren Wohnumfeld oft keine engeren Sozialkontakte bestehen. Mehr als die Hälfte der Patienten (55,7%) wohnt alleine, 16,4% wohnen mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen und 6,8% mit Kindern im eigenen Haushalt. Nur 3,9% wohnen nach Entlassung aus der stationären Unterbringung wieder bei den Eltern.

Weitere Unterstützung, Begleitung und Kontrolle erfahren 49,8% der Patienten durch einen zugewiesenen gesetzlichen Betreuer.

Im Arbeitsbereich fällt auf, dass die Integration psychisch kranker Straftäter nur ansatzweise gelingt. 20,6% der entlassenen Patienten sind in ein festes Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert, 16,1% nutzen die Arbeitsmöglichkeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), weitere 26,0% verfügen über einen betreuten Arbeitsplatz. 23,9% sind arbeitslos, 25,2% beziehen eine Rente. Insgesamt 68,8% der Patienten beziehen Sozialleistungen, was bedeutet, dass es sich bei einer Reihe der Arbeitsverhältnisse um Teilzeit- oder 400-Euro-Jobs handeln dürfte (mit ergänzendem Bezug von Sozialleistungen), bzw. um den Bezug einer niedrigen Rente welche durch Sozialleistungen aufgestockt werden muss.

Sozialkontakte

Die Forensischen Fachambulanzen gaben an, dass 33,3% der betreuten Patienten über einen stabilen Freundeskreis verfügen, das bedeutet im Umkehrschluss, dass knapp zwei Drittel (ca. 66,3%) nicht über stabile, engere Sozialkontakte verfügen. Der als Protektivfaktor (in Bezug auf Straffreiheit) wichtige Aspekt „Soziale Kontakte mit Kontrollcharakter“ (vgl. Hahn 2007b, S. 373) liegt dagegen bei 59%. Diesem hohen Wert liegt offensichtlich der Umstand zu Grunde, dass diese verbindlichen Kontakte nicht im privaten Umfeld, sondern im professionellen Betreuungsrahmen der Patienten angesiedelt sein dürften. Das vorliegen einer psychischer Erkrankung und Delinquenz, verbunden mit einer langfristigen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus führt bei dieser Gruppe offensichtlich zu Marginalisierung und Exklusion. Entsprechend wichtig sind hier die langfristigen Resozialisierungsbemühungen und Begleitprozesse, wie weiter unten erörtert wird.

Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten in verbindlichen sozialen Strukturen liegt bei 24,0% der Ambulanzpatienten vor. Sie sind in Vereinen organisiert, bzw. nehmen regelmäßig an Vereinsaktivitäten teil.

Justiziell-ambulante Nachsorgeformen

Die Entlassung aus der Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt i. d. R. zur Bewährung, gleichzeitig tritt Führungsaufsicht ein. Entsprechend waren 88,6% der Patienten einem

Bewährungshelfer zugeordnet, fast alle Patienten (99,1%) unterlagen der Führungsaufsicht (FA). Die Fehlwerte ergeben sich daraus, dass in der Rechtspraxis in Einzelfällen die Zuordnung zu einem Bewährungshelfer kürzer als die Bewährungshilfedauer angeordnet wird, ein Teil der Bewährungsfrist also ohne Bewährungshelfer durchlebt wird. Einige Patienten befanden sich auch über den maximalen Zeitrahmen von fünf Jahren (Bewährungs- bzw. FA-Dauer) freiwillig in ambulanter forensischer Nachbetreuung. In diesen Fällen ist von gerichtlicher Seite aus keine Begleitung mehr vorgesehen.

