

Alle KG

Karin Banzer
Forensische und Klinische Psychologin
Supervisorin, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Psychotherapeutin
Psychiatrische Klinik der Universität München
Nußbaumstr.7 80336 München

Tel.: 089 / 5160 - 2797 (-2796)

Fax.: 089 / 5160 - 4749

e-mail: KB@psy.med.uni-muenchen.de

An den Präsidenten des Landtags Nordrhein Westfalen
Referat II. 1
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

Betreff: Gesetzesentwurf der Landesregierung Maßregelvollzugsgesetz -MRVZsG- Drucksache
12/37/28 - Ausführungen zur Thematik der Erfordernisse um „Ambulante Therapie und Nachsorge“

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Vorsitzender

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Themenkontext „ambulante Therapie und Nachsorge psychisch kranker Straftäter“, zu dem ich gebeten wurde, Stellung zu nehmen. Sie gründen sich v.a. auch auf Befunde inzwischen langjähriger, breit angelegter, Untersuchungen zum Bereich der nichtstationären und insb. ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter und sind zentrale Erkenntnisse aus primär eigenen und ferner anderen Untersuchungen mit Relevanz für diese Thematik. Bezug genommen wird auf Übersichten des deutschsprachigen *Raumes* zu Deutschland und Österreich sowie Erfahrungen aus dem internationalen Kontext, einer tagklinischen Einrichtung der Niederlande und anteilig auch nordamerikanische Erfahrungen zu Behandlungsprogrammen für bedingt Entlassene. In dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist der Bereich der ambulanten Behandlung, Therapie und Nachsorge psychisch kranker Straftäter allenfalls nur als eine Sollvorgabe, sehr reduziert und in der Sache weitestgehend undifferenziert, abgehandelt. Nicht berücksichtigt wurden die bestehenden und bewährten diversen Zugangsformen überhaupt und in deren Differenziertheit und vielfältigen Möglichkeiten zur adäquaten Ausgestaltung der Versorgung und entsprechenden Infrastruktur. Daneben wurde nicht Bezug genommen auf die Erfordernisse und Besonderheiten einer *qualifizierten personellen Versorgung*, Anforderungsprofile, nötige Kompetenzen, Qualifikationen und spezifischen Fähigkeiten des, in die Betreuung eingebundenen, Fachpersonals. Nicht thematisiert wurden außerdem die, speziell zu diesem Versorgungssektor bestehenden, *besonderen Erfordernisse der Qualitätssicherung*. - Zentral und unbedingt zu fordern ist die gesetzliche Etablierung ambulanter Therapie- und Nachsorgeprogramme und deren Einbindung in geregelte Rehabilitations- und Entlassungsplanung: Ziel ist dabei die rechtliche und kostenmäßige Fundierung einer adäquaten Versorgungsstruktur zur dauerhaften und flächendeckenden, nichtstationären insb. ambulanten Versorgung und Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher.

Das *Verständnis von 'ambulante Behandlung/ Therapie'* ist breit gefächert und umfaßt nicht nur den ganzen Sektor der Heilbehandlung, der medikamentösen, medizinischen, psychotherapeutischen und heilpädagogischen Versorgung sondern auch fachkundige, beratende, sozialpädagogische, edukative

bzw. pädagogische und alltagssupportive, oft i. S. eines Case-Managements vermittelte, Leistungen. Einige Aspekte dazu werden später vorgestellt.

Die Einbeziehung des ambulanten Modells in die Versorgung überhaupt ist unabdingbar. Diese sind als potentieller Bestandteil der Behandlungsplanung und -führung im Rahmen der Ableistung der Maßregel und ihres Auftrages zu werten und über die Installation entsprechender Strukturen zu ermöglichen. Behandlung im Rahmen der Maßregel muß auch nichtstationäre und v.a. ambulante Alternativen der Behandlung, therapeutische Begleitung von Entlassung und Nachsorge beinhalten.

