

**Freie wissenschaftliche Arbeit  
zur Erlangung des Grades des  
Master of Arts in Sozialmanagement  
an der Alice Salomon Hochschule Berlin**

**Chancen und Risiken der ambulanten Betreuung  
von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs**

Name: Christian Grüning

Matr.Nr.: 00030258

eingereicht: im Wintersemester 2011/2012

am 21.02.2012

Erstleser: Prof. Dr. Bernd Maelicke

Zweitleser: Prof. Dr. Heinz Cornel

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>Paragrafenverzeichnis</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>VI</b>
<b>1.) Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1.) Ausgangssituation	1
1.2.) Ziele und Inhalte	3
1.3.) Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes	4
<b>2.) Das Maßregelsystem in der Bundesrepublik     Deutschland</b>	<b>5</b>
2.1.) Die Frage der Schuldunfähigkeit bzw. Schuldminderung	5
2.2.) Die Maßregeln zur Besserung und Sicherung	7
2.3.) Die aktuelle Situation im Maßregelvollzug	10
2.4.) Behandlung und Entlassungsvorbereitung im Maßregelvollzug	14
2.5.) Lockerungsstufen und Beurlaubung	19
2.6.) Forensische Ambulanzen	21
2.7.) Führungsaufsicht	23
<b>3.) Das System der gemeindepsychiatrischen     Eingliederung von Menschen mit seelischer     Behinderung</b>	<b>26</b>
3.1.) Ziel und Aufgaben der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen	26
3.2.) Der Weg zur bedürfnisgerechten Hilfe	28
3.2.1.) Rechtsgrundlagen der Hilfen zur Eingliederung	28

3.2.2.) Kostenbeteiligung und Nachrangigkeitsprüfung	30
3.2.3.) Die Feststellung und Abdeckung des Hilfebedarfs	31
3.2.4.) Dauer und zeitlicher Umfang der Leistungen	33
3.2.5.) Der Behandlungs- und Rehabilitationsplan	34
3.3.) Hilfeform Wohnverbund	35
3.4.) Leistungsspektrum eines Wohnverbundes	37
3.5.) Entgelt und Personalvorhaltung der Betreuung im Wohnverbund	39
<b>4.) Praxis der forensischen Nachsorge in ambulanter Eingliederungshilfe</b>	<b>42</b>
4.1.) Aufnahmeverfahren	42
4.1.1.) Die richtige Nachsorgeeinrichtung	42
4.1.2.) Freiheit mit Einschränkungen	44
4.1.3.) Die Aufgaben des Wohnverbundes im Aufnahmeverfahren	44
4.2.) Betreuungsbeginn und Beurlaubung	47
4.2.1.) Probleme mit dem Entlassungstermin	48
4.2.2.) Handlungsorientierte Überlegungen für die Übergangsphase	49
4.3.) Betreuungsverlauf	53
4.4.) Ende der Betreuung	55
4.5.) Teaminterne und teamübergreifende Kommunikation	56
4.6.) Besondere Anforderungen an die Mitarbeiter	59
<b>5.) Schlussbetrachtung und Empfehlungen</b>	<b>61</b>
<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>VII</b>

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Lockerungsstufen im Berliner Maßregelvollzug.....	20
Tabelle 2	Betreuungszeit pro Hilfebedarfsgruppe.....	33
Tabelle 3	Mindestpersonalvorhaltung in Minuten pro Klient.....	40
Tabelle 4	Entgelt pro Hilfebedarfsgruppe und Tag.....	41

## Paragrafenverzeichnis

§ 20 StGB	Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen.....	5
§ 21 StGB	Verminderte Schuldfähigkeit.....	5
§ 61 StGB	Übersicht.....	7
§ 63 StGB	Unterbringung in einem psychiatrischen..... Krankenhaus	8
§ 136 StVollzG	Unterbringung in einem psychiatrischen..... Krankenhaus	8
§ 68a StGB	Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, forensische..... Ambulanz	23
§ 2 SGB IX	Behinderung.....	28
§ 53 SGB XII	Leistungsberechtigte und Aufgabe.....	29

## Abkürzungsverzeichnis

ALG	Arbeitslosengeld
BBRP	Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan
BRP	Behandlungs- und Rehabilitationsplan
FIA	Forensische Institutsambulanz
FM	Fallmanagement
HBG	Hilfebedarfsgruppe
KMV	Krankenhaus des Maßregelvollzugs
MAE	Mehraufwandsentschädigung
MV	Maßregelvollzug
o.J.	ohne Jahr
o.V.	ohne Verlag
PsychKG	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
SGB	Sozialgesetzbuch
SGP	Steuerrungsgremium Psychiatrie
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz

## **1.) Einleitung**

### **1.1.) Ausgangssituation**

In meiner Tätigkeit als Koordinator eines Wohnverbundes für psychisch kranke Menschen sehe ich Unterschiede, die die nachsorgende Betreuung ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs gegenüber Patienten aus der Allgemeinpsychiatrie mit sich bringen. Dies berührt die eigentliche Betreuungsarbeit und stellt zusätzliche Anforderungen an Organisation, Vernetzung, Mitarbeiterauswahl und einiges mehr. Ich sehe allerdings zu Großteilen auch Überschneidungspunkte, die mich zu der Überzeugung gelangen lassen, dass ein für die Bedürfnisse von schwer chronisch psychiatrisch Erkrankten aus der Allgemeinpsychiatrie geschaffenes Projekt nach einigen Fallbezogenen und organisatorischen Anpassungen dazu geeignet ist, auch „forensische“ Patienten zu betreuen. Forderungen zum Aus- und Neubau von heimartigen Einrichtungen zur spezialisierten Nachsorge für forensische Patienten möchte ich entgegenhalten, dass es bereits ein ausbaufähiges und größtenteils geeignetes System gibt, welches stärkere Beachtung und Förderung verdient. Wohnverbänden wird die nötige Kompetenz zur Nachsorge von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs zu Unrecht von profitorientierten privatwirtschaftlichen Trägern von verwahrenden Heimen mit „Langzeitlockerungskonsens“ im Einvernehmen mit dem Maßregelvollzug streitig gemacht. Kernpunkte wie Erreichbarkeit rund um die Uhr, Möglichkeit zur raschen Krisenintervention, Möglichkeit zur überwachten Medikamenteneinnahme usw. zeigen m.E. die gleiche Kompatibilität für die Betreuungserfordernisse, und haben dabei nicht den Charakter eines weiteren „Auffangbeckens“ für Menschen, die keiner will. Zusätzlich hat der Gesetzgeber mit der Novellierung des Maßregelgesetzes in Punkto Forensische Institutsambulanz und Führungsaufsicht institutionelle Maßnahmen entworfen, die die Lücke zwischen Eingliederungshilfe und Maßregelvollzug in der Übergangsphase des Klienten abdecken können. Besonders die in der Literatur Hochgelobte FIA stellt für mich jedoch zunächst eine ergänzende Maßnahme dar – und auch nur vorübergehend, bis der Betreute an das gemeindepsychiatrische System angegliedert ist.

Mit dieser Thesis möchte ich der Forderung Nachdruck verleihen, die Arbeit im Wohnbereich als besonders effektiven, verhältnismäßig kostengünstigen und wesentlichen Baustein der Nachsorge anzuerkennen. Hier wird der Betreute täglich gesehen, gesprochen, gefördert und reglementiert, wenn es notwendig ist. Hier werden psychische Krisen und einhergehend wachsende Gefährlichkeit frühzeitig erkannt und professionell bearbeitet. Hier sitzen die Netzwerker, die Notwendigkeiten aufgrund der Nähe besonders frühzeitig erkennen und alle oder nur geeignete Parteien mittels einer Helferkonferenz an einen Tisch holen können. Hier leisten die Bezugsbetreuer das, was am ehesten Pfleger im KMV leisten – sie bieten sich mit großem persönlichen Einsatz als regulierendes Vorbild und als Reibfläche für den Betreuten an. Mit Bedauern stelle ich jedoch fest, dass die nötige Anerkennung oftmals fehlt. Ähnliche Erfahrungen mit dem allgemeinspsychiatrischen, stationären Bereich lassen Rückschlüsse darauf zu, dass die Rahmenbedingungen den Akteuren der entlassenden Krankenhäuser nicht wirklich bekannt sind. Die Unkenntnis über die Möglichkeiten des ambulanten Bereichs steht einem „Abfluss“ von Patienten aus dem überbelegten Maßregelvollzug entgegen. Zwar kommt diese Lösung selbstverständlich nicht für jeden Patienten in Frage, aber eine jahrelange, kostenintensive Sicherung ohne Besserung kann auch nicht die Lösung des Problems sein.

Doch geht der Vorwurf auch in die andere Richtung. Auffällig zurückhaltend reagieren die Anbieter der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung häufig, wenn es um die Fortführung der im Maßregelvollzug begonnenen Rehabilitation von ehemaligen Patienten geht. Und das obwohl sie eine Versorgungsverpflichtung für den Bezirk übernommen haben und gleichzeitig die Zustände in den Krankenhäusern des Maßregelvollzugs immer schwieriger werden. Plötzlich sind alle „Plätze“ belegt und bei der Suche nach Alternativen tun sich die Teilnehmer sog. Steuerungsrunden schwer. Nach meiner Auffassung entspricht dies nicht der Verantwortung, die die Träger im Sinne der bezirklichen Aufnahmeverpflichtung auch zu ihrem Vorteil übernommen haben. Zudem erscheint mir die Zurückhaltung bei der Übernahme von Patienten aus dem Maßregelvollzug auch aus Sicht der Träger



häufig zu kurz gedacht. Ich plädiere also für mehr Verantwortungsbewusstsein der Träger der Eingliederungshilfe, sich den „Forensikern“ nicht zu verschließen.

## **1.2.) Ziele und Inhalte**

Die Fragestellung dieser Masterthesis ist, inwiefern sich ambulante Settings der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen auf die nachsorgende Betreuung von ehemaligen Maßregelpatienten des §63er-Vollzugs besser vorbereiten können. Welche Voraussetzungen müssen getroffen sein, um langfristig und dynamisch auf der einen Seite die Bedürfnisse nach Sicherheit seitens der Gesellschaft und auf der anderen Seite den individuellen Wünschen des Betreuten gerecht zu werden? Eine These habe ich in der Formulierung der Frage schon kundgetan: erfolgreich kann nur auf Bedürfnisse reagiert werden, wenn eine Dynamik möglich ist, mit der die Verantwortlichen angepasst auf sich verändernde Situationen, wie positive oder negative Genesungsverläufe und damit einhergehend sich verändernde Einschätzungen der Gefährlichkeit, reagieren können. Daher gilt mein vorrangiges Augenmerk der Hilfeform „Wohnverbund“, da sie meiner Meinung nach ein sehr vielseitiges und bedarfsgerechtes Grundkonzept darstellt. Ich beleuchte in dieser Thesis den Übergang von dem Hilfesystem der stationären forensischen Psychiatrie zum Hilfesystem der Eingliederungshilfe für seelische behinderte Menschen, also den Prozess der Behandlung in der Klinik, die anschließende Kooperation beteiligter Institutionen während der Beurlaubung bzw. nach der Entlassung und schließlich die verantwortliche Nachsorge in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie. Die Überarbeitung dieser Prozedere hinzu einer Richtlinienfassung ist in unserem Wohnverbund geplant, insofern besteht ein unmittelbarer Theorie-Praxis-Transfer. Auch aus diesem Grunde beziehe ich in meiner Thesis nicht Verurteilte nach §64 StGB mit ein, da wir sie in unserem Verbund nicht betreuen, wenn eine Suchtmittelabhängigkeit im Vordergrund steht. Auch beziehe mich ggf. auf Ausführungen, die für Berlin Gültigkeit besitzen, wobei dies gesondert vermerkt wird.

Zur Klärung der Fragestellung habe ich folgende Gliederung meiner Thesis gewählt: im an diese ersten Bemerkungen anschließenden Kapitel widme ich

mich bündig dem Rechtssystem der Maßregeln in Deutschland. Um Ausuferungen zu vermeiden verzichte ich auf eine ausgeweitete demografische Analyse der Patienten, ich untersuche betont nicht die Gründe für z.B. den niedrigen Bildungsstand oder die auffallend hohe Raten von ausländischen Insassen, sondern plädiere in der Nachsorge für konsequentes Case Management – individuelle Betreuung von Fall zu Fall. Ich gehe auf den Auftrag des Maßregelvollzugs – Besserung und Sicherung – ein, und berichte über die grundlegenden Techniken der Therapie. Besondere Aufmerksamkeit widme ich dabei den Ansätzen der Soziotherapie, da sie den Möglichkeiten im ambulanten Setting, von einer Kontrolle der Pharmakotherapie abgesehen, am nächsten kommt. Weiterhin verdeutliche ich die vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten der Nachsorge in Form der forensischen Ambulanz und der Führungsaufsicht, da sie für die Eingliederungshilfe die wesentlichen Berührungspunkte in der Nachsorge mit dem System des Maßregelvollzugs darstellt. Im dritten Kapitel gebe ich zunächst allgemeine Erläuterungen zum ambulanten Eingliederungssystem für Menschen mit seelischer Behinderung. Ich lege mich im Kapitelverlauf auf den Eingliederungstyp „Wohnverbund“ als für forensische Nachsorge gut geeignet genauer fest, und liefere Erklärungen und Begründungen. Die Zusammenführung der Systeme Maßregelvollzug und Eingliederungshilfe wird anhand vorkonzeptioneller Überlegungen im vierten Kapitel vollzogen. An der Praxis orientierte Überlegungen sollen die Grundlage bieten, die Vorgehensweise der Handelnden aus Sicht des Wohnverbundes bei Entlassung oder Beurlaubung eines Patienten in ein standardisiertes Verfahren einbetten. Das fünfte Kapitel dient der Schlussbetrachtung der Thematik für den Rahmen dieser Thesis und liefert allgemein gehaltene Empfehlungen zur Nachsorgegestaltung. Abschließend folgen die Verzeichnisse.

### **1.3.) Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Teilnehmer/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

## **2.) Das Maßregelsystem in der Bundesrepublik Deutschland**

Die ambulante Tätigkeit mit psychisch kranken Straftätern erfordert auch außerhalb des Maßregelvollzugs die Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Sowohl die Beschäftigung mit dem Maßregelvollzug im Sinne des teilweise jahrelangen Aufenthaltsortes von Betreuten, als auch ein Überblick über die stationären Behandlungsmöglichkeiten, bei denen der Patient sich zum Zeitpunkt der Entlassung bewährt hat, sind für die nachsorgende Betreuung von Nutzen.

### **2.1.) Die Frage der Schuldunfähigkeit bzw. Schuldminderung**

Das Einsperren psychisch kranker Täter in psychiatrische Krankenhäuser ist in den meisten rechtlich entwickelten Ländern eine Randerscheinung der Strafrechtspflege. Bei den Maßregeln zur Besserung und Sicherung kann man von einem zweiten Gleis der Strafrechtsgesetzgebung sprechen, die auch im Strafgesetzbuch verankert sind, welche jedoch über gewöhnliche Freiheits- und Geldstrafen in ihrer Komplexität hinausgehen. Ursächlich hierfür sind Überlegungen, die in die Paragraphen 20 und 21 des Strafgesetzbuches Einzug erhalten haben und die den Begriff der Schuld einschränken.

#### **§ 20 StGB**

##### **Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen**

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

#### **§ 21 StGB**

##### **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.

Volckart liefert zu diesem für die Maßregelbehandlung ursächlichen Sachverhalt eine gut verständliche Ausführung:

„Abweichendes, sozial schädliches Verhalten von einigem Gewicht führt in allen Gesellschaften zu Reaktionen öffentlicher Gewalt gegen den Täter. In unserer Kultur werden regelmäßig Strafen verhängt, die in schwerwiegenden Fällen in Freiheitsentzug bestehen. Unsere Strafe ist ein Reaktionsmittel, das nur teilweise von rationalen Vorstellungen bestimmt ist. Strafe ist von der Vorwerfbarkeit des missbilligten Verhaltens abhängig. Ob nun Sinn und Zweck der Strafe in der Sühne oder in der Prävention gegen künftiges missbilligtes Verhalten (der Täter selbst oder auch anderer, potentieller Täter) gesehen wird, stets setzt Strafe die Vorwerfbarkeit des geahndeten Verhaltens voraus. Hierfür steht der juristische Begriff der Schuld. Er enthält außer seinen normativ-ethischen Elementen, denen zufolge der mündige Mensch für sein Tun und Lassen regelmäßig die Verantwortung trägt, auch ein seinswissenschaftliches: Schuld setzt voraus, dass die Menschen tatsächlich im allgemeinen in der Lage sind, die abweichende Tat zu lassen und statt dessen normgerecht zu handeln, mag das auch im Einzelfall nicht beweisbar sein. Schuld ist damit Zuschreibung von Verantwortung, hat aber eine psychologische Grundlage. Die Schuldfähigkeit kann bei krankhaften seelischen Störungen, bei tief greifenden Bewusstseinsstörungen oder bei Schwachsinn und anderen schweren seelischen Störungen des Täters ausgeschlossen sein. Wir schreiben auch einem Kind unter 14 Jahren keine Schuldfähigkeit zu und gehen davon aus, dass sie bei einem Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren, dessen Reifung verzögert ist, ausgeschlossen sein kann. Schuld in diesem Sinne ist ein mit dem verfassungsrechtlichen Grundrecht der Menschenwürde zusammenhängender Begriff. Nach diesem Grundprinzip unserer Rechtsordnung ist Bestrafung ohne Schuld undenkbar. Gleichwohl reagieren alle Gesellschaften, auch die unsere, gegen viele schuldlose Täter mit öffentlicher Gewalt.“<sup>1</sup>

Kammeier erläutert die in § 20 und § 21 StGB genannten Schuldausschluss bzw. Schuld minderungsgründe genauer. Unter krankhaften seelischen Störungen werden alle somatisch bedingten psychischen Krankheiten verstanden. Dies sind exogene und endogene Psychosen sowie pathologische Rauschzustände. Eine tief greifende Bewusstseinsstörung bezeichnet vor allem eine Trübung oder teilweise Ausschaltung des Selbst- bzw. Außenbewusstseins, eine Beeinträchtigung der Fähigkeit des intellektuellen und emotionalen Erlebens und ein Handeln im Affekt. Schwachsinn wird als Unterart der schweren anderen seelischen Abartigkeit verstanden und meint im Besonderen organisch befundlose Defekte der Intelligenz. Im Zusammenhang mit dem vierten Merkmal werden häufig Neurosen, Psychopathien und Triebstörungen genannt. Passender erscheint die Bezeichnung nicht pathologisch bedingte

---

<sup>1</sup> Volckart, 2003, S.1.

Persönlichkeitsstörung.<sup>2</sup> Beide Paragraphen setzen eine Verbindung zwischen Ursache und Wirkung voraus. Ein Schuldausschluss bzw. eine Schuldinderung ist gegeben, wenn eine der vier Fallgruppen vorliegt und psychologisch-normativ festgestellt wurde, dass die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Täters zur Tatzeit ausgeschlossen oder erheblich gemindert war.

## **2.2.) Die Maßregeln zur Besserung und Sicherung**

Es wird grundsätzlich zwischen Freiheitsentziehenden und nicht Freiheitsentziehenden Maßregeln zur Besserung und Sicherung unterschieden. Zu ersteren gehört die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung. Die Maßregeln werden durch das Gericht angeordnet, welches auch über die Anlasstat entscheidet und die Maßregel als Urteil verkündet. Die Maßregeln kommen dem gesellschaftlichen Bedürfnis nach Schutz vor Gefahren, die von manchen schuldlos handelnden Menschen mit Wahrscheinlichkeit verursacht werden, entgegen.<sup>3</sup> Sie sind im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. Die Anordnung ist eine rein präventive Maßnahme zur Gefahrenabwehr, d.h. die zukünftige Gefährlichkeit des Täters steht im Zentrum der Entscheidung. Auch die vom Gesetzgeber angestrebte Besserung dient der Vorbeugung weiterer Straftaten. Das System der Maßregeln findet sich in den Paragraphen 61 bis 72 StGB. Im § 61 StGB findet sich ein abschließender Katalog sämtlicher Maßregeln.