Eine große Bedeutung haben im Rahmen der FA angeordnete Weisungen und Auflagen. Diese regeln die Verbindlichkeit ambulanter Hilfs-, Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen. Durch die Reform der Führungsaufsicht wurde erstmals ermöglicht, auch die Integration in das Betreuungsangebot einer Forensischen Nachsorgeambulanz anzuordnen (Hahn 2007a). Dies ist bei fast allen in der Stichtagserhebung erfassten Patienten der Fall (96,6%). Entsprechend dem hohen Anteil von Patienten mit einer sekundären Suchterkrankung wurde mit 49,7% häufig die Auflage erteilt, sich regelmäßig Alkohol- oder Drogenkontrollen zu unterziehen. Diese Kontrollmaßnahmen werden i. d. R. durch die Forensischen Nachsorgeambulanzen erbracht. Phasen akuten Suchtmittelkonsums gelten als deutlicher Risikofaktor bzgl. Deliktrückfälligkeit, so dass entsprechende Kontrollmaßnahmen regelmäßig durchgeführt werden. Mit 46,6% sind weitere Weisungen und Auflagen hinsichtlich der Einschränkung der Bewegungsfreiheit angegeben. Als Weisung kann z. B. erteilt werden eine bestimmte Wohnung nicht ohne Zustimmung durch die Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsichtsstelle aufzugeben, oder den Wohnort nicht ohne diese Zustimmung zu verlassen. Die Datenerhebung erfasst diese beiden, in ihrer Einschränkungswirkung sehr unterschiedlichen Maßnahmen in einem Wert, so dass nicht differenziert werden kann, ob tatsächlich eine derart große Gruppe von Patienten tatsächlich Einschränkungen in der täglichen Mobilität erfüllen muss, oder ob lediglich sicher gestellt werden soll, dass die Probanden der Bewährungshilfe nicht ohne Absprache den Wohnort wechseln, um sich so ggf. der Aufsicht durch den Bewährungshelfer zu entziehen. In weiteren Stichtagserhebungen sollte diese Fragestellung differenzierter erfasst werden.

Forensisch-ambulante Betreuungsformen

In der Arbeit der Forensischen Ambulanzen dominiert deutlich die Einzelfallarbeit: Fast alle Patienten (99,1%) werden im direkten Einzelkontakt betreut. Schmidt-Quernheim und Hax-Schoppenhorst (2008) beschreiben als Aufgaben ambulanter Kriminaltherapie u. a. folgende Bereiche:

- Systematisches Durchsprechen aller aktuellen Erfahrungen des Patienten in den verschiedenen Lebenskontexten:
 - Wie erfolgt die Alltagsgestaltung, wie erlebt sich der Patient dabei?
 - Wo gibt es Diskrepanzen zwischen Wünschen und Realität, können sich daraus Krisen ergeben? Wie wird damit umgegangen?
 - Welche Phantasien treiben den Patienten an, welche Ängste sind spürbar?
 - Wie befriedigend sind Beziehungen, gibt es Konflikte, die schnell eskalieren können?
 - Bestehen aktuell aufgetretene Belastungen, bzw. kündigen sich diese an?
- Unterstützen des Patienten bei neuen Lernerfahrungen;
- Typische Denk- und Verhaltensmuster spiegeln, v. a. solche, die sich potentiell destabilisierend auswirken können;
- Gefährdungsmomente im Blick behalten und offensiv ansprechen, Aufmerksamkeit des Patienten immer wieder auf Frühwarnsymptome lenken und schulen (Arbeit mit dem Rückfallvermeidungsplan);
- Aktiv zu alternativem Verhalten auffordern und entsprechende Vereinbarungen treffen;
- Rückfallgefährdung bis zum nächsten Termin einschätzen, auch mit Rücksprache mit anderen Helfern und Angehörigen;
- Patienten vor Ort aufsuchen um ein kontinuierliches Bild des sozialen und beruflichen Umfelds zu erhalten;
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden;
- Kontroll- und Überwachungsfunktionen;

- Krisenintervention.

Die Mehrzahl dieser Einzelaspekte zielt auf die Bearbeitung individueller Risiko- und Schutzfaktoren. Grundlage für diese Arbeit ist meist der im stationären Rahmen erarbeitete Rückfallvermeidungsplan (Hahn 2008). Die Zentrierung auf diese individuellen Faktoren führt in der Praxis offensichtlich zur Orientierung auf Einzelfallarbeit und Einzelhilfe. Gruppenangebote, welche die Dynamik der Gruppensituation und das Expertentum der betroffenen Patienten nutzen, wurden in der aktuellen Stichtagserhebung kaum angegeben: nur 20,5% der Patienten waren in spezifische Gruppenangebote (ambulante Gruppentherapie für Sexualstraftäter, Suchtnachsorgegruppe) integriert¹. Die Kontaktfrequenz im Rahmen der Einzelkontakte lag mit 38,2% bei monatlichen Einzelgesprächen, 42,6% der Gespräche finden im 14tägigen Turnus statt, 5,6% werden wöchentlich kontaktiert. Bei weiteren 13,6% erfolgt eine flexible Gesprächsfrequenz, abhängig von aktuellen Themenschwerpunkten, evtl. krisenhaften Entwicklungen, aber wohl auch i. S. einer Ausdehnung der Gesprächskontakte zum Ende der Bewährungszeit.