Die Doppelaufgabe der Maßregel und die, damit verbundenen Ziele der Besserung und Sicherung, bedeuten, den Aspekt der Rehabilitation und Resozialisierung so bald als möglich in die Behandlung einzubringen. Dem gegenüber steht bislang eine oft defizitäre Infrastruktur an ambulanten Versorgungsangeboten bei außerdem häufig ohnedies eng bemessenen, intramuralen Behandlungsressourcen. Tatsächlich sollten sich die Einrichtungen als eine Folge ihres Behandlungsauftrages darum bemühen, den Patienten einer Rehabilitation zuzuführen, die Planung und mögliche Realisierbarkeit entsprechender ambulanter Maßnahmen zu prüfen und darauf hinzuarbeiten, diese nutzen zu können.

Das Fehlen entsprechender Regelungen darf nicht dazu führen, daß Belastungserprobungen unmöglich sind. Die unbefriedigende, versorgungstechnisch defizitäre und rechtlich meist ungesicherte, Situation bringt u.a. auch betroffene Therapeuten und Institutionen nicht nur in Handlungsnot und Bedrängnis sondern auch v.a. im Hinblick auf deren Fürsorgepflicht in ernsthafte Konflikte.

Die alleinige Betreuung durch die Führungsaufsicht in der Nachsorge ist für viele der Patienten unzureichend und keinesfalls real. Das, in die Betreuung eingebundene, Personal muß fachkompetent, ausreichend qualifiziert und außerdem tatsächlich auch verfügbar sein.

Völlig unverständlich und unbedingt zu korrigieren ist die, im Gesetzesentwurf fehlende, Benennung von Psychologen bzw. psychologischen Psychotherapeuten. Daß zwar die Ärzteschaft, doch der Berufsstand der Psychologen nicht, im Gesetzesentwurf aufgeführt ist, irritiert um so mehr, als über das Psychotherapeutengesetz aktuell eine Gleichstellung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung etabliert wurde. (Zudem wurden nicht die, in die Versorgung häufig auch eingebundenen, Berufsgruppen der Sozialpädagogen und Fachpfleger benannt.)

Überhaupt fehlt die Thematisierung der unabdingbaren qualifikatorischen Erfordernisse der, in die Versorgung eingebundenen Professionen.

Spezielle Behandlungsansprüche unter Berücksichtigung von Prämissen und Vulnerabilitäten: Für eine adäquate, eine positive Legal- und Sozialbewährung begünstigende, Behandlungsführung, gilt es, bestimmte, wesentliche, Kriterien zu beachten. Im Hinblick auf den adäquaten Umgang mit der Klientele sind spezielle Besonderheiten sowie Vulnerabilitäten im Hinblick auf eine adäquate Behandlungsführung als Behandlungsansprüche generell und insb. zur Übergangsphase als eigenständige Vorgaben, zu kalkulieren und in der Behandlungsplanung und -gestaltung konzeptionell und kontingentell zu berücksichtigen. Es hat sich gezeigt, daß nachsorgende Strukturen und nichtstationäre Behandlungen nur unter der Berücksichtigung bestimmter Vorgaben - 'Prämissen' - Sinn machen und Wirkung entfalten können. Unabhängig von den unterschiedlichen Strukturen, die sich eine ambulante

Versorgung geben kann, bestehen Übereinstimmungen zu den, als adäquat erkannten, Vorgaben zum personenbezogenen Umgang mit und therapeutischen Zugang zu forensisch psychiatrischen Patienten.