### **§61**

#### **Übersicht**

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung sind:

- 1.) die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63)
- 2.) die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64)
- 3.) die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung (§ 66)
- 4.) die Führungsaufsicht (§ 68)

<sup>2</sup> vgl. Kammeier, 2008, S.26

<sup>3</sup> vgl. Volckart, 2003, S.2

- 5.) die Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69)
- 6.) das Berufsverbot (§ 70)

In dieser Arbeit liegt das Interesse auf die vom Paragraphen 63 StGB betroffenen oder betroffen gewesenen Patienten. Er lautet wie folgt:

### **§ 63 StGB**

#### **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 zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Das Ziel dieser Maßnahmen wird in § 136 des Strafvollzugsgesetzes (StVollG) definiert:

### **§ 136 StVollzG**

#### **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus**

Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.

Es ist die von den schuldlosen Tätern ausgehende Gefahr für andere, die den Freiheitsentzug ermöglicht und legitimiert. Allerdings ist der Freiheitsentzug nur so lange gerechtfertigt, wie der Erfolg der Behandlung auf sich warten lässt, die per Gesetz mit der Unterbringung einhergehen soll.

„Ein Staat, für den die Achtung der Würde des Menschen oberstes Gebot ist, darf keinen Freiheitsentzug ermöglichen, der dem Betroffenen nicht die reale Hoffnung lässt, seine Freiheit wiederzugewinnen. Diese Erkenntnis hat im Bereich der Freiheitsstrafe dazu geführt, dass auch lebenslange Freiheitsstrafen bei günstiger Prognose einen gesetzlich geregelten Endpunkt haben; nach einer Vollzugszeit von mindestens 15 Jahren ist der Straftäter zur Bewährung auszusetzen (§ 57a StGB). Diese negative

Formulierung dieses allgemeinen Rechtssatzes wird durch dessen positive Seite ergänzt: den schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist aktiv entgegenzuwirken und im Verlauf des Freiheitsentzuges müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass der Betroffene keine Straftaten mehr begehen wird und entlassen werden kann. Bei der Unterbringung schuldloser Täter verdichtet sich das Wiedereingliederungsgebot zu einem Bündel von Fürsorgepflichten. Die Unterbringung muss so kurz wie möglich gehalten werden, die Gefährlichkeit muss so schnell wie möglich beseitigt werden. Beruht die Gefährlichkeit auf einer Krankheit oder einer Sucht, so ist der Untergebrachte in erster Linie Patient. Mit dem ihm zugefügten Freiheitsentzug korrespondiert die Verpflichtung, ihm zu geben, was Psychiatrie und die anderen wissenschaftlichen Fachrichtungen leisten können, um Verhaltensänderungen durch gezielte Behandlung der psychosozialen Verhaltensgrundlagen zu erzielen“.<sup>4</sup>

Die freiheitsentziehenden Maßnahmen sind unterschiedlich ausgestaltet und verfolgen verschiedene Ziele. Die Anordnung von Maßregeln setzt Verschiedenes voraus: Zum einen das Vorliegen einer Anlasstat, d.h. einer rechtswidrigen Tat im Sinne der Strafgesetze. Zum anderen muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Anwendung finden. Dieser ist im Maßregelrecht durch den § 62 StGB geregelt. Die Unterbringung ist demnach nur gerechtfertigt, wenn die vom Täter ausgehende Gefahr so groß ist, dass ein solcher Eingriff im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit geboten ist. Der dritte Aspekt bezieht sich auf die künftige Gefährlichkeit des Täters, d.h. also auf die Gefährlichkeitsprognose. Wichtig hierbei ist die Erwartung einer erheblichen Straftat aus dem Bereich der mittleren Kriminalität. An die Gefährlichkeitsprognose bzw. Kriminalprognose werden qualifizierte Anforderungen gestellt. Das Gericht zieht dafür nach § 246 a Strafprozessordnung (StPO) stets einen Sachverständigen hinzu. Volckart fasst es folgendermaßen zusammen:

„Die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt werden nur verhängt, wenn von dem Täter künftig erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und wenn diese drohenden Taten Symptome des Zustandes sind, der auch der Anlasstat zugrunde liegt und die Verantwortlichkeit des Täters mindestens eingeschränkt hat (Symptomtaten). Nur dieser Zusammenhang zwischen Anlasstat, Psyche des Täters und drohenden neuen rechtswidrigen Symptomtaten rechtfertigt überhaupt die Maßregel.“<sup>5</sup>

Die Maßregel nach § 63 StGB ist zeitlich nicht begrenzt. Damit sie nicht länger als nötig andauert, muss das Gericht in bestimmten Zeiträumen immer wieder überprüfen, ob die Unterbringung noch gerechtfertigt ist. Das Strafgesetzbuch

---

<sup>4</sup> Volckart, 2003, S.2

<sup>5</sup> Volckart 2003, S.7

schreibt dies in § 67e vor. Die Überprüfung muss spätestens alle zwölf Monate stattfinden.

Neben der Maßregel kann eine Freiheitsstrafe verhängt werden. Die Maßregel wird vor der Freiheitsstrafe vollzogen, sie wird aber auf die Freiheitsstrafe angerechnet, allerdings im Höchstfall bis zu zwei Dritteln. Das Nebeneinander von Straftat und Maßregel betrifft nur eine Minderheit der vermindert Schuldfähigen.

Nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung, d.h. wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte zukünftig keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird, kann die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt werden. Gleichzeitig tritt nach § 67d Abs.2 StGB Führungsaufsicht ein. Die Bewährung kann widerrufen werden (§ 67g StGB), wenn eine erneute Straffälligkeit eintritt, ein Weisungsverstoß vorliegt oder der psychische Zustand eine erneute Straftat vermuten lässt.<sup>6</sup>

Die Anordnung einer Maßregel, ihre Überprüfung, die Beendigung, die Aussetzung zur Bewährung und deren Widerruf werden durch Bundesgesetze geregelt. Die Ausgestaltung der Unterbringung sowie die Durchführung der Behandlung werden dagegen durch Ländergesetze geregelt. In einigen Bundesländern existieren spezielle Maßregelvollzugsgesetze, in den anderen wird der MRV durch Sonderabschnitte und Querverweise in den Gesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker geregelt. In Berlin existiert das Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG).

### **2.3.) Die aktuelle Situation im Maßregelvollzug**

Wie geschildert obliegt dem Maßregelvollzug die Aufgabe der Sicherung. Doch wie verhält es sich mit Besserung? Nur schwerlich vorstellbar erscheint es, dass die in den erläuterten Regelungen vorgegebene erfolgreiche Behandlung in optimaler Weise im Maßregelvollzug gewährleistet werden kann, wenn die Zahlen zu Überbelegung und Auswertungen von Beschwerdeberichten zu Rate

---

<sup>6</sup> vgl. Schaumburg, 2003, S.10ff.



gezogen werden. Beispielhaft beleuchtet der Bericht der Beschwerdekommision Maßregelvollzug recht ausdrucksstark die Problematik der Überbelegung:

„Die Überbelegungssituation in den Maßregelvollzugseinrichtungen hat sich weiterhin zugespitzt. Die Patienten und Patientinnen klagten wie in den Jahren zuvor über diese Situation, u. a. über die räumliche Enge und die aus der Überbelegungssituation resultierenden negativen Auswirkungen, z.B. auf ihre Therapie, auf das Zusammenleben und auf die Freizeitgestaltung. So mussten auf einigen Stationen weiterhin Räume, die zuvor den Patienten und Patientinnen zur Verfügung gestanden hatten, für Patientenzimmer genutzt werden. Als Folge der Überbelegungssituation mussten auch im Jahr 2004 Kriseninterventions- bzw. Intensivbetreuungsräume zwischenzeitlich als reguläre Patientenzimmer genutzt werden. Diese Zimmer mussten aber für ihren eigentlichen Zweck, der Absonderung eines Patienten bzw. einer Patientin zur Gefahrenabwehr, funktionstüchtig bleiben. Dieses bedeutete, dass die Patienten und Patientinnen in diesen Räumen zwar bei geöffneter Tür lebten, jedoch kaum Mobiliar und persönliche Gegenstände zur Verfügung hatten. Eine Überbelegung und der damit verbundene Zwang auch Intensivbetreuungs- und Kriseninterventionsräume zu belegen, bedeutete vor allem eine gravierende Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Einrichtung im Falle von schweren Krisen und den damit verbundenen Gefährdungen von Mitarbeitern, Mitarbeiterinnen, Patienten und Patientinnen.“<sup>7</sup>

Die herrschende derzeitige Situation in den meisten Maßregelvollzugseinrichtungen lässt sich zu Recht als schwierig bezeichnen, mancherorts vielleicht sogar als katastrophal. Hilgers spricht von einem „Bermudadreieck der Verelendung forensischer Institutionen“, welches sich aus infrastruktureller Verarmung, einem negativen Selbstbild und einem verheerenden Image zusammensetzt.<sup>8</sup>

Eine kritische Öffentlichkeit, Gesetzesnovellierungen sowie Beleg- und Kostendruck wirken sich nicht förderlich auf die Arbeit im Maßregelvollzug aus. Die Grenzen der Effizienz und Belastbarkeit der Einrichtungen sind vielerorts bereits deutlich überschritten. Forensische Patienten werden provisorisch oder deplaziert auf allgemeinspsychiatrischen Stationen untergebracht. Die Folge ist eine Verschlechterung der Versorgungsqualität sowie der Leistungsfähigkeit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser ermittelte für das Jahr 2007 eine durchschnittliche Überbelegung der forensischen Kliniken für nach § 63 StGB untergebrachte Patienten von 114,2 %. Überdurchschnittlich hoch ist die Überbelegung in Berlin und Nordrhein-

---

<sup>7</sup> Bericht der Beschwerdekommision Maßregelvollzug für das Jahr 2004, S.9

<sup>8</sup> vgl. Hilgers, 2004, S.233

Westfalen, während in Thüringen, Sachsen, Brandenburg und Bremen keine Überbelegung besteht.<sup>9</sup>

Um die Bedeutung der Unterbringung nach § 63 StGB ermessen zu können, müssen zwei Entwicklungen genauer betrachtet werden. Das wären zum einen die Unterbringungsanordnungen pro Jahr und zum anderen die Anzahl der Untergebrachten zu einem bestimmten Zeitpunkt. Jehle wählt als Beobachtungszeitraum die letzten 40 Jahre und unterteilt diese in drei Zeitabschnitte, die sich deutlich von einander unterscheiden.

Im ersten Abschnitt, den 60er Jahren, sinkt die Zahl der Anordnungen ausgehend von ca. 500 im Jahr deutlich ab. Im Gegensatz zu den Belegungszahlen, die von ca. 4000 Untergebrachten bis zum Ende der 60er Jahre noch deutlich ansteigen. Die Einrichtungen wurden zum damaligen Zeitpunkt als kostengünstige Langzeitverwahrung psychisch kranker Straftäter verstanden.

Der nächste Zeitabschnitt von Anfang der 70er bis Ende der 80er Jahre ist geprägt von unterschiedlichen Entwicklungen. Die Zahl der Anordnungen bleibt mit rund 400 im Jahr stabil. Die Belegungszahlen dagegen gehen deutlich zurück. Es kommt zu einer Halbierung der Anzahl der Insassen. Jehle begründet diese Tendenz mit sich gegenseitig verstärkenden Entwicklungen in der Strafrechtpraxis und in der Psychiatrie. Der Gesetzgeber betont das Ziel der Besserung im Maßregelvollzug und durch den therapeutischen Anspruch wandeln sich die Verwahreinrichtungen in Behandlungseinrichtungen. Eine Verkürzung der Verweildauer ist die Folge, und dadurch eine sinkende Patientenzahl.

Seit Anfang der 90er Jahre lässt sich eine gegenläufige Entwicklung beobachten. Die Anzahl der Unterbringungsanordnungen steigt wieder, verdoppelt sich in kurzer Zeit auf ca. 1000 im Jahr. Das sich verschärfende kriminalpolitische Klima betont den Aspekt der Sicherheit und gewinnt

---

<sup>9</sup> vgl. BAG Psychiatrie, 2008, S.3

zunehmenden Einfluss auf die Strafrechtspraxis. Deutlich wird dies ebenfalls durch die Verdoppelung der Patientenzahl. Im Jahr 2005 erreicht diese mit rund 5500 Personen einen historischen Höchststand, eine Folge der sich verlängernden Verweildauer, die wiederum in den verschärften Kriterien der Entlassprognose begründet liegt.<sup>10</sup>

Hinsichtlich der Unterbringungsdelikte ergibt sich, dass sich mehr als 70 % der Unterbringungsanordnungen auf Gewalt- und Sexualdelikte beziehen. Brandstiftungen machen mit ca. 10 % einen bemerkenswert hohen Anteil aus. Jehle folgert daraus, dass der Prognosemaßstab und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (§ 62 StGB) zu einer Konzentration auf schwerwiegende Delikte geführt hat.<sup>11</sup>

Welche psychiatrischen Krankheitsbilder führen zur Unterbringung bzw. mit welchen psychiatrischen Störungen geht Kriminalität einher? Einige Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum belegen, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten psychischen Erkrankungen und einem erhöhten Delinquenzrisiko besteht. Die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen ist am stärksten belastet, hinsichtlich eines vielfachen Gewaltdeliktrisikos. Patienten mit Schizophrenie oder affektiven Störungen sind weit weniger betroffen. Tritt allerdings zusätzlich noch eine Komorbidität mit Substanzmissbrauch auf, erhöht sich das Deliktrisiko deutlich und erreicht die Risikoquote der Persönlichkeitsstörungen.

Um Informationen über psychiatrische Diagnosen zu erhalten, müssen Studien aus dem Bereich des Maßregelvollzugs herangezogen werden, da keine Daten der amtlichen Statistik zu dieser Frage vorliegen. Jehle bezieht sich auf eine Studie von Seifert/Bolten/Jahn aus den 90er Jahren. Die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (mit oder ohne Minderbegabung) machen mehr als die Hälfte aller Patienten aus, ein Drittel der Untergebrachten leidet an einer Schizophrenie.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> vgl. Jehle, 2006, S.214ff.

<sup>11</sup> ebd.

<sup>12</sup> ebd.

Interessanterweise weicht die Verteilung der Diagnosen bei der Entlassung deutlich davon ab. Fast die Hälfte der Entlassenen leidet unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung machen hier nur noch ein Drittel aus. Daraus kann geschlossen werden, dass die Verweildauer von Untergebrachten mit einer Persönlichkeitsstörung länger ist, als die bei Patienten mit Schizophrenie. Dies kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass sich die Therapie einer Persönlichkeitsstörung recht schwierig gestaltet, da eine medikamentöse Behandlung häufig ausscheidet. Schizophrene sind im Regelfall medikamentös relativ gut behandelbar bzw. therapierbar, wenn sie auf die Pharmakotherapie ansprechen.<sup>13</sup>

Zur Klientel des Maßregelvollzugs muss ergänzend bemerkt werden, dass häufig spezifische Belastungen vorliegen. In vielen Fällen besteht ein Mangel an sozialen Bindungen, die Patienten stammen häufig aus unteren sozialen Schichten und weisen eklatante Defizite in der Schul- und Berufsausbildung auf. Viele der im Maßregelvollzug Untergebrachten blicken auf eine langjährige Karriere in verschiedenen Institutionen (Kinderheim, Erziehungsheim, Strafvollzug, Allgemeinpsychiatrie, Maßregelvollzug etc.) zurück. Oft liegen Mehrfachbelastungen hinsichtlich der Krankheitsbilder vor. Durch lange Unterbringungszeiten kann es zusätzlich zu Hospitalisierungsschäden und zu einem Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten kommen.<sup>14</sup>

#### **2.4.) Behandlung und Entlassungsvorbereitung im Maßregelvollzug**

Die Behandlung im Maßregelvollzug ist bundesweit unterschiedlich. Es bestehen keine übergeordneten einheitlichen Standards. Die therapeutische Struktur allerdings unterscheidet sich grundsätzlich kaum. Die spezifische Aufgabenstellung des Maßregelvollzugs besteht nicht darin zu bestrafen, zu heilen, zu verwahren oder unschädlich zu machen, sondern die Gefährlichkeit der Untergebrachten soll mittels Behandlung soweit reduziert werden, dass eine Entlassung auf Bewährung möglich ist. Sowohl die Aufgabenstellung der

---

<sup>13</sup> vgl. Jehle, 2006, S.218ff.

<sup>14</sup> vgl. Ellerbrock, 2004, S.10f.

Besserung als auch die der Sicherung charakterisieren den Auftrag des Maßregelvollzugs. Gemäß § 136 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) verlangt der Gesetzgeber die Behandlung des Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus nach ärztlichen Gesichtspunkten. Dies verweist auf eine Tatsache, die es immer wieder zu betonen gilt – bei den untergebrachten Patienten handelt es sich um kranke Menschen. Nicht der Therapie der Delinquenz, sondern der Behandlung des psychischen Störungsbildes gilt das Interesse.<sup>15</sup>

Es ist davon auszugehen, dass Patienten im Maßregelvollzug sich nicht freiwillig der Behandlung unterziehen, d.h. es handelt sich hier um eine Therapie im Zwangskontext. Hax-Schoppenhorst geht davon aus, dass es sich bei Freiwilligkeit häufig um eine Illusion handelt. Seiner Ansicht nach existieren nur unterschiedliche Abstufungen von Freiwilligkeit. Aspekte von Zwang finden sich in verschiedenen psychosozialer Interventionen, z.B. familiärer Zwang, beruflicher oder strafrechtlicher Zwang. Das Konzept der Therapiemotivation, die ausschließlich auf innerem Leidensdruck beruht, greift hier zu kurz und bezieht sich nicht auf die Realität vieler Patienten. Forensische Patienten sind häufig aufgrund der Einweisung gekränkt und sehr misstrauisch, sie verfügen eher über geringes Wissen hinsichtlich Psychotherapie oder sind ihr gegenüber grundsätzlich negativ eingestellt. Das Fehlen einer Krankheitseinsicht ist bestimmten psychiatrischen Störungsbildern immanent.<sup>16</sup>

„Eine ‚Therapie im Zwangskontext‘ ist die Antwort auf das Motivationsproblem forensischer Patienten. Für eine ‚intrinsische‘ Motivation fehlen ihnen die instrumentellen Voraussetzungen. Der Maßregelvollzug hat eine (fest-)haltende Funktion. Er spiegelt damit die existenzielle Situation der Patienten: Er stellt einen von den Patienten (nicht bewusst) gesuchten Rahmen dar, der ihrem Entwicklungsniveau entspricht und dessen Grenzen ihnen Sicherheit geben.“<sup>17</sup>

Die Unterbringung bzw. der Freiheitsentzug bietet den Patienten erst einmal die Voraussetzung dafür, korrigierende Erfahrungen mit therapeutischen Maßnahmen und menschlichen Beziehungen zu machen. Es ist notwendig, Behandlungskonzepte zu entwickeln, die die verschiedenen Aspekte von

---

<sup>15</sup> vgl. Hax-Schoppenhorst, 2008, S.55f.

<sup>16</sup> vgl. Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 57f.

<sup>17</sup> Hax-Schoppenhorst, 2008, S.58

Zwang, Druck und Kontrolle integrieren. Zentraler Bestandteil ist die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für Änderungen.

Hax-Schoppenhorst versteht Behandlungsmotivation als interaktives Konzept, welches sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Die Therapeuten und die Maßregelklinik sind in der Lage, diese Komponenten zu beeinflussen und somit auf die Motivation des Patienten positiv oder negativ einzuwirken. Daraus folgt, dass Motivationsarbeit am Anfang einer jeden Therapie steht und somit ein Bestandteil der Therapie ist.