Ein großer Prozentsatz (92,4%) der Kontakte verläuft auch in Form aufsuchender Gespräche im Lebensumfeld der Kontakte. Die Kenntnis der unmittelbaren Lebenszusammenhänge, z. B. die Gestaltung der Wohnsituation, die Kontaktmöglichkeit mit wichtigen Bezugspersonen der Ambulanzpatienten ist hinsichtlich Einschätzung der Lebenssituation und des Rückfallrisikos von großer Bedeutung. Entsprechend häufig (16,6%: 14tägig; 34,5%: monatlich; 47,9%: flexible Frequenz, mindestens monatlich) werden Haus- und Arbeitsplatzbesuche durch die Mitarbeiter der Ambulanz durchgeführt.

An der Betreuung, Begleitung, Beratung und Behandlung ehemals im MRV untergebrachter Patienten sind im ambulanten Setting unterschiedliche Institutionen und Personen beteiligt. Dies können z. B. gesetzliche Betreuer, Bewährungshilfe, Forensische Fachambulanz, Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Wohnangebote, WfbM-Mitarbeiter, Angehörige, oder Partner der Patienten sein. Um die unterschiedlichen Interventionsstrategien miteinander zu koordinieren und um ein möglichst ganzheitliches Bild des Patienten in unterschiedlichen Lebens- und Betreuungssituationen zu erhalten, führen die Forensischen Fachambulanzen in der Mehrzahl der Fälle (77,8%) Fallkonferenzen durch, welche in den meisten Fällen „nach Bedarf“ (86,2%) stattfinden, in seltenen Fällen auch zeitlich festgelegt (7,1%: vierteljährlich; 3,7%: monatlich; 0,4%: 14tägig).

Verlauf der ambulanten Nachsorgephase

Hinsichtlich des Verlaufs der ambulanten Nachsorge bei den in der Stichtagserhebung erfassten Fällen zeichnet sich ein erfreulich positive Entwicklung ab. Bei nur 5,3% der Fälle wurden neue Straftaten i. S. allgemeiner Delinquenz bekannt, was in 2,9% der Fälle zu einem erneuten Strafverfahren führte. Dieser deutlich niedrige Wert entspricht den in neueren Studien (Stübner & Nedopil 2009, 2010; Mokros und Osterheider 2010) publizierten Angaben. Vergleicht man die aktuelle Rückfallquote mit Angaben aus den 1990er Jahren, welche bei ca. 18% lagen (z. B. Jehle 2003), ist ein deutliches Absinken der Rückfalldelinquenz zu verzeichnen. Ausschlaggebend dafür dürfte, neben den veränderten Rahmenbedingungen im stationären und rechtlichen Bereich sein, dass die Forensischen Fachambulanzen mittlerweile flächendeckend arbeiten und inhaltlich eine deutliche Professionalisierung erfahren haben. Einschränkend hierzu muss festgestellt werden, dass dieser Rückfallwert nur die in der Stichtagserhebung erfassten Fälle betrifft, eine retrospektive Abfrage aller in den Ambulanzen betreuten Patienten (also auch der nicht mehr aktuellen) war bei der Ersterfassung nicht realisierbar. Möglicherweise vor dem Stichtag 2009 rückfällig gewordene, erneut inhaftierte und deswegen nicht mehr in ambulanter Betreuung stehende Patienten wurden daher nicht erfasst. In der Fortsetzung des Projekts