Weitere Gründe zur Etablierung fundierter ambulanter Therapie- und Nachsorgeprogramme: Neben begründeten, allgemeinen wie spezifischen und behandlungsbezogenen Argumenten mit therapeutischen, präventiven und risikoerwehrenden Gesichtspunkten, sprechen auch strukturelle und ökonomische Überlegungen für die Etablierung fundierter, ambulanter Therapie- und Nachsorgeprogramme. Es hat sich gezeigt, daß das Vorhandensein adäquater, nichtstationärer, insb. ambulanter, Versorgungsstrukturen unter Beachtung bestimmter Vorgaben kriminalpräventiv wirkt, angemessene therapeutische Interventionen ermöglichen kann, zu einer Verkürzung der Unterbringungszeit führt und *eine zu lange und ansonsten nicht indizierte, stationäre Verweildauer infolge defizitärer ambulanter Versorgungsstrukturen*, auflösen kann. Insgesamt trägt die Installation adäquater Strukturen zur *Entlastung des stationären Sektors* bei. Solche Strukturvorgaben können eine Verbesserung der Reintegration und Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher unterstützen und bewirken. Ein entsprechendes Versorgungsangebot ist von therapeutischer Relevanz. Sinnvoll genutzt, ist es der Entwicklung des Patienten zuträglich und förderlich. Es beinhaltet Erfahrungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, die im stationären Setting nicht erworben werden können. Ambulante Behandlungsformen können außerdem Strafvollzugsmaßnahmen substituieren, insofern sie ausreichend oder besser geeignet erscheinen, den Vollzugszweck zu erreichen.

Defizitäre Gegebenheiten der Versorgung erschweren für diese Klientele strukturell, personell und finanziell, eine adäquate Überleitung und Nachbetreuung bzw. machen diese in vielen Fällen geradezu unmöglich. Bekannt ist: Entlassungen werden relativ häufig erschwert oder verzögert auch weil geeignete Nachsorgemöglichkeiten und -einrichtungen für forensische Patienten nicht in ausreichendem Umfang vorhanden sind. Dies provoziert eine kostenaufwendige Verlängerung eines, ansonsten nicht indizierten, Klinikaufenthaltes. Wenn die Einrichtung nicht in die, auch finanziell gesicherte, Nachsorge entlassen kann, unterbleibt auch mit hoher Wahrscheinlichkeit eher die Aussetzung des Vollzugs nach § 67 b StGB. Statt dessen wartet eine stationäre Unterbringung mit den entsprechenden Kosten. Ein *Zustand der Unterversorgung* in der ambulanten Nachsorge und Versorgung, d.h. unzureichende Versorgungs- und Nachsorgestrukturen und ein nicht abgedecktes Anforderungsprofil zur Behandlung der Klientele, impliziert per se *erhebliche Risiken*.

Durch ein adäquates und auf den Einzelfall abgestimmtes, ambulantes Behandlungsangebot können die, mit der Erkrankung einhergehenden, *Risiken für die Allgemeinheit reduziert* werden. Das *Risiko erneuter Straffälligkeit* kann durch eine qualifizierte Nachbetreuung deutlich *gemindert* werden.

Problematische Vorabselektion aufgrund defizitärer Gegebenheiten: Eine Vielzahl an potentiell extramural Behandlungsbedürftigen erfuhr bislang keine oder keine adäquate, ambulante Behandlung/ Nachsorge bzw. wurde in andere Versorgungseinrichtungen überführt. Die Gruppe der bisherigen ambulanten Patienten erwies sich häufig als selektiert: Es zeigte sich, daß unter den eher defizitären Gegebenheiten, bei den, zu ihren Diagnose- und Deliktprofilen untersuchten, deutschen ambulanten

Patienten, Erkrankungs- und Deliktformen vornehmlich mittelschweren Ausprägungsgrades dominierten. Bedürftig und für eine ambulante Versorgung geeignet sind allerdings weitaus mehr Patienten. Entsprechend birgt allein eine, in einer defizitären Versorgung begründeten, ansonsten jedoch nicht indizierte, Vorabselektion, erhebliche Risiken.