Die Behandlungsstruktur sieht in der Regel eine Dreiteilung vor. Am Anfang steht die Aufnahmephase. Diese beinhaltet eine umfangreiche biographisch-anamnestische, psychiatrische, psychologische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik. Es wird ein Behandlungsplan erstellt, die pflegerische Betreuung geklärt und die Verlegung auf die Behandlungsstation vorbereitet. Hierzu ist es notwendig, die Fremd- und Selbstgefährdung sowie die Gruppenfähigkeit einzuschätzen. Es wird versucht, die Basis für ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu schaffen und den Patienten für erste Schritte der Mitarbeit zu gewinnen. Dies ist allerdings schwierig umzusetzen, da die aktuelle Situation der forensischen Aufnahmestationen gekennzeichnet ist durch Überbelegung und zum Teil durch Zweckentfremdung als Krisen- bzw. Sammelstationen für nicht verlegbare, schwierige Patienten.

An die Aufnahmephase schließt sich die Therapie- bzw. Behandlungsphase an, in der die zukünftige Deliktfreiheit im Zentrum der Interventionen steht. Zur Erreichung der Behandlungsziele steht das gesamte Spektrum therapeutischer Interventionen bzw. Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung: Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie.

Die medikamentöse Behandlung ist vor allem für Patienten mit psychotischen oder affektiven Störungen von großer Bedeutung. Persönlichkeitsstörungen sind einer Pharmakotherapie nicht zugänglich, Medikamente dienen hier eher der Dämpfung bestimmter Symptome wie Anspannung und Erregbarkeit. Bei Sexualstraftätern können Medikamente zur Triebdämpfung eingesetzt werden.

Im Bereich der Psychotherapie spielen Einzel- und Gruppengespräche eine wichtige Rolle. Viele Patienten verfügen über wenig ausgeprägte Fähigkeiten der Selbstreflexion, daher müssen die psychotherapeutischen Gespräche dem angepasst werden. Die Einzelgespräche sind eher begleitend und stützend und dienen der Motivation. Aber auch die Deliktbearbeitung ist hier von Bedeutung und dient der Entwicklung von Kontroll- und Vermeidungsstrategien. Bei Therapiemaßnahmen, die in Gruppen durchgeführt werden, handelt es sich in den meisten Fällen um Anti-Aggressions- und Selbstbehauptungstraining oder Übungen sozialer Kompetenzen sowie um kunst-, musik- und sporttherapeutische Maßnahmen. Diese therapeutischen Maßnahmen markieren den Übergang zur Soziotherapie.<sup>18</sup>

Soziotherapie weist am meisten Parallelen mit der Betreuung im ambulanten Setting auf. Daher widme ich ihr im Folgenden besonderes Augenmerk. Zwar ist die Soziotherapie von überragender Bedeutung für die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten, doch laut Dörr existiert bisher kein einheitliches inhaltliches Konzept für die Sozio- bzw. Sozialtherapie.

„Allgemein lässt sich jedoch festhalten, dass es sich hierbei um die Idee handelt, menschliches Verhalten nicht als individuellen Vorgang zu betrachten, sondern dieses ausschließlich im Zusammenhang mit komplexen sozialen Verknüpfungen zu sehen. Folglich ist der ‚Gegenstand‘ sozial- bzw. soziotherapeutischer Intervention – wie für die Soziale Arbeit allgemein gültig – stets ein vielschichtiges Individuum-Umwelt-System.“<sup>19</sup>

Nach Helmut Pauls fußt die Sozialtherapie zum einen auf der professionellen zwischenmenschlichen Hilfe, die auf einer personalen therapeutischen Beziehung beruht, und zum anderen auf der Integration in das System menschlichen Zusammenlebens.

Der Begriff der Sozialen Therapie wird unbestimmt und vielfältig verwendet. Die Sozialtherapie stellt sich als Konglomerat verschiedener Ansätze dar und befindet sich noch in einem Entwicklungsprozess. Sie lässt sich im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit verorten. Die Soziale Therapie orientiert sich ebenso wie die Klinische Sozialarbeit an personenbezogenen sozialen und beratend-

---

<sup>18</sup> vgl. Schaumburg, 2003, S. 87f.

<sup>19</sup> Dörr, 2005, S.103

therapeutischen Hilfeleistungen sowie an Maßnahmen und Hilfen, die sich auf die Umgebung beziehen.

Soziotherapie erfordert eine psycho-soziale Basiskompetenz, welche über die durch ein Studium der Psychologie oder der Sozialen Arbeit vermittelten Grundlagen und Inhalte hinausgeht. Die erforderlichen Kompetenzen und Kenntnisse müssen durch spezielle Fortbildungen vermittelt werden.<sup>20</sup>

Die Handlungskompetenzen liegen in der sehr komplexen Kommunikation. Die sozialtherapeutischen Behandlungsmethoden nehmen bei psychisch Erkrankten mit starken sozialen Beeinträchtigungen Einfluss - sowohl auf die Lebensweise als auch auf die Lebenslage.

„Dazu gehört der Aufbau von Basiskompetenzen für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, die Verbesserung der Compliance bei medizinischer Behandlung, die Schaffung und/oder Aktivierung sozialer Ressourcen sowie die Verbesserung der Fähigkeit der Klienten zu ihrer Nutzung, die Einbindung in soziale Strukturen und insgesamt die Verbesserung der Selbstständigkeit.“<sup>21</sup>

Die Soziotherapie greift nicht auf ein einheitliches Konzept zurück, sondern eher auf ein breit gefächertes Spektrum von psychosozialen Interventionen, die je nach Klientel und Problemkonstellation zum Einsatz kommen. Bei Menschen mit psychischen bzw. psychiatrischen Störungen sind häufig Defizite hinsichtlich der Basiskompetenzen im Umgang mit Menschen zu beobachten, was wiederum eine mangelnde Einbindung in soziale Strukturen zur Folge hat. Interpersonale Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Selbststeuerung sind nur unzureichend vorhanden. Die Soziale Therapie versucht durch den Aufbau sozialer und kommunikativer Kompetenzen eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie der sozialen Integration des Klienten zu erreichen.<sup>22</sup>

Einen Schwerpunkt der sozialtherapeutischen Intervention im Maßregelvollzug bildet die Tagesstrukturierung. Mit Hilfe von Arbeits- und Beschäftigungstherapien wird der Tagesablauf gegliedert. Gemeinsame

---

<sup>20</sup> vgl. Pauls, 2004, S. 284ff.

<sup>21</sup> Pauls, 2004, S. 287

<sup>22</sup> vgl. Pauls, 2004, S.288



Freizeitaktivitäten sollen die eigene Freizeitgestaltung fördern. Ein weiterer Aspekt der Soziotherapie sind Lern- und Informationsgruppen. Diese dienen der Bearbeitung unterschiedlicher Themengebiete, wie z.B. gesunde Ernährung, Sucht, Ämterzuständigkeiten etc. - oder sie vermitteln grundsätzliche Kenntnisse im Lesen und Schreiben, im Rechnen und im Umgang mit dem Computer. Des Weiteren werden lebenspraktische Fähigkeiten wie z. B. Waschen und Kochen vermittelt und geübt. Die Soziotherapie soll ein lebensnotwendiges Allgemeinwissen vermitteln und die Patienten dabei unterstützen einen neuen individuellen Lebensstil aufzubauen bzw. ihre sozialen Verhältnisse zu ordnen. Die Maßnahmen orientieren sich dabei an den Defiziten und Ressourcen der einzelnen Patienten.

Der Ablauf der Behandlung wird in einem Behandlungsplan festgelegt. Dieser wird in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben bzw. überarbeitet. Er enthält Informationen über aktuelle Defizite, Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten sowie einen Überblick über die zurzeit bearbeiteten Themenbereiche. Im Behandlungsplan werden Teilziele definiert sowie die Maßnahmen und Schritte, wie diese zu erreichen sind. Der Behandlungsplan soll im Idealfall gemeinsam mit dem Patienten aufgestellt werden. Zusätzlich erfolgt eine gesetzlich festgeschriebene regelmäßige Dokumentation der Behandlung. Diese ermöglicht einen Überblick über die Entwicklung des Patienten sowie über besondere Vorkommnisse.<sup>23</sup>

## **2.5.) Lockerungsstufen und Beurlaubung**

Im Anschluss an den erfolgreichen Abschluss der Therapiephase erfolgt idealtypischer Weise eine Lockerungsphase, in der das Erreichte erprobt wird. Den Rahmen für die Erprobung bilden gelockerte stationäre Strukturen und/oder Beurlaubungen außerhalb der forensischen Klinik, am sinnvollsten probenhalber in den zukünftigen sozialen Entlassraum, bzw. in die nachsorgende Einrichtung.

---

<sup>23</sup> vgl. Schaumburg, 2003, S.88ff.

Lockerungen sind dazu bestimmt, die gewonnenen Erkenntnisse über die Erkrankung und das Delikt, erarbeitete Strategien sowie bestehende Schwierigkeiten zu überprüfen. Auch für den Patienten ergibt sich durch Lockerungen die Chance, sich zu überprüfen, Verhaltensweisen zu üben und Stabilität nachzuweisen. Auch wenn sie wichtige Schritte nach draußen sind, stellen Lockerungen keine Belohnungen dar, sondern dienen Trainings- und Testmaßnahmen für ein neues Sozialverhalten. Wenn nach sorgfältiger Prüfung nur noch eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass es zu einer neuen Straftat oder Entweichung kommt, sind Lockerungen zu gewähren. In Berlin existieren zurzeit folgende Lockerungsstufen:

<b>Stufe 0</b>	Keine Lockerungsmaßnahmen, Verlassen des geschlossenen Bereichs zu diagnostischen Maßnahmen o.ä. ist nur mit Handfesseln in Begleitung zweier Mitarbeiter möglich
<b>Stufe 1</b>	1a: Ausgang in Begleitung eines Mitarbeiters (ohne Handfesseln) 1b: Ausgang in der Gruppe (1 Mitarbeiter mit max. 3 Patienten oder 2 Mitarbeiter mit max. 6 Patienten)
<b>Stufe 2</b>	2a: Ausgang ohne Begleitung eines Mitarbeiters, aber in Begleitung eines Angehörigen 2b: Freigang, d.h. Teilnahme an externen Arbeits- oder Ausbildungsmaßnahmen (Kombination mit anderen Stufen möglich) 2c: Ausgang mit konkretem Ziel bis max. 4 Stunden 2d: Tagesausgang über 4 Stunden
<b>Stufe 3</b>	3a: Urlaub über Nacht 3b: Wochenendurlaub 3c: Urlaub über mehrere Tage
<b>Stufe 4</b>	4a: Beurlaubung in eine externe Einrichtung, mit der eine vertragliche Vereinbarung besteht 4b: Beurlaubung in die eigene Wohnung mit „betreutem Wohnen“ 4c: Beurlaubung in die eigene Wohnung

Tabelle 1: Lockerungsstufen im Berliner Maßregelvollzug<sup>24</sup>

<sup>24</sup> vgl. Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin, Informationspapier

Die übergeordneten Stufen 0 - 4 müssen nacheinander durchlaufen werden, während dies bei den Zwischenstufen nicht zwingend erforderlich ist. Gescheiterte Lockerungsmaßnahmen oder ein erhöhtes Rückfallrisiko führen zu einer Rückstufung.

Geht von dem Patienten auch in der Phase der Beurlaubung keine Gefährdung mehr aus, neigt sich die Maßregel dem Ende hin. Das Entlassungsverfahren in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird in den folgenden Kapiteln noch ausführlicher beschrieben. Zur Vollständigkeit sei schon an dieser Stelle erwähnt, dass die Maßregel auch bei Entlassungen ohne anknüpfende Maßnahmen der Eingliederungshilfe durch die Strafvollstreckungskammer zur Bewährung ausgesetzt werden kann.

## **2.6.) Forensische Ambulanzen**

Forensische Ambulanzen, auch forensische Institutsambulanzen (FIA) genannt, sind in einigen Bundesländern gesetzlich festgeschriebene Einrichtungen der Sicherheitsnachsorge. Gemessen an der Zahl der Publikationen zum Thema und der guten Finanzierung wird die Umsetzung der Ambulanzen weiter vorangetrieben. Schmidt-Quernheim schreibt von einer Ambulanzbewegung.<sup>25</sup>

„Nach einer aktuellen Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) betreiben 83 % der teilnehmenden Kliniken und Abteilungen eine forensische Ambulanz; zwei Jahre vorher waren es nur ein Drittel (BAG 2009).“<sup>26</sup>

FIAs sollen den Behandlungserfolg der stationären Therapie auch nach Entlassung aufrechterhalten. Dies soll insbesondere im Einvernehmen mit der Führungsaufsicht und weiteren Beteiligten geschehen, insofern also auch mit Mitarbeitern von Wohnverbänden. Es soll damit dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Veränderungen des Entlassungsumfelds, des Gesundheitszustands oder anderer personeller oder sozialer Lebensbereiche stets eine entscheidende Rolle bei der Deliktrückfälligkeit haben können und sie

---

<sup>25</sup> vgl. Schmidt-Quernheim, 2010, S. 151

<sup>26</sup> ebd.

daher aktuell bewertet werden sollten.<sup>27</sup> Eine Entlassungsprognose ist somit kein statischer Zustand, sondern verändert sich mit Lebensumständen wie z.B. Partnerschaft, Arbeits- und Ausbildungssituation oder finanzieller Situation. Im Falle von hierdurch hervorgerufenen Krisen können entlassene Patienten nötigenfalls auf ihren Wunsch hin kurzfristig in der zuständigen FIA aufgenommen werden. Aber auch die nicht freiwillige Meldung von Problemen gilt es zu erkennen und auszuwerten. Die ständig wiederkehrende Risikoeinschätzung des entlassenen Patienten ist somit eine Kernaufgabe der Sicherheitsnachsorge.

„Diese erweist sich besonders dann als effizient, wenn die zu betreuenden Patienten in ihrem sozialen Umfeld aufgesucht werden. Die Wirksamkeit einer qualifizierten forensischen Nachsorge ist inzwischen in vielfältigen Studien nachgewiesen worden.“<sup>28</sup>

Zweifelsfrei sind FIAs ein wichtiger Baustein forensischer Nachsorge. Es stellt sich allerdings im Sinne dieser Thesis die Frage, inwiefern bereits vorhandene gemeindepsychiatrische Systeme die Aufgaben, die FIAs übernehmen, bereits schon innehaben. Sicherlich liegt bei FIAs gegenüber Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie ein höherer Professionalisierungsgrad in Bezug auf Patienten mit forensischem Hintergrund vor. Auch ist der Informationsfluss zwischen dem KMV und seiner Ambulanz barrierefreier. Zudem kann eine Ambulanz weitgehend problemlos und zügig für eine Unterbringung des Patienten sorgen. Die Deckelung des Budgets für Medikamente, der niedergelassene Ärzte unterliegen, entfällt. Dennoch bin ich der Ansicht, dass die örtliche Nähe, das tägliche Gespräch, die Bezugsbetreuung als „Haltgebende Reibfläche“, wie es in der Realität der Wohnverbände täglich über viele Jahre hinweg stattfindet, der eher weitmaschigen Arbeit von FIAs voraus ist. Die Frage ist an dieser Stelle jedoch vielmehr, inwiefern kooperiert und sich gegenseitig ergänzt wird. Eine FIA, die sich lediglich auf selbst gewonnene Eindrücke sowie auf die durch ihre Patienten zu den aktuellen Lebensumständen freiwillig gegebenen Informationen verlässt, kann keinen umfassenden Gesamteindruck gewinnen, der für ihre pharmakologische und therapeutische Arbeit jedoch dringend von Nöten sein muss. Sie muss aus

---

<sup>27</sup> vgl. Nedopil, 2006

<sup>28</sup> Schmidt-Quernheim/Hax-Schoppenhorst, 2008, S. 82

eigenem Interesse heraus das Gespräch mit den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe suchen und im Bedarfsfall ihrerseits verlässlicher Ansprechpartner sein.

## 2.7.) Führungsaufsicht

Führungsaufsicht ist für sich genommen eine Maßregel der Besserung und Sicherung nach § 68 StGB und wird häufig an andere Maßregeln geknüpft, wie der Unterbringung nach § 63 StGB, sodass nach Entlassung aus dem KMV weitere Kontrollmöglichkeiten bei dem bestehen.

„Voraussetzung für die gerichtliche Anordnung gemäß § 68 Absatz 1 des Strafgesetzbuchs (StGB) ist, dass der Betroffene eine Straftat begangen hat, bei der die Führungsaufsicht gesetzlich vorgesehen ist. Zweite Voraussetzung ist, dass der Betroffene eine Freiheitsstrafe von mindestens 6 Monaten verwirkt hat. Und schließlich muss die Gefahr weiterer Straftaten bestehen. Letzteres ist eine Prognostische Frage, deren Beantwortung dem Gericht nach anerkannten Methoden und mit einschlägigen Kriterien obliegt. Mit `Gericht` im Sinne von § 68 StGB ist die Vollstreckungskammer am Ort der Justizvollzugsanstalt gemeint.“<sup>29</sup>

Die Führungsaufsicht kann auch nachträglich angeordnet werden. Eine zweifache Verurteilung für die gleiche Straftat liegt hierbei nicht vor, da es sich nicht um eine Strafe, sondern um eine Maßregel handelt. Der Gedanke der Führungsaufsicht entstammt eher Sicherungs- und Überwachungsmöglichkeiten, als der Hilfe zur Legalbewährung, wie eine Bewährungshilfe. Dazu heißt es in Gesetz:

### **§ 68a StGB**

#### **Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, Forensische Ambulanz**

(1) Die verurteilte Person untersteht einer Aufsichtsstelle; das Gericht bestellt ihr für die Dauer der Führungsaufsicht eine Bewährungshelferin oder einen Bewährungshelfer.

(2) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer und die Aufsichtsstelle stehen im Einvernehmen miteinander der verurteilten Person helfend und

<sup>29</sup> A. Cless, R. Wulf, 2011, S. 133

betreuend zur Seite.

(3) Die Aufsichtsstelle überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht und mit Unterstützung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers das Verhalten der verurteilten Person und die Erfüllung der Weisungen.

(4) Besteht zwischen der Aufsichtsstelle und der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer in Fragen, welche die Hilfe für die verurteilte Person und ihre Betreuung berühren, kein Einvernehmen, entscheidet das Gericht.

[...]

Beschlüsse bestehen in mindestens einer, meist jedoch einer ganzen Reihe von Weisungen. Sie sollten delikt- und persönlichkeitspezifisch sein.

Diese können u.a. folgendermaßen lauten:

- regelmäßiges Vorsprechen beim Bewährungshelfer zu festgelegten Zeitpunkten
- Mitteilung von Arbeitsplatz- und Wohnungswechsel an Führungsaufsichtsstelle
- erweiterte bzw. verschärfte Meldepflicht
- Einnahme von Medikamenten (Psychopharmaka)
- Urinkontrollen auf Drogen- und Alkoholkonsum
- Verbot, alkoholische Getränke zu konsumieren
- regelmäßige Besuche bei einem Psychiater oder Therapeuten
- Verpflichtung zu einer Psycho- oder Drogentherapie
- Verbot des Verlassens des Wohn- oder Aufenthaltsortes ohne Erlaubnis der Führungsaufsichtsstellen
- Aufenthaltsverbot an Orten, die Anreiz zu neuen Straftaten geben könnten
- Kontakt- und Beherbergungsverbot zu Personen oder Gruppen, die Anreize zu neuen Straftaten geben könnten
- Verbot von Tätigkeiten, auch ehrenamtliche, bei denen die Gefahr des Umgangs mit bestimmten Personen - oder Personengruppen besteht, von denen Anreize zu neuen Straftaten ausgehen könnten
- Verbot des Besitzes von Gegenständen, die Anreiz zu neuen Straftaten geben könnten

- Nachweis von Bemühungen für die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnis

Verstöße gegen Weisungen werden unterschiedlich geahndet. Geld- oder gar Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren können Verstöße gegen nicht auf dauerhafte Therapie abzielende Weisungen nach sich ziehen. Verstöße gegen Therapieweisungen können nach § 68c StGB zu einer unbefristeten Dauer der Führungsaufsicht führen. Ansonsten dauert eine Führungsaufsicht mindestens zwei, höchstens aber fünf Jahre an. Da auch der Aufenthalt in einer betreuten Wohnform angewiesen werden kann, steht für den Betreuten aufgrund der vielfach ausgeschöpften Höchstdauer von fünf Jahren häufig im Anschluss die Frage des Auszugs in ein unbetreutes Leben im Raum. Vorher trennen sich die Wege der Einrichtung und des Betreuten regulär nicht. Beide Seiten haben also viel Zeit um gemeinsam entwickelte Ziele zu verwirklichen. Und rechtzeitig ist der weitere Weg zu klären.