¹ Seit Erfassung der Daten im April 2009 dürfte der Anteil der Gruppenangebote in der Ambulanzpraxis deutlich gestiegen sein. Anfang November 2009 berichteten eine Vielzahl von KollegInnen im Rahmen des Herbsttreffens der „Arbeitsgemeinschaft Forensische Nachsorge“ über kürzlich eingerichtete Gruppenangebote

soll künftig diese Gruppe von Patienten separat erhoben werden, um verlässlichere Angaben zur Rückfalldelinquenz zu erhalten. Der aktuelle Wert von 5,3% erneut straffälliger Patienten in ambulanter Betreuung entspricht einer Anzahl von 18 Fällen. Ein statistischer Vergleich zwischen rückfälligen und Patienten, die nicht erneut strafrechtlich in Erscheinung getreten sind ist wegen der stark unterschiedlichen Fallzahlen nicht sinnvoll. Ein Blick auf die Einzelfälle weist allerdings auf einige besondere Merkmale hin: bei allen Rückfälligen handelt es sich um Männer. Hinsichtlich der Diagnoseverteilung fällt die Dominanz intelligenzgeminderter Patienten (N = 7), psychosekranker Patienten (N = 4) und persönlichkeitsgestörter Patienten auf. Im deskriptiven Vergleich fällt auf, dass rückfällige Patienten in ihrer Deliktvorgeschichte im Durchschnitt doppelt so viele BZR-Einträge (MW: 10,2 Einträge) aufweisen, als Nicht-Rückfällige. Allerdings unterscheiden sie sich nicht hinsichtlich der bislang durchlebten Gesamthaftdauer. Auffällig ist hingegen der Beginn der Werte des erhobenen Störungsbegins: rückfällige Ambulanzpatienten sind im Durchschnitt jünger zum Zeitpunkt der Erstdelinquenz (MW: 19,84 Jahre vs. MW: 27,0 Jahre) und zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in einer psychiatrischen Klinik (MW: 21,0 Jahre vs. MW: 29,9 Jahre). 11 der insgesamt 18 rückfälligen Patienten waren in einer vollstationären Einrichtung (Wohnheim, Übergangseinrichtung untergebracht, 4 wohnten in der eigenen Wohnung, 3 wurden in einer Wohngemeinschaft betreut. Alle wurden im Rahmen von Einzelkontakten, auch aufsuchender Art betreut. Die Kontakthäufigkeit lag bei 7 Fällen bei mindestens 14tägigen, bei 11 Fällen bei mindestens monatlichen Kontakten zwischen Patienten und Ambulanzmitarbeiter. Die Mehrzahl der Rückfälligen (16 Patienten) war nicht in ein reguläres Arbeitsverhältnis integriert, alle bezogen in vollem Umfang oder ergänzend staatliche Sozialleistungen. Bei 10 der 18 Patienten wurde angegeben, dass im gesamten Betreuungsverlauf mindestens einmal eine Unterbringung nach § 67h StGB angewendet wurde. Bei der Hälfte der rückfälligen Patienten war es bis zum Zeitpunkt der Stichtagserhebung zu einem erneuten Strafverfahren gekommen; in zwei Fällen wurde seitens der Forensischen Nachsorgeambulanz der Widerruf der zur Bewährung ausgesetzten Maßregel nach § 63 StGB angestrebt.

Insgesamt deutlich höher liegt der erfasste Wert in den Bereichen allgemeiner oder krankheitsspezifischer Krisen: bei 27,8% der Patienten wurde eine funktionale Krise bekannt, bei 19,7% wurde ein Alkohol- bzw. Drogenrückfall nachgewiesen. Die Bearbeitung dieser Krisensituationen erfolgte entweder im ambulanten Rahmen, bzw. in 16,1% der Fälle auch im Rahmen einer stationären Krisenintervention nach § 67h StGB (vgl. Hahn 2007a), wobei die zur Bewährung ausgesetzte Unterbringung im Maßregelvollzug für einen begrenzten Zeitraum (möglich sind zunächst bis zu drei Monate) widerrufen wurde.

Die letzten beiden Items der Stichtagserhebung fragen nach der Perspektive der in den Ambulanzen betreuten Patienten. Für 24,6% der betreuten Patienten wurde angegeben, dass geplant sei, diese aus der ambulanten Nachsorge entlassen zu wollen. Die Beendigung der ambulanten Betreuung und Begleitung sollte entweder zeitgleich mit dem Erreichen der Höchstfrist von Bewährungszeit und Führungsaufsicht erfolgen, bzw. auch vorher, bei positivem Gesamtverlauf der bisherigen Bewährungsphase beendet werden. Bei 2,0% der Patienten wurde ein Widerruf der Bewährung angedacht.