Zur lebensnahen Alltagserprobung als definiertem Therapiebestandteil von MRVZpatienten:

Das vorgeschlagene Gesetz besagt als Ziel der Maßregel: „... Therapie und Unterbringung ... sollen unter größtmöglicher Annäherung an all gemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse Mitarbeit und Verantwortungsbewußtsein der Betroffenen wecken und fördern.“

Erprobung, therapeutische und fürsorgende Begleitung, Prävention und Kontrolle:

Nur am realen Alltagsgeschehen kann Verhalten auch tatsächlich überprüft und neu erlernte Strategien auf deren Stabilität hin, erprobt werden. Die Erfordernisse der Konfrontation mit Anforderungen und Bewältigung von Alltagssituationen und einer entsprechenden Verhaltenserprobung unter abgestuften, kontrollierten und gelockerten Bedingungen, bilden einen wesentlichen Unterschied zum stationären therapeutischen Kontext. In der Verfolgung der, damit verbundenen, Zielvorgaben und einer stärkeren Selbstverantwortlichkeit, ist ein entsprechend definiertes, explizit nichtstationäres, therapeutisches Setting mit einem individualisiert ausgerichteten, emanzipatorisch orientierten, Behandlungskonzept erforderlich. Neben dem direkten Wechsel vom stationären in das ambulante Setting, gelten die ersten beiden Jahre nach der bedingten Entlassung als *besonders vulnerabler Zeitraum* im Hinblick auf die legale und soziale Rehabilitation und eventuelle Rückfallgefährdung. In diesem ist der Patient gefordert, sich sozial und häufig auch beruflich wieder einzubinden und zu organisieren und sieht sich dabei im Alltag oft dabei mit neuen, häufig mehreren Anforderungssituationen zur gleichen Zeit, konfrontiert und belastet. Mit dem Erschließen neuer Lebensbereiche können neue und überhaupt solche situative Momente entstehen, denen der Patient im stationären Kontext bisher nicht konfrontiert war. Krisen und krisenhafte Entwicklungen können in einem alltagsbezogenen Rahmen unter bestimmten Vorgaben und der bewußten Berücksichtigung vulnerabilisierender und kriseninduzierender sowie andernteils als präventiv erkannter Wirkfaktoren, besser erkannt und in einem kontrollierten Setting begegnet werden.

Überhaupt bedeutet und ermöglicht ein entsprechendes Versorgungsprogramm auch eine gewisse *Lebensqualität* für den Patienten.

Heilbehandlung: Bei einer Vielzahl von Patienten ist auch über die Entlassung aus der stationären Unterbringung hinaus, die Fortführung medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlung dringend geboten und zur dauerhaften Sicherung des Behandlungserfolges unverzichtbar. Die psychischen Erkrankungsformen eines Teils der benannten Klientele sind chronischer oder zyklischer Natur. Entlassen, benötigen diese Patienten auch weiter eine therapeutische Begleitung. Bei fachgerechter Betreuung / indikationsgerechter Therapie, medizinisch psych-therapeutischer Art und/ oder entsprechender medikamentöser Einstellung, sind i.d.R. viele der Patienten und dies oft bereits niederfrequent, gut führbar. Vor dem Hintergrund der bisherigen Gegebenheiten wird weiterführende Psycho-

therapie etwa bei der Hälfte der ambulant geführten Patienten eingesetzt. (Im Falle einer optimierten Versorgungsstruktur ist dbzgl. mit einem etwas höheren Anteil zu rechnen.)

Außerdem können sich ambulante Maßnahmen bspw. darstellen als unterstützende, u.a. sozialpädagogisch begleitende, Maßnahmen resp. soziale Dienste, die dem Patienten helfen, sich in den Alltag einzugliedern. Überhaupt benötigt eine bestimmte Personengruppe gezielte heiltherapeutische und heilpädagogische Unterstützung.

Ohne die entsprechend organisierte Nachsorge jedoch, kann Entlassenen die Delinquenz und *Kriminalisierung* drohen. Entwicklungen dieser Art sind bekannt, wie auch im Zuge der Deinstitutionalisierungsbewegungen in Nordamerika, wo sich viele, vormalig psychisch kranke Delinquenten mit diesem Schicksal konfrontiert sahen.

Die *Absicherung durch gesetzliche Regelungen* ist für das Konzept der ambulanten Nachsorge auch aus anderen Gründen wichtig: So hat sich in den letzten Jahren gezeigt, daß sich die Entwicklungen optimierter und dabei sogar offiziell installierter Versorgungssysteme, - wie die der gemeindenah ausgerichteten Modellvorhaben, die wir auch aus diesem Bundesland kennen-, im Endeffekt dann doch sehr vulnerabel darstellten und ihre alternativen Ansätze und neu installierten Strukturen letztlich nicht weiterführen konnten. Trotz des nachgewiesenermaßen hohen Bedarfs an ambulanten Konstrukten haben solche *innovativen Modelle offenbar eine hohe strukturpolitische Anfälligkeit*. Die rechtliche Definition könnte dbzgl. helfen, eine formal und strukturell gesicherte Basis und Orientierung zu schaffen und die formalen Hintergründe dieser Versorgungsstrukturen im gesamten Versorgungssystem entsprechend mittels dem, diesen zustehenden, legitimen Charakter, zu etablieren.

Sichernder Beitrag zur tatsächlichen Durchführung der ambulanten Therapie: Das Konstrukt nachsorgender resp. ambulanter Behandlung benötigt den gesicherten gesetzlichen Rahmen auch, da dies das Realisieren und Durchtragen einer solchen Behandlung wahrscheinlicher werden läßt. Gesetzliche und v.a. auch kostentechnische Unsicherheiten begründen und implizieren strukturelle und kontingente Ungesicherheiten und Vulnerabilitäten und sind damit der Qualität der Behandlung nicht zuträglich. *Nichtregelung der Kostenübernahmen als eigenständiger Risikofaktor:* Durch Wartezeiten und ungesicherte Finanzierung der Therapie entstehen häufig zusätzliche Belastungsmomente, die die ohnehin labile Belastungstoleranz des Patienten strapazieren und letztlich überfordern können. Das bislang ungelöste Problem der Finanzierung einer ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter ist im Hinblick auf die wirkungsvolle Realisierung der Maßnahme ein zentraler Gesichtspunkt. Die Nichtregelung der Kostenübernahmen bildet einen eigenständigen, über eine definierte Festschreibung weitestgehend eliminierbaren, Risikofaktor. Das aufwendige Entwickeln der Kostenübernahme zu jedem Einzelfall gestaltet sich oftmals als erhebliches *Hindernis* im Zuge der Realisierung einer indikationsgerechten Behandlung bzw. Nachsorge, ist zudem *unökonomisch, okkupiert* und 'kostet' damit wertvolle personelle und zeitliche *Ressourcen*.

Zentrale Vorgaben einer optimierten ambulanten Versorgungs- und Infrastruktur

Als ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Gesetzesentwurf keine Beachtung gefunden hat, ist

die *Integration von ambulanter und stationärer Behandlungsführung* bzw. die Erfordernis zur Kombination ambulanter und stationärer Programmeinheiten, zu thematisieren: Ambulante und stationäre Behandlungsformen sind zur optimalen Therapiegestaltung in sich abzustimmen. Den, mit Überschneidungen ambulanter und stationärer Referenzbereiche zur Behandlungsführung einhergehenden, Gestaltungserfordernissen, ist in, dazu korrespondierenden, strukturellen und rechtlichen Vorgaben, Flexibilitäten und Durchlässigkeiten, zu entsprechen. Der Entlaßraum, die sozialen und ggfls. beruflichen, Bezüge müssen gut vorbereitet sein. Die *Entlassung* und *Überleitung* ist als *sensibler Prozeß* zu betrachten, muß abgestuft, in aufeinander aufbauenden Anforderungsprofilen, erfolgen, die in Abfolge zu durchlaufen sind. Eine *'Rückstufung'* sollte grundsätzlich möglich sein. Im Krisenfall muß es möglich sein für Patienten über die Zusicherung auf ein Klinikbett verfügen zu können. Programmatisch und personell sind extramurale therapeutische Anbindungen möglichst *frühzeitig* zu entwickeln und ausreichend zu konsolidieren, so daß dann im vulnerablen Zeitraum des Wechsels aus dem stationären in das ambulante Setting, möglichst auch *personale Konstanz* gegeben ist und so wenig als möglich ein einschneidender Beziehungsabbruch behandelnder Personen den Patienten zusätzlich labilisiert und irritiert. Der -intensiven und konstruktiven- Kooperation aller, in diesen Prozeß involvierten, extra- und intramuralen Einrichtungen und Therapeuten, kommt in diesem Geschehen besondere Bedeutung zu. Die Nutzung von *Synergieeffekten* ist unter ökonomischen, inhaltlichen und klinisch therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll und zuträglich und daher bewußt einzusetzen.

Zu den wichtigsten Vorgaben einer optimierten adäquaten *patientenorientierten* Versorgung:

Deren Angebote und Strukturen sollten neben sog. herkömmlichen 'Komm-Angeboten' auch solche beinhalten, die speziell den Besonderheiten dieser Klientele gerecht werden. Neben regulären Therapieangeboten sind flexible Formen zur Behandlung und Versorgung anzubieten mit der Möglichkeit, spontan Therapien wieder aufnehmen oder Hilfe in Krisen suchen zu können. Dem entsprechen dynamische Angebotsstrukturen, u.a. neben regulären auch offene Sprechzeiten sowie Möglichkeiten für aktive und nachgehende Interventionen bzw. flexible Matrixorganisationen im Falle institutionalisierter Ambulatorien sowie multiprofessionale Teamgestaltungen.

Hintergründig geht es primär um das Erproben von Verhalten unter alltagspraktischen Bedingungen, mit der Möglichkeit zur fachkundigen Begleitung, dem Wahrnehmen von kritischen Entwicklungen und problematischen Verhaltensformen sowie der Analyse und nötigenfalls dem Erschließen von Alternativen oder regulierende Interventionen im Falle problematischer Entwicklungen. Interpersonelle Konfliktsituationen sind bspw. typische Krisenauslöser. Therapeutisch können die, über solche Maßnahmen erworbenen, Beobachtungen und Erfahrungen in die weitere Behandlung integriert und regulierend interveniert werden. Dahingehend handelt es sich darum, den Patienten in zentralen Bezügen seines Lebenskontextes zu begegnen bzw. diesen in seiner gewohnten Umgebung aufzusuchen: *Hausbesuche* sind ein fester Bestandteil optimierter ambulanter Programme sowie außerdem *Kontakte zum Arbeitsplatz* und ggfls. auch Freizeitbezüge. In gemeindenaher Ausrichtung sind Konzepte solcher Art aus den USA als 'Outreach' - Programme bekannt. Der soziale Kontext überhaupt sowie die konkrete

Arbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen, müssen im Rahmen der Behandlung des Betroffenen, Berücksichtigung finden. Eine mangelhafte Versorgungsstruktur bietet dafür jedoch keinen Raum.

Ausgestaltung und Berücksichtigung unterschiedlicher Formen ambulanter Behandlung

Organisationsformen: Es hat sich gezeigt, daß ambulante Behandlungsmaßnahmen in unterschiedlichen strukturellen Kontexten durchgeführt wurden. Im Hinblick auf Details und die Diskussion der Formen und Ausbildungen potentiell ambulanter Behandlungsvorgaben und ihrer Unterschiede verweise ich auf die schriftliche Anlage. Die ambulanten Behandlungsmaßnahmen müssen im Hinblick auf ihre Ausformung und infrastrukturelle Ausgestaltung den hintergründigen strukturellen Kontexten Rechnung tragen. Grundsätzlich gibt es diverse Formen der nichtstationären Nachsorge und Versorgung.

Differenzierte Abstimmung ambulanter Behandlungsformen und Infrastrukturen - Empfehlung zur infrastrukturellen Ausgestaltung für das Flächenland Nordrhein Westfalen (NRW):

Für ein Flächenland wie NRW und unter dem Gesichtspunkt der angestrebten Deinstitutionalisierung, empfiehlt sich ein *integratives* Versorgungsmodell bzw. -system, das den, für dieses Bundesland spezifischen, Strukturbedingungen und insb. den Erfordernissen einer *flächendeckenden Versorgung*, Rechnung trägt. In diesem Sinne vorstellbar ist ein *integratives* und *dynamisches* Strukturmodell mit forensisch qualifizierten und qualifizierenden Versorgungsdiensten, fachforensischen Ambulatorien, untereinander vernetzten, fachforensischen Stützpunkten mit vielfältigen, breit gefächerten Angeboten beratender, therapeutischer, supportiver und qualifizierender Art, über sowohl reguläre als auch offene Strukturen mit flexiblen, aktiven und nachgehenden Leistungen. Die Verfügbarkeit von qualifizierenden und qualifizierten Diensten und v.a. Maßnahmen, die zur entsprechenden Kompetenzbildung der, in die Behandlung eingebundenen, Personen beitragen, ist sicherzustellen. Das Bedarfsprofil ist indikationsgeleitet und mglst. individualisiert auszurichten. Prinzipiell muß für den jeweiligen Patienten in der betreffenden Entlaßregion eine indikationsgeleitete und qualifizierte Versorgung gewährleistet sein. Problematisch kann sich dies gestalten, wenn es sich dabei um unterversorgte Gegenden mit eher defizitären Versorgungsstrukturen handelt. Die potentielle Nutzung vorhandener Ressourcen der Entlaßregionen ist unter Aspekten der Ökonomisierung überhaupt und im Hinblick auf deren indikationsgeleitete Tauglichkeit hin zu überprüfen und ggfls. zu selektieren. Zur Installation und der Anbindung der ambulanten Bezüge bzw. Stützpunkte oder Einrichtungen ist die Nutzung von Synergieeffekten zu bedenken. In den vorausgegangenen Jahren konnten Erfahrungen gesammelt werden zu gemeindenah orientierten Modellen alternativer Versorgungsmodi *mit Rekrutierung und Vernetzung ambulanter Versorgungssysteme*. Seinerzeit darüber entwickelte, personale und strukturelle, Ressourcen sollten nicht ignoriert sondern übertragbar gemacht und entsprechend genutzt werden. Anknüpfungspunkte und bewährte vormalige Strukturen könnten dazu aufgegriffen, erneuert und mglw. weiterentwickelt werden. Auch verfügt das Land über ein Ausbildungsinstitut für forensische Fachpflegekräfte. Die Umsetzung dieser zentralen Gesichtspunkte in der Praxis ist keineswegs einfach.

Ressourcen und Konstruktionen, auf die ambulante Therapeuten und Mitarbeiter im

Rahmen der angestrebten Eingliederung ihrer Patienten häufig treffen, sind oft defizitär und offenbaren erhebliche Probleme in Bezug auf personale Qualifikationen und Kompetenzen. Bisher kam es häufig vor, daß sich Mitarbeiter dieser problematischen Klientele nicht gewachsen fühlen und nicht nur eine Abwehrhaltung entwickeln sondern solche Patienten tatsächlich nicht führen können. Entsprechend ist für Niedergelassene und das, über andere Versorger und komplementäre Einrichtungen vor Ort verfügbare, Personal auf angemessene Qualifikation, die Möglichkeit zur adäquaten Kompetenzbildung (Nachqualifizierung) und deren Realisierung sowie fachkundige Betreuung und Supervision, zu achten.

Noch eine kurze Anmerkung zu der, für diesen Sektor wichtigen, Thematik der *Qualitätssicherung*, welche zu diesem Versorgungsbereich im Gesetzesentwurf nicht benannt wurde. Qualitätsmanagement und eine zuverlässige Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen, müßte beinhalten: prinzipielle Vorgaben zur regelmäßigen Dokumentation, zum Verlauf und zu außerordentlichen Geschehnissen im Therapieprozeß, zum Zustand des Patienten, Überprüfung von Zielvorgaben, Deliktanalyse und auf jeden Fall einen geregelten Informationsaustausch, –anteilig engmaschigere Supervisionen sowie qualifizierte Fort- und Weiterbildungen. Die Kompatibilität von therapeutischen Erfordernissen und Methoden der Qualitätssicherung ist zu berücksichtigen.

Resümee:

Prospektiv geht es darum, den grundlegenden Anspruch auf therapeutische Nachsorge und ambulante Behandlung, rechtlich und finanziell abzusichern. Die zentrale Forderung läßt sich zusammenfassen in der unabdingbaren Notwendigkeit zur Schaffung einer rechtlichen und finanziellen Grundlage und überhaupt gesetzlichen Verankerung eines nachsorgenden Behandlungsanspruchs als wesentlicher Bestandteil zur adäquaten Umsetzung und Realisierung einer fundierten Versorgungsstruktur im ambulanten Setting. *Abschließend ist festzuhalten:* Nur vor einem auch formal abgesicherten Hintergrund kann den diffizilen Ansprüchen zur Balance von Behandlung und Kontrolle im Rahmen einer adäquaten Behandlungsführung, der Wahrung des Anspruches der Allgemeinheit auf Sicherheit, des Patienten auf angemessene Heil- Behandlung und Lebensqualität tatsächlich verantwortlich im Hinblick auf Abwägung bzw. Integration und Begegnung der damit einhergehenden Erschwernissen und Widersprüchlichkeiten begegnet werden. Insbesondere der Übergang von geschlossener stationärer Behandlung über Lockerungen, Ausgänge, Beurlaubungen bis hin zur rein ambulanten extramuralen Behandlungsführung, bedarf einer rechtlichen Regelung, da sonst die therapeutischen Entscheidungen von erheblichen Rechtsunsicherheiten begleitet werden. Es gibt diverse Formen der nichtstationären Nachsorge und Versorgung, die in ihrer Differenziertheit zu berücksichtigen sind. Zur Effektivität müssen Maßnahmen ambulanter Betreuung, Versorgung und Behandlung, spezielle Prämissen und im Hinblick auf ihre Ausformung und infrastrukturelle Ausgestaltung, hintergründig strukturelle Kontexte, berücksichtigt werden. Für ein Flächenland wie NRW und unter dem Gesichtspunkt der angestrebten Deinstitutionalisierung, empfiehlt sich ein *integratives* Versorgungsmodell und damit ein System,

das den, für dieses Bundesland spezifischen, Strukturbedingungen und insb. den Erfordernissen einer *flächendeckenden Versorgung*, Rechnung trägt.

Ein optimaler Versorgungskontext überhaupt ist angebotsorientiert und patientengerecht zu gestalten. Eine angemessene Infrastruktur benötigt neben regulären auch flexible, nachgehende und aufsuchende sowie breit gefächerte, multiprofessional ausgestaltete, qualifizierte und qualifizierende, ambulante fachforensische Angebots- und Versorgungsstrukturen mit Funktionen der Rekrutierung und Vernetzung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen. Stets zu berücksichtigen sind Möglichkeiten zur fachforensischen Kompetenzbildung bzw. Nach-Qualifikation, supervidierende und fachkundige Betreuung und Beratung sowie Kriseninterventionen.