### **3.) Das System der gemeindepsychiatrischen Eingliederung von Menschen mit seelischer Behinderung**

Psychiatrisch erkrankte Menschen haben bei entsprechendem Bedarf Anrecht auf gemeindenaher Versorgung. Auch die Nachsorge von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs findet zu großen Teilen in ambulanten Wohnprojekten der Gemeindepsychiatrie statt. Dieses Kapitel widmet sich den Grundlagen der Eingliederungshilfe, vor allem im Betreuten Wohnen und im speziellen der Maßnahme „Wohnverbund“.

#### **3.1.) Ziel und Aufgaben der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen**

Wie in § 53 SGB XII formuliert ist es besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe

„[...] behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“<sup>30</sup>

Bezogen auf seelisch behinderte Menschen muss es das allgemeine Ziel der Eingliederungshilfe sein, sie zu befähigen, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren Fähigkeiten zu machen. Ein Auskommen möglichst ohne (stationäre) Pflege durch die Verhinderung einer Krankheitsverschlechterung lässt sich ebenfalls ableiten. Der Auftrag zur Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben wird in § 54 SGB XII noch deutlicher konkretisiert. Mit Blick auf das Thema Wohnverbund wird an dieser Stelle jedoch auf eine Ausweitung des Themenblocks Rehabilitation im Arbeitsleben verzichtet. Das soll nicht heißen, dass Betreuung im Wohnbereich nichts mit Teilhabe am Arbeitsleben zu tun hat – z.B. die Suche nach Arbeit oder Beschäftigungsmöglichkeiten, Wegetraining und tägliche Motivation des Betreuten gehören zu den Alltagsaufgaben der Betreuungsarbeit, wenn dies vereinbart wurde. Es gibt innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe jedoch auch spezialisierte Einrichtungen, wie Beschäftigungstagesstätten,

---

<sup>30</sup> §53 Abs. 3 SGB XII



Berufsbildungswerke oder Berufsförderungswerke, die sich auf den Komplex Arbeit spezialisiert haben.

Allgemein kann Eingliederungshilfe von verschiedenen Leistungsanbietern und an verschiedenen Orten feilgeboten werden. So ist es üblich und lebensweltlich orientiert, dass die Wohnsituation von der Arbeitssituation räumlich getrennt ist. Eher ungewöhnlich ist der Weg, die Arbeit und entsprechende Anleitung in die Wohnprojekte zu holen. Dies wird als Zugeständnis an die Lebensrealität und den enormen Krankheitsgrad einiger Betreute in einer unserer Einrichtungen praktiziert.

Eingliederungshilfe orientiert sich an der vom Hilfeempfänger angestrebten Lebensweise. Die Hilfen sollen ausreichend sein, um dem seelisch behinderten Menschen möglichst ein Verbleiben in seinem gewohnten Lebensumfeld oder die Gewinnung eines neuen Lebensumfeldes zu ermöglichen. Jedoch gilt zudem ein wichtiges Prinzip, das in den Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe deutlich wird: „Fördern und Fordern“. Das heißt, die Leistungsträger, welche die im Voraus vereinbarten Leistungen erbringen, haben die Aufgabe, dem Kranken ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu ermöglichen. Der Kranke und auch der Leistungsträger sind im Gegenzug jedoch auch aufgefordert darauf hinzuwirken, dass der psychiatrisch Erkrankte je nach Art und Schwere seiner Erkrankung längerfristig auf immer weniger Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen ist.

Insbesondere der Gedanke der Inklusion, die Ermöglichung von Teilhabe an der Gesellschaft, steht im Gegensatz zu dem Freiheitsentziehenden Ansatz des § 63 StGB. Deshalb sollte an dieser Stelle noch mal daran erinnert werden, dass die Unterbringung im KMV sowohl die Sicherung, als auch die Besserung des Patienten zum Vorsatz hat, so dass Inklusion wieder ermöglicht wird. Die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 53 SGB XII und die gleichzeitige Unterbringung nach § 63 StGB schließen sich zunächst aus, da nicht die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann (siehe § 53 Abs. 1 SGB XII). Im Falle einer Beurlaubung in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe bei entsprechender Lockerungsstufe ist hierbei eine

Durchlässigkeit zu sehen, die allerdings noch klar der Unterbringung im KMV zu zuordnen ist.

### **3.2.) Der Weg zur bedürfnisgerechten Hilfe**

Der Weg in eine Eingliederungshilfe ist geprägt durch das Dreiecksverhältnis zwischen dem Leistungsberechtigtem, der einen Rechtsanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger hat. Dieser wiederum beauftragt einen Leistungserbringer, wie z.B. einen Wohnverbund, und vergütet ihn für seine Leistung dem behinderten Menschen gegenüber.

#### **3.2.1.) Rechtsgrundlagen der Hilfen zur Eingliederung**

Die Rechtsgrundlage für das Betreute Wohnen erwachsener, psychisch erkrankter Menschen wird gebildet aus § 53 ff. SGB XII in Verbindung mit § 2 Ab. 1 SGB IX.

#### **§ 2 SGB IX**

##### **Behinderung**

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

[...]

Dauerhafte psychische Erkrankungen ab einem halben Jahr werden mit einer (drohenden) seelischen Behinderung gleichgesetzt.

„Zwingend ist für die Nutzerinnen und Nutzer des Betreuten Wohnens eine Diagnose nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), die auf eine bestimmte Erkrankung hinweist, auf Grund derer es zu mentalen Funktionsstörungen kommt. Bestehen die psychiatrischen Symptome dauerhaft (in Deutschland: länger als

sechs Monate) wird von einer psychischen bzw. seelischen Behinderung gesprochen.<sup>31</sup>

Die Voraussetzungen aus § 2 Abs. 1 SGB IX, seelische Behinderung bzw. Bedrohung davon, kann bei Patienten des Maßregelvollzugs angenommen werden und ist i.d.R. gut diagnostiziert. Auch die für den Maßregelvollzug relevanten Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen werden im deutschen Rechts- und Wertesystem wie eine Behinderung behandelt. Dies gilt weiterhin für Suchterkrankungen und psychiatrische Erkrankungen alter Menschen.

Neben der Klärung von Anspruchsvoraussetzungen, die sich auf § 9 SGB IX beziehen, hebt der § 53 SGB XII wie in 3.1.) benannt die Aufgaben von Hilfe zur Eingliederung behinderter Menschen hervor:

#### **§ 53 SGB XII**

##### **Leistungsberechtigte und Aufgabe**

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu

<sup>31</sup> Schlichte, 2011, S. 25

beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

Für eine Bewilligung ist seitens des zuständigen Sozialamtes zu prüfen, ob

- die Behinderung nicht ohne professionelle Hilfe kompensiert werden kann,
- eine ambulante ärztliche und bzw. oder psychotherapeutische Behandlung (ggf. mit zusätzlich ärztlich verordneter ambulanter nichtärztlicher Behandlung in selbständiger Koordination) nicht ausreicht oder nicht möglich ist.

Für ein entsprechendes Gutachten wird der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst anfordert.

### **3.2.2.) Kostenbeteiligung und Nachrangigkeitsprüfung**

Auch wird die finanzielle Situation bei der Antragsstellung geprüft.

„Zu den Anspruchsvoraussetzungen gehört neben der krankheitsbedingten Hilfebedürftigkeit auch eine finanzielle Bedürftigkeit. Liegt diese nicht vor, dann muss der Antragssteller bzw. müssen die Angehörigen ersten Grades die Kosten für die Betreuung übernehmen.“<sup>32</sup>

Auf das Einkommen der Verwandten ersten Grades werden Selbstbehalte angerechnet, insbesondere für Kinder des Leistungsnehmers. So werden mitunter die Kosten der Betreuung durch Verwandte lediglich anteilig

---

<sup>32</sup> Schlichte, 2011, S. 23

„bezuschusst“. Zur Zumutbarkeit der Anrechnung gelten besondere Regelungen, insbesondere die Regelungen in § 19 und 92 SGB XII, auf die ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen möchte. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger bzw. Rehabilitationsträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Arbeitsagentur, Unfallversicherungsträger) nachrangig (§ 2 SGB XII). Die Prüfung der finanziellen Verhältnisse verzögert i.d.R. nicht den Beginn der Betreuung, da die Kosten bis zur Klärung als Darlehen vom Sozialamt übernommen werden können. Die teilweise oder ganze Übernahme der Betreuungskosten dürfte für ehemalige Maßregelvollzugspatienten selbst keine Rolle spielen. Sie müssen ihr Vermögen bereits anteilig für die Unterbringung im Krankenhaus aufbringen. Auch auf die Regelungen des Persönlichen Budgets wird nicht näher eingegangen, obwohl Leistungen der Eingliederungshilfe damit „eingekauft“ werden können. Für die Praxis des in dieser Thesis beleuchteten Prozesses der Überleitung vom KMV in die Gemeindepsychiatrie spielt das Persönliche Budget keine Rolle.

### **3.2.3.) Die Feststellung und Abdeckung des Hilfebedarfs**

Nach Berliner Regelung verläuft die Vergabe einer Maßnahme der Eingliederungshilfe nach folgendem Schema: Bedürftige melden sich zur Antragsstellung entweder selbst oder werden durch andere Einrichtungen wie häufig den Sozialdiensten von psychiatrischen Krankenhäusern dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) oder der zuständigen Fachabteilung der Eingliederungshilfe, dem sog. Fallmanagement (FM), vorgestellt. Folgend macht sich das Tandem aus SpD und FM mit dem Fall vertraut und prüft die Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen. Diese beiden Abteilungen arbeiten sich im Vorfeld gegenseitig zu. Bei geplanten Krankenhausentlassungen, wie der Entlassung oder Beurlaubung aus dem KMV wird ein Berliner Rehabilitations- und Behandlungsplan (BBRP) von Sozialdienst mit dem Patienten erstellt und zur Bearbeitung vorgelegt. Dieser 14seitige Bericht, auf den später noch genauer eingegangen wird, sowie andere und eigene Begutachtungen dienen als Vorlage für die Vorstellung im

Steuerungsgremium Psychiatrie (SGP). In diesem Fachgremium wird der Hilfebedarf von psychisch kranken Menschen zunächst trägerunabhängig festgestellt und anschließend die Maßnahmenvergabe an die Leistungserbringer unter fachgerechten und wirtschaftlichen Aspekten gesteuert. Das SGP tagt regelmäßig, z.B. für Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf i.d.R. alle zwei Wochen. Teilnehmer sind neben leitenden Vertretern der Leistungserbringer, die ein entsprechendes Abkommen mit dem jeweiligen Bezirk getroffen haben, auch der zuständige Psychiatriekoordinator sowie leitende Mitarbeiter vom SpD und dem FM. Nach Schilderung der Ressourcen und Problemlage des vorgestellten Klienten wird entschieden, welcher Anbieter mit welchem Projekt für die Betreuung am besten in Frage kommt. Auch wird der Minutensatz abgeschätzt, der pro Woche für die Betreuung in etwa notwendig sein wird, woraus sich die Vergütung ergibt. Die Entscheidung ist im Zweifel bindend, im Sinne aller Beteiligten aber zunächst als Empfehlung zu sehen und hat vor Schließung eines Betreuungsvertrages und der Kostenübernahme weitere Gespräche zur Folge, gerade wenn mehrere Träger sich die Betreuung vorstellen könnten oder Zweifel an dem Zustandekommen eines Betreuungsvertrages bestehen bleiben. Die Steuerung des Fachgremiums verfolgt somit durch einen strukturierten Ablauf den Zweck der Wettbewerbsförderung, der Wirtschaftlichkeit und der angemessenen, optimalen Ausschöpfung der Betreuungsmöglichkeiten. Die Beurteilung dieses Systems wird an dieser Stelle nicht vorgenommen. Ich halte aber fest, dass in den meisten Fällen kein wirkliches, freies Marktverhalten vorliegt. Wesentliche Merkmale des Marktes fehlen, wie z.B.:

- die Preisbildung durch Angebot und Nachfrage,
- eine Wahlmöglichkeit der Kunden zwischen verschiedenen Anbietern oder
- die direkte Leistungsbeziehung zwischen Kunden und Anbietern

Das trägerübergreifende Persönliches Budget bietet hierbei neue Perspektiven. Bisher jedoch hat es sich im Bereich psychischer Erkrankungen nicht durchsetzen können und betrifft vorwiegend andere Bereiche von Behinderung.

Aus folgendem Leistungstypen kann im SGP idealer Weise gewählt werden:

- Therapeutisch betreute Tagesstätten
- Therapeutisch betreute Heime

- Therapeutisch betreute Übergangsheime
- Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften
- Therapeutisch betreutes Einzelwohnen und
- Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen.<sup>33</sup>

Der jeweils passende Leistungstyp muss für den Betroffenen gefunden werden. Auf den Leistungstyp Wohnverbund wird im Weiteren genauer eingegangen. Gesonderte Erklärungen der anderen Leistungstypen muss ich im Rahmen dieser Arbeit schuldig bleiben.

### 3.2.4.) Dauer und zeitlicher Umfang der Leistungen

Die Leistungen werden nur für einen befristeten Zeitraum gewährt. Im Wohnbereich gilt ein Jahr als die Regel. Wenn der Leistungsempfänger nach einem Jahr mit dem Leistungserbringer eine Fortsetzung der Betreuung wünscht, wird nach Antragsstellung auf Weiterbewilligung der SpD von dem FM mit einer Begutachtung des Betreuten beauftragt. Es wird geprüft, ob die Hilfen noch notwendig sind und ob die Betreuung im Sinne des Prinzips „Fördern und Fordern“ für alle Seiten bisher zufrieden stellend durchgeführt wurde. Ggf. wird anschließend eine entsprechende Empfehlung abgegeben, die Betreuung für ein weiteres Jahr fortzusetzen, sie in ihrem zeitlichen oder inhaltlichen Umfang zu verändern, oder abzurechnen, bzw. in eine andere Maßnahme überzuleiten. Die Hilfen zur Eingliederung sind nicht nur in ihrer Dauer zeitlich befristet, sondern auch in ihrem Umfang. D.h. für Berlin, dass der konkrete Hilfebedarf eines Betreuten abstrakt für die Zukunft eingeschätzt werden muss, und zwar umgerechnet in Minuten pro Woche. Hieran ist wiederum eine Untergliederung des Hilfebedarfes in 12 Gruppen geknüpft, anhand derer das Entgelt pro Betreuungstag festmacht wird.

HBG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Minuten	180	270	360	450	540	630	720	810	900	990	1080	1170

Tabelle 2: Betreuungszeit pro Hilfebedarfsgruppe

<sup>33</sup> Vgl. Handbuch für Fallmanager/innen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, S. 73

Hilfebedarfsgruppe 1 beinhaltet demnach die Betreuung in einem Umfang bis zu 3 Stunden, inklusive pauschalen 40 Minuten zur Betreuungscoordination. Sobald der Zeitumfang höher eingeschätzt wird, kommt eine höhere HBG zum Tragen. Die fast 20 Stunden in der höchsten HBG sind das bisherige Limit nach oben. Hierunter fallen z.B. schwer angstgestörte Betreute, die ständig die Sicherheit der Nähe einer anderen Person benötigen. Oder psychiatrisch Erkrankte, die nicht oder nur schlecht auf Pharmakotherapie reagieren.

### **3.2.5.) Der Behandlungs- und Rehabilitationsplan**

Die Ziele der Hilfe werden in einem Plan gemeinsam mit dem Klienten vom Leistungserbringer federführend erarbeitet. In Berlin hat sich der Leistungserbringer hierzu eines 14seitigen Formulars zu bedienen, das den Leistungsempfänger in seiner Biografie, seinen Ressourcen und Defiziten abbilden und die konkreten Maßnahmen zur Eingliederungshilfe benennen soll. Die Maßnahmen werden in vier verschiedene Leistungsbereiche aufgeschlüsselt:

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Bereich Wohnen, Wirtschaften),
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen im Zusammenhang mit den Beeinträchtigungen Aufgrund der psychischen Erkrankung.

Der BRP umfasst die Benennung der Ziele und der Vorgehensweisen. Neu ist seit 2011, dass Zielindikatoren benannt werden müssen, die die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüfbar machen sollen. Weiterhin sind für die vier Leistungsbereiche Zeitangaben in Minuten abzugeben. Zu dieser Summe wird eine Pauschale für die Koordination der Betreuung gerechnet. Aus dieser Summe ergibt sich die Hilfebedarfsgruppe. Das Erstellen des BRPs, sowie die Antragsstellung, das Einholen der Unterschriften auch von einer evtl. bestehenden gesetzlichen Betreuung, aber auch das Lesen und Bearbeiten auf Seiten des FMs und SpDs ist relativ zeitaufwändig, weswegen alle beteiligten



Seiten mit einer Bewilligung der Maßnahme für i.d.R. ein Jahr in den meisten Fällen zufrieden sind. Sollte jedoch beispielsweise eine schwere Krise den Hilfebedarf im laufenden Betreuungsjahr erhöhen, ist es in Absprache möglich, einen geänderten Antrag mit neuem BRP einzureichen.

### **3.3.) Hilfeform Wohnverbund**

Die im Rahmen des §53 SGB XII vom örtlichen Sozialhilfeträger finanzierte Betreuungsform „Wohnverbund“ hat sich aus den bisher gemachten Erfahrungen mit Wohnbetreuung von psychisch Kranken heraus entwickelt.

„Beim Aufbau des Betreuten Wohnens in den 1970 Jahren gingen die Experten noch vom Konzept der stufenweisen Rehabilitation bzw. von einer therapeutischen Kette aus: Nach Entlassung aus der Klinik müsse der Klient im Übergangwohnheim unter geschützten Rahmenbedingungen vorbereitet werden, um ihn dann über das Betreute (Gruppen-)Wohnen in die eigene Wohnung entlassen zu können. Von dieser Vorstellung hat sich das sozialpsychiatrische Denken inzwischen verabschiedet; es hat sich gezeigt, dass (auch) seelisch behinderte Menschen sehr unterschiedliche Entwicklungen und Bedürfnisse haben.“<sup>34</sup>

Die Hilfeform Wohnverbund hat sich dabei als sehr variabel und auf den einzelnen Klienten zuschneidbar herausgestellt. Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion der Klienten stehen beim Wohnverbund im Vordergrund.

„Unter diesem Stichwort sind in den letzten Jahren unterschiedliche Mischformen entstanden: Verschiedene ambulante Wohnformen werden personell und organisatorisch verknüpft, verstreut gelegene Einzelwohnungen bilden ein Netz, verbunden durch Arbeits- und Freizeitangebote. Beim Appartementwohnen werden entweder alle oder nur ausgewählte Appartements eines Wohnhauses von einem Träger betreut; in einem Büro bzw. einem Pflegestützpunkt sind die Wohnbetreuer ansprechbar. Das Grundprinzip ähnelt dem des „dezentralen Heims“; hier ist das Grundmuster allerdings das Betreute Einzelwohnen, das beliebig variiert wird.“<sup>35</sup>

Ein Wohnverbund ermöglicht auch bei zunehmender Selbständigkeit und sinkendem Hilfebedarf dem Klienten über einen meist mehrjährigem Prozess hinaus die gleiche Bezugsperson an die Seite zu stellen und die Angebote bedarfsgerecht anzupassen. Dies gilt natürlich auch umgekehrt für den Fall von stagnierender oder sinkender Selbständigkeit oder sich verschlechterndem Gesundheitszustand.

---

<sup>34</sup> Clausen/Eichenbrenner, 2010, S. 135

<sup>35</sup> Clausen/Eichenbrenner, 2010, S. 141

„Der Verbund therapeutisch betreuter Wohnformen ermöglicht – unabhängig von der individuellen Wohnform der seelisch behinderten Menschen - einen flexiblen und bedarfsgerechten Einsatz der Betreuungsleistung des Trägers unter Wahrung der erforderlichen Betreuungs- und Beziehungskonstanz.“<sup>36</sup>

Sowohl die Vertrautheit mit der Bezugsperson über einen meist langen Zeitraum hinweg, als auch die Anpassungsfähigkeit an die persönlichen Bedürfnisse der Klienten tragen zu einer erfolgsversprechenden Betreuung der Klienten bei. Zudem unterstützen diese Umstände seitens der Klienten die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Betreuern, was im Bereich Psychiatrie ganz allgemein nicht immer unproblematisch ist.

Wie bereits erwähnt halte ich die Hilfeform „Wohnverbund“ für die Nachsorge von ehemaligen Maßregelpatienten für besonders praktikabel. Sie bietet für die Betreuten einen hohen Grad der lang ersehnten Freiheit, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten in der Lebensführung und Wohnsituation sowie Rückzugsräume. Hierfür dürfen die Betreuer nach meiner Erfahrung im Gegenzug von erhöhter Bereitschaft zur Mitarbeit ausgehen. So ist ein Betreuer eher bereit, sich z.B. zu drei festgelegten Zeiten am Tag in einen Betreuungsstützpunkt zur kontrollierten Medikamenteneinnahme und zu weiteren Betreuungsterminen zu begeben, wenn er stattdessen nicht schon durch die wohnliche Situation dauerhafte Kontrolle erleben muss. Man darf nicht vergessen, dass viele Selbstverständlichkeiten wie Privatsphäre, eigene Toiletten oder auch selbstbestimmte Wach- und Schlafzeiten den Betreuten über Jahre hinweg vorenthalten waren. Auch der Besuch von Betreuern wird anders erlebt, wenn Betreuer als Gast in der Wohnung des Betreuten auftreten. Im heimischen Umfeld lassen sich vielfach persönlichere Themen besprechen, als in Büroräumen. Einschränkend muss hier gesagt sein, dass die Wohnung in vielen Fällen durch den Träger angemietet wurde und an den Betreuten weitervermietet wird. Der Betreuer tritt also zusätzlich zu den verschiedenen Rollen zwischen wohlwollendem Helfer bis rechtliche Sanktionen einleitender Kontrolleur als Vertreter des Vermieters auf. Dennoch oder gerade deswegen sind Hausbesuche ein unabdingbarer Bestandteil der Betreuung, denn es gilt

---

<sup>36</sup> Leistungsbeschreibung Wohnverbund, Stand Oktober 2006

tatsächlich das wohnliche Umfeld des Betreuten zu kontrollieren, aber auch die selbständige Haushaltsführung zu bewerten und ggf. zu fördern.

### **3.4.) Leistungsspektrum eines Wohnverbundes**

Betreuung und Förderung umfassen insbesondere die folgenden Hilfebereiche, wobei sich Störungen und Beeinträchtigungen in den genannten Bereichen wechselseitig beeinflussen, so dass auch die zu leistenden Hilfen im Zusammenhang zu sehen sind:

1.) Umgang mit Beeinträchtigungen und Gefährdungen durch die psychische Erkrankung hinsichtlich:

- Antrieb (Depressivität/ Selbstwertgefühl)
- Angstsyndrom
- Körpererleben
- Realitätsbezug (Halluzinatorisches Erleben)
- Abhängigkeit (Suchtverhalten)
- emotionaler Instabilität
- Gedächtnis/ Orientierung
- Auffassung/ Intelligenz
- Sinnorientierung des Lebens
- körperlicher Erkrankung bzw. Behinderung
- selbstgefährdenden Verhaltens
- störenden bzw. fremdgefährdenden Verhaltens
- des sexuellen Bereiches

2.) Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen

- im engeren Wohn-/ Lebensbereich
- in Partnerschaft/Ehe
- in sonstigen familiären Beziehungen
- im Außenbereich (u.a. im Kontakt zu Behörden, Ärzten, Einkaufsmöglichkeiten)
- im Bereich Ausbildung/ Arbeit

3.) Selbstversorgung (Wohnen und Wirtschaften), Tages- und Kontaktgestaltung/ Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Arbeit/ arbeitsähnliche Tätigkeiten/ Ausbildung/ Beschäftigung, hierbei insbesondere:

- Ernährung
- Körperpflege/ Kleidung
- Umgang mit Geld
- Wohnraumreinigung und -gestaltung
- Mobilität
- körperliche Aktivitäten
- sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Tag-Nacht-Rhythmus
- Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
- Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen
- Aufnahme einer Beschäftigung/ Arbeit/ Ausbildung
- Erfüllung der Arbeits- bzw. Ausbildungsanforderungen
- Gestaltung frei verfügbarer Zeit einschließlich Reisen
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben<sup>37</sup>

Die Leistungsformen umfassen Beratung, Motivation, Begleitung, Training und Anleitung sowie – eigentlich nicht vorgesehen aber dennoch praxisrelevant – stellvertretende Ausführung. Sie finden Anwendung in Einzel- und Gruppenangeboten.

Vom Leistungserbringer wird weiterhin die Bereitstellung notwendiger Räumlichkeiten sowie die Bereitstellung und Unterhaltung der sächlichen Ausstattung einschließlich des erforderlichen Inventars erwartet.

Die genannten Leistungen verstehen sich als auf den individuellen Klienten abzustimmen und sind in ihren Erfolgserwartungen durchaus dehnbar. D.h., da hier von Menschen die Rede ist, handelt es sich um eine Art „Black Box“. Die Leistungen werden zwar individuell zugeschnitten und erbracht, die Messbarkeit des Erfolgs muss allerdings auch im Lichte des Einzelfalls betrachtet werden.

---

<sup>37</sup> vgl. Leistungsbeschreibung Wohnverbund Stand Oktober 2006

„Dabei muss berücksichtigt werden, dass Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren abhängen. Entgegen einer Orientierung am konkret fassbaren hergestellten Produkt in der industriellen Produktion haben wir es im Bereich der sozialen Dienstleistungen mit vielen ‚weichen Faktoren‘ zu tun – individuelle Erwartungen des Nutzers, individuelle Biografien, Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzeptionen des Anbieters und vielen anderen.“<sup>38</sup>

Als bisher gangbarer Kompromiss gilt, dass auch Leistungen zur Erhaltung und Stabilisierung vorhandener Fähigkeiten oder zur Minderung von Beeinträchtigungen in den o.g. Hilfebereichen verstanden werden. Die Messbarkeit der Wirkungsorientierung bleibt dabei problematisch. Entwicklungen wie z.B. die seit 2011 verbindlichen Indikatoren im BBRP zeigen den Versuch auf, mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen zu wollen. Nach m.E. liegt in der Beurteilung der Leistung viel Verantwortung auf den vielfach überlasteten Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Diensten, die i.d.R. einmal im Jahr den Klienten und den zuständigen Bezugsbetreuer interviewen, um danach den Kostenträger hinsichtlich einer Weiterbewilligung der beantragten Maßnahme zu beraten. Aus Sicht des Wohnverbundes ist dieses System einerseits nicht unkomfortabel, denn die Betreuer müssen und können nicht im Detail ihre Leistung durchleuchten lassen. Andererseits wird Wettbewerb auf diese Weise weniger transparent, was für gut aufgestellte Verbände Nachteile in sich birgt.

### **3.5.) Entgelt und Personalvorhaltung der Betreuung im Wohnverbund**

Einen Großteil der Kosten für den Leistungserbringer macht das Personal aus, zumal neben Regelungen zur Mindest-Personalvorhaltung auch Regelungen zur Qualifizierung des Personals bestehen. Diese sind im Rahmen der Qualitätssicherung zu sehen und begünstigen professionelles Handeln auch gegenüber potentiell schwieriger Klientel, wie ehemaligen Maßregelvollzugspatienten seitens der Mitarbeiter. So heißt es für Berlin:

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen persönlich geeignet und fachlich qualifiziert sein. Mindestens 50% der beschäftigten Mitarbeiter müssen nachweisbar über eine wenigstens dreijährige berufliche Erfahrung in Einrichtungen oder Diensten der psychiatrischen Versorgung verfügen.“

---

<sup>38</sup> Bär, T., Nerlich, C., Follak, T., Steinhart, I., in: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2010, S. 25

Die Zusammensetzung der Arbeiterteams sollte - im Hinblick auf die Erbringung der Komplexleistung und den vielfältigen Inhaltsbereichen der Eingliederungshilfe sowie dem Hilfebedarf der Hilfeempfänger entsprechend - multiprofessionell sein und die Kompetenz folgender Berufsgruppen umfassen:

- Diplom-Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen (einschließlich Diplom-Pädagogen)
- Krankenpflegepersonen/Altenpfleger
- Ergotherapeuten
- Heilerziehungspfleger/Erzieher
- Diplom-Psychologen<sup>39</sup>

Die Personalvorhaltezeit orientiert sich an den Hilfebedarfsgruppen pro Klient.

Einmal im Jahr wird der Personalbestand innerhalb einer sog. Prüfwoche überprüft.

Hilfebedarfsgruppe	Minuten Personalvorhaltung
1	249
2	352
3	455
4	559
5	662
6	765
7	868
8	971
9	1075
10	1178
11	1281
12	1384

Tabelle 3: Mindestpersonalvorhaltung in Minuten pro Klient<sup>40</sup>

Demgegenüber stehen auf der Einnahmenseite Entgelte je nach HBG des Betreuten pro Tag nach den Entgeltvereinbarungen für Einrichtungen des Leistungstyps VT1SB (Verbund aus: Therapeutisch betreute

Wohngemeinschaften und Therapeutisch betreutes Einzelwohnen für seelisch Behinderte – Typ 1 (Einheitsvergütung)):

<sup>39</sup> Leistungsbeschreibung Wohnverbund, Stand Oktober 2006

<sup>40</sup> ebd.

Hilfebedarfsgruppe	Entgelt in €
1	24,57
2	32,73
3	40,91
4	49,07
5	57,23
6	65,39
7	73,57
8	81,73
9	89,89
10	98,07
11	106,23
12	114,39

Tabelle 4: Entgelt pro Hilfebedarfsgruppe und Tag<sup>41</sup>

Hinzu käme bei gesonderter Beantragung eine Nachtbereitschaftspauschale von 10,71 € pro Tag. Die Betreuung eines Betreuten mit HBG 8 würde demnach im Jahr mit etwa 30000 € vergütet werden. Weitere ca. 4000 € kämen hinzu, wenn eine Nachtbereitschaft bewilligt wurde. Für dieses Beispiel müsste die Einrichtung einen Fallbezogenen Leistungsaufwand von bis zu 13,5 Stunden pro Woche betreiben und qualifiziertes Personal für mehr als 16 Stunden bereitstellen.

<sup>41</sup> Aus:<http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/verguetung/Einrichtungskatalog/Einrichtungen/VT1SB-0043-008.shtml>, Stand: 27.12.11

#### **4.) Praxis der forensischen Nachsorge in ambulanter Eingliederungshilfe**

Das folgende Kapitel beschreibt die Besonderheiten für die Arbeit mit Klienten, die einen forensischen Hintergrund haben, aus Sicht des Wohnverbundes. Im Sinne der Übertragung in die Praxis dient es innerhalb dieser Thesis dazu, das vorhandene, allgemeinspsychiatrische Konzept eines Wohnverbundes mit Überlegungen zu ergänzen, um den besonderen Bedürfnissen und Verantwortungen, die die Betreuung ehemaliger Maßregelpatienten mit sich bringt, gerecht zu werden.

##### **4.1.) Aufnahmeverfahren**

Der Beginn der Betreuung hat großen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg der Betreuung. Ehrlichkeit sowie möglichst lückenloser Austausch über die tatsächlichen Begebenheiten auf allen Seiten setzt die Grundsteine für die weitere ambulante Betreuung, und somit auf das Outcome der bereits im Krankenhaus des Maßregelvollzugs durchgeführten Behandlung. Weder eine Beschönigung des erreichten Behandlungserfolges im KMV oder eine Falschdarstellung des Patienten selbst, noch die Behauptung seitens eines Wohnverbundes völlige Sicherheit bieten zu können sind angebracht. Weitere Grundsteine sind die Entscheidung über das richtige Projekt für den Patienten sowie die Rückkehrmöglichkeiten in den Maßregelvollzug, sollte die Enthospitalisierung zu scheitern drohen.

##### **4.1.1.) Die richtige Nachsorgeeinrichtung**

Regelhaft werden Patienten des Berliner KMV, für die eine ambulante Nachsorge angedacht ist, in ihren ehemaligen Heimatbezirk entlassen, also den Bezirk der letzten Meldeadresse vor Ummeldung in den Maßregelvollzug. Somit steht ihnen auch dort ein Anspruch auf eine Eingliederung nach § 53 SGB XII zu. In einigen Fällen kann der KMV zwar auch überbezirklich nach Nachsorgemöglichkeiten suchen, wenn eine Entlassung zwar möglich erscheint, die Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtung allerdings mangels Angebot im zuständigen Bezirk nicht erfüllt werden können. Dies kann z.B. der Fall sein,



wenn ein intensives Rund-um-die-Uhr Angebot erforderlich ist. Schmidt-Quernheim äußert Bedenken gegenüber der Idee der gemeindenahen Versorgung bei psychisch kranken Straftätern:

„Aus unmittelbar einleuchtenden Gründen können und sollen forensische Patienten eben nicht in ihr kriminogenes Umfeld zurück. Ganz abgesehen davon kann bei vielen Patienten und Patientinnen aufgrund ihrer Entwurzelungsbiografie ernsthaft von einem Heimatort nicht gesprochen werden.“<sup>42</sup>

Dies mag für ländliche Gegenden ein treffendes Argument sein, die Anonymität von Großstädten bietet hier jedoch andere Möglichkeiten, und hat auch andere Erfordernisse.

Weiterhin steht die Frage im Raum, inwieweit die vermeintlich gut gemeinte Vorgabe der gemeindenahen Versorgung einer „gemeindegebundenen“ Versorgung gleich kommt und somit die Freizügigkeit im Sinne europäischem Rechts eingeschränkt. In Berlin wird die Übernahme von Betreuungen bislang mit den unter bestimmten Gesichtspunkten genannten Ausnahmen generell in den zuständigen Bezirken durchgeführt.

Die Falldarstellung von KMV-Patienten dem SGP gegenüber übernimmt der Sozialdienst und/oder Therapeut. Bereits vor der Vorstellung im SGP sollte geklärt sein, ob die Zuständigkeit an die richtige Stelle getragen wird. Es muss geklärt sein, ob ein psychiatrisches Krankheitsbild im Vordergrund steht und nicht z.B. eine geistige Behinderung, Drogenabhängigkeit oder Bedrohung von Wohnungslosigkeit im Sinne des § 68 SGB XII das eigentlich größere Problem ist. Das mag wegen Komorbidität nicht immer einfach sein. Doch im Falle von KMV-Patienten kann von Wohnungslosigkeit nach Entlassung und zumindest aktueller Abstinenz ausgegangen werden. Auch bei leichter Oligophrenie ist eine Vorstellung im SGP möglich, wenn sie gegenüber der psychischen Erkrankung im Hintergrund steht. Die Diagnosemöglichkeiten im KMV sind schon aufgrund der Länge der Aufenthaltsdauer relativ gut. Der Sozialpsychiatrische Dienst entscheidet letztendlich über die Zulässigkeit der Vorstellung im Vorfeld.

---

<sup>42</sup> Schmidt-Quernheim, 2010, S. 156

#### **4.1.2.) Freiheit mit Einschränkungen**

Nur in wenigen Fällen erfolgt eine Entlassung aus dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB ohne weitere Auflagen, da jede Entlassung das Risiko eines Rückfalls in sich birgt. Sie darf zwar nur erfolgen, wenn der Zustand des Patienten soweit gebessert ist, dass von ihm keine weiteren Straftaten zu erwarten sind. Dennoch hat sich gezeigt, dass die Nachsorge das Risiko eines Rückfalls beträchtlich mindern kann. Auch liegt der Gedanke nahe, dass die neuen Lebensumstände auf den Entlassenen destabilisierend wirken könnten. Dem Bedürfnis nach Sicherheit folgend wird die Freiheit trotz guter Legalprognose an verschiedene Auflagen geknüpft, eine Führungsaufsicht installiert und die Anbindung an eine FIA forciert, um unkomplizierte Rückkehrmöglichkeiten in den Maßregelvollzug einzuräumen. Auch die Möglichkeit der Beurlaubung zur Probe – statt sofortiger Entlassung - in ein entsprechendes ambulantes Projekt in freier Trägerschaft ist ein gängiges Mittel, wenn eine entsprechende Lockerungsstufe vorliegt. Beurlaubte Patienten sind weiterhin Patienten des KMV, haben sich regelmäßig dort einzufinden und übernachten dort i.d.R. mindestens einmal pro Woche. Sie behalten ihre stationären Therapeuten und führen ggf. Drogenscreenings auf ihrer Herkunftsstation durch. Die Beurlaubung ist zeitlich nicht befristet, da sie eine Spielart des § 63 StGB darstellt. Auch für dieses Procedere gilt die Vorstellung in dem Steuerungsgremium Psychiatrie als zunächst bindender Schritt.

#### **4.1.3.) Die Aufgaben des Wohnverbundes im Aufnahmeverfahren**

Voraussetzung für eine qualifizierte Arbeit mit Menschen mit forensischem Hintergrund ist bereits im Vorfeld die sorgfältige Abklärung zwischen den Erwartungen des Krankenhauses des Maßregelvollzugs, den Bedürfnissen des Klienten, und den Rahmenbedingungen, die der Wohnverbund bietet. Dem Leiter der Einrichtung obliegt hierbei von Seiten des Wohnverbundes die Aufklärung über

- die Möglichkeiten und Grenzen in der ambulanten Betreuung mit seinen  
Kontrollmöglichkeiten
- die Anwesenheit und Erreichbarkeit der Mitarbeiter

- die verschiedenen Wohnmöglichkeiten in privatrechtlicher Vermietung oder einer Kopplung des Betreuungsvertrages mit dem Mietvertrag.

Dies kann schon im SGP geschehen. Vielfach sind dem Fachpersonal des KMV auch die Einrichtungen mit den erforderlichen Settings aus früherer Zusammenarbeit bekannt. Dennoch sollten die Möglichkeiten und Grenzen möglichst genau benannt werden, um Fehlzusweisungen zu vermeiden.

Im weiteren Vorgehen des Aufnahmeverfahrens besteht die Gefahr, dass die Patienten der Fehleinschätzung erliegen, sie könnten mit dem Maßregelsystem zugleich Krankheit und Delikt hinter sich lassen, und wollen daher so schnell es geht eine Zusage erhalten. Möglicherweise werden sie übereilt Zusagen treffen, um sich den Platz zu sichern. Dennoch oder gerade deswegen besteht kein Grund sich von der Hektik anstecken zu lassen. Das Gegenteil ist der Fall. Der Patient ist gesichert und behandelt, es besteht in dieser Phase kein Grund zur Eile. Es bedarf vielmehr einer sorgfältigen Abwägung, ob man zusammenpasst oder nicht. Hierzu ist es besonnen, sich die notwendige Zeit zu lassen und das Zusammenfinden strukturiert in mehreren Schritten ablaufen zu lassen. Meine Vorstellung einer kontrollierten Aufnahme schildere ich folgend.

1.) Zunächst wird nach der Empfehlung des SGP zu einem Gespräch im Wohnverbund geladen, bei dem die Angebote des Betreuten Wohnens vorgestellt und der Hilfebedarf sowie die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten erörtert werden. Zu diesem ersten Gespräch reicht es, wenn der Patient alleine erscheint, denn es bedarf seiner Selbsteinschätzung. Seine Pünktlichkeit, sein Auftreten und seine Mobilität sowie örtliche Orientierung lassen einen ersten Eindruck zu. Das Gespräch von Seiten des Wohnverbundes führt der potentielle Bezugsbetreuer. Gefragt wird allgemein nach Erfahrungen im eigenständigen Wohnen und nach der Haltung zum Zusammenleben in einem Wohnverbund, den lebenspraktischen Fähigkeiten im Bereich der Haushaltsführung sowie der Krankheitseinsicht und der Compliance. Darüber hinaus wird in diesem Gespräch die Haltung zum Delikt thematisiert. Die Einschätzung der eigenen Absprachefähigkeit und der Fähigkeit zur Selbststrukturierung in den betreuungsfreien Zeiten haben in diesem Zusammenhang eine hohe Relevanz. Der Patient erhält durch den Betreuer

eine Beschreibung der Betreuungsmöglichkeiten und Arbeitsweisen im Verbund. Auch muss zu diesem Punkt klargestellt werden, dass für das Zustandekommen einer Betreuung eine Entbindung von der Schweigepflicht für alle Seiten vor allen weiteren Terminen erforderlich ist. Neben der tatsächlichen formellen Bewandnis wird dem Patienten hierdurch klargemacht, dass er in der nachsorgenden Einrichtung auf seiner Vergangenheit aufbauen muss und alle Seiten miteinander reden (können) müssen, um erfolgreiche Nachsorge zu betreiben und Deliktrückfälligkeit zu verhindern.

2.) Will sich der Interessent aus dem Maßregelvollzug verbindlich im Wohnverbund bewerben, hat er die Klinik darüber zu informieren. Sobald Arzt- und Sozialberichte vorliegen, kann zu einem zweiten Gespräch eingeladen werden. Die Berichte sollen über die Diagnose, den Krankheitsverlauf, die Sozialanamnese, ehemalige psychiatrische Betreuungssettings sowie über das Delikt und den Behandlungsverlauf Auskunft geben. An dem Gespräch nehmen der potentielle Bezugsbetreuer, der Patient und das zuständige Fachpersonal der Klinik, vorzugsweise ein behandelnder Arzt und Vertreter des Sozialdienstes teil. Um festzustellen, ob der Wohnverbund die richtige Maßnahme ist, werden die erforderlichen Regeln der Medikationsgabe und der Betreuungsbedarf in den einzelnen Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und gesellschaftliche Teilhabe besprochen.

3.) Erst danach fällt die Aufnahmeentscheidung. Wenn über den Beginn der Betreuung positiv entschieden wurde, folgt eine Helferkonferenz, an der in der Regel ebenfalls der Patient, das Fachpersonal aus dem KMV und des Wohnverbundes teilnehmen, sowie, falls vorhanden, ein amtsgerichtlich bestellter Betreuer. Hier werden die individuellen Absprachen getroffen. So z.B.:

- konkrete Ansprechpartner und Vertretungen
- Erstellung eines Kriseninterventionsplanes
- Vorbereitung eines gesonderten Vertrages mit dem Patienten bei vorliegender Sucht- und/ oder Gewaltproblematik etc.
- Weiterführende Behandlung und Arztwahl
- Regelungen zur Überwachung der Medikamenteneinnahme
- Erteilung von Schweigepflichtsentbindung

- Geldeinteilung und finanzielle Situation, Schulden
- Einleitung der Antragstellung bzgl. Existenzsicherung (Arbeitslosengeld, Grundsicherung, Erwerbsminderungs-Rente etc.)
- Beschäftigungssituation und Leistungsvermögen
- Vorbereitung eines Behandlungs- und Rehabilitationsplanes
- Möglichkeiten und Grenzen der Entscheidungsautonomie der Einrichtung

Zusätzlich festzulegen sind im Falle einer vor die Entlassung avisierten Lockerung und Beurlaubung:

- die Modalitäten der Beurlaubung (wie planmäßige Übernachtungen im KMV, Vergabe der Depotmedikation)
- das Führen eines Arztheftes im Wohnverbund, in dem Besonderheiten dokumentiert werden
- Terminvereinbarungen für Verlaufsgespräche während der Beurlaubung

#### **4.2.) Betreuungsbeginn und Beurlaubung**

Die letzte Phase des Vollzuges der Maßregel überführt den Patienten strukturiert und verantwortlich aus dem Krankenhaus in die Phase der ambulanten Nachsorge. Sollte vorab eine Beurlaubung vorgesehen sein, so sollte m.E. eine angemessene Beurlaubungsphase von mindestens sechs Monaten zum Kennen lernen in den Wohnverbund hinein vereinbart werden.

Die im Aufnahmeverfahren vereinbarten Regeln werden nun im Wohnverbund in die alltägliche Praxis umgesetzt und nötigenfalls konkretisiert. Abweichungen von den Vereinbarungen werden dokumentiert, gravierende werden direkt telefonisch mit der forensischen Ambulanz bzw. der beurlaubenden Abteilung besprochen und mit den weiteren Helfern kommuniziert. Sanktionen und Aufhebungen von Sanktionen müssen dem Wohnverbund zeitnah von den zuständigen Stellen mitgeteilt werden.

#### **4.2.1.) Probleme mit dem Entlassungstermin**

Als schwierig hat sich in der Praxis zumindest bei der Entlassung ohne vorherige Beurlaubung die Festlegung auf einen genauen Zeitpunkt des Betreuungsbegins erwiesen. Dies liegt an verschiedenen Eventualitäten:

- der psychische Zustand bzw. das Gefährlichkeitspotential des Patienten verschlechtert sich aufgrund der mit dem Schritt in die Eigenverantwortung einhergehenden Überforderung
- die Bearbeitung und Unterstützung von Seiten der Justiz verzögert einen Entlassungstermin
- der freie Platz im Wohnverbund wurde anderweitig vergeben, die Anmietung einer geeigneten anderen Wohnung verzögert sich

Diese Punkte beeinflussen sich gegenseitig auf mitunter haarsträubende Weise. Man stelle sich folgendes Szenario vor, welches ich in unserem Verbund in der Praxis mehrfach erlebt habe: selbst wenn man sich in den unter 4.1 genannten Punkten einig wurde, kann es passieren, dass es zu wochenlangen Verzögerungen kommt, da die notwendigen Beschlüsse zur Aufhebung der Unterbringung im Maßregelvollzug vom Gericht fehlen. Der Wohnverbund hatte bereits zum vereinbarten Zeitpunkt eine Wohnung angemietet oder freigehalten, und zahlt dafür die Miete. Generell sind Wohnungen im Bereich des ALG2-Satzes Mangelware, für Wohnverbände besteht große Not noch Wohnungen für ihre Betreuten zu finden. Nun entsteht in dieser Zeit weiterer Aufnahmepressure durch bezirkliche Vereinbarungen der Aufnahmeverpflichtung. Gleichzeitig dekompenziert der vorgesehene Patient, evtl. auch weil er für die bürokratischen Hindernisse kein Verständnis aufbringen kann und das Hin und Her an seinen Nerven zerrt. Der Entlassungstermin muss verschoben werden, und der Verbund hat die Wahl auf den Kosten sitzen zu bleiben und auf baldige Entlassung zu hoffen, oder aber die begehrte Wohnung anderweitig zu vergeben. Vergibt er die Wohnung an einen anderen Interessenten muss er sich zu einem späteren Zeitpunkt um eine andere Wohnung bemühen. Dies muss wiederum mit dem Gericht rückgekoppelt werden, da ansonsten evtl. Weisungen bzgl. des Aufenthaltes nicht korrekt formuliert werden, was zu weiteren Verzögerungen führen würde. Es lässt sich also sagen, dass der

Anreiz für den Wohnverbund durch die bürokratischen Hürden zur Entscheidung für die Betreuung eines KMV-Patienten hierdurch geschmälert wird.

Dass sich Entlassungen eben auch nicht nach den üblichen Mietvertragsabschlüssen zum Monatsersten richten können, spielt hierbei ebenfalls eine Rolle im Zeitkontingent. D.h. die Wohnung bleibt im Entlassungsprozess oftmals ohnehin einige Zeit ungenutzt. Die Entgelte für Betreuungen können aber nur nach fristgenauen Tagessätzen beantragt werden. Die Kosten für die entstehende Differenz muss i.d.R. der Wohnverbund tragen.

#### **4.2.2.) Handlungsorientierte Überlegungen für die Übergangsphase**

Positiv auf den Genesungsprozess wirkt sich eine tägliche Beschäftigung aus. Im Idealfall ist eine solche bereits vorhanden. Im KMV ist die Möglichkeit nach Beschäftigung durch die Patienten begehrt, nicht zuletzt wegen der Abwechslung, den positiven Wirkungen auf die Legalprognose, dem Zusatzverdienst und auch wegen der Berufsausbildungsmöglichkeiten. Meist trifft dies auf den handwerklichen Bereich zu. Nach Entlassung verliert der Patient zwar seine Beschäftigung in der Arbeitstherapie. Fortgeschrittene mit entsprechenden Lockerungsstufen wurden jedoch evtl. an kooperierende Handwerksfirmen vermittelt. Nach Möglichkeit sollte diese Beschäftigung im Falle einer Entlassung nicht aufgegeben werden. Andernfalls kann der Wohnverbund bei der Suche nach einer passenden Beschäftigung helfen, beispielsweise in einer Beschäftigungstagesstätte, in einer Werkstatt für Behinderte oder einer MAE-Stelle zur Vorbereitung für den Arbeitsmarkt. Aus persönlicher Erfahrung möchte ich sagen, dass Wunsch und Wirklichkeit in Bezug auf ihre beruflichen Möglichkeiten bei Maßregelpatienten häufig dramatisch auseinanderklaffen. Dringend sollten sie bereits im KMV mit der Tatsache konfrontiert werden, dass ihre Chancen zumeist begrenzt sind. Die Vorstellungen, ein neues Leben zu beginnen und endlich viel Geld zu verdienen geht weder mit dem tatsächlichen Leistungsvermögen einher, noch ist es aus pädagogischer Sicht sinnvoll, die ehemaligen Patienten reihenweise

Enttäuschungen auf dem offenen Arbeitsmarkt erleben zu lassen. In der Praxis unseres Verbundes hat sich gezeigt, dass der langsame Aufbau von Leistungsfähigkeit in den genannten niedrighschwelligen Bereichen zwar zunächst auf Widerstand bei den Betreuten stößt, jedoch vor Krisen durch Überforderung und Enttäuschung schützt, und mittelfristig nach Überwindung von Hemmschwellen zu Zufriedenheit und Integration führen kann. Die Motivation, eine lediglich mit einer geringen Aufwandsentschädigung vergüteten Beschäftigung zu suchen, kann sich durch die Gemeinschaft mit anderen Betreuten im Verbund steigern, wenn gesehen wird, dass sich andere in einer ähnlichen Situation befinden und sich damit arrangiert haben.

Dringend zu klären ist die Fortführung der Behandlung. Auch an dieser Stelle muss seitens des Wohnverbundes dem Gedanken entgegensteuert werden, dass durch die Entlassung eine uneingeschränkte Genesung festgestellt wurde. Dem ist im Normalfall nicht so, lediglich die vom Patienten ausgehende Gefährlichkeit muss auszuschließen sein. Wenn zunächst eine Beurlaubung durchgeführt wird, kann in Ruhe nach einer Lösung gesucht werden, da die Behandlung weiterhin auf der Herkunftsstation durchgeführt wird. Andernfalls kommt die begleitende Betreuung einer Forensischen Institutsambulanz in Betracht. Wie in Kapitel 2.6 behandelt, wären insbesondere das fachliche Know-How, die Kenntnis des entlassenen Patienten, die Möglichkeit auch teure und größere Mengen Medikamente ohne Blick auf Deckelung des Budgets vergeben zu können, als auch die Möglichkeit ohne weitere Umwege eine vorübergehende stationäre Aufnahme im Maßregelvollzug arrangieren zu können, klare Vorzüge der Anbindung an eine FIA. Wenn auch nur vorübergehend, den die FIA begleitet nicht zeitlich unbegrenzt, sondern je nach Anordnung zwei bis maximal fünf Jahre. Früher oder später muss also ohnehin eine Anbindung an eine niedergelassene Praxis erfolgen. In unserem Wohnverbund besteht eine Kooperation mit einer niedergelassenen Ärztin für Psychiatrie, die wiederum ihrerseits Verträge mit Krankenkassen geschlossen hat. Dieses Modell für allgemeinpsychiatrische Patienten, die ohne Behandler in unsere Betreuung aufgenommen werden, empfiehlt sich nach anfänglicher Behandlung durch die FIA auch für entlassene Forensiker uneingeschränkt, da der Informationsaustausch sehr direkt ist. Die Ärztin erscheint in regelmäßigen



Abständen in der Einrichtung, um in der Mobilität eingeschränkte Patienten (z.B. durch Ängste vor der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel) aufzusuchen. Hierdurch kennt sie das Leistungsspektrum und die Mitarbeiter des Wohnverbundes gut. Bei diesen Gelegenheiten findet ein Informationsaustausch über aktuelle Entwicklungen aller gemeinsam betreuten bzw. behandelten Klienten statt, ermöglicht durch eine Schweigepflichtsentbindung. Veränderungen der Medikation kann bei Bedarf zeitnah vorgenommen werden, z.B. um sich anbahnende psychiatrische Krisen möglicherweise noch im Keim pharmakotherapeutisch zu ersticken. In Mobilität uneingeschränkte Patienten konsultieren lebensweltorientiert die Ärztin nach Terminvereinbarung in der Praxis. Die freie Arztwahl kann gleich in einer Weisung in dem Aufhebungsbeschluss der Unterbringung eingeschränkt werden, oder auch später durch die Führungsaufsicht. Dies ist von Nutzen, sollte die Compliance eingeschränkt sein und kann den Behandlungserfolg besser sichern. Sogar die medikamentöse Behandlung kann mit Präparat und Dosierung angeordnet werden, was jedoch meiner Meinung nach die Autonomie des Behandlers unangemessen einschränkt.

Von Deeskalationstraining und Psychoedukation wird angenommen, dass sie verbindliches Angebot im stationären Maßregelvollzug waren. Solcherlei Angebote werden nicht regelhaft vom Wohnverbund erbracht, wenn gleich bei konkretem Bedarf entsprechende Angebote gemacht werden können. Beispielsweise Gespräche über alternative Handlungsweisen in vom Betreuten als unangenehm erlebten Situationen, evtl. auch die Durchführung von einem Rollenspiel. Die Anbindung an einen niedergelassenen Therapeuten erweist sich häufig als schwierig, da das Angebot den Bedarf nicht deckt. Zudem steht eine bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten häufig anzutreffende schizophrene Grunderkrankung einer Therapie aus Sicht der Therapeuten im Weg, so dass nach einer Fallschilderung selbst die Aufnahme auf eine Warteliste nicht vollzogen wird. Schwellen hinzu anderen Möglichkeiten wie Männerberatungsstellen sind von Seiten der Anbieter her möglicherweise geringer.

Weitere Helfer werden möglicherweise erst später mit in das Hilfesetting eingebunden, da diese ggf. mit größerem Zeitverzug bestimmt werden. Wenn es soweit ist, sollte mit der Führungsaufsicht oder dem Bewährungshelfer vereinbart werden, dass ein zeitnaher Termin im Wohnumfeld des Betreuten stattfinden soll, damit sie sich dort ein Bild von der neuen Lebenssituation und dem Betreuungssetting machen kann.

Gleiches gilt für einen amtgerichtlich bestellten Betreuer. Mit ihm müssen im Falle von der Betreuung für den Bereich Finanzen, falls noch nicht geschehen, Regelungen getroffen werden, wie das von dem Betreuer verwaltete Geld in die Hände des Betreuten gelangt. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten von der Zusendung eines Schecks über die Kontoeröffnung bei einer Bank samt Überlassung der Chipkarte bis zur Überweisung des Geldes auf ein Hinterlegungskonto des Wohnverbundes. Eine individuelle Lösung muss anhand des Bedarfes festgelegt werden, der sich an der Selbständigkeit und Zuverlässigkeit des Betreuten in diesem Bereich orientiert und ggf. im Verlaufe der Betreuung angepasst werden muss.

Im Falle einer Beurlaubung in den Wohnverbund findet zu einem vereinbarten Zeitpunkt ein Verlaufsgespräch mit dem Rahmen einer Helferkonferenz statt, in der die bisherige Betreuung reflektiert wird. Alle auftretenden Schwierigkeiten können hier thematisiert und bearbeitet werden. Zu diesem Zeitpunkt wird ein Votum für oder gegen die weitere Betreuung abgegeben. Vor der Gerichtsverhandlung (Beschluss zur Aufhebung der Unterbringung im Maßregelvollzug) wird ein abschließendes Bilanzierungsgespräch geführt, ob der Wohnverbund eine sinnvolle und ausreichende Maßnahme für den Klienten darstellt. Soll die Betreuung im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe beginnen, werden jetzt die möglichen bevorstehenden Auflagen und Weisungen besprochen. Die Beendigung der Beurlaubung ist dann absehbar, der Zeitpunkt kann aber vom Gericht kurzfristig gesetzt werden. Für den Wohnverbund ist zu diesem Zeitpunkt relevant, dass sich die Zuständigkeit der Kostenträger für die Maßnahme verändert. Während der Beurlaubung trägt die Justizkasse die Kosten für die Betreuung. Danach muss ein Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 53 ff SGB XII beim Fallmanagement gestellt werden.

### **4.3.) Betreuungsverlauf**

Bereiche, in denen ehemalige Maßregelvollzugspatienten Unterstützung erhalten können, sind die gleichen, wie die der anderen Betreuten auch. Personenzentriertes Arbeiten steht dabei im Vordergrund. Aber auch die Motivation zur Teilnahme an Gruppenarbeit hat große Berechtigung, da hier soziale Fähigkeiten besser trainiert werden können. Die Betreuung forensischer Klienten stellt aber zudem eine Reihe von Besonderheiten an die Betreuungsarbeit.

Zu Beginn der Betreuung wird mit dem Klienten gemeinsam ein individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) erstellt. Hier wird mit ihm eine Struktur erarbeitet, die im weiteren Betreuungsverlauf eine schrittweise Übernahme von mehr Selbstverantwortung und Selbstständigkeit ermöglichen soll. Unterschiede zu allgemeinpsychiatrischen Betreuten bestehen hierbei in der Regel an zwei Punkten. Zum einen fließen Weisungen bei der Erstellung des BRPs mit ein, die zu beachten sind. Der Bezugsbetreuer unterstützt und kontrolliert mit dem Klienten die Umsetzung der Auflagen zur Arbeit, Medikation, Freizeit usw. Dies muss teilweise bereits im BRP Erwähnung finden, schon um den durch die kontrollierenden Aspekte höheren Zeitaufwand zu rechtfertigen. Zum anderen liegt beim Betreuten mit forensischem Hintergrund evtl. eine ausgeprägte Hospitalisierung vor, d.h. dass er bei der Behandlungsplanung weniger gut zuarbeiten kann. Er hat durch die jahrelange Versorgung im Maßregelvollzug evtl. keine eigene Vorstellung, was beispielsweise Haushaltsführung alles beinhalten kann, oder hat keine Vorstellung von Freizeitmöglichkeiten, und bedarf daher schon bei der Behandlungsplanung stärkerer Lenkung.

Die lebensgeschichtliche Verortung der strafrechtlich geahndeten Taten ist ein besonderes Thema in der Betreuungsbeziehung mit der forensischen Klientel. Die Einsicht in Sanktionen sowie der Umgang mit diesen und das Aushalten von Frustrationen werden in der Bezugsbetreuung bearbeitet. Dazu wird ressourcen- und zielorientiert sowie mit klaren Rollenaufteilungen an der

Beziehung gearbeitet. Die inhaltliche und therapeutische Bearbeitung der Tat, Schuld und Sühne bleibt in der Hauptsache bei den behandelnden Fachärzten.

Der Bezugsbetreuer thematisiert mit dem Klienten die gerichtlichen Weisungen und begleitet ihn ggf. zu den ersten Terminen mit dem Bewährungshelfer und in die forensische Ambulanz. Weiterhin gilt, wie schon für die Zeit der Beurlaubung beschrieben, dass alltägliche Abweichungen von den Vereinbarungen dokumentiert sowie gravierende Abweichungen direkt telefonisch mit der forensischen Ambulanz besprochen und den weiteren Helfern kommuniziert werden.

Die Krisenintervention hat bei entlassenen Maßregelpatienten einen besonderen Stellenwert. Auch wenn ein Krisenplan in der Übergangsphase entworfen wurde, gelingt es psychotischen Betreuten nicht unbedingt, sich an diesen zu halten. Oftmals geht alles sehr schnell, gerade bei impulsgestörten Betreuten. Der Wohnverbund bietet für den Krisenfall rund um die Uhr abrufbare Leistungen und die Mitarbeiter sind in der Regel als erste involviert. Die Betreuer koordinieren im Bedarf die weiteren Schritte. Zögern im Kontext von Krisen kann schwerwiegende Folgen haben. Durch die vom Betreuten ausgehende Gefährlichkeit natürlich zunächst für andere, allerdings muss er auch vor sich selbst geschützt werden, um einen Widerruf der Bewährung zu verhindern. Klare Abläufe für eine notwendige Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus müssen rechtzeitig geschaffen und konsequent umgesetzt werden. Das Konzept der FIAs eignet sich hierfür hervorragend und bietet unkomplizierte Unterstützung. Allen Mitarbeitern des Wohnverbundes müssen die entsprechenden Verfahrensweisen bekannt sein.

Weiterhin ist darauf hinzuwirken, dass der Klient weiterhin einer Beschäftigung nachgeht und dadurch eine klare Tagesstruktur hat. Dies kann zunächst niedrigschwellig sein, mit dem Ziel, die Fähigkeiten des Betreuten weiter auszubauen. Wenn vom Betreuten bereits eine externe Beschäftigungsstelle aufgesucht wird, muss ebenfalls enger Kontakt betrieben werden. Teilweise müssen Mitarbeiter aus Handwerksbereichen pädagogisch beraten werden.

#### 4.4.) Das Ende der Betreuung

Die Beendigung der Betreuung kann aus verschiedenen Gründen erfolgen:

1.) Das Gericht kann die Rücknahme der „Aufhebung der Unterbringung“ veranlassen und somit die erneute Unterbringung des Klienten während der Führungsaufsicht anordnen. Damit endet die Maßnahme der Eingliederungshilfe.

2.) Im Bedarfsfall kann ein Wechsel der Einrichtung vollzogen werden. Dies erfordert im Falle laufender Führungsaufsicht zwar eine Festlegung durch das Gericht. Dieses folgt jedoch i.d.R. den Stellungnahmen des Helfernetzwerkes. Eine veränderte Wohnform kann notwendig werden, wenn sich herausstellt, dass der Betreute mit dem Setting überfordert ist. Beispielsweise wenn er in seiner Selbstständigkeit überschätzt wurde und eine heimanaloge Versorgung notwendig wird. Von Seiten des Wohnverbundes wird zur Überleitung vom zuständigen Bezugsbetreuer folgendes auf den Weg gebracht:

- frühzeitige Kooperation mit weiter betreuenden Einrichtungen
- Einberufung einer Helferkonferenz mit allen Kooperationspartnern  
(forensische Ambulanz, Bewährungshelfer, zukünftiger und aktueller Bezugsbetreuer ) mit dem Klienten
- Betreuungsverlauf zur Kenntnis geben
- Unterstützung und Begleitung des Klienten beim Kennen lernen des neuen Umfeldes

Die Betreuung im Verbund endet offiziell am Tage des Auszugs. Als Ansprechpartner für die Folgeeinrichtung geht die Betreuung im Sinne kollegialer Hilfestellung evtl. noch darüber hinaus.

3.) Mit dem Ende der Führungsaufsicht endet auch die Weisung zur Betreuung im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe. Ab diesem Zeitpunkt kann der Klient von sich aus jederzeit die Betreuung beenden. Rechtzeitig vor Beendigung der Weisung sollte der Bezugsbetreuer das weitere Vorgehen zunächst mit dem Betreuten besprechen und darüber hinausgehenden Hilfebedarf klären. Wenn der Betreute eine Wohnung durch den Träger bereit

gestellt bekommen hat, endet das Mietverhältnis mit der Auflösung der Betreuung. Dies stellt oft ein großes Hindernis dar, da in begehrten Wohngebieten die Wohnungsmarktsituation häufig angespannt ist. Zudem sind die Betreuten oftmals hoch verschuldet, was ihre Chancen auf dem freien Wohnungsmarkt mindert. Sollte jedoch tatsächlich kein Hilfebedarf mehr vorhanden sein, hilft der Bezugsbetreuer bei der Wohnungssuche. Andernfalls wird er dem Wunsch des Betreuten nach Auszug und Beendigung der Betreuung mit der Aufforderung nach Selbständigkeit hierbei begegnen, um aufzuzeigen, dass Anspruch und Wirklichkeit auseinandergehen.

In jedem Falle sollte eine Helferkonferenz einberufen werden, in der die aktuelle Situation, der bisherige Betreuungsverlauf und das weitere Vorgehen besprochen werden. Falls noch nicht geschehen und die medizinische Versorgung bisher durch die forensische Ambulanz gewährleistet wurde, steht nun dringend die Überleitung in ein psychiatrisches wohnortnahes Versorgungsnetz mit niedergelassenem Psychiater und ggf. Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppen an. Auch sollten dem Klienten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie er im Bedarfsfall weitere Hilfe außerhalb der Eingliederungshilfe erhalten kann.

4.) Sollte dem Klienten keine Weisungen hinsichtlich ambulanter Eingliederungshilfe durch das Gericht gegeben worden sein, gilt der vorherige Punkt gewissermaßen schon ab dem Aufnahmetag im Wohnverbund. Für den Bezugsbetreuer gilt es sensibel für die Aufkündigungsabsichten des Betreuten zu sein, da solcherlei Überlegungen nicht erst an ein Datum in bis zu fünf Jahren ab der Entlassung aus dem KMV gekoppelt sind. Ansonsten gelten die Hinweise aus Punkt 3, mit dem Unterschied, dass eine Anbindung an das gemeindepsychiatrische Versorgungsnetz durch Ausbleiben der Behandlung in der FIA bereits von Anfang an dringende Aufgabe der Betreuungsarbeit ist.

#### **4.5.) Teaminterne und teamübergreifende Kommunikation**

Zwischen allen Beteiligten im Hilfesystem findet ein enger Informationsaustausch statt. Dies betrifft Einschätzungen zu Absprachefähigkeit,

Zuverlässigkeit, Beziehungsstabilität, Behandlungs- und Medikamentencompliance, Erscheinungsbild, Lebenszufriedenheit, Veränderungen der Lebensumstände sowie aktuellen Krisen. Dies alles lässt Einschätzungen zur aktuellen Gefährlichkeitsproblematik zu.

Am häufigsten findet der Austausch hierüber im Team des Wohnverbundes im Kleinen statt. Der hohe Abstimmungsbedarf erfordert einen regelhaften Austausch zwischen allen Teammitgliedern, z.B. zu den Dienstübergaben und in schriftlicher Dokumentation. Durch den Austausch über Beobachtungen von Veränderungen im Verhalten des Betreuten lässt sich anbahnenden Krisen früher begegnen. Die durch Schichtdienste wechselnden Mitarbeiter des Wohnverbundes, die den Betreuten annähernd täglich bei Aktivitäten oder bei der überwachten Medikamenteneinnahme sehen, tauschen ihre Wahrnehmungen untereinander in regelmäßigen Dienstgesprächen, längeren Fallgesprächen, Supervision und auch in der schriftlichen Dokumentation untereinander aus. Zur Überwindung eigener Unsicherheiten ist dies sehr hilfreich, aber auch um dem Klienten zu zeigen, dass das Team sozusagen personenunabhängig in generellen Fragen mit einer Stimme spricht. In betreuungsrelevanten Fragen sollte eine Einigkeit im Team erreicht werden, um die Umsetzungen möglicher Regeln und Interventionen zu erleichtern und Spaltungen sowie Streuungen widersprüchlicher Informationen seitens des Klienten vorzubeugen. Die Verbindlichkeit im Umgang mit forensischen Klienten, als auch die Verbindlichkeit von Absprachen innerhalb eines Teams ist unerlässlich. Alle wichtigen Absprachen werden daher schriftlich dokumentiert und allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Die zuständigen Bezugsbetreuer halten den Kontakt zu den anderen Beteiligten des Helfer- und Kontrollsystems und übermitteln die Eindrücke ihres Teams. Dies ist für die zuständigen Psychiater oftmals sehr hilfreich, da sich die Betreuten aus Angst vor höheren Dosierungen von Psychopharmaka oft lieber bedeckt halten. Gegenüber den Bewährungshelfern, der Führungsaufsicht, oder Mitarbeitern der Klinik bzw. FIA besteht der Kontakt u.a. bei der Überwachung der Weisungen und bei alltäglichen Problemen in der Grenzziehung.

„Nahezu ausnahmslos werden psychosekranke Straftäter im System des Gemeindepsychiatrischen Verbundes versorgt. Die von der Öffentlichkeit mit der forensischen Psychiatrie assoziierten Sexualstraftäter tauchen in der Heimversorgung nicht auf. Dennoch sind die meisten ehemaligen forensischen Klienten als eigenständige Gruppe zu identifizieren. In der Betreuung zeigt sich das dadurch, dass sie klarere Strukturen und dabei insbesondere ein deutlicheres Aufzeigen von Grenzen benötigen. Wenn sie von der forensischen Abteilung gut auf ein Leben mit komplementärer Versorgung vorbereitet wurden, sind sie für Prozesse der Grenzziehung relativ gut absprachefähig. Hilfreich zur Einschätzung von Grenzverlusten ist die Beratung durch Mitarbeiter der forensischen Abteilung bzw. Klinik.“<sup>43</sup>

Das Ideal von regelmäßigen, und sei es jährlichen Konferenzen aller helfenden Parteien halte ich persönlich für übertrieben. Der erhebliche Aufwand kann m.E. nicht unbedingt gerechtfertigt werden. Schmidt-Quernheim ist da anderer Meinung.

„Helferkonferenzen werden von manchen Beteiligten zunächst oft als lästig, überprotektiv und verfolgend erlebt. Beispiele aus der Praxis bestätigen hingegen eindrücklich die vielfache Erfahrung, dass nur ein institutionsübergreifendes Behandlungsteam, das regelmäßig und verbindlich einen fallbezogenen Austausch pflegt und Klarheit über die Entscheidungswege sicherstellt, die typischen 'Fallstricke' in der Rehabilitation forensischer Patienten vermeiden kann. ... Generell scheint die Konzeptualisierung der eigenen (Sozial-) Arbeit als Case Management anfangs noch ungewohnt, wird dann aber meist als hilfreich und notwendig erachtet.“<sup>44</sup>

Keineswegs ist Einzelkämpfertum oder Selbstüberschätzung der eigenen Möglichkeiten angebracht. Gute Netzwerkarbeit kann jedoch auch geleistet werden, wenn nicht alle Helfer gleichzeitig an einem Tisch sitzen. Hier sehe ich den Bezugsbetreuer für die Position des hauptverantwortlichen Netzwerklers eindeutig als am besten geeignet. Er ist am nächsten am Klienten, hat den besten fachlichen Gesamtüberblick und hat i.d.R. am meisten Zeit für das Informationsmanagement. Ihm muss es gelingen, für sich ein einrichtungsübergreifendes Teamverständnis zu entwickeln und an den anderen Stellen dafür zu werben, um eine entsprechende Kooperation zwischen den Helfern zu koordinieren. Großeinberaumte Helferkonferenzen sind m.E. dann sinnvoll, wenn es darum geht, mit dem Klienten bei größeren Krisen neue Wege zu erarbeiten oder die Situation deutlich zu machen. Ansonsten reichen kleine Konferenzen zu speziellen Problematiken. Beispielsweise bei einer zunehmenden Verschuldung reicht ein Treffen mit dem

---

<sup>43</sup> Konrad, M., Schock, S., Jaeger, J., 2006, S. 146f.

<sup>44</sup> Schmidt-Quernheim, 2008, S. 305



gesetzlichen Betreuer, dem Bezugsbetreuer und dem Klienten selber. Medizinisches Personal sollte über evtl. Sorgen des Klienten, die in diesem Beispiel durch Überschuldung auch Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht haben, informiert werden. Die Behebung des Problems liegt jedoch nicht direkt in ihrem Aufgabenbereich. Einer Überstrapazierung eines Netzwerks kann und sollte also durch die klare Rollenverteilung entgegengewirkt werden.

#### **4.6.) Besondere Anforderungen an die Mitarbeiter**

Die Betreuung von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs stellt die Mitarbeiter des Wohnverbundes vor eine schwierige Aufgabe. Manch lieb gewonnene Gewohnheit im Umgang mit Betreuten kann teilweise nicht auf diesen Klientenkreis übertragen werden. Duldsamkeit und Zulassen von Ausnahmen sind in vielen Fällen fehl am Platze. Während bei Betreuten, von denen keine Gefahr für andere ausging oder ausgeht, größere Toleranzgrenzen die Betreuungsbeziehung in den Punkten gegenseitiges Vertrauen und Stärkung der Persönlichkeit verbessern können, ist dies bei ehemaligen Maßregelpatienten oft nicht angemessen. In der Betreuungsbeziehung ist stattdessen eine konsequente Haltung notwendig. Die Betreuungsbeziehung hat als tragendes und strukturgebendes Element eine primäre Wichtigkeit in der gesamten Maßnahme. Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, nötige Kontrollen und begrenzende Maßnahmen durchzuführen und sich dabei das Bewusstsein erhalten, dass dies zur „Freiheit mit Einschränkungen“ erforderlich ist. Dies bedarf, dass die Haltung gegenüber dem Personenkreis forensischer Klienten regelhaft im fachlichen Austausch mit Kollegen und im Rahmen von Fallbesprechungen, kollegialen Beratungen und Supervision reflektiert wird.

Auch der Hinweis, dass die Mitarbeiter stärker als mit Klienten aus der Allgemeinpsychiatrie die Betreuten direktiv zu alternativem Verhalten auffordern müssen sowie kontrollierende Aspekte ausüben und mitunter aktiv freiheitsentziehende Maßnahmen auf den Weg bringen, trifft nicht unbedingt das Selbstverständnis mancher Mitarbeiter.

Insgesamt muss vor zu hohen therapeutischen Ambitionen gewarnt werden. In vielen Fällen sollte eine gelungene Anpassung an äußere Vorgaben als Betreuungserfolg gewürdigt werden. Zu hoch angelegte Messlatten führen nur zu Unzufriedenheiten. In der jährlichen Begutachtung des SpDs zum Zwecke der fortlaufenden Kostenübernahme der Maßnahme sollte darauf hingewiesen werden. In der Regel herrscht Einverständnis darüber, dass bereits viel erreicht ist, wenn der Klient gehalten werden kann, erduldet, dass jemand ein wachsames Auge auf ihn hat und Erfahrungen in Freiheit sammeln kann, ohne andere zu schädigen.

Nicht zuletzt bedarf es der Fähigkeit, „juristisch“ zu denken, also eines Grundverständnisses des Rechtssystems und seiner Verfahrensweisen. Dies ist notwendig, um die Komplexität des Einzelfalls und die Lebensrealität der Betreuten zu erfassen.

## 5.) Schlussbetrachtung und Empfehlungen

Die weiterführende Betreuung von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs durch betreute Wohnformen ist längst der regelhafte Weg, um die Nachsorge psychisch kranker Straftätern zu gestalten. Das Credo „kurze Verweildauer – lange Nachsorge“ macht in vielerlei Hinsicht Sinn für alle Beteiligten. Dieser Grundsatz liegt im Interesse der Betroffenen, im Interesse der Kostenträger, im Interesse der Leistungserbringer und im Interesse der Öffentlichkeit. Jedenfalls dann, wenn dieser Grundforderung qualifiziert und unter Berücksichtigung der Sicherheitsbedürfnisse entsprochen wird. Besonders wichtig für eine gute nachsorgende Arbeit im ambulanten Bereich ist daher ein professionell gestalteter Überleitungsprozess des Patienten, nachfolgende Konstanz des Betreuungssystems unabhängig vom variablen Hilfebedarf, sowie zumindest zu Beginn die Möglichkeit, die Gefährlichkeit tagesaktuell einschätzen zu können.

Die ehemaligen Maßregelvollzugspatienten sind im Rahmen meiner Thesis nicht ausführlich behandelt worden. Für eine Analyse ihrer Daten, wie Geschlecht, Krankheitsbild, Alter, Nationalität, Bildungsstatus, etc. verweise ich auf andere Quellen. Dargestellt habe ich jedoch, dass sie aufgrund eines schweren Deliktes im Zuge ihrer psychischen Erkrankung als schuldunfähig begutachtet worden sind und jahrelang im Maßregelvollzug gesichert und behandelt worden sind. Zum Zeitpunkt, in dem ambulante Nachsorge und eine Entlassung bzw. Beurlaubung in Frage kommt, haben sie sich soweit stabilisieren können, als das die Verantwortbarkeit der Enthospitalisierung durch gutachterliche Stellungnahmen und richterliche Weisungen gegeben ist und der Entzug der Freiheit als nicht mehr gerechtfertigt eingeschätzt wird. Ihre Legalprognose muss hierzu in einem Bereich liegen, in dem keine weiteren Straftaten mehr von ihnen zu erwarten sind. Um dies zu gewährleisten, sollten nachsorgende Einrichtungen in die Überlegungen zur Entlassung mit einbezogen werden. Ein gesicherter Platz in einem Wohnverbund ist eindeutig ein Kriterium, das stabilisierend auf den Betreuten einwirken kann und soll. Auch wenn sich durch den Wechsel der Systeme Maßregelvollzug hinzu Eingliederungshilfe der gegebene Auftrag von erstens „Sicherheit“ und zweitens „Besserung“ in einen Auftrag unter der Überschrift „Befähigung zur Teilhabe an

der Gesellschaft“ wandelt, trägt die nachsorgende Betreuung m.E. bedeutend zur Verhinderung von Rückfällen bei. Zudem kann der Sicherheitsaspekt durch Weisungen, Führungsaufsicht, Bewährungshilfe und Forensische Institutsambulanz flankiert werden. Die fachliche Unterstützung dieser Dienste muss durch sehr gute Netzwerkarbeit gewährleistet werden.

Wie dargestellt, halte ich die Wohnform „Wohnverbund“ für am besten geeignet, um dem Hilfebedarf von „Forensikern“ gerecht zu werden, da sie flexible Möglichkeiten für den Träger sowie eine gute Anbindung aber auch ausreichende Freiheiten für den Betreuten bereit hält. Ein dezentrales Netz von Büros für die Mitarbeiter, die nur relativ kurze Wege zu den Wohnungen der Betreuten haben, hat sich als effizient erwiesen. Dabei sind die Vorteile der Zeitersparnis für die Betreuungsarbeit besonders zu betonen. Nicht nur der Betreuer spart Wegezeit, sondern der Betreute ist seinerseits viel eher bereit, im Bedarfsfall Hilfe zu suchen. Auch für regelhafte Termine, wie die überwachte Medikamenteneinnahme in den Räumen des Leistungserbringers - teilweise morgens, mittags und abends – besteht eine wesentlich höhere Bereitschaft zur Mitarbeit, wenn die Wege kurz sind. Weitere Vorteile dieses Settings für die Betreuung ehemaliger Maßregelpatienten ist die Erreichbarkeit an 24 Stunden am Tag und somit jederzeit die Möglichkeit zur raschen Krisenintervention. Zudem herrscht bereits ein hoher Professionalisierungsgrad für die Arbeit mit Menschen mit zum Teil schweren chronischen psychischen Erkrankungen vor, da dem Kostenträger bestimmte Qualifizierungsstandards nachgewiesen werden müssen.

Eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsgruppen analog Krankenhausstationen mag aus therapeutischer Sicht zunächst sinnvoll erscheinen. Ein beispielsweise auf Betreute mit Persönlichkeitsstörungen spezialisierter Wohnverbund ist ein aufgrund der Wohnungsmarktsituation allerdings schwer zu organisieren. Eine Spezialisierung auf „Forensiker“ ist ebenfalls nicht vorgesehen. Abgesehen von guten Gründen dafür, dass sie im Maßregelvollzug untergebracht waren, bilden sie keine homogene Gruppe, sondern bringen höchst unterschiedliche Merkmale und Ausprägungen mit. Eine Spezialisierung käme jenseits eines gut gemeinten

Professionalisierungswillens einer Stigmatisierung nahe. Ein Kriterium haben Maßregelpatienten jedoch häufig gemein: nach Jahren der Unterbringung haben sie trotz der Bemühungen der Soziotherapie einen hohen Grad an Hospitalisierung erlangt, was einer Reintegration unabhängig von Personengebundenen Variablen entgegensteht. Die lang andauernde, mehr oder weniger gleichförmige Unterbringung führt zu sekundären Schäden, die zusätzlich zu allen anderen Schwierigkeiten beachtet und abgemildert werden müssen. Im Sinne einer Spezialisierung auf den Leistungsempfänger bleibt ohnehin die Personenzentrierte Arbeit möglich und erforderlich, die sich an den Ressourcen und Defiziten des Einzelnen orientiert sowie die Option von Gruppenarbeit, zu der nur Teile der Betreuten eingeladen werden. Auch kann es innerhalb des Betreuungsteams spezialisierte Mitarbeiter geben, die mit besonderen Kenntnissen die Bezugsbetreuung bestimmter Krankheitsgruppen übernehmen, oder in Gruppenarbeit spezialisierte Angebote anleiten, z.B. ein Sozialkompetenztraining für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Hier allerdings besteht die Gefahr fließender Grenzen. Eindeutig therapeutische Arbeit erfordert entsprechend ausgebildetes Personal, weswegen Angebote von einer kooperierenden FIA in Anspruch genommen werden sollten. Jedoch hat meiner Meinung nach auch ein angeleitetes Kochangebot therapeutische, Sozialkompetenzbildende Aspekte.

Zum Thema Spezialisierung möchte ich weiterhin festgehalten, dass es sich bei Maßregelpatienten, die in Einrichtungen aufgenommen werden, hauptsächlich um psychotisch erkrankte Patienten handelt. Minderbegabte Patienten werden explizit in den dafür konzipierten Einrichtungen aufgenommen. Hingegen besteht gegenüber persönlichkeitsgestörten Patienten und Patienten mit Doppeldiagnosen spürbare Zurückhaltung in der Aufnahmebereitschaft, da diese sich nur schlecht in die Gemeinschaft von psychotisch Erkrankten integrieren lassen und wohlmöglich Unruhe bringen. Auch zu diesem Punkt führe ich an, dass die individuelle Abstimmbarkeit der Angebote eines Wohnverbundes einer Heimartigen Unterbringung oder einer Wohngemeinschaft gegenüber klare Vorteile hat. Trotz meines klaren Plädoyers: Selbstverständlich muss für den jeweiligen Menschen die richtige Betreuungsform gefunden werden. Auch die Anbindung an ein Heimartiges

Setting oder eine therapeutische Wohngemeinschaft mit innewohnender Betreuung ist ein guter Schritt in Richtung Enthospitalisierung und Freiheit. Es muss sehr genau geschaut werden, welches Angebot für welchen Betreuten in Frage kommt. Und auch manch spezialisiertes Angebot hat seine Notwendigkeit. Die Betreuung von mit dem Maßregelvollzug häufig zuerst verbundenen Sexualstraftätern bedarf Angebote auf einem professionellen therapeutischen Niveau, dass in einem Wohnverbund nicht geboten werden kann. Andererseits sind die vorhandenen Angebote möglicherweise nicht sinnvoll für den ansonsten uneingeschränkt selbständigen Betreuten. Auf die Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Versorgung habe ich hingewiesen, doch konnte ich nicht ausführlich darauf eingehen, sondern habe mich innerhalb der Thesis für die Beschreibung der Möglichkeiten entschieden, die die Hauptstadt bietet. Ein weniger breit gefächertes und engmaschiges Angebot jenseits von Ballungsräumen macht noch längere Fahrzeiten für spezialisierte therapeutische Angebote für die Betreuten notwendig. Um dies zu vermeiden machen spezialisierte Wohnangebote und Heime dort möglicherweise mehr Sinn.

Das erläuterte System der Fallvergabe, wie in Berliner Bezirken mittels des Steuerungsgremiums Psychiatrie, halte ich für gelungen. Es hebt einerseits die bezirkliche Versorgungsverpflichtung auch für ehemalige Maßregelpatienten hervor, lässt aber andererseits auch Spielräume für die Träger offen, ein Angebot zu machen oder nicht. Dies nicht zu tun kann verschiedene, nachvollziehbare Gründe haben. Es ist z.B. in Bezug auf die Personalvorhaltung oder die Organisation einer Rund-um-die-Uhr Betreuung einiges an Aufwand für die Träger notwendig, um überhaupt den Bedürfnissen „schwieriger“ Patienten aus der Allgemeinpsychiatrie gerecht zu werden. Bei KMV-Patienten erhöhen sich der Aufwand und die Verantwortung nochmals. Für die ambulanten Einrichtungen bestehen derzeit allerdings zu wenige Anreize, um sich dieser potentiell schwieriger Klientel zu öffnen. Sie sind zwar im Sinne der Versorgungsverpflichtung dazu angehalten, entsprechende Angebote bereitzustellen. Eine ökonomische Notwendigkeit, dies zu tun, besteht jedoch in der Regel nicht. Dennoch: finanzielle Anreize wie eine Zusatzpauschale für eine begrenzte Zeit, z.B. die Zeit der Führungsaufsicht,

würde möglicherweise einige Anbieter zum Umdenken bewegen. Wichtig, m.E. sogar wichtiger, sind jedoch andere Punkte.

Zunächst steht und fällt alles mit dem Personal vor Ort. Die Mitarbeiter müssen mit speziellem, forensischem Wissen ausgestattet werden oder gleich entsprechend ausgewählt werden. Sie sollten juristisch denken können, hervorragende Netzwerker sein und klare Haltungen repräsentieren. Arbeit mit „Forensikern“ bedeutet ständige Risikoeinschätzung, Risikomanagement und Delikt rückfallverhinderung. Der in der Betreuungsarbeit notwendige kontrollierende und direktive Charakter verstößt gegen so manches Selbstbild eines Mitarbeiters. Andere wiederum lehnen es evtl. gleich ab, mit „solchen“ Menschen zu arbeiten, sei es aus Angst oder anderen Vorbehalten. Sie sehen sich möglicherweise mit Auseinandersetzungen im Umfeld konfrontiert, die ihnen Unwohlsein bereiten. Die sachliche Haltung des Trägers steht bei der Aufnahme von ehemaligen Maßregelpatienten möglicherweise in Diskrepanz zur Gefühlswelt eines Betreuers oder eines ganzen Teams. Hierüber müssen sich Betreuer und Vorgesetzte ehrlich auseinandersetzen. Supervision, Fortbildung oder Hospitation im KMV können zu einer Versachlichung der Thematik hilfreich sein. Nur ein Team, das sich an der Realität der Notwendigkeiten jenseits von Sozialromantik weitgehend einheitlich orientiert, sollte sich der nachsorgenden Arbeit mit ehemaligen Maßregelpatienten annehmen, bzw. damit betraut werden. In diesen Notwendigkeiten liegt natürlich auch eine Chance, da der professionelle Umgang mit schwieriger Klientel aus der Allgemeinpsychiatrie den Betreuern ähnliche Maßstäbe abverlangt. Gemeint sind z.B. sog. Systemsprenger, Menschen mit Doppeldiagnosen oder Betreute, die mit einem Bein in der Forensik stehen. Einem für die Betreuungsarbeit mit „Forensikern“ geschulten Mitarbeiterstamm wird der Umgang mit diesen Klienten leichter fallen.

Zur Verbesserung der Bereitschaft zur forensischen Nachsorge in der Eingliederungshilfe bedarf es mehr Verständnis für die Leistungserbringer: Eine Vereinheitlichung des Entlassungsprocedures würde endlich Klarheit in die Übergangsphase bringen. Keine Entlassung darf einem Rauswurf aus der Klinik gleichkommen. Das Mittel der Beurlaubung bei entsprechender

Lockerungsstufe sollte verbindlich eingesetzt werden und ausnahmslose Handhabung bei Entlassungen sein, auch wenn der Patient noch in den Statistiken des K MVs geführt werden muss. Ein Zeitraum von einem halben Jahr Beurlaubung sollte schon avisiert werden, um den Trägern ausreichende Kennlernmöglichkeit einzuräumen. Eine Lockerung als unbegrenzte Dauerlösung halte ich jedoch für inakzeptabel. Die Zusicherung, dass eine Rückverlegung jederzeit möglich ist, ist besonders am Anfang von hohem Stellenwert für die Aufnahmebereitschaft, aber auch später. Daher sollten konsequent die Möglichkeiten der Führungsaufsicht und Forensischer Institutsambulanz in den Aufhebungsbeschlüssen genutzt werden, selbstverständlich ebenfalls in angemessenem Rahmen. Wenn dann noch eine kontrollierte Überleitung stattfindet, mit Vernetzung, Informationsfluss und Offenheit, ist professionelle Nachsorge in der Eingliederungshilfe eine lösbare Aufgabe.

Für die Träger ambulanter Eingliederungshilfen bestehen bei der Betreuung von ehemaligen Maßregelpatienten zudem noch andere Chancen, die bisher ungenannt blieben. Diese bestehen darin, sich als Partner der forensischen Psychiatrie zu profilieren, in dem sie spezialisierte Konzepte erarbeiten und hierdurch Zugang zu Fällen erhalten, für deren Betreuung in der Regel ein hoher Hilfebedarf angenommen wird. Dieser mündet in einer höheren Vergütung, welche häufig über viele Jahre hinweg konstant bewilligt wird, da die Kosten der Eingliederungshilfe die Kosten der stationären Versorgung von Maßregelpatienten um ein vielfaches unterschreiten. Mit diesem Budget können Träger als relativ feste Größe rechnen. Auch die Erwartungshaltung der Kostenträger hält sich i.d.R. an realistische Grenzen, was heißt, dass schon die Verhinderung einer Verschlechterung und das Auffangen von Krisen als Erfolg bewertet werden. Zudem wird es von Seiten der Kostenträger nicht nur in finanzieller Hinsicht honoriert, wenn sich Träger schwierigen Fällen gegenüber öffnen. Auch hier besteht meines Erachtens nach die Chance, sich als insgesamt verlässlicher Partner zu präsentieren, was wiederum mehr Wohlwollen bei anderen Entscheidungen zur Folge haben kann.



Der letzte Hinweis dieser Thesis ist wohl einer der wichtigsten: Häufig ist es schon in der allgemeinspsychiatrischen Akut- und Nachbehandlung schwierig genug, die Gräben zwischen stationärer und ambulanter Arbeit zu übertreten. Unterschiedliche Systeme und Denkweisen treffen aufeinander. Beide Seiten glauben die jeweils andere gut zu kennen, aber das ist häufig nicht der Fall. Nicht aufeinander zuzugehen und sich zuzuhören kann bei der Arbeit mit ehemaligen Maßregelpatienten weitreichende Folgen haben. Klinische Behandler, Führungsaufsicht, gesetzliche Betreuer, ambulante Fachärzte, Arbeitsplatzbegleiter, Institutsambulanz und Bezugsbetreuer schaffen nur zusammen einen verbindlichen und haltenden, aber auch zulassenden Rahmen für die intendierte Entwicklung des Klienten hin zu einem selbstverantwortlichen Bürger.

Abschließend halte ich fest: Wenn die Chancen und Risiken ambulanter Betreuung von ehemaligen Maßregelpatienten sorgfältig abgewogen werden, ist diese Form der Nachsorge in mehrfacher Hinsicht eine Gewinnsituation. Aus den genannten Gründen für die Träger ambulanter Eingliederungshilfe. Für die Kliniken, die stärker entlastet werden. Für die Gesellschaft, welche die knappen finanziellen Ressourcen möglichst sinnvoll und mit langfristigem Nutzen einsetzen will. Und natürlich für die Betreuten selbst, die eine Chance auf ein an Normalität orientiertes Leben erhalten.

## Quellenverzeichnis

### Monografien und Sammelbände:

- Bargfrede, H.**, Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1999.
- Beschwerdekommision Maßregelvollzug**, Bericht der Beschwerdekommision Maßregelvollzug für das Jahr 2004, o.V., Westfalen-Lippe, 2004.
- Bosshard, M., Ebert, U., Lazarus, H.**, Soziale Arbeit In der Psychiatrie, Lehrbuch, 4. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2010.
- Clausen, J., Eichenbrenner, I.**, Soziale Psychiatrie, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2010.
- Cornel, H., Kawamura-Reindl, G., Maelicke, B., Sonnen, B.-R.**, Handbuch: Resozialisierung, 3. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2009.
- Dieckmann, M., Thyen, M.**, Nachsorge von Sexualstraftätern nach dem Maßregelvollzug, in: Saimeh, N., Zukunftswerkstatt Maßregelvollzug, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F.**, Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
- Dörr, M.**, Soziale Arbeit in der Psychiatrie, Ernst Reinhardt Verlag, München, 2005.
- Egg, R.**, Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug, Kriminologische Zentralstelle e.V., Wiesbaden, 2004.
- Ellerbrock, M.**, Lebensqualität und Legalbewährung ehemals gemäß § 63 StGB untergebrachter Maßregelvollzugspatienten, Shaker Verlag, Aachen, 2004.
- Fegert, J.M., Schläfke, D. (Hrsg.)**, Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderungen, Pabst Science Publishers, Lengerich, 2010.
- Hilgers, M.**, Das Elend forensischer Psychiatrie, in: Weigand, W. (Hrsg.), Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion, Votum Verlag, Münster, 1999.
- Hilgers, M.**, „Schämen Sie sich für ihre Patienten!“ oder Plädoyer für eine selbstbewusste Forensik jenseits von gewollter Verelendung, Sozialromantik und Bürgerinitiativen, In: Osterheider, M. (Hrsg.), 18.

Eickelborner Fachtagung, Krank und/oder Kriminell?, PsychoGen Verlag, Dortmund, 2004.

- Jehle, J.-M.**, Rechtswirklichkeit der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, In: Duncker, H., Koller, M., Foerster, K. (Hrsg.), Forensische Psychiatrie. Entwicklungen und Perspektiven. Ulrich Venzlaff zum 85. Geburtstag, Pabst Science Publishers, Lengerich, 2006.
- Kammeier, H.**, Paragraphendickicht – Rechtliche Grundlagen. in: Schmidt-Quernheim, F., Hax-Schoppenhorst, T.(Hrsg.), Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008.
- Kammeier, H. (Hrsg.)**, Massregelvollzugsrecht, 3. Auflage, De Gruyter, Berlin/New York, 2010.
- Klingst, M.**, Wegsperrungen für immer? Die Medien und das Sexualstrafrecht, in: Osterheider, M. (Hrsg.), 18. Eickelborner Fachtagung, Krank und/oder Kriminell?, PsychoGen Verlag, Dortmund, 2004.
- Knahl, A.**, Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten – Synopse der Modellerprobungen des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1997.
- Konrad, M., Schock, S., Jaeger, J.**, Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2006.
- Kröber, H. L.**, Moderne Therapie im psychiatrischen Maßregelvollzug, in: Osterheider, M. (Hrsg.), 16. Eickelborner Fachtagung, Innovative Konzepte, PsychoGen Verlag, Dortmund, 2002.
- Krankenhaus des Maßregelvollzugs**, Informationspapier, Krankenhausbetrieb des Landes Berlin, Berlin, o.J.
- Leygraf, N.**, Psychisch kranke Straftäter, Springer Verlag, Berlin, 1988.
- Manz, R.**, Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Integration für psychische Erkrankungen, S. Roderer Verlag, Regensburg, 1994.
- Muysers, J.**, Die forensische Ambulanz. – Verkürzte Verweildauern, Krisenmanagement, Risikominderung, In: Rode, I. A., Kammeiner, H., Leipert, M. (Hrsg.), Einsperren statt behandeln?, Lit Verlag, Berlin, 2007.
- Nedopil, N.**, Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1996.
- Pauls, H.**, Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, Juventa Verlag, Weinheim, München, 2004.

- Pollähne, H.**, Lockerungen im Maßregelvollzug, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt (Main), 1994.
- Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.)**, Behandlung „gefährlicher Straftäter“, Centaurus, Herbolzheim, 2001.
- Schaumburg, C.**, Basiswissen: Maßregelvollzug, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2003.
- Schlichte, G.**, Basiswissen: Betreutes Wohnen, 3. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2011.
- Schmidt-Quernheim, F., Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.)**, Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008.
- Schmidt-Quernheim, F.**, Mit einem Bein (wieder) in der Forensik?! Forensische Vor- und Nachsorge in der Gemeindepsychiatrie, In: Hahn, G., Stiels-Glenn, M. (Hrsg.), Ambulante Täterarbeit – Intervention, Risikokontrolle und Prävention, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2010.
- Schmucker, M.**, Kann Therapie Rückfälle verhindern?, Centaurus, Herbolzheim, 2004.
- Seifert, D.**, Gefährlichkeitsprognosen, Steinkopff, Darmstadt, 2007.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin**, Handbuch für Fallmanager/innen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, o.V., Berlin, 2005.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin**, Leistungsbeschreibung Wohnverbund, o.V., Berlin, 2006.
- Stolpmann, G.**, Psychiatrische Maßregelbehandlung – eine Einführung, Hogrefe, Göttingen, 2001.
- Volckart, B.**, Maßregelvollzug: das Recht des Vollzugs der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, 6. Auflage, Luchterhand, Neuwied, 2003.
- Vollbach, A.**, Der psychisch kranke Täter in seinen sozialen Bezügen, Lit Verlag, Berlin, 2006.
- Willhardt, H., Kielisch, S.**, Offene Behandlung und Entlassung, In: Bauer, P., Kielisch, S. (Hrsg.), Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug, Pabst Science Publishers, Lengerich, 2005.
- Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg**, Forensik-Fibel, Bad Schussenried, 2002.

### **Zeitschriftenartikel:**

**Bär, T., Nerlich, C., Follak, T., Steinhart, I.**, Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden, In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3, Bonn, 2010.

**Cless, A., Wulf, R.**, Forensische Ambulanzen in der Führungsaufsicht - Das baden-württembergische Netzwerk, In: Recht und Psychiatrie, Heft 3, Bonn, 2011.

**Sennekamp, W., Marx, A.**, Das psychiatrische Wohnheim als forensische Nachsorge-Einrichtung, In: Recht und Psychiatrie, Heft 1, Bonn, 2011.

**Schalast, N.**, Patientenbeschwerden im Kontext der Behandlung im Maßregelvollzug, In: Recht und Psychiatrie, Heft 1, Bonn, 2010.

### **Internetquellen:**

URL:<http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/verguetung/Einrichtungskatalog/Einrichtungen/VT1SB-0043-008.shtml>, Stand: 27.12.11

## **9.) Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die beiliegende Masterthesis selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Masterthesis hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Berlin, den 21.02.2012