Zusammenfassung und Perspektive

Die Analyse der Daten einer ersten Stichtagserhebung „Forensische Ambulanzen in Deutschland“ erlaubt einen differenzierten Einblick in die Patientenstruktur dieses neuen Behandlungsangebots, in die Interventionsmethoden und in den Gesamtverlauf der ambulanten Behandlungsphase. Die wichtigsten Erkenntnisse daraus sind:

- In den Forensischen Fachambulanzen werden Menschen betreut, welche ein erhebliches Ausmaß an psychiatrischen Erkrankungen, strafrechtlicher Vorbelastung und aktuellen Belastungsmerkmalen aufweisen;
- die im ambulanten Rahmen betreuten Patienten waren zuvor über einen erheblichen Zeitraum stationär untergebracht;

- die soziale Situation der Patienten ist durch eine deutliche Störung in den sozialen Bezügen gekennzeichnet (fehlender Freundeskreis, Wohnform, Marginalisierung);
- die berufliche Reintegration der Patientengruppen gelingt nur teilweise;
- die ehemals im MRV untergebrachten Patienten werden umfangreich durch Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote des sozialpsychiatrischen Bereichs und durch Hilfen gesetzlicher Betreuung unterstützt; die Angebote und Betreuungsleistungen der unterschiedlichen Dienstleister im sozialpsychiatrischen, justiziellen und forensisch-psychiatrischen Bereich werden in gemeinsamen Fallkonferenzen koordiniert;
- im forensisch-ambulanten Bereich dominieren gegenwärtig Einzelfallhilfen bei eher geringer Frequenzdichte. Gruppenangebote werden bislang kaum vorgehalten;
- der Verlauf der ambulanten Nachsorgephase ist insgesamt positiv. Die Rückfallquote bzgl. erneuter Kriminalität ist mit ca. 5% äußerst gering;
- im Verlauf der ambulanten Betreuung kommt es bei fast jedem dritten Patienten zu psychosozialen Krisen, welche zum Großteil durch ambulante Maßnahmen aufgefangen werden können;
- strafrechtlich abgesicherte, stationäre Interventionsmaßnahmen ergänzen die Möglichkeiten zur Krisenbewältigung;
- die Perspektive für ca. ein Drittel der Patienten ist so günstig, dass seitens der Fachambulanzen über eine Beendigung der forensischen Nachsorge nachgedacht wird.

Forensisch-ambulante Nachsorge zielt auf den Erhalt des stationären Therapieerfolgs, die Unterstützung der Patienten im Resozialisierungs- und Rehabilitationsprozess und auf die aktive Rückfallvermeidung. Seitens der Träger sind auch ökonomische Aspekte von Bedeutung. Die enorme Zunahme der Fallzahlen im Maßregelvollzug (im Zeitraum 1996 bis 2006 beträgt der Zuwachs 100%, vgl. Bundesministerium des Inneren/Bundesministerium der Justiz 2006) hat zu einer Kostenexplosion in diesem Bereich und einer erhöhten volkswirtschaftlichen Belastung geführt. Die Forensischen Nachsorgeambulanzen wurden auch unter der Maßgabe der Kostenreduktion, bei gleichzeitiger Erhöhung der Sicherheit der Allgemeinheit eingeführt. Für den Bereich der Forensischen Psychiatrie bietet sich dadurch aber auch die Chance, Anschluss an die Behandlungsgrundsätze im allgemeinpsychiatrischen Bereich zu finden und eine stärkere Öffnung zu vollziehen. Auch wenn der Grundsatz moderner Gemeindepsychiatrie „ambulant vor stationär“ sich im forensischen Bereich nicht zur allgemeinen Maxime entwickeln wird, besteht mit der Einrichtung der Fachambulanzen die Chance, verstärkt ambulante Hilfen zu realisieren bzw. stationäre Behandlungsmaßnahmen bei verbindlich geregelter Nachsorge zeitlich zu verkürzen. Die Forensischen Ambulanzen werden in jedem Fall den Nachweis ihrer Effizienz führen müssen. Zur Darstellung des Arbeitsgegenstands, der Methoden, vor allem aber zum Nachweis des Erfolgs ambulanter forensischer Nachsorge werden die Institutionen darauf angewiesen sein belastbare Daten zu erheben und zu untersuchen.

Literatur

Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2006) Zweiter periodischer Sicherheitsbericht – Langfassung. Verfügbar unter: <http://www.bmj.bund.de/files/1485/2.%20Periodischer%20Sicherheitsbericht%20Langfassung.pdf> (09.04.2019)

BfG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1993) Modellverbund „Psychiatrie“: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. Baden-Baden: Nomos

BfG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1995) Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten in eine mit komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region. Baden-Baden: Nomos

Freese R (2003) Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Lengerich: Pabst

Hahn G (2005) Klinische Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie. In: Psychosozial, 28 (3), Schwerpunktthema: Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens: 67-74

- Hahn G (2007a) Anmerkungen zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs. In: Neue Kriminalpolitik (19), Heft 1: 7-10
- Hahn G (2007b) Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Hahn G (2008) Behandlung der Sexualdelinquenz. In: DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e. V. (Hg.) Betreuung und Kontrolle von gefährlichen Straftätern. Prävention von Rückfällen. Köln, 95-110
- Hahn G (2009) Psychisch kranke Straftäter. In: Cornel H, Kawamura-Reindl K, Maelicke B, Sonnen BR (Hg.) Resozialisierung. Handbuch. Baden-Baden: Nomos, 390-405
- Hahn G (2010) Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland. Stichtagserhebung „Forensische Fachambulanzen 2009“. In: Klinische Sozialarbeit, 6 (1): 8-12
- Hahn G, Stiels-Glenn M (Hg.) (2010) Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Jehle J-M, Heinz W, Sutterer P (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: Eine kommentierte Rückfallstatistik. In: Bundesministerium der Justiz (Hg.). Mönchengladbach
- Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hg.) (2006) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Darmstadt: Steinkopff
- Leygraf N (1988) Betreuung oder Überwachung. Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? In: Bewährungshilfe, 3: 341-351
- Lösel F, Bender D (1997) Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volbert R (Hg.) Psychologie im Strafverfahren. Bern, 171-204
- Mokros A, Osterheider M (2010) Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten in Bayern: Stand des aktuellen Modellprojekts (2005 – 2010). In: Hahn G, Stiels-Glenn M (Hg.) Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie Verlag, 189-201
- Rasch W (1989) Situation und Perspektiven des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 4: 8-15
- Schmidt-Quernheim F, Hax-Schoppenhorst (2008) Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Bern: Hans Huber
- Schmucker M (2004) Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Herbolzheim: Centaurus
- Schwarze C, Schmidt A F (2008) Zwangskontexte. In: Herger M, Röhrle B (Hg.) Handbuch der therapeutischen Beziehung – Band II: Spezieller Teil. Tübingen: DGVT, 1477-1507
- Seyfert D, Schiffer B, Leygraf N (2003) Plädoyer für die Forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. In: Psychiatrische Praxis, 30: 235-241
- Statistisches Bundesamt (2008) Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). Stand: 12.12.2008. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/KrankenhausMassregelvollzug.property=file.pdf> (09.03.2011)
- Stübner S, Nedopil N (2009) Ambulante Sicherungsnachsorge. Begleituntersuchung eines forensischen Modellprojekts in Bayern. In: Psychiatrische Praxis, 36: 317-319
- Stübner S, Nedopil N (2010) Ambulante Sicherungsnachsorge in Bayern: Bericht über das erste Modellprojekt. In: Hahn G, Stiels-Glenn M (Hg.) Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie Verlag, 172-188
- Wagner E, Werdenich W (Hg.) (1998) Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Wien: Facultas
- Warmuth M (1990) Drei Jahre Forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin. Aufbau – Erfahrungen- Konsequenzen. In: Recht und Psychiatrie, 8: 109-120
- Weißbeck W (2009) Jugendmaßregelvollzug in Deutschland. Basisdokumentation. Einrichtungen, Konzepte. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft