Pilotstudie zur forensischen ambulanten Nachsorge im AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Alina-Isabelle Bohnhorst

Pilotstudie
forensischen ambulanten
AWO Königslutter
Psychiatriezentrum
Nachsorge

Universitätsverlag Hildesheim

Alina-Isabelle Bohnhorst

Pilotstudie zur forensischen ambulanten Nachsorge im AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Impressum

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Diese elektronische Publikation ist mit der Creative-Commons-Nutzungslizenz BY-NC-ND (Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung) versehen.
Weitere Informationen unter: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Universitätsverlag Hildesheim
Universitätsplatz 1
31141 Hildesheim

https://www.uni-hildesheim.de/bibliothek/publizieren/open-access-universitaetsverlag/

Erstausgabe Hildesheim 2018
Redaktion, Satz und Gestaltung: Kathrin Duckstein

Der Beitrag steht als elektronische Publikation im Internet kostenfrei (Open Access) zur Verfügung:
http://dx.doi.org/10.18442/007

Zitierempfehlung:
Bohnhorst, Alina-Isabelle (2018). *Pilotstudie zur forensischen ambulanten Nachsorge im AWO Psychiatriezentrum Königslutter.* Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim.
E-Publikation (Open Access) http://dx.doi.org/10.18442/007

Pilotstudie zur forensischen ambulanten Nachsorge im AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)

vorgelegt von
Alina-Isabelle Bohnhorst

im Studiengang Psychologie
an der Universität Kassel
Fakultät für Humanwissenschaften
Institut für Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Erstgutachter: Prof. Dr. Cord Benecke
Zweitgutachter: Miriam Hans, M.Sc.
eingereicht am 25.08.2016

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich im Rahmen dieser Bachelorarbeit begleitet haben.

Ganz besonders möchte ich Herrn Prof. Dr. Cord Benecke und Frau M. Sc. Miriam Hans danken, die mich bei der Themenauswahl fachlich und persönlich beraten haben.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Frau Anja-Mercedes Westendarp, Chefärztin der Forensischen Klinik des AWO Psychiatriezentrums Königslutter, für die intensive Betreuung und Unterstützung während der gesamten Phase der Durchführung, Erstellung und Auswertung der Arbeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt Frau Angelika Falk vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung für die zur Verfügung Stellung wichtiger Fachliteratur und Daten.

Abschließend möchte ich mich bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Forensischen Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums Königslutter und den Teilnehmern an der Studie bedanken. Durch ihre Unterstützung und die eingeräumten Möglichkeiten ist diese Arbeit erst zustande gekommen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 5

Abkürzungsverzeichnis und Anmerkungen 9

Symbolverzeichnis 9

Tabellenverzeichnis 11

Zusammenfassung 13

Abstract 13

1. Einleitung 15

2. Theoretischer Hintergrund 17

2.1 Historische Einordnung 17

2.2 Ziele und Aufgaben des Maßregelvollzuges 17

2.2.1 Die forensische Nachsorge 18

2.3 Die rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs in der BRD und in Niedersachsen 18

2.3.1 Schuldunfähigkeit aufgrund seelischer Störungen nach § 20 StGB 18

2.3.2 Verminderte Schuldfähigkeit nach §21StGB 18

2.3.3 Die Maßregel der Besserung und Sicherung 19

2.3.4 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB 19

2.3.5 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB 19

2.3.6 Aussetzung zugleich mit der Anordnung nach § 67b StGB 19

2.3.7 Inkrafttreten der Führungsaufsicht nach § 68 StGB 19

2.4 Das AWO Psychiatriezentrum Königslutter 20

2.5 Komplementäre Netzwerkkooperation 20

2.6 Aktueller Forschungsstand 21

2.7 Forschungsdesign 21

2.8 Untersuchungsziele 22

3. Methoden 23

3.1 Stichprobe 23

3.2 Untersuchungsdesign 23

3.3 Instrumentenbeschreibung 23

3.3.1 Fragebogen 23

3.3.2 Inhalt 24

3.3.3 Weitere Materialien ... 24
3.4 Untersuchungsaufbau ... 24
3.5 Datenaufbereitung ... 25
3.6 Statistische Analyse ... 25

4. Ergebnisse ... 27
4.1 Deskriptive Statistik ... 27
4.1.1 Sozialstatus ... 27
4.1.2 Lebenssituation ... 28
4.1.3 Vorbereitung ... 29
4.1.4 Freizeitgestaltung ... 30
4.1.5 Kontakte zur behandelnden Klinik ... 31
4.2 Explorative Auswertung ... 32

5. Diskussion ... 35
5.1 Deskriptive Statistik ... 35
5.1.1 Erkenntnisse zum Sozialstatus ... 35
5.1.2 Erkenntnisse zur Verweildauer in Abhängigkeit zur Hauptdiagnose ... 35
5.1.3 Einflüsse und Nutzen der forensischen Nachsorge ... 36
5.1.4 Erkenntnisse zur Lebenssituation ... 37
5.1.5 Erkenntnisse zur Entlassungsvorbereitung und Aufnahme aus dem stationären Maßregelvollzug ... 37
5.1.6 Erkenntnisse zur Freizeitgestaltung ... 37
5.1.7 Erkenntnisse zur Kontakthäufigkeit und der Netzwerkkooperation ... 37
5.2 Erkenntnisse zur explorativen korrelativen Auswertung ... 38
5.3 Methodenkritik und Ausblick ... 39
5.3.1 Größere Stichprobenanzahl und mehrere Erhebungsstandorte ... 40
5.3.2 Entwicklungsbedürftiger Forschungsstand ... 40
5.3.3 Längerer Katamnesezeitraum ... 40
5.3.4 Erweiterung und Konkretisierung des Fragebogens ... 40
5.3.5 Identifizierung protektiver Faktoren ... 41
5.3.6 Prospektives Forschungsdesign über mehrere Messzeitpunkte ... 41

6. Fazit ... 43

Literaturverzeichnis ... 45

Anhang ... 51

Abkürzungsverzeichnis und Anmerkungen

BRD	Bundesrepublik Deutschland
FIA	Forensische Institutsambulanz Königslutter
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Nds. MVollzG	Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
VHS	Volkshochschule

Symbolverzeichnis

M	=	Mittelwert
N	=	Stichprobengröße
SD	=	Standardabweichung
α	=	Cronbachs Alpha

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlechter.

Zur besseren Lesbarkeit wurden die Bezeichnungen *Patient* und *Klient* zu dem Oberbegriff Patient zusammengefasst.

Sämtliche Berechnungen wurden mit dem Softwarepaket SPSS 22 (Statistical Package for Social Science, IBM®) durchgeführt (2016).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1 Diagnosegruppen 25

Tabelle 4.2 Wohnort 26

Tabelle 4.3 Wohnsituation 27

Tabelle 4.4 Berufliche Situation 27

Tabelle 4.5 Bewertung Entlassungsvorbereitung 28

Tabelle 4.6 Bewertung der sozialen Aufnahme 28

Tabelle 4.7 Regelmäßigkeit der Freizeitgestaltung 29

Tabelle 4.8 Kontakte innerhalb des Betreuungsnetzwerkes 30

Tabelle 4.9 Relevante Themen in der Nachsorge 30

Tabelle 4.10 Einfache Korrelationen zwischen der Bewertung der Entlassungs- bzw. berufsbezogenen Vorbereitung und der Zufriedenheit, der Aufnahme durch Arbeitskollegen und Angehörige und der Berufstätigkeit 33

Tabelle 4.11 Einfache Korrelationen zwischen der Bewertung der Gespräche mit der FIA und der gewünschten Kontakthäufigkeit sowie der Relevanz bestimmter Themen 32

Tabelle 4.12 Einfache Korrelationen zwischen den einzelnen Diagnosen und der Bewertung der aktuellen Lebenszufriedenheit 36

Zusammenfassung

In Anlehnung an eine Patientenbefragung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (2006) wurde im Frühjahr 2016 eine explorative Pilotstudie in der niedersächsischen Forensischen Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums Königslutter durchgeführt. Ziel dieser Befragung war eine allgemeine Zustandsanalyse sowie die Identifikation verschiedener forensisch relevanter Faktoren, die den Behandlungserfolg der forensischen Nachsorge maßgeblich beeinflussen könnten. Dazu wurden 70 Patienten der forensischen Nachsorge mittels eines Fragebogens zu sozialstatistischen Merkmalen sowie ihrer aktuellen Lebenssituation, der Entlassungsvorbereitung und der Nachsorge befragt. Unter Zuhilfenahme von deskriptiven und explorativ-korrelativen Analyseverfahren konnten Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen der Patienten gemacht werden. Anhand der gewonnenen Untersuchungsergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Forensische Institutsambulanz Königslutter ihrem betreuenden und behandelnden Auftrag gerecht wird.

Schlagworte: Explorative Pilotstudie, Forensische Institutsambulanz, Meinungsabfrage

Abstract

Following a survey of the regional association in Westfalen-Lippe, an explorative pilot study was conducted in the Forensic Institutional Aftercare Clinic of the AWO psychiatry clinic in Lower Saxony during spring 2016. The purpose of the following survey was to identify different parameters of forensic relevance and the deduction of specific criteria for a successful reintegration, which play a fundamental role in the therapeutic process of forensic patients. An overall of 70 patients were consulted and questioned regarding their social characteristics, as well as their current living situation, therapeutic pre-release preparation and forensic aftercare. Using descriptive and explorative-correlative analytic methods, data regarding different parameters of forensic relevance were derived. The obtained results prove that the institutional ambulance fulfils their task of treating and assisting released forensic patients.

Keywords: evaluative pilot study, forensic psychiatric aftercare, survey

1. Einleitung

> «*In Wunstorf hat ein Patient aus dem Maßregelvollzug eine 73 Jahre alte Frau überfallen und mit einem Messer verletzt. Es ist schon der zweite Vorfall dieser Art in kurzer Zeit. Der niedersächsische Maßregelvollzug sorgte in den vergangenen Monaten immer wieder durch Entweichungen und brutale Gewaltverbrechen für Schlagzeilen. Die niedersächsische Sozialministerin Frau Cornelia Rundt lässt derzeit prüfen, unter welchen Voraussetzungen Patienten Lockerungen erhalten und wie die Sicherheitslage in Niedersachsen verbessert werden kann.*»
> (Norddeutscher Rundfunk, 2016).

Das vorangegangene Zitat spiegelt das derzeitige mediale und gesellschaftliche Interesse am Forschungsgegenstand des Maßregelvollzuges und der forensischen Nachsorge wider. Es wird deutlich, welche Verantwortung forensische Institutsambulanzen für die positive individuelle Entwicklung von Maßregelvollzugspatienten tragen und somit auch für die gesellschaftliche Sicherheit übernehmen. Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit Hilfe einer empirisch-wissenschaftlichen Befragung verschiedene forensisch relevante Faktoren darzustellen und anhand dessen interessante Fragstellungen für weitere Untersuchungen in der forensischen Institutsambulanz Königslutter generieren. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse können zu einer Qualitätssteigerung der forensischen Nachsorge beitragen (Leygraf, 2004). In Fachkreisen besteht Einigkeit darüber, dass der Übergang in die ambulante Nachsorge eine sensible und störanfällige Phase für die Betroffenen darstellt und deshalb eine ambulante Nachbetreuung notwendig und effektiv ist (Leygraf, 1988). Im Verlauf des Maßregelvollzuges erleben viele Patienten erstmals, was es heißt in einem System mit gegenseitigen Verpflichtungen zu leben und als Mensch mit Schwächen und Ressourcen gesehen zu werden (Saimeh, 2001). Häufig treten im Zuge der Entlassungsvorbereitung – neben dem Erleben von Kompetenzerfahrungen – auch Gefühle zu eigenen Grenzen, Ängsten und fortbestehenden Defiziten auf (Konrad, 1994). Trotz der zusätzlichen Verwendung forensisch-statistischer Prognoseinstrumente ist eine zuverlässige Einschätzung zur Rückfallgefährdung niemals vollständig möglich (Jost, 2012). Die Stellung einer Legalprognose (Möller & Maier, 2000) unterliegt vielen unterschiedlichen krankheitsabhängigen und krankheitsunabhängigen Faktoren (Nedopil & Müller-Isberner, 1995). Mithilfe der vorliegenden evaluativen Pilotstudie soll eine aktuelle Zustandsanalyse der Forensischen Institutsambulanz Königslutter erfolgen sowie mögliche Forschungsdefizite identifiziert werden. Im Literaturteil dieser Arbeit wird zunächst auf den theoretischen Hintergrund des Forschungsfeldes der forensischen Nachsorge eingegangen und die für die Arbeit relevanten Termini erläutert. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der verwendeten methodischen Vorgehensweise sowie die statistische Darstellung und Auswertung der gewonnenen Ergebnisse. Unter Berücksichtigung bestehender empirischer Forschung werden die Ergebnisse im Weiteren hinsichtlich der generierten Resultate interpretiert.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt soll eine konzeptuelle und eine theoretische Einordnung des Themas vorgenommen werden. Zuerst erfolgt eine Einordnung in den historischen Kontext (2.1). Kapitel 2.2 führt in den theoretischen Hintergrund des Maßregelvollzuges und der forensischen Nachsorge (2.2.1) ein und bietet einen Überblick über dessen Ziele und Aufgaben. Ferner werden die rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland und des niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes (2.3) erläutert. Es folgen Beschreibungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (2.4), des untersuchten Forschungsgegenstandes (2.5) sowie eine Darstellung der komplementären Netzwerkkooperationen (2.6). Aufgrund der Komplexität des Forschungsfeldes wird abschließend auf den aktuellen Forschungsstand (2.7) und das verwendete Forschungsdesign (2.8) und -ziel (2.8.1) eingegangen.

2.1 Historische Einordnung

Bereits 1871, als das Reichsstrafgesetzbuch in Kraft trat, war es möglich, nicht zurechnungsfähige, psychisch erkrankte Straftäter freizusprechen. Die Anordnung einer Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten war allerdings erst Ende der Dreißigerjahre möglich (Leygraf, 1988; Schaumburg, 2003). Im Jahr 1967 trat das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) in Kraft, welches verfügte, dass die Zuständigkeit des Maßregelvollzuges bei den jeweiligen Bundesländern liegen sollte (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2008). Erst in den darauffolgenden Jahrzehnten entwickelten sich spezialisierte forensisch-psychiatrische Abteilungen, die neben einem therapeutischen auch einen rehabilitativen Auftrag innehatten und eine Wiedereingliederung dieser Personengruppe vorbereiteten (Maier, Mache & Klein, 2000). Ein umfangreiches qualifiziertes Nachsorgesystem war zu diesem Zeitpunkt noch nicht geschaffen. Inoffiziell wurden ehemalige Maßregelpatienten von engagierten Mitarbeitern der Forensischen Psychiatrie in sogenannten grauen Ambulanzen nachbetreut. Auf diese Weise wurde versucht, die strukturelle Übergangsproblematik zwischen stationärer und ambulanter forensischer Betreuung zu stabilisieren und eine medizinische und psychiatrische Nachbetreuung zu gewährleisten. Trotz dieser Bemühungen verlief die Kooperation gemeindepsychiatrischer Nachsorgeeinrichtungen mit Stellen der Justiz schleppend, sodass in vielen Fällen einer sich abzeichnenden Rückfallgefährdung nicht optimal entgegengewirkt werden konnte. Nach Durchführung mehrerer Modellprojekte in den frühen 1990er Jahren (u. a. der ZFFP Haina des Landes Hessen, Freese, 2003) wurden darauffolgend in zahlreichen weiteren Bundesländern forensisch-therapeutische Ambulanzen etabliert (Steinböck et al., 2004). Erst das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht vom 13. April 2007 gab der forensischen Nachsorge ihren rechtlichen Rahmen, sodass ein flächendeckender Ausbau von Nachsorgeeinrichtungen sowie die Sicherstellung der Finanzierung offiziell gefördert werden konnten (Schulenberg, 2007).

2.2 Ziele und Aufgaben des Maßregelvollzuges

Die Forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, dem der Maßregelvollzug untergeordnet ist (Hax-Schoppenhorst et al., 2008). Hauptgegenstand der Arbeit bildet die Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit strafrechtlichem Hintergrund. Hierbei gilt das *No cure, but control – Prinzip* nach Bullens (1994): Behandlungsziele sind die Eliminierung, Neutralisierung und Kompensierung der mit Delinquenz assoziierten Risikomerkmale, sodass langfristig kein straffälliges Verhalten mehr zu erwarten ist (Müller-Isberner, Jöckel, Neumeyer-Bubel & Imbeck, 2007). Mit Hilfe von sowohl psychologischen als auch psychiatrischen Maßnahmen soll das Ziel der Weiterentwicklung von Kontroll- und Vermeidungsstrategien, psychosozialer Kompetenzen sowie der Verarbeitung deliktspezifischen Verhaltens im Hinblick auf eine langfristige Resozialisierung in die Gemeinschaft verfolgt werden (Pollähne, 1999).

2.2.1 Die forensische Nachsorge

Nach (bedingter) Entlassung aus dem Maßregelvollzug übernehmen forensische Institutsambulanzen die Nachbetreuung von Maßregelpatienten und unterstützen diese bei der Wiedereingliederung in verschiedene Lebensbereiche (Durst, 2010). In einem geschützten Setting können Patienten, oftmals nach jahrelangem Maßregelvollzugsaufenthalt, ihre Belastbarkeit allmählich erproben. Die Institutsambulanz kann in diesem Prozess als *Lotse* (Hax-Schoppenhorst et al., 2008) gesehen werden. Im Sinne einer *transmuralen Behandlung* fungiert die forensische Ambulanz laut der Autoren als Organisationseinheit, die geeignete Entlassungswege und -orte steuert, psychiatrische, medizinische sowie administrative Nachsorgemaßnahmen fortlaufend koordiniert und den Informationsaustausch zu verschiedenen Nachsorgeinstitutionen verantwortet. Zu den Hauptaufgaben einer forensisch-therapeutischen Ambulanz gehört die professionelle Betreuung, Behandlung und Kontrolle von entlassenen Maßregelvollzugspatienten sowie die Senkung des individuellen Rückfallrisikos von entlassenen Maßregelpatienten (v. Bormann, 2005). Eine weitere Aufgabe stellt das setting-übergreifende, interdisziplinäre Case Management dar (Hax-Schoppenhorst et al., 2008), welches die Koordinierung aller an der Nachbetreuung beteiligten Institutionen und Personen und die Stabilität und Kontinuität des geschaffenen Settings gewährleisten soll.

2.3 Die rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs in der BRD und in Niedersachsen

Die allgemeine Gesetzgebung zur Anordnung und zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug findet sich im Bundesrecht der Bundesrepublik Deutschland, basierend auf dem Strafgesetzbuch, wieder (Weigend, 2015). Die Grundsätze des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes beinhalten unter anderem Ziele zur Heilung oder Verbesserung des individuellen Krankheitszustandes, den Schutz der Allgemeinheit, die Befähigung des Patienten zu einer eigenständigen Lebensführung und die Förderung der familiären, sozialen und beruflichen Eingliederung (Volckert & Grünebaum, 2015). Die genaue inhaltliche Ausgestaltung obliegt den Zuständigkeitsbereichen der jeweiligen Bundesländer, das ausführliche Maßregelvollzugsgesetz findet sich in Anhang C. Im Folgenden soll sowohl auf die rechtlichen Voraussetzungen, die zur Maßregelvollzugsunterbringung führen, als auch auf die relevanten Paragraphen im Rahmen der Führungsaufsicht eingegangen werden.

2.3.1 Schuldunfähigkeit aufgrund seelischer Störungen nach § 20 StGB

Entsprechend des in Deutschland geltenden Rechts können als schuldunfähig eingeschätzte Straftäter, die nicht in der Lage waren, dass Unrecht ihres Handelns und Tuns einzusehen oder nach ihrer Einsicht zu handeln, freigesprochen werden (§ 20 StGB). Dabei können vier persönliche Tatbestandsmerkmale zum Ausschluss der Schuldfähigkeit führen: krankhafte seelische Störungen, tiefgreifende Bewusstseinsstörungen, Schwachsinn oder schwere andere seelische Abhängigkeiten. Eine genaue Beschreibung aller hier aufgeführter Paragraphen findet sich im Anhang B.

2.3.2 Verminderte Schuldfähigkeit nach §21StGB

Liegt eine verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB vor (wobei die Tat unter mangelnder Einsichtsfähigkeit oder nach dieser Einsicht zu handeln aus einem im § 20 StGB genannten Gründen begangen worden ist), kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 StGB abgemildert werden. Bei der Annahme, dass aufgrund der Tatbestandsmerkmale nach § 20 StGB, weitere Straftaten zu erwarten sind, kann der Staat Zwangsreaktionen in Gestalt von freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 63, § 64 oder § 67b StGB ergreifen.

2.3.3 Die Maßregel der Besserung und Sicherung

In der Regel wird zwischen *freiheitsentziehenden* und *nicht freiheitsentziehenden Maßnahmen* unterschieden (Kirchmeier, 2005). Im Rahmen dieser Arbeit stehen die freiheitsentziehenden *Maßregeln zur Besserung und Sicherung* im Vordergrund. Besteht ein für die Einweisung verantwortliches Krankheitsmerkmal weiter fort und schätzt ein gerichtlich angeordneter Sachverständiger nach § 246 StPO (Roxin, 2016) weitere rechtswidrige Verhaltensweisen für wahrscheinlich ein, dann kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) angeordnet werden.

2.3.4 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB

Die gerichtliche Anordnung der Unterbringung in Maßregelvollzugseinrichtungen nach § 63 StGB erfolgt, wenn infolge des psychischen Zustandes des Betroffenen erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb eine Gefährdung für die Allgemeinheit besteht. Aufgrund des präventiv schützenden Auftrages des Maßregelvollzuges kann ein genauer Zeitpunkt der Beendigung dieser Maßnahme nicht im Vorhinein festgelegt werden.

2.3.5 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB

Nach § 64 StGB werden Personen verurteilt, die missbräuchlich alkoholische und/oder berauschende Mittel konsumiert haben und unter diesen straffällig geworden sind. Es besteht die zeitliche Begrenzung der Behandlung sowie eine halbjährliche Überprüfung des Fortbestehens des Maßregelvollzuges. Die Anordnung zur Einweisung in die Entziehungsanstalt erfolgt nur, wenn eine reelle Chance auf Erfolg der Behandlung und die langfristige Vermeidung erneuter Straftaten besteht.

2.3.6 Aussetzung zugleich mit der Anordnung nach § 67b StGB

Ein Sonderfall stellt der § 67b StGB dar. Nach Anordnung der Unterbringung nach § 63, § 64 StGB kann das Gericht die Vollstreckung dieser direkt zur Bewährung aussetzen. Voraussetzungen sind besondere Umstände. Der Zweck der Maßregel kann auch durch andere Mittel erreicht werden. Im Falle einer Aussetzung tritt die Führungsaufsicht nach § 86 StGB in Kraft.

2.3.7 Inkrafttreten der Führungsaufsicht nach § 68 StGB

Wird die Maßregelvollzugsbehandlung erfolgreich beendet oder durch die Höchstfrist erreicht, kommt es zur Entlassung der Patienten aus dem Maßregelvollzug. In der Regel wird die Reststrafe bei günstiger Prognose zur Bewährung ausgesetzt, und es tritt, je nach Beschluss des zuständigen Gerichtes, die Führungsaufsicht in Kraft. Die Führungsaufsichtsdauer beträgt zwei bis fünf Jahre (§ 68c II StGB). Für die Dauer der Führungsaufsicht untersteht der Betroffene dabei einer Aufsichtsstelle und wird durch die forensischen Institutsambulanzen sowie die Bewährungshilfe betreut. Mit der Anordnung der Führungsaufsicht werden in der Regel auch Weisungen nach § 68b StGB erteilt, die der Betroffene zu erfüllen hat. Die Kontrolle dieser obliegt der Bewährungshilfe. Jedoch kommt der forensischen Nachsorge im Rahmen von einzelnen Weisungen wie beispielsweise einer regelmäßigen Suchtmittelrückfallkontrolle – auch eine Kontrollfunktion zu. Seitens des zuständigen Gerichtes kann bei Weisungsverstößen eine Verlängerung der Führungsaufsicht beziehungsweise eine Geld- oder Haftstrafe verhängt werden. Besteht die Gefahr einer erneuten Verschlechterung des Krankheitsverlaufes und/oder erneut auftretender Straftaten, kann das Gericht eine zeitbegrenzte oder vollständige Wiedereinsetzung der Maßregelvollzugsmaßnahme nach §§ 67h /67g StGB veranlassen.

2.4 Das AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Das AWO Psychiatriezentrum Königslutter ist mit einer Kapazität von 557 stationären Planbetten und 92 Plätzen in der teilstationären Versorgung eines der größten Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie in Niedersachsen. Mit rund 1000 Mitarbeitern versorgt es ein Einzugsgebiet mit circa 880.000 Einwohnern in fünf Pflichtversorgungsgebieten. Darunter fallen die Landkreise Gifhorn, Helmstedt, Peine und Wolfenbüttel sowie die kreisfreie Stadt Wolfsburg. In Königslutter werden circa 7500 Patienten pro Jahr in sechs unterschiedlich spezialisierten Kliniken behandelt, von denen eine die Klinik für Forensische Psychiatrie ist. Sie verfügt über fünf Stationen mit insgesamt 91 Plätzen (AWO Psychiatriezentrum Königslutter, 2016). Das wesentliche Ziel dieser Klinik stellt die Behandlung und Resozialisierung psychisch erkrankter Straftäter dar; in einzelnen Fällen hat sie auch einen Sicherungsauftrag. Nach Durchlaufen der Motivations-, Behandlungs-, und Erprobungsphase schließt sich das Probewohnen beziehungsweise die Langzeitbeurlaubung an. Ist ein Empfangsraum (Nedopil, 1988) für den Betroffenen gefunden, erfolgt eine circa drei- bis sechsmonatige Erprobungsphase, in der der Patient seine Eigenständigkeit, Absprachefähigkeit und Selbstverantwortlichkeit überprüfen kann. Das Spektrum des Empfangsraumes umfasst das Wohnen in einer eigenen Wohnung bis hin zu einer Unterbringung in einem (psychiatrischen) Wohnheim. Durch diese Maßnahme werden die Patienten schrittweise über mehrere Monate (außerhalb der Klinik) auf die Entlassung aus dem Maßregelvollzug vorbereitet. Bei positivem Verlauf erfolgt direkt nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug die Übernahme des Patienten in die forensische Nachsorge. Aufgrund der Erlasse des Niedersächsischen Sozialministeriums ist eine weitere Begleitung von entlassenen forensischen Patienten vorgeschrieben. Das Behandlungsangebot der Forensischen Institutsambulanz (FIA) richtet sich an Patienten, die im Rahmen der Bewährungsentlassung aus dem Maßregelvollzug aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung einer weiterführenden medizinischen und/oder therapeutischen Begleitung bedürfen (AWO Psychiatriezentrum Königslutter, 2016). Der Auftrag einer Forensischen Institutsambulanz ist die Sicherung des individuellen Behandlungserfolges und der damit verbundene Schutz der Allgemeinheit (Nds. MVollzG, 1982). Langfristig soll die Wiedereinweisung in freiheitsentziehende Maßnahmen verhindert sowie die Dauer des stationären Maßregelvollzuges verkürzt werden. Durch den Aufbau einer therapeutischen Kontinuität und eines engen Vertrauensverhältnisses sollen eine sich anbahnende Krisensituation sowie eine erhöhte Rückfallgefährdung frühzeitig erkannt und diesen entgegengewirkt werden. In diesem Zusammenhang spricht Freese (2003) von einer *kriminalpräventiven Identität* der forensischen Ambulanzen. Im Falle eines schwerwiegenden Vorkommnisses, zum Beispiel bei erneuter Straffälligkeit, unterliegt die FIA einer Informations- und Meldepflicht an die zuständigen Aufsichtsbehörden, Bewährungshilfen, der Strafvollstreckungskammer und gegebenenfalls anderer Dienststellen (v. Bormann, 2005). Derzeit werden in der Nachsorgeeinrichtung in Königslutter 84 Patienten von einem professionellen, interdisziplinären Team betreut und behandelt. Das Team besteht aus einem leitenden Oberarzt, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einem Sozialpädagogen, zwei Fachpflegern sowie eines medizinischen Fachangestellten.

2.5 Komplementäre Netzwerkkooperation

Die Betreuung forensischer Maßregelpatienten erfolgt durch eine interdisziplinäre Betreuung unterschiedlicher Kooperationspartner. Im Rahmen von Helferkonferenzen (mit Vertretern der Nachsorgeambulanz, der Wohnheime, ambulant betreuenden Diensten, Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht) erfolgt die gemeinsame Planung von Rehabilitationsverläufen sowie die Erarbeitung eines Betreuungsbedarfes mit dem Ziel der Identifikation möglicher Schwachstellen im Betreuungskonzept (Hax-Schoppenhorst et al., 2008). Bei einer Unterbringung betreuungsbedürftiger, entlassener Maßregelpatienten in komplementären tagesstrukturierenden, sozialpädagogischen Einrichtungen (zum Beispiel in Wohnheimen und -gemeinschaften, Betreutes Wohnen) kommt es aufgrund des hohen Hilfebedarfes der Patienten zu einer sehr engmaschigen Netzwerkkooperation. Diese Einrichtungen stellen im Rahmen der Weiterbegleitung und Erhaltung einer organisatorischen und betreuerischen

Kontinuität sowohl für die Patienten als auch die forensische Nachsorge einen wichtigen Kooperationspartner dar (Hax-Schoppenhorst et al., 2008).

2.6 Aktueller Forschungsstand

Da das Forschungsfeld der forensischen Nachsorge in Deutschland, insbesondere in Niedersachsen, noch relativ jung ist, gibt es vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten, nicht nur in fachlicher, sondern auch in organisatorischer Hinsicht. Zumeist sind die Untersuchungen auf ein Bundesland beschränkt; in Niedersachsen existieren bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu der forensischen Nachsorge. Bisherige Evaluationsstudien zur Nachbetreuung entlassener Maßregelvollzugspatienten konnten positive Effekte einer ambulanten Kriminaltherapie nachweisen (Urbaniok, 2011). In der Studie von Freese (2004) wurde die therapeutische und finanzielle Effizienz ambulanter Kriminaltherapie in der Forensischen Klinik Haina untersucht. Über einen Zeitraum von 1990 bis 2002 wurden Daten von insgesamt 222 Wiederaufnahmen in den Maßregelvollzug hinsichtlich ihrer Rückfallquote erhoben. Es konnte festgestellt werden, dass die Rückfallquote von forensischen Nachsorgepatienten der ansässigen Forensischen Institutsambulanz Haina bei nur bei 8.2% lag. Hingegen zeigte sich in der Kontrollgruppe ohne forensische Nachsorge ein fünfmal höheres Rückfallrisiko. Eine weitere Untersuchung von Cabeza et al. (1998) verglich ebenfalls die entlassenen Maßregelvollzugspatienten der Forensischen Psychiatrie Gießen mit und ohne Ambulanzweisung. Insgesamt wurden 123 Patienten von 1989 bis 1991 hinsichtlich ihrer Rückfallquote und einer erneuten Inhaftierung untersucht. Als Ergebnis zeigte sich, dass ambulant betreute Patienten (N = 5 %) weniger schwerwiegendes delinquentes Verhalten zeigten als die Patienten ohne Nachsorge (N = 12 %). Hinsichtlich der Anzahl von erneuten Inhaftierungen schnitten ambulant betreute Patienten (N = 2%) ebenfalls besser als die Vergleichsgruppe ab (N= 11%). Als wesentliches Ergebnis fordert Cabeza et al. (1998) die wissenschaftliche differenzierte Analyse von poststationären Verläufen der forensischen Nachsorge.

Trotz des Interesses am Untersuchungsgebiet der forensischen Nachsorge zeigten die bisherigen Befunde, dass dringender Nachholbedarf in der Erhebung und Untersuchung differenzieller Befunde zur praktischen Durchführung forensischer Nachsorge besteht (Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003). Die Identifikation von spezifischen Effekten einer ambulanten forensischen Nachsorge sei nötig, da sowohl für die Patienten als auch die FIA stabilisierende und destabilisierende Konstellationen der Bedingungen und Lebensumstände abgeleitet werden können. In der Studie von Westendarp, Dimmek, Brunn, Weitekamp & Rinklake (2006) wurde die Zufriedenheit der Patienten (sowohl im stationären Maßregelvollzug (N= 246) als auch in der ambulanten Nachsorge (N= 72) der Maßregelvollzugskliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe untersucht. Die Evaluierung befasste sich mit der Identifikation potenziell struktureller und prozessualer Störfaktoren, die eine Zielerreichung des Maßregelvollzugs behindern könnten. Als wesentliche Ergebnisse konnten zum einen die positive Bewertung einer institutionalisiert durchgeführten Überleitung in die Nachsorge und zum anderen die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation aufgezeigt werden. Die Patienten fühlten sich positiv von ihrer Umwelt aufgenommen, erlebten die Gespräche mit der Nachsorgeeinrichtung als hilfreich und wünschten den regelmäßigen Kontakt zur betreuenden Klinik. Der von Westendarp et al. (2006) konzipierte Fragebogen wurde aufgrund der differenzierten Betrachtung verschiedener Einflussgrößen und des Einbezuges des stationären sowie ambulanten Maßregelvollzuges für die Untersuchung in der FIA Königslutter ausgewählt.

2.7 Forschungsdesign

Die Pilotstudie stellt eine explorative Voruntersuchung dar, die eine Analyse von bestimmten Strukturen oder Maßnahmen zum Ziel hat. Im wissenschaftlichen Kontext können evaluative Pilotstudien dazu beitragen, die Funktionalität von Messinstrumenten für weitere Studien zu überprüfen, neue Fragestellungen zu generieren und somit die Aussagekraft von empirischen Methoden der Sozialforschung zu erhöhen (Kratzer, 2006). Im

Gegensatz zu der klassischen Evaluationsforschung mit der Erhebung von Daten über mehrere Messzeitpunkte (CEval, 2004) erfolgt in dem hier verwendeten Forschungsdesign nur eine einmalige Messung.

2.8 Untersuchungsziele

Der primäre Nutzen der vorliegenden explorativen Pilotstudie besteht in der möglichen Weiterentwicklung und Gestaltung von Fragestellungen und Inhalten, die für weitere Untersuchungen in der Forensischen Nachsorge Königslutter interessant sein könnten. Ein weiteres Ziel stellt die übersichtliche Darstellung der erhobenen Daten aus dem Fragebogen dar, die unter anderen Informationen zu soziodemografischen Daten, der Lebenssituation, der Qualität der Entlassungsvorbereitung, der Freizeitgestaltung sowie der Kontaktfrequenz zur forensischen Nachsorge erfragt. Mithilfe dieser Arbeit soll eine allgemeine Zustandsanalyse der Forensischen Institutsambulanz Königslutter erfolgen. Zur besseren Strukturierung werden daher folgende Schwerpunkte gesetzt:

1. Erkenntnisfunktion:

Anhand dieser Studie sollen die wichtigsten Charakteristika und Wirkungsweisen der FIA Königslutter herausgestellt werden. Dies soll in Form einer übersichtlichen Darstellung der in den Daten enthaltenden Informationen erfolgen. Die aufgezeigten Ergebnisse dienen sowohl der Institution als auch der behandelten Zielgruppe. Die FIA kann anhand der Pilotstudie feststellen, wie sich ihre bisherigen Arbeitsabläufe und ergriffenen Maßnahmen auf die Patienten ausgewirkt haben, ob die bisherige Durchführungsorganisation zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat und inwieweit die Patienten die Maßnahmen als hilfreich empfanden. Mithilfe der gewonnenen Erkenntnisse können zukünftig Steuerungsentscheidungen abgeleitet werden.

2. Kontrollfunktion:

Durch die generierten Daten soll ein Meinungsbild über die erlebte Qualität der Nachsorgesituation erfasst werden. Darüber hinaus soll die Untersuchung dazu beitragen, die Wirkung aktueller Rahmenbedingungen und Interventionen der forensischen Nachsorgearbeit nachvollziehbarer zu gestalten.

3. Lernfunktion:

Diese Untersuchung bietet die Chance der Transparenz der forensischen Nachsorgequalität. Anhand dieser Pilotstudie soll eine Erweiterung oder Umstrukturierung (Rodgers & Pielke, 2010) einzelner Fragestellungen und Inhalte erfolgen. Ferner ergeben sich Ansätze, die Aussagen über die Identifikation von Defiziten und Stärken der forensischen Nachsorge Königslutter erlauben, ebenso wie die Möglichkeit, die Nachsorgearbeit zu verbessern und die Betreuungsqualität zu steigern.

4. Legitimationsfunktion:

Da diese Pilotstudie die erste wissenschaftliche Untersuchung der FIA Königslutter ist, sollen Anhand der hier aufgezeigten Erkenntnisse weitere Anregungen und Empfehlungen für zukünftige Untersuchungsdesigns abgeleitet werden. Dies soll zulässige Aussagen zur Effizienz und über den Wirkungsgrad der Nachsorgearbeit ermöglichen und langfristig zur Legitimation der forensischen Nachsorge beitragen.

3. Methoden

Die Untersuchung fand im Rahmen einer Fragebogenstudie statt. Die Teilnehmer beantworteten dabei verschiedene Fragen zu ihrer Behandlungssituation in der Forensischen Institutsambulanz (FIA) am AWO Psychiatriezentrum Königslutter. Erhoben wurden Daten zu soziodemografischen Angaben, der aktuellen Lebenssituation, der Qualität der Entlassungsvorbereitung sowie der Qualität und Quantität der Kontakte in der FIA (Westendarp, 2006). Im Folgenden wird das methodische Vorgehen näher erläutert, wobei zunächst die Stichprobe (3.1) und das Untersuchungsdesign (3.2) beschrieben werden. Weiterhin findet sich eine Beschreibung des Instrumentes (3.3) sowie des Untersuchungsaufbaus und -ablaufs (3.4). Schlussendlich wird die Datenaufbereitung (3.5) und die verwendeten statistischen Analysen (3.6) beschrieben.

3.1 Stichprobe

Die Auswahl der an der Studie teilnehmenden Patienten, die allesamt von der FIA des AWO Psychiatriezentrums Königslutter rekrutiert wurden, erfolgte mit dem Einverständnis der Patienten sowie der Klinikleitung. Insgesamt nahmen 70 von 84 Patienten der FIA an der Untersuchung teil, die sich aus 68 männlichen und 2 weiblichen Probanden zusammensetzten. Die Beweggründe für eine Nichtteilnahme wurden durch den Fragebogen nicht systematisch erfasst, sondern nur in Einzelfällen erfragt. Die Mitwirkung wurde in den meisten Fällen aufgrund motivationaler oder krankheitsbedingter Ursachen abgelehnt. Die Altersspanne der Probanden lag zwischen 22 und 72 Jahren *(M= 36.56, SD = 1.212)*. Unter den Probanden befanden sich auch Personen mit einer nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) nachgewiesenen *Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten* in Form einer Lese-Rechtschreibstörung (F81.0). Ein Ausschluss dieser Patientengruppe war aufgrund einer standardisierten Hilfestellung nicht notwendig. Im Untersuchungsaufbau (3.4) wird genauer auf den methodischen Umgang mit diesem Umstand eingegangen.

3.2 Untersuchungsdesign

Die Erhebung erfolgte in der vorliegenden Arbeit in Form einer einmaligen Querschnittsbefragung. Aufgrund datenschutzrechtlicher Anforderungen wurde die Untersuchung unter Einsatz eines *Paper-Pencil-Tests (*Dorsch et al., 1982) durchgeführt. Angesichts der ausbaufähigen Forschungslage weist die Befragung einen explorativen Charakter auf.

3.3 Instrumentenbeschreibung

Der für die Datenerhebung verwendete Fragebogen *Patientenbefragung als Mittel der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug* wurde im Jahr 2006 ursprünglich für eine Patientenbefragung von drei Maßregelvollzugskliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe konzipiert und durch eine Langzeitstudie erprobt (Westendarp et al., 2006). Die eigens dafür gegründete Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern unterschiedlicher beruflicher Fachrichtungen. Der ursprüngliche Verwendungszweck war die Identifizierung von strukturellen und prozessualen Störfaktoren, die eine Zielerreichung des Maßregelvollzugs und deren Erhaltung nach Entlassung gefährden oder verhindern könnten.

3.3.1 Fragebogen

Insgesamt sind 24 Items im Fragebogen aufgeführt, die sich in verschiede inhaltliche Kategorien unterteilen lassen. Der Fragebogen kann unter Anhang A eingesehen werden. Es wurden sowohl sozialstatistische Daten als

auch Fragen zu der aktuellen Lebenssituation und der Qualität der Entlassungsvorbereitung auf die jetzige Situation erhoben. Des Weiteren wurde auf die Qualität und Quantität des Kontaktes zur behandelnden FIA Bezug genommen (Westendarp et al., 2006). Der Fragebogen enthielt fünf unterschiedliche Antwortformate: dichotome Ja-/Nein-Fragen, Auflistungen, vierstufige *Likert-Skalen* (Likert, 1932) von 1 = sehr schlecht bis 4 = sehr gut, fünfstufige *Likert-Skalen* von 0 = trifft nicht zu bis 4 = sehr gut sowie offene Aufgabenformate, die hierbei differenzierte Aussagen über die Forschungsfrage erlauben.

3.3.2 Inhalt

Der Fragebogen ist in sechs unterschiedliche Themengebiete kategorisierbar und dient der Erfassung verschiedener Information. Durch Fragen zu *sozialstatischen Daten* wurde sowohl das Geschlecht als auch das Alter erhoben, ebenso wurden Informationen über die Dauer des Maßregelvollzuges, der forensischen Nachsorge, der Entlassungsvorbereitung sowie des Langzeiturlaubes (Probewohnen) gesammelt. Die nach ICD-10 klassifizierten Diagnosen (Dilling et al., 1991) wurden mithilfe verschiedener vorgegebener Auswahlmöglichkeiten erfasst. Unter acht unterschiedlichen Diagnosegruppen konnte gewählt werden, dazu zählten Psychose, Intelligenzminderung, Alkoholabhängigkeit, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, andere Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie andere Befunde (freie Antwortkategorie für nicht erfasste Diagnosen). Die aktuelle Lebenssituation wurde anhand von vier möglichen Antwortmöglichkeiten zur derzeitigen Wohnsituation erfasst. Ebenso sollte angegeben werden, mit wem dieses Zusammenleben stattfindet. Mittels sieben möglicher Auswahlmöglichkeiten wurden Daten zu der aktuellen beruflichen Situation erhoben. Das subjektive Empfinden der Methode zur Freiheitsvorbereitung und die Wahrnehmung der aktuellen Nachsorgesituation wurde mithilfe des Abschnittes *Vorbereitung* festgehalten. Es konnten Angaben zu acht unterschiedlichen Vorbereitungsbereichen getroffen werden. Die Frage nach der Aufnahme in verschiedene soziale Lebensbereiche zielte darauf ab, inwieweit sich Probanden sozial integriert fühlten. Die Einschätzung zur *Freizeitgestaltung* (Sportangebote, Kultur, Weiterbildung) sollte die Regelmäßigkeit der Teilnahme am öffentlichen Leben widerspiegeln. Anhand der Kategorie *Kontakt* zur behandelnden Klinik sollte die Qualität und Quantität der forensischen Nachsorge sowie die Kontaktfrequenz erfasst werden. Die Quantität der Nachsorgekontakte wurde mittels Angaben zur Häufigkeit erfragt, während die Güte der forensischen Nachsorge beurteilt werden sollte durch die Ausprägung des Wunsches nach mehr oder weniger Kontakt. Auch den möglichen Nutzen von Gesprächsangeboten sollte die Probanden einschätzen und damit das qualitative Niveau der Nachsorge beurteilen. Dies erfolgte durch eine vorgegebene Themenauswahl, in der die Probanden die für sie relevanten Themen benennen konnten. Durch sieben mögliche Alternativen wurde die Einbindung in ein nachsorgendes, interdisziplinäres Betreuungsnetz überprüft. Abschließend bestand – anhand zwei offener Fragekategorien – die Möglichkeit, ergänzende Bemerkungen und Wünsche der Probanden zum Thema Nachsorge mit einfließen zu lassen.

3.3.3 Weitere Materialien

Die Vorbereitung der Befragung bestand aus der Erstellung eines (an die Probanden adressierten) Begleitschreibens zum Thema Patientenbefragung und einer Einverständniserklärung zur Untersuchungsteilnahme sowie Datenschutzhinweisen (Anhang A).

3.4 Untersuchungsaufbau

Die Erhebung fand zwischen dem 01.02.2016 und dem 01.03.2016 in der FIA des AWO Psychiatriezentrums Königslutter statt. Weitere Erhebungsorte waren begleitende psychiatrische Wohneinrichtungen in Niedersachsen. Im institutionellen Rahmen eines psychiatrischen Wohnheims werden einige Probanden *(N= 15)* aufsuchend be-

treut, daher wurden die Befragungen in den Einrichtungen *Haus Hoheneck* in Riekau sowie im *Judith-Wohnheim* in Salzgitter durchgeführt. Die Datenerhebung fand unter ähnlichen Bedingungen wie in der FIA statt und wurde im Rahmen von Einzelsitzungen ermittelt. Nach einer kurzen Begrüßung wurde den Teilnehmern zunächst eine Einverständniser- klärung vorgelegt. Nach gründlichem Lesen wurden anschließend aufkommende Fragen beantwortet. Der Fragebogen wurde in einem braunen, anonym codierten DIN A4- Umschlag ausgeteilt. Im Anschluss erklärte die Versuchsleiterin den groben Ablauf der Befragung und ließ die Teilnehmer den individuell generierten Code auf dem Umschlag schreiben. Im Folgenden wurden die Teilnehmer gebeten, das in dem Umschlag befindliche Anschreiben durchzulesen und gegebenenfalls Fragen zu stellen. Die Beantwortung des Fragebogens konnten die Probanden ohne zeitliche Begrenzung durchführen. Nach der Bearbeitung des Fragekataloges wurde dieser in einen dafür vorgesehenen Karton abgelegt. In den Wohnheimen befanden sich Patientengruppen mit nachgewiesenen entwicklungsbedingten kognitiven Defiziten sowie Lese- und Rechtschreibstörungen, die einer gewissen Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens bedurften. Durch das wortgenaue Vorlesen der Inhalte konnten Patienten mit diesen Schwächen die gestellten Fragen begreifen und adäquat beantworten. Mögliche Kritikpunkte mit dieser Vorgehensweise müssen im weiteren Verlauf (5.3.4) diskutiert werden. Die Versuchsleiterin bedankte sich abschließend bei den Teilnehmern der Befragung mit einer Süßigkeit.

3.5 Datenaufbereitung

Die folgende Datenanalyse erfolgte computergestützt mit dem Statistikprogramm SPSS IBM SPSS Statistics 22 Programms (IBM®, 2016). Die Ergebnisse des Fragebogens wurden mithilfe des Statistikprogramm manuell eingegeben. Anschließend erfolgte die Kodierung der einzelnen Items. Für die Variable *Wohnsituation* wurde zur besseren Datenauswertung eine zusätzliche Kategorie *Familie* gebildet. Diese enthält Probanden, die mit einem Partner und/oder einem Kind und/oder Eltern und Angehörigen zusammenleben. Der Einfachheit halber wurden die Variablen der Schwerpunkterkrankung den geschaffenen Kategorien *Hauptdiagnose*, *Zweitdiagnose*, *Drittdiagnose* und *Viertdiagnose* zugeordnet.

3.6 Statistische Analyse

Für den Vorgang der Interpretation des Datenmaterials und unter Zuhilfenahme des Statistikprogramms SPSS wurde eine deskriptive Auswertung der erhobenen Daten durchgeführt, wobei fehlende Werte also solche kodiert und somit nicht in die Berech- nungen einbezogen wurden. Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung und der geringen Stichprobengröße wurde von Verfahren, die eine Eliminierung von Datensätzen zur Folge haben oder die Ersetzung fehlender Werte vorschlagen, abgesehen. Die Elimination von Datensätzen würde eine Reduzierung der ohnehin schon geringen Stichprobengröße zur Folge haben, sodass nicht nur die Genauigkeit der Schätzung, sondern die allgemeine Aussagekraft negativ beeinflusst werden könnte (Rubin & Donald, 2004) Im Abschnitt 5.3.1 wird auf damit einhergehende Problemen näher eingegangen.

Das Ziel der Untersuchung ist die übersichtliche Abbildung der erhobenen Daten aus dem Fragebogen. Aus diesem Grund erfolgt zunächst eine deskriptive Darstellung der gesammelten Informationen. Im Zuge einer explorativen Analyse sollten ferner zuvor festgelegte Zusammenhänge untersucht werden, welche anhand bivariater Korrelationen überprüft wurden. Das hier gewählte Signifikanzniveau betrug $\alpha = 0.05$, welches gegebenenfalls anhand der Bonferroni-Holm-Korrektur adjustiert wurde. Eine daraus resultierende Abweichung im Hinblick auf das Signifikanzniveau der Ergebnisse wurde als solche kenntlich gemacht.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Befragung vorgestellt. Zunächst erfolgt die Darstellung der deskriptiv erhobenen Daten (4.1), wobei anzumerken ist, dass für einige Kategorien einzelne Patienten keine vollständigen Angaben gemacht haben. Des Weiteren werden die Ergebnisse der explorativen Untersuchung präsentiert.

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Sozialstatus

Im Rahmen der Erhebung wurden insgesamt 70 Patienten befragt, die im Mittel seit 2.13 Jahren *(M = 25.58 Monate, SD = 38.93)* aus dem stationären Maßregelvollzug entlassen waren. Das Durchschnittsalter lag zwischen 22 und 72 und im Durchschnitt bei 38.09 Jahren *(SD = 9.87)*. Insgesamt gaben 17 der Probanden an, sich in der Lang- zeitbeurlaubung (Probewohnen) zu befinden *(M = 0.28, SD = 0.45)*. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer im stationären Maßregelvollzug belief sich auf durchschnitt- lich 4.41 Jahre *(M = 53.53 Monate, SD = 56.14)*. Die Tabelle 4.1 gibt eine Übersicht über die Verteilung der Diagnosen der Befragten und deren Häufigkeiten:

Tabelle 4.1 Diagnosegruppen

Diagnosen	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Psychose	23	32.90
Intelligenzminderung	1	1.40
Alkoholabhängigkeit	28	40.00
Drogenabhängigkeit	9	12.90
Sonstige Suchterkrankung	0	0
Borderline-Persönlichkeitsstörung	1	1.40
Andere Persönlichkeitsstörung	1	1.40
Sexualstörung	2	2.90

Die Erhebung hat ergeben, dass bei den Patienten Alkoholabhängigkeit und Psychosen am häufigsten als Hauptdiagnose vergeben wurden, direkt gefolgt von Drogenabhängigkeit. Alle weiteren Diagnosen kamen insgesamt nur auf einen geringeren prozentualen Anteil von unter 8 %. Einige Patienten wiesen mehr als eine Diagnose auf, wobei die Kombination mit der Diagnose Drogenabhängigkeit *(N= 22, 31.40 %)* am häufigsten auftrat. Eine tabellarische Übersicht über die Verteilung der Zweit- und Drittdiagnosen findet sich in Anhang D. Bringt man – im Hinblick auf die Diagnosegruppen – die Unterbringungsdauer in der Klinik und die Dauer der Nachsorge in Beziehung, so zeigen sich folgende Ergebnisse: Die Unterbringungsdauer im stationären Bereich war bei Psychosen *(M = 69.40, SD = 64.78)* am längsten, hingegen bei Alkohol- *(M = 33.54, SD = 27.88)* und Drogenabhängigkeit *(M = 31, SD = 28.14)* am kürzesten. Die längste Nachsorgedauer zeigte sich bei Sexualstörungen M= 117

Monate *(SD = 156.98)*. Darauf folgten Psychosen *(M = 29, SD = 33.10)* und Drogenabhängigkeit *(M = 22.83, SD = 20.89)*. Die kürzeste Nachsorgedauer war bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit *(M = 16.83, SD = 27.71)* zu beobachten. Anzumerken ist hierbei, dass es sich bei den ausgeprägten Standardabweichungen um rechtsschiefe Verteilung und somit ungleiche Verteilung der Werte handelt.

4.1.2 Lebenssituation

Die Lebenssituation der forensischen Patienten lässt sich in drei Bereiche unterteilen: (1) *Wohnort*, (2) *Wohnsituation* und (3) *berufliche Situation*:

Tabelle 4.2 Wohnort

Wohnort	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Wohnheim/Übergangswohnheim	15	21.42
Betreutes Wohnen	8	11.42
Eigene Wohnung	37	52.90
Sonstiges	5	7.10

Die Erhebung zeigte, dass die Mehrheit der befragten FIA-Patienten allein oder mit der Familie in einer eigenen Wohnung lebt. Ebenfalls befanden sich viele Probanden in betreuten Versorgungssettings. Ein geringer Anteil der Befragten gab an, sich in nicht weiter spezifizierten Wohnformen zu befinden *(N < 10 %)*.

Tabelle 4.3 Wohnsituation

Wohnsituation	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Allein	25	35.71
(Ehe-)Partner	5	7.41
Familie	15	21.42
Andere	3	4.28

Die Mehrheit der befragten FIA-Patienten gab an allein oder mit der Familie in einer eigenen Wohnung zu leben. Hingegen zeigte sich, dass nur ein geringer Anteil der Probanden mit einem Partner oder anderen Personen zusammenlebt *(N < 10 %)*. Nur wenige Probanden gaben an, sich in nicht weiter spezifizierten Wohnformen mit anderen Personen zu befinden *(N < 10 %)*.

Tabelle 4.4 Berufliche Situation

Berufliche Situation	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Berufstätig	31	44.28
Schulische Ausbildung	1	1.42
Berufliche Ausbildung	0	0

Weiterbildung	2	2.85
Arbeitspraktikum	2	2.85
Arbeitslos	25	35.71
Rente	3	4.28

Die Fragen zu der jeweiligen beruflichen Situation zeigten, dass fast die Hälfte der Probanden einer regelmäßigen Beschäftigung in Form einer beruflichen Tätigkeit nachgeht. Ähnlich viele Patienten waren arbeitslos oder befanden sich in Rente. Fortbildungsmaßnahmen in Form von schulischen und beruflichen Ausbildungen sowie anderweitige Weiterbildungen zeigten die geringsten Häufigkeiten.

4.1.3 Vorbereitung

Die Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Lebenssituation bewerteten die Probandendurchweg als gut oder sehr gut *(M = 3.42, SD = 0.66)*. Im Hinblick auf die Frage nach der Entlassungsvorbereitung in Tabelle 4.5 wurde deutlich, dass sich die Patienten im Mittel gut vorbereitet fühlten *(M = 3.22, SD = 0.69)*:

Tabelle 4.5 Bewertung Entlassungsvorbereitung

Bewertung Vorbereitung	SV (N)	Geld (N)	FZ (N)	BZG (N)	LK (N)	BV (N)
Sehr gut	25	22	24	21	27	19
Eher gut	32	31	32	27	29	21
Eher schlecht	4	8	5	11	8	8
Sehr schlecht	3	3	3	4	1	6
Keine Angaben	6	6	6	7	5	16

Anmerkung. SV=Selbstversorgung; Geld=Umgang mit Geld; FZ=Freizeitverhalten; BZG=Beziehungsgestaltung; LK=Lebenskrise; BV=Berufliche Vorbereitung

Die Vorbereitung im Rahmen der Entlassung bewerteten die FIA-Patienten über alle Bereiche hinweg *mit gut und sehr gut (2.98 ≤ M ≤ 3.23) (0.735 ≤ SD ≤ 0.981)*. Nur wenige Probanden gaben an, sich nicht gut auf die Zeit nach dem stationären Maßregelvollzug vorbereitet gefühlt zu haben. Neben einer Einschätzung für den Bereich *Beziehungsgestaltung* wurde auch die soziale Integration der Probanden erfasst:

Tabelle 4.6
Bewertung der sozialen Aufnahme

Bewertung Aufnahme	NBS (N)	ABK (N)	AGH (N)	MBW (N)	FR (N)
Sehr gut	21	22	41	23	36
Eher gut	26	12	10	9	22
Eher schlecht	5	5	3	3	1
Sehr schlecht	0	0	2	0	0
Trifft nicht zu	13	19	6	21	6
Keine Angabe	5	12	8	14	7

Anmerkung. NBS=Nachbarschaft; ABK=Arbeitskollegen; AGH=Angehörige; MBW=Mitbewohner; FR=Freunde

Auch hier bestätigte sich die positive Bewertung der Vorbereitung. Die Aufnahmebereitschaft in den verschiedenen Lebensbereichen wurde als durchweg positiv erlebt *((2.23 ≤ M ≤ 3.27), (1.18 ≤ SD ≤ 1.82))*. Für die Bereiche Aufnahmebereitschaft von Arbeitskollegen und *Aufnahme durch Mitbewohner* wurde zudem häufig die *Trifft nicht zu* Kategorie ausgewählt.

4.1.4 Freizeitgestaltung

Zur Freizeitgestaltung zählten sowohl Maßnahmen von Bildungsangeboten (z. B. der Volkshochschule) als auch die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen (z. B. Selbsthilfegruppen) und reine Freizeitangebote in Form von Sport und Kultur. In Tabelle 4.7 folgt eine Übersicht über die Regelmäßigkeit der Freizeitbeschäftigungen.

Tabelle 4.7
Regelmäßigkeit der Freizeitgestaltung

Regelmäßigkeit Freizeitaktivitäten	Sport (N)	VHS (N)	Kultur (N)
Gar nicht	18	44	20
Unregelmäßig	21	2	26
Regelmäßig	27	1	9
Nicht möglich	0	7	2
Keine Angabe	4	16	13

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Probanden am regelmäßigsten an Sportangeboten teilnahmen. Am unregelmäßigsten wurden kulturelle Angebote und Weiterbildungsmöglichkeiten (Volkshochschule) in Anspruch genommen.

4.1.5 Kontakte zur behandelnden Klinik

Die Mehrheit der Probanden gab an, häufiger als einmal im Monat *(45.71 %)* oder monatlich *(44.30 %)* Kontakt zu den Mitarbeitern der FIA (Klinik) zu haben. Nur bei vier Probanden erfolgte der Kontakt vierteljährlich. Die Untersuchung ergab, dass die Mehrheit der Probanden *(N = 38)* mit der aktuellen Kontakthäufigkeit zufrieden ist. Allerdings zeigte sich der Wunsch nach geringere Kontakthäufigkeit bei 22 Patienten. Auch die Einbindung zu einem Helfernetzwerk sollte ermittelt werden, diese wird in der folgenden Tabelle 4.8 dargestellt:

Tabelle 4.8
Kontakte innerhalb des Betreuungsnetzwerkes

Betreut durch	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Ambulant betreutes Wohnen	26	37.10
Selbsthilfegruppe	25	35.71
Niedergelassener Psychiater	10	14.28
Niedergelassener Psychotherapeut	5	7.14
Suchtberatung	4	5.71
Psychiatrische Ambulanz	28	40.00
Bewährungshilfe	55	78.60

Die Mehrheit der Patienten gab an, am regelmäßigsten durch die Bewährungshilfe betreut zu werden; gefolgt von der Mitbetreuung durch eine psychiatrische Ambulanz, wobei davon auszugehen ist, dass die FIA Königslutter gemeint ist. Darauf folgt die Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder dem ambulant betreuten Wohnen. Die geringste Häufigkeit zeigte sich im Kontakt zu niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten sowie zu Suchtberatungsstellen. Neben der Erfragung zu der Kontaktfrequenz und der erlebten Qualität der ambulanten Einbindung offenbarten sich folgende Ergebnisse in der Bewertung der Relevanz zu den in der Tabelle 4.9 besprochenen Themen:

Tabelle 4.9
Relevante Themen in der Nachsorge

Thema	Unwichtig (N)	Prozent (%)	Wichtig (N)	Prozent (%)
Arbeitssituation	16	22.90	48	68.57
Beziehung in der Partnerschaft	27	38.60	37	52.85
Beziehung zu Menschen	25	35.70	38	54.28
Finanzen	30	42.90	31	44.28
Freizeit	27	38.60	35	50.00

Suchtmittelrückfall	21	30.00	39	45.71
Deliktrückfall	32	45.70	28	40.00
Medikamentöse Behandlung	28	40.00	32	45.71

In Tabelle 4.9 wird deutlich, dass ein überwiegender Teil der Patienten Gespräche zu den Themen langfristige Lebensplanung, Arbeitssituation, Umgang mit schwierigen Lebenssituationen und Suchtmittelrückfall als wichtig erachtete. Gefolgt von den Themenbereichen Beziehung zu anderen Menschen, partnerschaftliche Beziehung, Freizeitgestaltung, medikamentöse Behandlung, welchen ebenfalls im Verhältnis häufiger eine hohe Relevanz zugeschrieben wurde. Lediglich das Thema Deliktrückfall bewertete eine knappe Mehrheit als unwichtig. Den allgemeinen Nutzen der geführten Gespräche bewertete die Mehrheit *(N = 58, 82.9 %)* als *hilfreich*, nur wenige
Patienten *(N = 4,5.71 %)* nahmen die Gespräche als nicht hilfreich wahr.

Auf die offen formulierte Frage nach einem potentiellen Wunsch nach mehr Unterstützung durch die FIA war sich die Mehrheit der Befragten einig, dass sie diese aktuell nicht benötigten. (*Passt alles; Momentan bin ich von einem Gefühl der Zufriedenheit erfüllt; Gar keine mehr, habe mein Leben mittlerweile im Griff)*. Die Probanden äußerten Wünsche nach Unterstützung in folgenden Bereichen: *Mehr Erprobung und Vertrauen, längere Gesprächszeiten und mehr Feedback, häufigere Kontakte zu der FIA, partnerschaftliche Beziehung, medizinisch-psychologische Untersuchung, Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, Arbeitssituation, Selbstversorgung, Freizeitgestaltung und langfristige medikamentöse Behandlung*. Auf die Frage, durch welche Person man sich mehr Unterstützung wünschte, führten die Patienten eher positive Bemerkungen als konkrete Wünsche auf, z. B. *Bin zufrieden, werde hinreichend unterstützt*. Jedoch zeigten sich konkrete Unterstützungswünsche zu professionelle Unterstützern: Psychologische Betreuung, Sozialarbeiter, Pfleger und die zuständigen behandelnden Psychiater.

4.2 Explorative Auswertung

Weiterhin sollten im Rahmen einer explorativen Analyse Zusammenhänge spezifischer Faktoren untersucht werden und mögliche Korrelationen zwischen einzelnen Itemgruppen des zugrundeliegenden Fragebogens aufgezeigt werden. Für die Korrelationsanalyse wurde eine zweiseitige Korrelation nach *Pearson* berechnet.

Tabelle 4.10
Einfache Korrelationen zwischen der Bewertung der Entlassungs- bzw. berufsbezogenen Vorbereitung und der Zufriedenheit, der Aufnahme durch Arbeitskollegen und Angehörige und der Berufstätigkeit

Variable	Zufriedenheit
Allg. Vorbereitung	.330**
Vorbereitung Beziehungsgestaltung	.457**
Vorbereitung problematische Situationen	.243(*)
Vorbereitung Berufstätigkeit	.229 (*)

Anmerkungen. Allg. Vorbereitung=Bewertung Entlassungsvorbereitung, Vorbereitung Beruf=Vorbereitung berufliche Tätigkeit; (*) $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Es zeigte sich unter anderem ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Probanden mit der aktuellen Situation und der allgemeinen Entlassungsvorbereitung *(r (63) = .330, p < .01)* sowie der Vorbereitung im Bereich Beziehungsgestaltung *(r (59) = .457, p < .01)*. Diese Zusammenhänge bleiben auch

nach der Alphaadjustierung unter Verwendung der Bonferroni-Korrektur bestehen. Im Zuge dieser erfolgt eine Division des angegebenen Alphaniveaus *(p = .05)* mit der Anzahl der berechneten Korrelationen *(n= 4)*. Das korrigierte Alphaniveau p* beträgt *p* = .0125.* Ferner korrelierte die aktuelle Zufriedenheit, nur knapp nicht signifikant, mit der Vorbereitung auf problematische Situationen *(r (61) = .243, p < .10)* sowie im Hinblick auf eine zukünftige Berufstätigkeit *(r (50) = .229, p < .10).*

Tabelle 4.10
Einfache Korrelationen zwischen der Bewertung der Gespräche mit der FIA und der gewünschten Kontakthäufigkeit sowie der Relevanz bestimmter Themen

Variable	Bewertung Gespräche
Wunsch Kontakthäufigkeit	.269*
Relevanz Lebenskrise	.345**
Relevanz Sucht	.389*
Relevanz Delikt	.270*

Anmerkungen. Bewertung Gespräche= Bewertung der Gespräche in der forensischen Nachsorge, Wunsch Kontakt = Wunsch Kontakthäufigkeit mit der FIA, Relevanz Lebenskrise = Relevanz des Themas „Bewältigung mit einer schwierigen Lebenssituation, Relevanz Sucht = Relevanz des Themas Suchtmittelrückfall, Relevanz Delikt = Relevanz des Themas Deliktrückfall; * *p* < .05, ** *p* <.01

Die Bewertung des Nutzens der Gespräche korrelierte positiv mit dem Wunsch der Kontakthäufigkeit mit der forensischen Nachsorge *(r (60) = .269, p < .05)* und der Höhe der Relevanz der Themen Bewältigung schwieriger Lebenssituationen *(r (57) = .345, p < .01)*, Suchtmittelrückfall *(r (55) = .389, p < .05)* und Deliktrückfall *(r (55) = .270, p < .05)*. Betrachtet man die Ergebnisse nach der Alphaadjustierung wie bereits weiter oben beschrieben, verbleibt, bei einem adjustierten Alpha von *p* = .0125*, lediglich der Zusammenhang zwischen der Bewertung der Gespräche und der Relevanz der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen signifikant.

Tabelle 4.11
Einfache Korrelationen zwischen den einzelnen Diagnosen und der Bewertung der aktuellen Lebenszufriedenheit

Diagnosegruppen	Bewertung Zufriedenheit
Psychose	.206
Intelligenzminderung	-.085
Alkoholabhängigkeit	.053
Drogenabhängigkeit	-.080
Sonstige Suchterkrankungen	-.085
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	.284*
Andere Suchterkrankungen	.221
Sexualstörungen	.023
Andere	.007

Anmerkungen. Bewertung Zufriedenheit = Bewertung der aktuellen Lebenszufriedenheit; * *p* < .05, ** *p* <.01

Anhand der Ergebnisse lässt sich eine positive Korrelation zwischen der Diagnosegruppe der Borderline-Persönlichkeitsgestörten und $(r\ (63) = .284,\ p < .05)$ der Bewertung der aktuellen Lebenszufriedenheit nachweisen. Hingegen zeigten sich bei den anderen erhobenen Diagnosegruppen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Bewertung der aktuellen Lebenszufriedenheit.

5. Diskussion

Das Hauptziel dieser Arbeit bestand in der Zustandsanalyse der Forensischen Nachsorge Königslutter und der Beleuchtung unterschiedlicher, den Nachsorgeprozess beeinflussende Faktoren. Analog zum Aufbau des Ergebnisteils werden zunächst die deskriptiven Befunde (5.1.) in den Bereichen Patientendaten (5.1.1.), Verweildauer und Hauptdiagnosen (5.1.2), Einflüsse (5.1.3), Lebenssituation (5.1.4), Entlassungsvorbereitung (5.1.5), Freizeitgestaltung (5.1.6) sowie Kontaktverhalten (5.1.6) diskutiert. Anschließend erfolgen die Erläuterung der Ergebnisse zur korrelativen Berechnung (5.2), mögliche Limitationen sowie ein Ausblick (5.3) und ein abschließendes Fazit (5.1.4).

5.2 Deskriptive Statistik

5.1.1 Erkenntnisse zum Sozialstatus

An dieser Stelle soll zunächst auf die ungleiche Geschlechterverteilung im Maßregelvollzug und der forensischen Nachsorge eingegangen werden. Eine bundesweite Studie von Leygraf (1988) konnte nachweisen, dass der Frauenanteil in deutschlandweiten Maßregelvollzugseinrichtungen durchschnittlich bei nur 3 % lag. Diese Ergebnisse bestätigten sich auch in dieser Untersuchung, der Frauenanteil ist mit 2.85 % relativ gering. Als Ursache wird in der Fachliteratur (Eucker & Müller-Isberner, 2011) die höhere Sozialisierungsbereitschaft, eine geringere Fehlanpassung sowie weniger gewalttätiges und auffälliges Verhalten der Patientinnen genannt. Inwiefern diese Gründe auch in dieser Studie zutreffen, ließ sich mit dem vorhandenen Instrument nicht überprüfen. Um diese Frage eindeutiger beantworten zu können, bedarf es weiterer empirischer Untersuchungen. Das Alter der FIA-Patienten lag durchschnittlich bei 38.09 Jahren. Ein ähnlich hoher Altersdurchschnitt *(M = 39.3 Jahre)* zeigte sich in der bundesweiten Erhebung von Leygraf (1988). Wie bereits im Abschnitt 2.4 erläutert, hängt die Dauer des Maßregelvollzugs von verschiedenen juristischen und individuellen Faktoren ab. Die durchschnittliche Verweildauer im Maßregelvollzug betrug in dieser Studie durchschnittlich 4.41 Jahre. Hingegen zeigte eine bundesweite Multicenterstudie, dass die stationäre Betreuungsdauer von Maßregelpatienten im Mittel bei 6.2 Jahren lag (Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Die Differenz der Belegdauer im deutschlandweiten Vergleich deutet darauf hin, dass die forensischen Institutsambulanzen zu einer Verkürzung der Unterbringungszeit im stationären Maßregelvollzug beitragen können. Hingegen ergaben sich in der bundesweiten Gegenüberstellung keine bedeutsamen Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der forensischen Nachsorge. Im Mittel lag die Betreuungsdauer von FIA-Patienten in Königslutter mit 25.58 Monaten (2.1 Jahren) etwa in gleicher Größenordnung wie mit 20.7 Monaten (1.72 Jahren) in nordrhein-westfälischen Kliniken (Dessecker, 2008).

5.1.2 Erkenntnisse zur Verweildauer in Abhängigkeit zur Hauptdiagnose

Gliedert man die Unterbringungsdauer anhand der Hauptdiagnose im stationären Maßregelvollzug, so zeigten sich für Personen mit einer Intelligenzminderung und anderen Persönlichkeitsstörungen die längsten Zeiten. Hingegen wurden bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit kürzere Unterbringungszeiträume als bei kognitiv-psychischen Erkrankungen ermittelt. Dieses bestätigt auch die Untersuchung von Seifert (2007), der unter anderem nachwies, dass Patienten mit der Diagnose Intelligenzminderung am längsten im stationären Maßregelvollzug untergebracht wurden. Betrachtet man die Dauer der forensischen Nachsorge in Königslutter, so zeigten sich bei Probanden mit Sexual- und Persönlichkeitsstörungen die längsten Betreuungszeiten, bei diagnostizierter Intelligenzminderung, Drogen- und Alkoholabhängigkeit hingegen die geringsten. Dieser Befund ist den rechtlichen Rahmbedingungen geschuldet (Weigend, 2015). Während eine Unterbringung nach § 64 StGB grundsätzlich

auf zwei Jahre befristet ist, richtet sich die Unterbringungsdauer von § 63 StGB-Patienten nach ihrem individuellen Behandlungsverlauf. Bei § 64 StGB besteht eine zeitliche Begrenzung, und die halb-jährliche Überprüfung entscheidet über das Fortbestehen des Maßregelvollzuges. Dagegen ist bei gemäß § 63 StGB-Untergebrachten eine jährliche Überprüfung vorgesehen, sodass weiterhin die Unterbringung im geschlossenen Maßregelvollzug bestehen bleiben kann. In der forensischen Nachsorge erfolgt die Betreuung von nach § 63 StGB entlassenen Patienten bis zum festgelegten Ende der Führungsaufsicht. Nach § 64 StGB-Verurteilte können, müssen aber nicht, über die gesamte Dauer der Führungsaufsichtszeit betreut werden. Das Fortbestehen einer forensisch ambulanten Nachbetreuung wird bei dieser Personengruppe durch jährlich stattfindende Helferkonferenzen geprüft. Neben der Vollstreckung der Reststrafe zur Bewährung ist eine Aussetzung nach § 67b StGB als Sonderfall möglich. In der Regel sind dies Patienten mit einer starken psychischen Einschränkung sowie einer generellen Bedürftigkeit, wie es beispielsweise bei einer nachgewiesenen *Intelligenzminderung (*F7) nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) der Fall ist. Bei einer solchen Einschränkung ist eine Überführung in spezialisierte Wohnheime und Nachsorgesettings möglich, welche äquivalent eine Sicherung und angemessene Betreuung gewährleisten können.

5.1.3 Einflüsse und Nutzen der forensischen Nachsorge

Der Ursprungsgedanke forensischer Nachsorgeeinrichtungen war – neben dem Schutz der Allgemeinheit – die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der forensischen Psychiatrie (Stübner, Möller & Nedopil, 2009). Diese bewirkt perspektivisch die Senkung der stationären Belegzahlen und somit einhergehenden finanziellen Entlastungen und soll zu einer generellen Kosteneinsparung beitragen (Brezzel, 2013). Durch den präventiven Nutzen der Nachsorgearbeit können Folgekosten, welche bei erneuter Straffälligkeit anfallen, z. B. für weitere Ermittlungsverfahren, eingespart werden (Stübner & Nedopil, 2010).

Dies spiegelt sich in der Dauer des Aufenthalts in der Maßregelvollzugseinrichtung Königslutter, vor und nach der Einführung der ansässigen forensischen Institutsambulanz, wider. So fand sich vor Etablierung der Nachsorgeambulanz in Königslutter, im Jahr 2006, für nach § 63 StGB untergebrachte Patienten, eine durchschnittliche Unterbringungsdauer von 2129 Tagen und für nach § 64 StGB untergebrachte Patienten von 852 Tagen. Im Jahr 2011 zeigte sich für dreizehn entlassene, nach § 63 StGB untergebrachten Patienten, eine durchschnittliche Unterbringungsdauer von 1186.23 Tagen und für 17 nach § 64 untergebrachte Patienten eine Unterbringungsdauer von 500.24 Tagen (Kerndatensatz Niedersächsisches Sozialministerium, 2008). Das bedeutet, dass im Jahr 2011 mehr Patienten nach §§ 63/64 StGB entlassen wurden und eine geringere Unterbringungszeit dieser Personengruppe deutlich wurde. Die Frage, ob die Zunahme der Entlassungen und Abnahme der Verweildauer ursächlich mit der Einführung der FIA Königslutter erklärt werden kann, bleibt unbeantwortet. So können andere Faktoren wie Erledigungen bei Nichterfolgsaussicht des Maßregelvollzuges, der Verhältnismäßigkeitsprüfung des Maßregelvollzuges durch das Gericht oder verbesserte therapeutische Angebote im stationären Bereich eine Rolle spielen. Die Annahme, dass die FIA Königslutter zu einer schnelleren Entlassung und damit zu einem Kostenersparnis durch eine Verminderung der durchschnittlichen Unterbringungsdauer führt, konnte mit dem vorliegenden Untersuchungsinstrument nicht eindeutig geklärt werden. Dennoch kann anhand der hier aufgezeigten Zahlen vermutet werden, dass die FIA Königslutter zu einer Senkung der Dauer im Maßregelvollzug beitragen kann. Um diese Frage konkreter beantworten zu können benötigt es neben effizienter wissenschaftlicher Erhebungsinstrumente in Längsschnittstudien auch Untersuchungen zur Wirksamkeit ambulanter als auch stationärer Maßnahmen im Maßregelvollzug.

Der finanzielle Aufwand eines Patienten im stationären Maßregelvollzug des AWO Psychiatriezentrums Königslutter lag im Jahr 2015 pro Quartal (drei Monate) bei circa 18.261 Euro, hingegen beliefen sich die Kosten bei Nachsorgepatienten auf nur circa 1.414 Euro (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, 2015). Auf das Jahr hochgerechnet beträgt somit die stationäre Versorgung pro Patient circa 73.042 Euro, bei forensischen Nachsorgepatienten nur circa 5.657 Euro. Eine solche Diskrepanz muss natürlich in Relation zu den etwaigen Leistungen der vollstationären Versorgung gesehen werden. Die exemplarische Berechnung macht dennoch deutlich, dass die

forensische Nachsorge Königslutter durch eine Verkürzung der Verweildauer im Maßregelvollzug zu einer deutlichen Kostenreduktion beitragen kann. In Folgestudien sollte genauer auf den Zusammenhang zwischen der Dauer der stationären Behandlung und den damit verbundenen Kosten eingegangen werden.

5.1.4 Erkenntnisse zur Lebenssituation

Wie bereits im Abschnitt 4.1.2 beschrieben, lebt die Mehrzahl der Patienten allein oder mit der Familie in einer eigenen Wohnung. Die Ergebnisse von Seifert (2001), dass sich die Mehrheit der entlassenen forensischen Patienten in Nachsorgeeinrichtungen befindet, konnte anhand dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Daraus lässt sich ableiten, dass die Vorbereitungen auf die Zeit nach dem stationären Maßregelvollzug erfolgreich verliefen und die Probanden eine gewisse Eigenständigkeit erreichen konnten. Auch kann anhand dieser Untersuchung ein positiver Einfluss der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge auf die berufliche Situation vermutet werden. Die Anzahl berufstätiger Patienten war ähnlich hoch wie die Anzahl der Arbeitslosen. Die Annahme bei der Befragung der Forensischen Psychiatrie Lippstadt (Westendarp et al., 2006), dass sich Nachsorgepatienten nur im Ausnahmefall in den Arbeitsmarkt integrieren können, konnte nicht bestätigt werden (Reuber, Oliva & Jaschke, 2005). Um eine genauere Effektivität dieser Maßnahme festzustellen, ist ein Vergleich von verschiedenen Institutionen hinsichtlich einer Berufstätigkeit und damit verbundenen Qualifizierungsmaßnahmen sinnvoll.

5.1.5 Erkenntnisse zur Entlassungsvorbereitung und Aufnahme aus dem stationären Maßregelvollzug

Die Überleitung zwischen der stationären und ambulanten Maßregel unterliegt vielen strukturellen und prozessualen Störfaktoren, wie eine fehlende soziale Integration Umso wichtiger sei eine adäquate Entlassungsvorbereitung (Westendarp et al., 2006). Es lässt sich anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse (4.1.3) belegen, dass sich die Probanden gut auf einzelne Lebensbereiche vorbereitet und positiv aufgenom- men fühlten. Genaue Aussagen zu dem Einfluss der forensischen Nachsorge konnten anhand dieser Befragung nicht getroffen werden.

5.1.6 Erkenntnisse zur Freizeitgestaltung

Die Organisation einer Tages- und Freizeitgestaltung gehört nicht zu den Primäraufgaben einer forensischen Nachsorge. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass die Beteiligung an Freizeitgestaltungen relativ gering ausfällt. Ein fehlender Ausgleich im Privatleben kann sich schnell zu einem Problem für den Patienten entwickeln, wobei diese defizitäre Strukturierung im Rahmen der Freizeitgestaltung das Risiko birgt, in problematische Verhaltensmuster zurückzufallen und sich ungünstigen Peergroups anzuschließen. Dieses kann wiederum das Risiko für erneute Straftaten und eine Wiedereinweisung begünstigen (Schmidt-Quernheim, 2011). Im Hinblick auf eine positive Legalbewährung sollte der Aufbau einer Tagesstrukturierung, insbesondere in der Freizeitgestaltung, mehr Beachtung finden.

5.1.7 Erkenntnisse zur Kontakthäufigkeit und der Netzwerkkooperation

Die Kontakthäufigkeit zwischen der forensischen Institutsambulanz und den Patienten ist stark abhängig von der aktuellen Situation und den Lebensumständen. Bei gegenwärtigen Problemsituationen und psychopathologischen Veränderungen kommt es in der Regel zu einer engeren Anbindung. Diese Frequenz liegt im Ermessen der zuständigen forensischen Institutsambulanz, und eine Mehrfacheinbestellung bedeutet nicht gleich ein erhöhtes Rückfallrisiko für Straftaten. Vielmehr wird die Ergreifung dieser Maßnahmen beschlossen, um den Sicherheitsauftrag zu erfüllen und präventiv neue Straftaten zu verhindern. Neben den hier angeführten

psychiatrischen und psychologischen Behandlungsstrategien werden auch vermehrte Kontrollen auf Substanzmissbrauch durchgeführt. Ein gut kooperierendes Betreuungsnetzwerk zwischen verschiedenen Nachsorgeinstitutionen erscheint notwendig und hilfreich (Voß, Sauter & Kröber, 2011). In dieser Studie konnte neben der Ambulanztätigkeit die Betreuung seitens der Bewährungshilfe (fast ohne Ausnahme) und der Selbsthilfegruppen nachgewiesen wer- den. Zurückführbar sind diese Ergebnisse auf gerichtliche Weisungen der Führungsaufsicht nach § 68 StGB. Ein großer Vorteil der FIA Königslutter ist die jahrelang bestehende Zusammenarbeit mit dem Ambulanten Justiz-Sozialdienst (AJSD). Die jeweiligen Arbeitsweisen und Zuständigkeiten beider Fachgruppen sind aufeinander abgestimmt, was die Zusammenarbeit und eine ganzheitliche Betreuung gewährleistet.

Die geringste Intensität im Helfernetzwerk üben die ansässigen Psychiater und Psychologen aus, in der Regel nehmen sie erst am Ende der Führungsaufsichtszeit ihre Arbeit auf. Grund dafür ist, dass die FIA Königslutter diese Berufsgruppen bereits vorhält. Ansässige Psychologen und Psychiater sind zwar müheloser zu erreichen, jedoch fehlt ihnen häufig das forensische Fachwissen, und sie könnten durch die strafrelevante Vergangenheit der Patienten befangen sein (Schellbach-Matties, Pelzer, Schmidt-Quernheim, Hourtz & Hax-Schoppenhorst, 1995). Diese Umstände können zu einer schleppenden Überführung von der forensischen Nachsorge in das allgemeinpsychiatrische Versorgungsnetz führen. In der einschlägigen Fachliteratur (Leygraf, 1988) wird häufig nur auf den Übergang von der stationären in die ambulante forensische Nachsorge als kritische Phase eingegangen. Die Thematisierung einer Überleitung in die allgemeinpsychiatrische Nachsorge findet allerdings kaum Beachtung; hier kann sich jedoch ein möglicher Risikofaktor ergeben. In weiteren Untersuchungen sollten auf mögliche Fallstricke näher eingegangen werden. Abschließend ist festzuhalten, dass aufgrund der hier aufgezeigten Problematiken eine Ergänzung der Definition nach Leygraf (1988), hinsichtlich der Nachbehandlung durch das allgemeinpsychiatrische Versorgungsnetz nach Beendigung der forensischen Nachsorge sinnvoll wäre.

5.2 Erkenntnisse zur explorativen korrelativen Auswertung

Weitere Hauptaufgaben des Maßregelvollzuges und der anschließenden Nachsorge sind die Aufrechterhaltung und Förderung der Eigenständigkeit der Patienten. Verläuft diese Vorbereitung positiv, so wirkt sich das maßgeblich auf die Zufriedenheit der Patienten aus und fördert den individuellen Resozialisierungsprozess. Wie unter Abschnitt 4.2 beschrieben und anhand von Tabelle 4.10 erläutert, fühlten sich die Probanden im Allgemeinen gut auf die Entlassung aus dem Maßregelvollzug vorbereitet. Auf mögliche methodische Probleme mit der Interpretation von retrospektiven Bewertungen wird im weiteren Verlauf im Abschnitt 5.3.2 näher eingegangen.

Ferner zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Entlassungsvorbereitung im Hinblick auf problematische Lebenssituationen sowie beziehungsrelevante Themen und der Zufriedenheit. Als mögliche Erklärung können vorteilhafte Einflüsse von Hilfestellungen im Umgang mit alltäglichen Konfliktsituationen sowie die Thematisierung sozialer Interaktionen auf die Wiedereingliederung vermutet werden (Wirtz & Strohmer, 2013). Die Vermittlung solcher prosozialen Coping-Strategien scheint maßgeblich für den Einfluss sozialer Beziehungen, indem sie problemlösende Strategien fördern und für die individuelle Entwicklung mit verantwortlich sein können. Sie begünstigen den Aufbau von stabilen, sozialen Beziehungen, die Einbindung in ein soziales Netzwerk und fördern die allgemeine Zufriedenheit der Patienten (Schmidt-Quernheim, 2011). Ein Mangel an sozialen Bewältigungsstrategien kann laut Hiltermann (2000) eine ambivalente, destabilisierende Entwicklung fördern und somit delinquentes Verhalten begünstigen. Inwieweit beziehungsfördernde und problemlösende Vorbereitungsmaßnahmen im stationären Maßregelvollzug Königslutter positive Effekte auf strafrelevante Verhaltensweisen haben muss zukünftig in langfristig angelegten Studien untersucht werden.

Neben dem Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung werden Qualifikationen und anderweitige Maßnahmen im Maßregelvollzug ergriffen, um die individuellen Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen. Die hier gewonnenen Ergebnisse bestätigten, dass die berufsvorbereitenden Maßnahmen im Maßregelvollzug als hilfreich angesehen wurden und mit der generellen Zufriedenheit der Patienten zusammenhängt. Auch hier sollte in weiteren Studien näher spezifische Effekte dieser Maßnahmen eingegangen werden.

Im Rahmen der forensischen Nachsorge stellt eine positiv erlebte Beziehungsgestaltung einen fördernden Faktor dar. Je nach individueller Entwicklung wird die Art und Intensität der ergriffenen Maßnahmen angepasst. Psychisch erkrankte Patienten neigen häufig zu einem Dissimulationsverhalten (Wirtz, 2013) und somit zur Verneinung oder Abschwächung tatsächlich vorhandener psychischer und physischer Beschwerden und Schwächen. Durch verschiedene Maßnahmen, beispielsweise die Begutachtung durch mehrere spezialisierte Berufsgruppen (Peters, 1984), sollen daraus folgende Behandlungsfehler reduziert werden. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass solche Präventionsmaßnahmen als hilfreich empfunden wurden, sodass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Wunsch der Kontakthäufigkeit und der Bewertung der Gespräche nachgewiesen werden konnte. Je besser und förderlicher die Qualität der Nachsorge erlebt wird, desto größer scheint auch das Vertrauen in die FIA Königslutter.

Zudem zeigte sich, dass die Themen Sucht-, Delikt- und Problembewältigung in dem gemeinsamen Austausch einen hohen Stellenwert einnehmen. Die Mehrheit der Patienten bewerteten die geführten Gespräche als hilfreich. Dies bestätigte sich auch in der hohen Zufriedenheit mit dem Kontakt zur FIA. Es konnten positive Zusammenhänge zwischen der Beurteilung von Gesprächen, sowie den behandlungsrelevanten Themen Suchtmittelrückfall, Deliktrückfall und Bewältigung schwieriger Lebenssituation nachgewiesen werden.

In der Tabelle 4.12 ist ein positiver Zusammenhang zwischen der Diagnosegruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörungen und der Bewertung mit der aktuellen Lebenszufriedenheit feststellbar. Die Ergebnisse sind aufgrund der geringen Personenanzahl nicht repräsentativ und daher nur unter Vorbehalt zu interpretieren; dies wird im Abschnitt 5.3.1 näher erläutert. Dennoch wird laut einschlägiger Fachliteratur (Uhlmann & Steiner, 2008) davon ausgegangen, dass sich spezialisierte Behandlungsangebote, wie sie im stationären Maßregelvollzug Königslutter zu finden sind, positiv auf den Behandlungserfolg auswirken können. Als Gründe werden unter anderen die verbesserte einzeltherapeutische Beziehung und eine – damit einhergehende – gesteigerte Selbstwirksamkeit genannt. Ob dies auch bei der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung zutrifft, muss in weiteren Studien genauer untersucht werden. Eine Weiterführung solcher spezifischeren Behandlungsangebote im Rahmen der forensischen Nachsorge Königslutter könnte dennoch sinnvoll sein.

Zusammenfassend lassen sich folgende Ergebnisse zu der explorativen Auswertung festhalten: Es konnten Zusammenhänge zwischen den Bewertungen von entlassungsvorbereitenden Maßnahmen, der allgemeinen Zufriedenheit sowie der Vorbereitung auf verschiedene Lebensbereiche ermittelt werden. Zudem zeigten sich positive Korrelationen in der Bewertung nachsorgender Gespräche zu behandlungsrelevanten Themen und der Kontakthäufigkeit zur Nachsorge. Auch deuteten die Resultate darauf hin, dass die Patienten durch den stationären Maßregelvollzug gut auf die Entlassung vorbereitet wurden und sich besser in verschiedene Lebensbereiche integrieren konnten. Eine positiv erlebte Nachsorgebetreuung stellt darüber hinaus einen förderlichen Faktor dar. Der regelmäßige Kontakt zur Nachsorgeambulanz erscheint für die Patienten hin- sichtlich der Bewältigung von Lebenskrisen und den Themen Suchtmittel- und Deliktrückfall hilfreich. Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen somit die Annahme, dass die Forensische Institutsambulanz Königslutter ihren betreuenden Auftrag erfüllt und qualitativ hochwertige adäquate Arbeit leistet.

5.3 Methodenkritik und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung hat eine Vielzahl von interessanten Ergebnissen aufgezeigt; eine abschließende Auswahl von zentralen Resultaten ist aufgrund der Komplexität der forensischen Psychiatrie allerdings schwierig. Im Folgenden soll das genaue wissenschaftliche Vorgehen hinsichtlich möglicher Beschränkungen diskutiert werden und somit als Anhaltspunkt für weitere Forschungen dienen.

5.3.1 Größere Stichprobenanzahl und mehrere Erhebungsstandorte

Die Generalisierung der gewonnenen Ergebnisse auf den gesamten Bereich der forensischen Nachsorge ist aufgrund der limitierten Gesamtstichprobe in einer Institution nur unter Einschränkungen möglich. Auch entfallen Auswertungen mittels Regressionsanalyen, da laut einschlägiger Fachliteratur von aussagekräftigen Ergebnissen erst ab mindestens 100 Beobachtungen auszugehen ist (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006). Verlässliche, statistische Aussagen sind aufgrund der geringen Stichprobenanzahl der psychiatrischen Diagnosegruppen kaum möglich. Dies zeigte sich besonders in Tabelle 4.12: Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte keine zuverlässige Aussage zu dem Zusammenhang zwischen der erlebten Lebenszufriedenheit und der Diagnosegruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörung getroffen werden. Durch eine größere Stichprobenanzahl wäre es ferner möglich die im Abschnitt 4.1.1 aufgezeigte ungleiche Merkmalsverteilung auszugleichen. In der Untersuchung zeigten sich methodische Probleme hinsichtlich des Umgangs mit fehlenden Daten. Obwohl Eliminations- und Imputationsverfahren existieren, wurde für diese explorative Pilotstudie auf solche Schätzverfahren verzichtet. Eine umfangreichere, klinikübergreifende Gesamtstichprobenanzahl sowie eine zufälligere Auswahl der Probanden würde die Aussagekraft dieser empirisch-wissenschaftlichen Arbeit erhöhen (Rässler, 2000).

5.3.2 Entwicklungsbedürftiger Forschungsstand

Der aktuelle empirisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand der forensischen Nachsorge- und Risikoforschung ist durch Methoden der quantitativen Sozialforschung noch kaum erforscht. Ein allgemeines Problem dieser Untersuchung stellt hierbei die kognitiven Verzerrungen dar. Im Sinne der kognitiven *Dissonanztheorie* nach Festinger (1957) streben Menschen nach einer Widerspruchsfreiheit ihrer Kognitionen, um damit unangenehm empfundene Gefühlszustände zu verhindern. So könnte es beispielsweise sein, dass Patienten, denen die Wiedereingliederung gelungen ist, rückblickend die Entlassungsvorbereitung positiver beurteilen. Um diesem methodischen Problem entgegenzuwirken ist eine individuelle und differenzierte Betrachtung verschiedener Zusammenhänge für ein weiteres Forschungsbestreben unumgänglich. Für eine bessere Aussagekraft ist ein prospektives Studiendesign mit mindestens zwei Messzeitpunkten zu empfehlen, um soziale sowie individuelle Wandlungsprozesse zu untersuchen.

5.3.3 Längerer Katamnesezeitraum

Im Rahmen von langfristig angelegten Folgestudien können weitere Daten zur Sozial- und Krankheitsentwicklung sowie zur Straffälligkeit der Probanden gewonnen werden. Längere Erhebungszeiträume erlauben präzisere Rückschlüsse auf Aussagen zur Legalprognose und der Reintegration forensischer Nachsorgepatienten. Bisher gewonnene Daten könnten dann in Abhängigkeit der Variable Zeit interpretiert werden und erlauben Rückschlüsse zu einer möglichen Entfristung der Führungsaufsicht. Im Hinblick auf den Sicherungsauftrag kann die Schaffung einer Möglichkeit, Patienten mit bestehender negativer Legalprognose nach Ende der Führungsaufsicht offiziell weiter zu betreuen, sinnvoll sein. Dem aktuellen Stand nach kann eine unbefristete Führungsaufsicht nach § 68c StGB beantragt werden. Dies gestaltet sich in der Praxis jedoch schwierig.

5.3.4 Erweiterung und Konkretisierung des Fragebogens

Die Mitaufnahme von Fragen zur Erfassung von *Substanz- und Deliktrückfällen* würde weitere Rückschlüsse zur langfristigen rückfallpräventiven Wirkung forensischer Nachsorge zulassen. Aufgrund dieser fehlenden Itemkategorien konnten nur indirekt Aussagen zur Wirkweise im Hinblick auf eine Rückfallprävention getroffen werden. Auch wäre es hilfreich, an einigen Stellen besondere sprachliche Hinweise mit aufzunehmen zum Bei-

spiel, dass sich die in der Tabelle 4.8 dargestellte Betreuung durch die psychiatrische Ambulanz nur auf die FIA Königslutter bezieht. Ebenso sollte eine methodische Lösung zur Erhöhung der Aussagekraft von Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Lese-Rechtschreibstörung gefunden werden. Des Weiteren könnte die Erfragung der Unterbringungsparagrafen § 63, § 64 und § 67b StGB erfolgen, sodass direkte Rückschlüsse zu verschiedenen Maßregelparagrafen und deren Auswirkungen gezogen werden können.

5.3.5 Identifizierung protektiver Faktoren

Eines der wichtigsten Themen forensisch-ambulanter Nachsorge ist die Wirkung von protektiven Faktoren (Rodgers, 2000). Im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen forensischen und allgemeinpsychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen könnte ein offizieller Raum zum fachlichen Austausch gestaltet werden, um gemeinsam protektive Faktoren im Maßregelvollzug zu erarbeiten. Dies hätte zum einen den Zuwachs an forensisch-psychologischem und medizinischem Wissen in der Allgemeinpsychiatrie zur Folge, und zum anderen könnten Vorurteile gegenüber Maßregelpatienten abgebaut werden. Eine derartige Kooperation ermöglicht die frühzeitige Anpassung von Behandlungskonzepten und die schnellere und stabilere Überführung von der forensischen in die gemeindepsychiatrische Nachsorge.

5.3.6 Prospektives Forschungsdesign über mehrere Messzeitpunkte

Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Ergebnisse können als Ausgangspunkt für weitere Forschungsbemühungen und Denkanstöße in der forensischen Psychiatrie dienen. Das verwendete Erhebungsinstrument sollte kontinuierlich auf Methodik und Praktikabilität weiterentwickelt und verbessert werden. In dieser Pilotstudie zeigten sich methodische Probleme hinsichtlich des gewählten Studiendesigns; aufgrund der geringen Forschungsdichte zur forensischen Nachsorge in Niedersachsen und der ersten Untersuchung der FIA Königslutter war eine langfristig angelegte Prä-Postmessung nicht möglich. Für nachfolgende Untersuchungen ist daher eine langfristig angelegte prospektive Messung über mehrere Messzeitpunkte zu empfehlen. Vorteile wären unter anderen die bessere Einhaltung empirischer Gütekriterien sowie die Kontrollierbarkeit der Stichprobeneigenschaften (Seifert, 2007). So könnten beispielsweise Fragen zur Zufriedenheit mit der Entlassungsvorbereitung direkt vor der Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug gestellt werden. In einer späteren Untersuchung könnten dann anhand der vorherigen Erkenntnisse Aussagen zu dem Wiedereingliederungserfolg getroffen werden.

6. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten in der Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums Königslutter. Im Rahmen der Untersuchung konnte ein prozentualer Anteil von 83,33 % der Patienten akquiriert werden. Mithilfe eines Fragebogens, der ursprünglich für eine Patientenbefragung in Maßregelvollzugkliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe konzipiert worden ist, konnten Daten zur Nachsorgesituation mittels diagnostischer und anamnestischer Verfahren erhoben werden. Im Zuge der Untersuchung zeigte sich, dass der Fragebogen hinsichtlich der Funktionalität und Aussagekraft um relevante Inhalte ergänzt werden sollte. Diese Pilotstudie konnte Anregungen für weitere Forschungsschwerpunkte liefern, die aber keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Bezugnehmend auf das Untersuchungsziel sollen im Folgenden zusammenfassend die wichtigsten Erkenntnisse, der in Königslutter durchgeführten Befragung dargestellt werden:

1. Erkenntnisfunktion:

Die Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit stellen die Befunde der deskriptiven und explorativen Untersuchung dar. Anhand der Ergebnisse konnten wichtige Funktionen und Schwerpunkte der forensischen Nachsorge Königslutter dargestellt werden. So zeigte sich der Wunsch einer langfristigen Anbindung an die forensische Institutsambulanz und die hohe Zufriedenheit mit der Qualität der Nachsorge. Anhand der Ergebnisse lässt sich vermuten, dass sich eine qualitativ hochwertige Entlassungsvorbereitung in den Bereichen Berufstätigkeit und soziale Wiedereingliederung auszahlt und die Patienten dazu befähigt ein eigenständiges Leben führen zu können. Anhand dieser Studie konnten jedoch keine Aussagen zu der Effektivität dieser Maßnahmen getroffen werden. Hierfür bedarf es weiterführender Studien.

2.Kontrollfunktion:

In dieser Pilotstudie konnte festgestellt werden, dass sich die Patienten gut betreut fühlten und generell einen hohen Grad an Zufriedenheit mit der forensischen Nachsorge aufwiesen. Es war es anhand dieser Untersuchung nicht möglich, einen direkten Bezug zu delinquenten Verhaltensauffälligkeiten herzustellen, dennoch boten die gewonnenen Ergebnisse weitere Aufschlüsse über Zusammenhänge der forensischen Nachsorge und einer strafrechtlichen Rückfallgefährdung. Die hier aufgezeigten Forschungsergebnisse können helfen Einschätzungen zu Rückfallgefährdungen besser zu gewichten, individuelle Sichtweisen besser in Einklang zu bringen und die aktuelle Betreuungsqualität einzuschätzen. Um ein repräsentatives Bild über die Auswirkung der forensischen Nachsorge auf eine strafrechtliche Rückfallgefährdung zu erhalten, sollte in weiterführenden Studien auf die Erforschung solcher Zusammenhänge eingegangen werden.

3. Lernfunktion:

Aus der vorliegenden Pilotstudie ergeben sich aufschlussreiche Erkenntnisse und Perspektiven, die für weitere Forschungen von Interesse sind. In dieser Untersuchung bestätigte sich, dass ein zentraler Punkt der forensischen Nachsorge der ständige Ausbau von multiprofessionellen Ressourcen ist. Aufgrund der aufgezeigten mangelnden Beteiligung von gemeindenahen Psychologen und Psychiatern am Betreuungsnetzwerk erscheint ein fächerübergreifender Austausch dieser Berufsgruppen zur Reduzierung von Vorurteilen sinnvoll. Wünschenswert wäre ein offener Dialog aller betreuenden Instanzen zu möglichen Defiziten und positiven Entwicklungen. Die bisherige Betreuung und Behandlung der Patienten erfolgt in individueller Einzelarbeit, bisher gibt es keine spezifischen Therapieangebote nach Diagnosegruppen. Im Hinblick auf die Verbesserung der forensischen Nachsorgearbeit wären differenzierte Studien zum Nutzen von spezifischen therapeutischen Behandlungsangeboten im Rahmen der forensischen Nachsorge hilfreich.

4. Legitimationsfunktion:

Wie bereits erläutert, war die Befragung der Patienten zu ihrer Entlassungsvorbereitung im Rahmen der Pilotstudie zeitlich verzögert, sodass kognitive Verzerrungen die Ergebnisse beeinflussen können. Zur Minimierung dieses Problems wäre es sinnvoll, die Patienten zu mehreren Zeitpunkten zu befragen. Ein prospektives Untersuchungsdesign mit mehreren Messzeitpunkten würden genauere Aussagen über die langfristige Wirksamkeit der Nachsorge Königslutter zulassen. Weiterhin existieren kaum Studien die eine Vergleichsstichprobe empfehlen. Aus diesem Grund sollten andere Verfahren hinsichtlich ihrer Aussagekraft geprüft werden. Für zukünftige Untersuchungen ist ein hypothesengeleitetes, prospektives und kontrolliertes Untersuchungsdesign empfehlenswert.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Wiedereingliederung von forensischen Patienten eine anspruchsvolle sowie schwierige Aufgabe darstellt, dessen Scheitern schnell öffentlich mediales Interesse erlangt. Die ambulante Versorgung forensischer Patienten ist nur mit einem ausreichenden und qualifizierten Personalschlüssel zu gewährleisten. Die flächendeckende Anzahl forensischer Institutsambulanzen in Deutschland verlangt, aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die forensische Nachsorge, weiter nach Evaluierungen und Wirksamkeitsnachweisen. Nichtsdestotrotz stellt die hier durchgeführte Studie einen zusätzlichen Gewinn sowie aufschlussreiche Erkenntnisse im Bereich der Forschung zur forensischen Nachsorge dar.

Literaturverzeichnis

Albrecht, E., Schnipkoweit, H. (1982). Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz (Nds. MVollzG). Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) § *3 Einrichtungen des Maßregelvollzuges*, § 3 Absatz 2. Saarbrücken.

Antwerpes, D. (2016). (D. M. GmbH, Hrsg.) Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Modell zur Institution. Abgerufen am 05.08.2016 von dockcheck.com.

AWO Psychiatriezentrum-Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. (2016). Abgerufen am 03.08.2016 von http://www.awo-psychiatriezentrum.de.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke , W. & Weiber , R. (2006). Multivariate Analysemethoden. *In: Eine anwendungsorientierte Einführung.* Berlin: Springer Verlag.

Brezzel, A. (2013). Der Blick in den Spiegel...Standardisierte Erhebung der Ergebnisqualität im bayerischen Maßregelvollzug. (R. R. Psychiatrie, Hrsg.) *Recht und Psychiatrie*(3), 123.

Bullens, R. (1994). Faktoren der Behandlung von Sexualstraftätern: Motive, Therapiesetting, Nachsorge. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften*(2), 33–53.

Bullinger, M. (1996). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. *Die Rehabilitation*(35), 17–27.

Cabeza, S.G. (1998): Kriminalprävention durch ambulante Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner, R.; Cabeza, S.G. (Hrsg.): Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit. Kriminaltherapie. Kriminalprognose. Forum Verlag, Godesberg 1998.

Zentrum für Evaluation-Universität des Saarlandes. (2004). Was ist eine gute Evaluation? *Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren*. (C. f. (CEval), Hrsg.) (9).

Dahle, K.-P., Dölling, D., Kröber, P.-L., Leygraf, N. & Sass, H. (2005). Forensische Psychiatrie – Ihre Beziehungen zur klinischen Psychiatrie und zur Kriminologie. *Forensische Psychiatrie und ihre Beziehung zur klinischen Psychiatrie und zur Kriminologie*, Nr.? 1380.

DeGEval-Gesellschaft für Evaluation e. V. (2002). (Hg.): *Standards für Evaluation*, 4. unveränderte Auflage. Mainz: 10–13.; ISBN 3-00-009022-3).

Dessecker, A. (2008). *Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: Dauer und Gründe der Beendigung. Ergebnisübersicht zur bundesweiten Erhebung.* Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (1. Ausg.). (H. Dilling & E. World Health Organization, Hrsg.) Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmitd, M. H. (2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber.

Dorsch, F., Bergius, R., Ries, H., Becker-Carus, C., Glaser, W., Graichen, J., ... Roth, E. (1982). *Psychologisches Wörterbuch* (10. Ausg.). (F. Dorsch, Hrsg.) Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.

Durst, H. (2010). *Aufbauorganisation und Konzeption einer Psychiatrischen Institusambulanz (PIA)*. München. GRIN Verlag.

Eucker, S. & Müller – Isberner, R. (2011*). Praxishandbuch Maßregelvollzug: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie*. Berlin, Haina, Gießen. MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Farrington, D. & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford, CA: Stanford University Press 1957.

Freese, R. (2003). Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. (R. Müller-Isberner & L. Gretenkord, Hrsg.) *Psychiatrische Kriminaltherapie.* (M. Pabst & M. Pabst, Hrsg.) Lengerich: Pabst Science Publishers*, 2*.

Freese, R. (2004). Therapeutische und finanzielle Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. Die Forensisch-psychiatrische Ambulanz Hessen. *In: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales*, 81–95.

Fromberger, P. & Müller, J. (2007). Wollen/Dürfen/Müssen wir forschen? Juristische, ethische und wissenschaftliche Aspekte der Erforschung von forensisch relevanten Störungen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1*, 276–280.

Grohmann, R., Schmidt , L. & Rüther , E. (1990). Drug surveillance in psychiatric inpatients. *Pharmaceut Med* (3), 341–348.

Hausner, H., Wittmann, M. & Cording, C. (2016). Forensic Psychiatry in a State of Change. *Krankenhaus-psychiatrie* (17(2)), 68–73.

Hax-Scheppenhorst, T. & Schmidt-Quernheim, F. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie – Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug*. In H. AG (Hrsg.). Bern: Verlag Hans Huber.

Heinz, W. (2009). Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland. (N. Leygraf , H.-L. Kröber, D. Dölling & H. Sass, Hrsg.) *Kriminologie und Forensische Psychiatrie.*(4), 1–133.

Hiltermann , E. (2000). Back to square one. A study into the prediction of serious recidivism during leave by Dutch forensic psychiatric patients. *Tijdschrift voor criminologie* (42), 232–252.

Jost, D. (2012). Gefährliche Gewalttäter? *Grundlagen und Praxis der Kriminalprognose* (Bd.1). Verlag W. Kohlhammer.

Kirchmeier, M. (2005). Die Entlassungssituation forensischer Patienten aus der Psychiatrie. München: Grin Verlag.

Konrad, M., Frank, U.-G. & Flammer, E. (2011). Community Care for Former Forensic Patients in the Local Mental Health Care System – Evaluation of the Basic Documentation in Two Regions. *Psychiatrische Praxis* (38), 376–381.

Konrad, N. (1994). Psychische Störung und lange Freiheitsstrafe. In: Jung H, Müller-Dietz H (Hrsg.) Langer Freiheitsentzug – wie lange noch? Plädoyer für eine antizyklische Kriminalpolitik. *Forum*, Bonn.

Kratzer, S. (2006). *Pathologische Internetnutzung – eine Pilotstudie zum Störungsbild*. Pabst**.**

Kröber, H.-L.; Institut für Forensische Psychiatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin. (2005). Forensische Psychiatrie – Ihre Beziehungen zur klinischen Psychiatrie und zur Kriminologie. *Nervenarzt*, Nr.? 1380.

Leygraf, N. (2004). Die Begutachtung der Prognose im Maßregelvollzug. (U. Venzlaf & K. Förster, Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (3), 350–358.

Leygraf, N. (1988). Psychisch kranke Straftäter. *Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregel-vollzugs*. Berlin – Heidelberg – New York: Axel Springer Verlag, 176–184.

Leygraf, N. & Windgassen, K. (1988). Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges? *Bewährungshilfe, 35*.

Likert, Rensis (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55.

Maier, U., Mache, W. & Klein, H. (2000). Woran krankt der Maßregelvollzug? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 83*(2), 71–90.

Möller, A., Ph. M. (2000). Möglichkeiten der forensischen Legalprognose. Eine Übersicht zu Entwicklungen und gegenwärtigem Stand der forensischen Prognosestellung unter besonderer Berücksichtigung von «Gefährlichkeit». (P. U. Zürich, Hrsg.) *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 3* (151), 105–113.

Mussmann, C., Kraft, U., Thalmann, K. & Muheim, M. (1993). Die Gesundheit gesunder Personen. (T. H. Arbeitspsychologie, Hrsg.) *Eine qualitative Studie.* (Bericht Nr. 2).

Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Neumeyer-Bubel, W. & Imbeck J. (2007). Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug Hessens. *Forensische Psychiatrie. Psychologische Kriminologie*, 43–49.

Münz, R. & Pelz, M. (1987). Berufsorientierung und Arbeitslosigkeit. *Soziale Welt* (38), 330–349.

Nedopil, L. & Müller-Isberner, R. (1995). Die Begutachtung zum Maßregelvollzug – welche Rolle spielen Prognosekriterien? *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. (Prof. F. Böcker & Dr. F. Weig, Hrsg.) (6), 464–472.

Nedopil, L. (1988). Psychiatrischer Maßregelvollzug gemäß §63StGB. *Rechtsgrundlagen – Derzeitige Situation – Behandlungskonzepte – Perspektiven* (W. Hacke & W. Maier, Hrsg.) (66), 44–49.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gleichstellung, u. Gesundheit. (2015). *Pflegesatzvereinbarung für allgemeine Maßregelvollzugsleistungen und Vereinbarung für die Vergütung der Leistungen der forensisch – psychiatrischen Institutsambulanzen.* Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gleichstellung, u. Gesundheit. (2008). *Kerndatensatz.* Hannover.

Norddeutscher Rundfunk. *(2016). Mann aus Maßregelvollzug sticht auf Frau ein.* Abgerufen am: 06.08.2016 von http://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/ hannover_weser-leinegebiet/Mann-aus-Massregelvollzug-sticht-auf-Frau ein, massregelvollzug196.html.

Peters, U. (1984). *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie* (Bd. 3). Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.

Pollähne, H. (1999). Maßregelvollzug zwischen Strafvollzug und Psychiatrie. (W. Weigand, Hrsg.) *Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion*, 37–54.

Pozár, C. (2001). Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB – Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie*(19), 82–88.

Rässler, S. (2000). Ergänzung fehlender Daten in Umfragen/Imputation of Missing Data in Surveys. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, *220* (1), 64–94.

Roger A. Pielke, J. (2010). In Retrospect: Science – The Endless Frontier. In *Nature* (Bd. 466), 922–923.

Reuber, D., Oliva, H. & Jaschke, H. (2005). Ergebnisse der externen Evaluation des Projektes „Ambulante Nachsorge" des Westfälischen Zentrums für Forensische Psychiatrie Lippstadt. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (1)*, 121–141.

Rodgers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. In *Law Human Behavior* (Bd. 24), 559–560.

Roxin, C. (2016). *StOP – Strafprozessordnung mit EinführungsG, GerichtsverfassungsG, EGGVG, Jugendgerichtsgesetz, StraßenverkehrsG.* München. dtv Verlagsgesellschaft.

Rubin, Donald, B. (2004). *Multiple imputation for nonresponse in surveys* (Vol. 81). John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry* (147), 598–611.

Saimeh, N. (2001). Zwischen Psychiatrie und Forensik. Können wir die Kluft überwinden? In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (Hrsg.). *Soziale Psychiatrie*, 15–19.

Schaumburg, C. (2003). Basiswissen: Maßregelvollzug. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schellbach-Matties, R., Pelzer, W., Schmidt-Quernheim, F., Hourtz, M. & Hax-Schoppenhorst, T. (1995). Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 50.*

Schindler, C. & Körkel, J. (2003). Rückfallbedingungen. In *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* (Bd. 4). Springer Verlag, 18.

Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst. (2003/2008). Zur aktuellen Situation im Maßregelvollzug. In: *Professionelle forensische Psychiatrie* (Bd. 2). Bern: Verlag Hans Huber, 67–68.

Schmidt-Quernheim, F.; Hax-Schoppenhorst, T. (2008): *Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug.* Hans Huber Verlag.

Schmidt-Quernheim, F. & Hax–Schoppenhorst, T. (2008). Entlassungsfelder und Kooperationspartner der Nachsorge-Wohnheime, Betreutes Wohnen-Flexible Angebote. *Professionelle forensische Psychiatrie – Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2) Hans Huber Verlag, 302–323.

Schmidt-Quernheim, F. (2011). *Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen.* Fakultät für Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen Institut für Psychologie, Duisburg-Essen.

Schulenberg, D. (Hrsg.). (2007). Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung. *Bundesgesetzblatt Jahrgang (13),* Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH, 513–1518.

Seifert D, (2007). Helfen uns klinische Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung behandelter forensischer Patienten (§ 63 StGB)? *Forensische Psychiatrie, Psychologie,* 27–33.

Seifert, D. (2007). Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: Sass, Henning, Sauer, Heinrich, Müller-Sphan & Franz (Hrsg.), *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie.* Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Seifert, D. (2010). Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie.* Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Seifert, D. (2010). Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4* (1), 60–69.

Seifert, D., Bolten, S. & Möller-Mussavi, S. (2003). Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* (86), 127–137.

Seifert, D., Jahn, K. & Bolten, S. (2001). Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose – Erste Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie. (M. Dieterich, Hrsg.) *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* (6), 69.

Softwarepaket SPSS 22. (2016). *Statistical Package for Social Science*, IBM®.

Steinböck, H., Groß, G., Nedopil, N., Stübner, S., Tiltscher, E., von Vopelius, G. & Werner, M. (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Modell zur Institution. (Y. Bieger & J. Haaf, Hrsg.) *Recht und Psychiatrie* (4), 199–2007.

Steller, M. (1994). Behandlung und Behandlungsforschung. Einführung. (M. In: Steller, K.-P. Dahle & M. Basque, Hrsg.) *Straftäterbehandlung*, 3–12.

Stübner, S. & Nedopil , N. (2010). Ambulante Sicherungsnachsorge in Bayern: Bericht über das erste Modellprojekt. . In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Stübner, P., Möller, P.-J. & Nedopil, P. (2009). Bayern Ambulatory Aftercare of Forensic Patients After Release – A Study of an Outpatient Project in Bavaria. (A. f. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Hrsg.).

Trödle, H., Fischer, T. (1999). Strafgesetzbuch und Nebengesetze; 53. Auflage, München, 2006; zit.: Fischer, StGB.

Uhlmann. C., Steinert, T. (2008). Stationsatmosphäre und Behandlungserfolg nach Eröffnung einer Spezialstation für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und akuten Krisen. (A. P. Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Hrsg.) *18*(4).

Universität Kassel (2016). Institut für Psychologie. Logo. Abgerufen am 08.08.2016 unter http://www.uni-kassel.de.

Urbaniok, F. (2011). Prävention und Opferschutz: Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapieangebote zur Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten. Von: http://biosbw.de/images/stories/pdfs/bios_ppd_kosten effizenz_studie_42_2011.pdf.:.http://biosbw.de/images/stories/pdfs/bios_ppd_kosten effizienz_studie_42_2011.pdf. [Stand: 02.04.2012] abgerufen am 21.08.2016.

Volckart, B. & Rolf Grünebaum, R. (2015). Maßregelvollzugsgesetz. Köln. Carl Heymanns Verlag.

Von Bormann, D. (12/05). Konzeption der Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz. In: Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen & Justizkommunikation (Hrsg.), *Soziale Dienste der Justiz* (S. 19). Mülheim a. d. Ruhr.

Voß, T., Sauter, J. & Kröber, H.-L. (2011). Entlassene Problemfälle in der ambulanten Nachsorge von langzeitinhaftierten und langzeituntergebrachten Patienten. (K.-P. Dahle, D. Dölling, P.-L. Kröber, N. Leygraf & H. Sass, Hrsg.) *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*.

Werner Herkner: Lehrbuch Sozialpsychologie, Verlag Hans Huber 1991.

Westendarp, A. M. (2006). Patientenbefragung als Mittel der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. (D. Kobbé, Hrsg.) *Werkstadtzeitschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (3), S. 73–97.

Westendarp, A. M., Dimmek, B., Brunn, D., Weitekamp, C. & Rinklake, D. (2006). Patientenbefragung als Mittel der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. In: M. R. Pabst & M. W. Pabst, (Hrsg.) *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften* (3), 73–93.

Weigend, T. (2015). Strafgesetzbuch StGB. München. dtv Verlagsgesellschaft.

WHO. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. (G. Conrad, Hrsg.) *Hamburg*. Wienberg, G., Wittmann, B. & Hollweg, T. (2005). *Ein Konzept für die Nachsorge der Patienten des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB in Nordrhein-Westfalen*. *3*, 132.

Wirtz, M. & Strohmer, J. (2013). Coping-Modell. *Dorsch-Lexikon der Psychologie* (16), 341.

Wurmser, L. (1993). Die Maske der Scham. *Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Anhang

Anhang A *Fragebogen mit Einverständniserklärung und Patienteninformationsschreiben*

Anhang B *Paragraphen (MVZ)*

Anhang C *Maßregelvollzugsgesetz*

Anhang D *Tabellen zu Zweit- und Drittdiagnosen*

Anhang A

Fragebogen mit Einverständniserklärung und Patienteninformationsschreiben

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der Patientenbefragung in der forensischen Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums Königslutter

Hiermit bestätige ich, dass ich von der verantwortlichen Person für die oben genannte Befragung vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt wurde. Ich habe das beigelegte Informationsschreiben gelesen und bin an der freiwilligen Teilnahme einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten anonym ausgewertet und gespeichert und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

---------- ----------

Ort, Datum Unterschrift

Patientenbefragung in den Einrichtungen
des Maßregelvollzuges des AWO Psychiatriezentrums Königslutter

Fragebogen für Patienten und Patientinnen,
die sich im Langzeiturlaub
oder in der Nachsorge befinden

Februar 2016

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

mit diesem Fragebogen möchten wir von Ihnen Dinge erfragen, von denen wir glauben, dass sie Ihre Entwicklung und damit Ihre Möglichkeit, das Ziel der Maßregel zu erreichen, wesentlich beeinflussen können. Außerdem sind Fragen dabei, mit denen wir direkt oder indirekt Rückmeldungen über die Qualität unserer Arbeit bekommen können. Sie können uns mit den Antworten behilflich sein, unsere Arbeit und damit Ihre Behandlung zu verbessern.

Bitte lesen Sie die einzelnen Fragen durch und kreuzen Sie die von Ihnen für richtig gehaltenen Antworten an. Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchte, füllen Sie das Kästchen schwarz aus und kreuzen Sie die gewünschte Antwort an. Versuchen Sie bitte die Fragen so ehrlich und genau wie möglich zu beantworten.

Sollten Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, können Sie sich gerne an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik wenden.

Die Befragung wird ca. 10 Minuten dauern.

Bitte werfen Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen im verschlossenen Umschlag ohne Namensangabe in den dafür gekennzeichneten Kasten.

Ihre Antworten werden **anonym** ausgewertet, sodass es es keinen Einfluss auf Ihre Behandlung haben wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der Forensischen Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums Königslutter

Fragen zur Sozialstatistik

1			Stempel der Klinik	
2	**Sind Sie:** ☐ männlich ☐ weiblich			
3	**Ihr Alter:** .....Jahre			
4	**Befinden Sie sich in der forensischen <u>Nachsorge</u> nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug ?**		Ja ☐	Nein ☐
5	**Wenn ja, wie lange schon:**		..... Jahre ..... Monate	
6	**Wie lange befanden Sie sich in dieser Klinik?**		..... Jahre ..... Monate	
7	**Befinden Sie sich im <u>Langzeiturlaub</u>?**		Ja ☐	Nein ☐
8	**Wenn ja, seit wann?**		..... Jahre ..... Monate	
9	**Wie lange befinden Sie sich im aktuellen Maßregelvollzug?**		..... Jahre ..... Monate	
10	**Sieht ihre Behandlungsplanung eine Entlassung in den nächsten 6 Monaten vor?**		Ja ☐	Nein ☐ weiß nicht ☐
	Was wird/wurde bei Ihnen schwerpunktmäßig behandelt:			
11	Psychose	☐		
12	Intelligenzminderung	☐		
13	Alkoholabhängigkeit	☐		
14	Drogenabhängigkeit	☐		
15	Sonstige Suchterkrankung	☐		
16	Borderline-Persönlichkeitsstörung	☐		
17	Andere Persönlichkeitsstörung	☐		
18	Sexualstörung	☐		
19	Andere_			

3

Lebenssituation

Wo leben Sie zur Zeit?

20	Im Wohnheim / Übergangseinrichtung	☐
21	In einer anderen Form des betreuten Wohnens	☐
22	In der eigenen Wohnung	☐
23	Sonstiges	☐

Mit wem leben Sie zusammen? (Mehrfachnennungen möglich)

24	Mit niemandem (allein)	☐
25	Mit (Ehe-) Partner/ (Ehe-) Partnerin	☐
26	Mit Kindern	☐
27	Mit Eltern oder anderen Angehörigen	☐
28	Mit anderen Personen	☐

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Ich bin:

29	Berufstätig	☐
30	In einer schulischen Ausbildung	☐
31	In einer beruflichen Ausbildung	☐
32	In einer Weiterbildung	☐
33	In einem Arbeitspraktikum	☐
34	Arbeitslos	☐
35	Ich bin Rentner/Rentnerin	☐

4

Vorbereitung

Wie fühlten Sie sich auf den Schritt in mehr Freiheit vorbereitet?

36

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
☐	☐	☐	☐

Wie fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Situation?

37

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
☐	☐	☐	☐

Wie gut wurden Sie auf Ihre jetzige Situation vorbereitet in den Bereichen:

		Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
38	Selbstversorgung	☐	☐	☐	☐
39	Umgang mit Geld	☐	☐	☐	☐
40	Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐
41	Beziehungsgestaltung	☐	☐	☐	☐
42	Bewältigung von problematischen Situationen	☐	☐	☐	☐
43	Berufliche Tätigkeit durch Arbeitspraktika	☐	☐	☐	☐

Wie wurden Sie aufgenommen von:

		Trifft nicht zu	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
44	Der Nachbarschaft	☐	☐	☐	☐	☐
45	Ihren Arbeitskollegen und - kolleginnen	☐	☐	☐	☐	☐
46	Ihren Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐
47	Ihren Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen	☐	☐	☐	☐	☐
48	Ihren Freunden/ Freundinnen und Bekannten	☐	☐	☐	☐	☐

5

Freizeitgestaltung

Wie gestalten Sie Ihre Fr eizeit?

		Gar nicht	Unregelmäßig	Regelmäßig	Nicht möglich
49	Sportangebote	☐	☐	☐	☐
50	Volkshochschule	☐	☐	☐	☐
51	Kulturelle Angebote	☐	☐	☐	☐

Kontakte zur behandelnden Klinik
(nach Entlassung in den LZU, Nachsorge)

		1x/ Vierteljahr	1x/ Monat	Häufiger
52	**Wie oft haben Sie zu Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Klinik Kontakte?**	☐	☐	☐

Möchten Sie eher mehr oder eher weniger Kontakte?

	Eher mehr	Eher weniger	Gar keinen	Bin zufrieden
53	☐	☐	☐	☐

Ich habe außerdem regelmäßig Kontakt zu:

54	Ambulant Betreutes Wohnen	☐
55	Selbsthilfegruppe	☐
56	Niedergelassene Psychiaterin/ Niedergelassener Psychiater	☐
57	Niedergelassene Psychotherapeutin/ Niedergelassener Psychotherapeut	☐
58	Suchtberatungsstelle	☐
59	Psychiatrische Ambulanz	☐
60	Bewährungshelfer/-in	☐

6

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Themen bei den Gesprächen mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Klinik? Mehrfachnennungen möglich

		Wichtig	Unwichtig
61	Arbeitssituation	☐	☐
62	Beziehung zum/zur Partner/ -in	☐	☐
63	Beziehungen zu anderen Menschen	☐	☐
64	Finanzen	☐	☐
65	Freizeit	☐	☐
66	Suchtmittelrückfall	☐	☐
67	Deliktrückfall	☐	☐
68	Medikamentöse Behandlung	☐	☐
69	Bewältigung schwieriger Lebenssituationen	☐	☐
70	Langfristige Lebensplanung	☐	☐

		Ja	Nein
71	**Waren die Gespräche bisher hilfreich für Sie?**	☐	☐

Zum Abschluss noch zwei Fragen:

72 **In welchen Bereichen wünschen Sie mehr Unterstützung durch die Klinik?**.....

.....

73 **Durch wen wünschen Sie mehr Unterstützung?**.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7

Dieser Fragebogen wurde durch die AG „Patientenbefragung“ konzipiert.

Die Mitglieder der AG sind:

Frau Dr. Dennis E. Brunn	LWL-Einrichtungen Marsberg
Frau Gerda Dellbrügge	Abt. Maßregelvollzug
Herr Bernd Dimmek	WRK Dortmund
Frau Ute Franz	WRK Dortmund
Herr Dr. Ingbert Rinklake	WK Schloß Haldem
Herr Christoph Weitekamp	WTZ Marsberg
Frau Anja M. Westendarp	WTZ Marsberg

❤ 2006 Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster
Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anhang B

Paragraphen (MVZ)

§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, dass 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.

§ 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, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

§ 67b StGB Aussetzung zugleich mit der Anordnung

(1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.
(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67e StGB Überprüfung

(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung ein Jahr, nach dem Vollzug von zehn Jahren der Unterbringung neun Monate.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an.Lehnt das Gericht die Aussetzung oder Erledigungserklärung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

§ 67g StGB Widerruf der Aussetzung

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

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

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

3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend, wenn der Widerrufsgrund zwischen der Entscheidung über die Aussetzung und dem Beginn der Führungsaufsicht (§ 68c Abs. 4) entstanden ist.

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

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

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

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

(6) Leistungen, die die verurteilte Person zur Erfüllung von Weisungen erbracht hat, werden nicht erstattet.

§ 68 StGB Voraussetzungen der Führungsaufsicht

(1) Hat jemand wegen einer Straftat, bei der das Gesetz Führungsaufsicht besonders vorsieht, zeitige Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verwirkt, so kann das Gericht neben der Strafe Führungsaufsicht anordnen, wenn die Gefahr besteht, daß er weitere Straftaten begehen wird.

(2) Die Vorschriften über die Führungsaufsicht kraft Gesetzes (§§ 67b, 67c, 67d Abs. 2 bis 6 und § 68f) bleiben unberührt.

§ 68c StGB Dauer der Führungsaufsicht

(1) Die Führungsaufsicht dauert mindestens zwei und höchstens fünf Jahre. Das Gericht kann die Höchstdauer abkürzen.

(2) Das Gericht kann eine die Höchstdauer nach Absatz 1 Satz 1 überschreitende unbefristete Führungsaufsicht anordnen, wenn die verurteilte Person

1. in eine Weisung nach § 56c Abs. 3 Nr. 1 nicht einwilligt oder

2. einer Weisung, sich einer Heilbehandlung oder einer Entziehungskur zu unterziehen, oder einer Therapieweisung nicht nachkommt und eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist. Erklärt die verurteilte Person in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 nachträglich ihre Einwilligung, setzt das Gericht die weitere Dauer der Führungsaufsicht fest. Im Übrigen gilt § 68e Abs. 3.

(3) Das Gericht kann die Führungsaufsicht über die Höchstdauer nach Absatz 1 Satz 1 hinaus unbefristet verlängern, wenn

1. in Fällen der Aussetzung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 67d Abs. 2 aufgrund bestimmter Tatsachen Gründe für die Annahme bestehen, dass die verurteilte Person andernfalls alsbald in einen Zustand nach § 20 oder § 21 geraten wird, infolge dessen eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher rechtswidriger Taten zu befürchten ist, oder

2. sich aus dem Verstoß gegen Weisungen nach § 68b Absatz 1 oder 2 oder auf Grund anderer bestimmter Tatsachen konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist, und

a) gegen die verurteilte Person wegen Straftaten der in § 181b genannten Art eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verhängt oder die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt angeordnet wurde oder

b) die Führungsaufsicht unter den Voraussetzungen des § 68b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 eingetreten ist und die Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe oder die Unterbringung wegen eines oder mehrerer Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit § 252 oder § 255, verhängt oder angeordnet wurde.

Für die Beendigung der Führungsaufsicht gilt § 68b Absatz 1 Satz 4 entsprechend.

(4) In den Fällen des § 68 Abs. 1 beginnt die Führungsaufsicht mit der Rechtskraft ihrer Anordnung, in den Fällen des § 67b Abs. 2, des § 67c Absatz 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 4 und des § 67d Absatz 2 Satz 3 mit der Rechtskraft der Aussetzungsentscheidung oder zu einem gerichtlich angeordneten späteren Zeitpunkt. In ihre Dauer wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher die verurteilte Person flüchtig ist, sich verborgen hält oder auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt wird.

Anhang C

Maßregelvollzugsgesetz

VORIS
Gesamtes Gesetz

Amtliche Abkürzung:	Nds. MVollzG	**Quelle:**	
Ausfertigungsdatum:	01.06.1982		
Gültig ab:	01.10.1982	**Fundstelle:**	Nds. GVBl. 1982, 131
Dokumenttyp:	Gesetz	**Gliederungs-Nr:**	3414001

Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz
(Nds. MVollzG)

Vom 1. Juni 1982

Zum 09.10.2015 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

Stand: letzte berücksichtigte Änderung: mehrfach geändert, §§ 6, 8, 21a und 21b neu gefasst, §§ 8a, 8b, 16a eingefügt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12.05.2015 (Nds. GVBl. S. 82)

Inhaltsübersicht

Erster Teil

Anwendungsbereich, Grundsätze, Organisation

§ 1	Anwendungsbereich
§ 2	Grundsätze
§ 3	Einrichtung des Maßregelvollzugs
§ 3a	Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltugsvollzugsbeamte, Aufsicht
§ 4	Zusammenarbeit der Einrichtung mit Dritten
§ 5	Vollstreckungsplan, Einweisung und Verlegung
§ 5a	Vollzugsleitung

Zweiter Teil

Untersuchung, Behandlung und Förderung

§ 6	Aufnahmeuntersuchung
§ 7	Behandlungs- und Eingliederungsplan
§ 8	Anspruch auf Behandlung, Aufklärung und Einwilligung

§ 8a	Behandlung der Anlasskrankheit gegen den natürlichen Willen zur Erreichung des Vollzugsziels
§ 8b	Behandlung ohne Einwilligung oder gegen den natürlichen Willen zur Abwehr erheblicher Gefahren
§ 9	Ausbildung, berufliche Eingliederung
§ 10	Seelsorge
§ 11	Taschengeld
§ 12	Zuwendungen und sonstige Einkünfte, Überbrückungsgeld
§ 13	Eigengeld, Schutzvorschriften
§ 14	Ersatz von Aufwendungen
§ 15	Lockerung des Vollzuges und Urlaub
§ 16	Mitwirkung bei der Aussetzung zur Bewährung und der Entlassung Wiederaufnahme auf freiwilliger Grundlage

Dritter Teil
Hausordnung, Beschränkungen, Sicherheit und Ordnung

§ 17	Anordnungen, Hausordnung
§ 18	Grundsätze für Beschränkungen, Sicherung der Unterbringung
§ 19	Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen
§ 20	Besuche
§ 21	Briefliche und andere Sendungen, Telefongespräche
§ 21 a	Erkenntnisse der Überwachung
§ 21 b	Auskunft und Akteneinsicht
§ 22	Durchsuchung
§ 23	Besondere Sicherungsmaßnahmen

Vierter Teil
Schlußvorschriften

§ 24	Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Besuchskommissionen
§ 25	Kosten
§ 26	Einschränkung von Grundrechten
§ 27	Inkrafttreten

Der Niedersächsische Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

Erster Teil
Anwendungsbereich, Grundsätze, Organisation

§ 1
Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt den Vollzug der durch strafrichterliche Entscheidung angeordneten freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (Unterbringung).

§ 2
Grundsätze

(1) [1] Ziel einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist es, die untergebrachte Person soweit wie möglich zu heilen oder ihren Zustand so weit zu bessern, dass sie nicht mehr gefährlich ist. [2] Ziel einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist es, die untergebrachte Person von ihrem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben. [3] Beide Maßregeln dienen zugleich dem Schutz der Allgemeinheit.

(2) [1] Der Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden und die untergebrachte Person auf eine selbständige Lebensführung vorbereiten. [2] Ihre familiäre, soziale und berufliche Eingliederung soll gefördert werden.

(3) 1 Die untergebrachte Person wird unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten unterrichtet. 2 Hat sie eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder einen gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter, so soll diese oder dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen.

§ 3
Einrichtungen des Maßregelvollzuges

Die Maßregeln werden in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten als Einrichtungen des Landes vollzogen. Das Fachministerium kann den Vollzug von Maßregeln einer juristischen Person des öffentlichen Rechts oder im Wege der Beleihung einer juristischen Person des Privatrechts oder einer Kommanditgesellschaft als Träger einer entsprechenden Einrichtung mit deren Zustimmung durch Verwaltungsakt unter dem Vorbehalt des Widerrufs oder durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Recht zur Kündigung übertragen. Das Fachministerium hat öffentlich bekannt zu machen, auf wen und in welchem Umfang der Vollzug von Maßregeln übertragen worden ist. Von der Übertragung auf eine juristische Person des Privatrechts oder eine Kommanditgesellschaft sind ausgeschlossen
1.
die Aufgaben der Vollzugsleitung,
2.
die Entscheidung über die Einweisung oder Verlegung in den offenen Vollzug (§ 5 Abs. 4),

3.
die Durchführung von Aufnahmeuntersuchungen (§ 6),
4.
die Aufstellung, Anpassung und Erörterung des Behandlungs- und Eingliederungsplans (§ 7),
5.
die Entscheidung über Ansprüche auf Behandlung (§ 8 Abs. 1 und 2),
6.
die Anordnung der Behandlung oder Untersuchung gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person zur Erreichung des Vollzugsziels (§ 8 a),
7.
die Anordnung einer Behandlung oder Untersuchung ohne Einwilligung oder gegen den natürlichen Willen einer untergebrachten Person zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten oder einer anderen Person sowie die Anordnung einer zwangsweisen Untersuchung zum Gesundheits- oder Hygieneschutz (§ 8 b),
8.
die Entscheidung über die Berücksichtigung des Bedürfnisses nach Seelsorge bei Beschränkungen (§ 10 Abs. 1),
9.
die Entscheidung über die Beschränkung der freien Verfügung über das Taschengeld (§ 11 Satz 2),
10.
die Entscheidung über die Bildung von Überbrückungsgeld (§ 12 Abs. 3 Satz 1),
11.
die Entscheidung zur Verfügung über Eigengeld (§ 13 Abs. 1 Satz 2),
12.
die Entscheidung über die Gewährung und Gestaltung von Lockerungen des Vollzuges und von Urlaub (§ 15),
13.
die Entscheidung über die Anwendung unmittelbaren Zwangs (§ 18 Abs. 2),
14.
die Entscheidung über die Vorenthaltung oder den Entzug von Sachen sowie über die Beschränkung des Erwerbs und der Verwendung von Sachen (§ 19 Abs. 1),
15.
die Entscheidung über den Besitz, den Empfang, die Weitergabe und die Verwendung von Tonträgern (§ 19 Abs. 3),
16.
die Entscheidung über die Vernichtung oder Unbrauchbarmachung von Aufzeichnungen und anderen Sachen (§ 19 Abs. 5),
17.
die Entscheidung über die Einschränkung oder Untersagung von Besuchen einschließlich der Entscheidung über die Durchsuchung der Besucherinnen und Besucher und über die Überprüfung der von diesen mitgeführten Gegenstände (§ 20 Abs. 1),
18.
die Entscheidung über den Abbruch von Besuchen (§ 20 Abs. 2 Satz 2),
19.
die Entscheidung über die Speicherung der in § 20 Abs. 3 genannten Daten,
20.
die Entscheidung über die Überwachung und Beschränkung des Postverkehrs und der Telekommunikation, die Erteilung einer erforderlichen Nutzungsgestattung und deren Widerruf sowie die Entscheidung über die Beschränkung des Zugangs zu Hörfunk und Fernsehen (§ 21),

21.
die Entscheidung über die Verarbeitung der Erkenntnisse aus der Überwachung (§ 21 a),
22.
die Anordnung von Durchsuchungen der Untergebrachten (§ 22) und
23.
die Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen (§ 23).

(2) Die Einrichtungen sind so zu gliedern und auszustatten, daß eine auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behandlung ermöglicht und die Eingliederung der Untergebrachten gefördert wird. Es sind namentlich die Voraussetzungen für einen offenen und geschlossenen Vollzug sowie für eine gesonderte Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender zu schaffen.

(3) Die Maßregeln können auf Grund besonderer Vereinbarungen auch in Einrichtungen außerhalb des Landes Niedersachsen vollzogen werden.

§ 3 a
Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamte, Aufsicht

(1) [1] Soweit der Vollzug von Maßregeln nach § 3 Abs. 1 Satz 2 im Wege der Beleihung übertragen worden ist, dürfen grundrechtseinschränkende Maßnahmen nur von Ärztinnen und Ärzten angeordnet sowie von diesen oder Pflegekräften vollzogen werden. [2] Sie dürfen insoweit nur tätig werden, wenn das Fachministerium sie zu Verwaltungsvollzugsbeamtinnen oder Verwaltungsvollzugsbeamten bestellt hat. [3] Sie dürfen nur bestellt werden, wenn sie die erforderliche Sachkunde besitzen und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ihnen die erforderliche Zuverlässigkeit fehlt; die Bestellung erfolgt widerruflich. [4] Die erforderliche Sachkunde ist in der Regel bei den Ärztinnen und Ärzten durch ihre Approbation und bei den Pflegekräften durch ihren berufsqualifizierenden Abschluss nachgewiesen. [5] Die Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamten haben die den Beliehenen nach diesem Gesetz zustehenden Befugnisse.

(2) [1] Die Einrichtungen des Landes und die Träger der übrigen Einrichtungen unterliegen der Fachaufsicht des Fachministeriums. [2] Im Rahmen der Fachaufsicht ist dem Fachministerium insbesondere Auskunft zu erteilen, Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke zu gewähren, Weisungen des Fachministeriums Folge zu leisten sowie dem Fachministerium und insbesondere den Mitgliedern der Besuchskommissionen (§ 24) jederzeit Zugang zu den Räumlichkeiten der Einrichtung zu gewähren.

(3) [1] Im Fall der Übertragung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 kann das Fachministerium anstelle und auf Kosten des Trägers der Einrichtung tätig werden oder Dritte tätig werden lassen, wenn der Träger eine Weisung innerhalb einer bestimmten Frist nicht befolgt. [2] Das Fachministerium kann das Selbsteintrittsrecht nach Satz 1 auch durch Weisungen gegenüber den Bediensteten des Trägers in der Einrichtung ausüben.

§ 4
Zusammenarbeit der Einrichtungen

Die Einrichtungen sollen mit den Behörden, Stellen und Personen zusammenarbeiten, die das Ziel der Unterbringung fördern können. Die Einrichtungen untereinander sind zu kooperativem Zusammenwirken verpflich-

tet. In Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Forschung und Lehre sollen insbesondere die Behandlungsmethoden wissenschaftlich fortentwickelt und die Ergebnisse für die Zwecke des Maßregel- und Strafvollzuges nutzbar gemacht werden.

§ 5
Vollstreckungsplan, Einweisung und Verlegung

(1) Die örtliche und die sachliche Zuständigkeit der Einrichtungen sind in einem Vollstreckungsplan zu regeln und nach allgemeinen Merkmalen zu bestimmen.

(2) Die untergebrachte Person kann abweichend vom Vollstreckungsplan in eine andere für den Vollzug der jeweiligen Maßregel vorgesehene Einrichtung eingewiesen oder verlegt werden, wenn
1.
hierdurch die Behandlung der untergebrachten Person oder ihre Eingliederung gefördert wird,
2.
ihr Verhalten oder ihr Zustand eine Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung, in der sie untergebracht ist, darstellt oder in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder die andere Einrichtung zu ihrer sicheren Unterbringung besser geeignet ist oder
3.
dies aus Gründen der Vollzugsorganisation oder aus einem anderen wichtigen Grund erforderlich ist.

(3) [1] untergebrachte Person kann in eine Einrichtung, die für Untergebrachte ihres Alters nicht vorgesehen ist, verlegt werden, wenn dies zu ihrer Behandlung notwendig ist. [2] Die Behandlung der übrigen in dieser Einrichtung Untergebrachten darf dadurch nicht gefährdet werden.

(4) Eine untergebrachte Person kann in den offenen Vollzug eingewiesen oder verlegt werden, wenn zu erwarten ist, daß dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird, und nicht zu befürchten ist, daß sie sich dem Vollzug entziehen oder die Möglichkeiten des offenen Vollzuges mißbrauchen wird.

(5) Die Regelungen nach Absatz 1 und die Entscheidungen nach den Absätzen 2 und 3 trifft das Fachministerium oder die von ihm bestimmte Stelle

§ 5 a
Vollzugsleitung

[1] Der Vollzug der Maßregeln steht unter ärztlicher Leitung (Vollzugsleitung). [2] Die Vollzugsleitung trägt die Verantwortung für die ärztlichen und pflegerischen Aufgaben des Vollzuges, insbesondere für die Aufgaben nach § 3 Abs. 1 Satz 4 Nrn. 2 bis 23. 3 Soweit der Verantwortungsbereich der Vollzugsleitung nach Satz 2 betroffen ist, ist diese im Falle der Beleihung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 gegenüber den Bediensteten des Trägers der Einrichtung weisungsbefugt. 4 Für die Vollzugsleitung sind Stellvertretungen in ausreichender Zahl zu bestimmen.

Zweiter Teil
Untersuchung, Behandlung und Förderung

§ 6
Aufnahmeuntersuchung

[1] Nach ihrer Aufnahme wird die untergebrachte Person unverzüglich ärztlich untersucht. [2] Die Aufnahmeuntersuchung erstreckt sich auch auf die Umstände, deren Kenntnis für die Erarbeitung des Behandlungs- und Eingliederungsplans notwendig ist. [3] Für die Aufnahmeuntersuchung gelten die §§ 8 bis 8 b.

§ 7
Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes und der Lebensverhältnisse der untergebrachten Person wird auf der Grundlage der Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung und, soweit erforderlich, ergänzender human- und sozialwissenschaftlicher Erhebungen unverzüglich ein Behandlungs- und Eingliederungsplan aufgestellt. Er soll mindestens die notwendigen Maßnahmen der Behandlung einschließlich psychotherapeutischer Maßnahmen sowie medizinische, pädagogische, soziale und berufliche Eingliederungsmaßnahmen umfassen.

(2) Der Plan ist, längstens im Abstand von sechs Monaten, der Entwicklung der untergebrachten Person anzupassen. Dabei sind die Möglichkeiten für Lockerungen des Vollzuges, für Beurlaubungen und für eine Aussetzung der Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung zu prüfen. Wenn abzusehen ist, daß die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt oder daß die untergebrachte Person entlassen wird, so sollen auch Angaben über die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen aufgenommen werden.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist mit der untergebrachten Person zu erörtern. Die gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder der gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter erhält Gelegenheit, an der Erörterung teilzunehmen.

§ 8
Anspruch auf Behandlung, Aufklärung und Einwilligung

(1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf die nach dem aktuellen Stand des Wissens notwendige medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Behandlung und Untersuchung ihrer psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung, deretwegen die Unterbringung notwendig ist (Anlasskrankheit).

(2) [1] Die untergebrachte Person hat in entsprechender Anwendung des § 57 Abs. 2 und 3 sowie der §§ 58 bis 63 des Niedersächsischen Justizvollzugsgesetzes (NJVollzG) auch Anspruch auf Behandlung anderer Krankheiten als der Anlasskrankheit sowie auf Schutzimpfungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Untersuchungen und sonstige Gesundheitsfürsorge sowie in entsprechender Anwendung des § 71 NJVollzG auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. [2] Untergebrachte sind anzuhalten, auf die eigene Gesundheit zu achten, auf die Gesundheit anderer Personen Rücksicht zu nehmen und Hygienevorschriften einzuhalten.

(3) [1] Behandlungen und Untersuchungen, insbesondere Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit, bedürfen der Einwilligung der untergebrachten Person. [2] Ist diese einwilligungsunfähig, so ist nach Maßgabe des § 630 d Abs. 1 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) die Einwilligung ihrer dazu berechtigten gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreterin oder ihres dazu berechtigten gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreters einzuholen. [3] Für die Einwilligung gilt im Übrigen § 630 d Abs. 1 Sätze 3 und 4 sowie Abs. 3 BGB entsprechend. [4] Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass die untergebrachte Person oder im Fall des Satzes 2 ihre gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ihr gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist; für die Aufklärungspflicht gilt § 630 e BGB entsprechend. [5] Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht in den Fällen des § 8 a und des § 8 b.

§ 8 a
Behandlung der Anlasskrankheit gegen den natürlichen Willen zur Erreichung des Vollzugsziels

(1) Eine Behandlung der Anlasskrankheit gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person darf nur angeordnet werden, wenn

1.
die untergebrachte Person zur Einsicht in die Schwere ihrer Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist,

2.
eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und die die Durchführung der Behandlung untersagt, nicht vorliegt,

3.
die untergebrachte Person über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen in einer ihren Verständnismöglichkeiten und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Weise angemessen informiert worden ist,

4.
der ernsthafte, mit dem erforderlichen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch einer zuständigen Ärztin oder eines zuständigen Arztes, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu der Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben ist,

5.
die Behandlung dem Ziel dient, die untergebrachte Person entlassungsfähig zu machen,

6.
die Behandlung zur Erreichung ihres Ziels geeignet, nach ihrer geplanten Art und Dauer einschließlich der Auswahl und Dosierung der Medikamente sowie der begleitenden Kontrollen erforderlich ist, weniger eingreifende Behandlungen aussichtslos sind und

7.
der Nutzen der Behandlung die mit ihr einhergehenden Belastungen und den möglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

(2) [1] Bevor eine Behandlung nach Absatz 1 angeordnet wird, müssen zwei von der Einrichtung unabhängige Sachverständige das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 Nrn. 1 und 3 bis 7 in einer schriftlichen Stellungnahme einvernehmlich bestätigen. [2] Eine oder einer der Sachverständigen muss Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein. [3] Die oder der andere Sachverständige muss Erfahrung im Umgang mit untergebrachten Personen haben. [4] Die Auswahl der Sachverständigen im Einzelfall trifft das Fachministerium oder eine von ihm bestimmte Stelle. [5] Die Sachverständigen sind unabhängig, nicht weisungsgebunden und zur Verschwiegenheit verpflichtet. [6] Sie erhalten eine Vergütung in entsprechender Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte. [7] Die Vollzugsleitung und der Träger der Einrichtung sind verpflichtet, die Sachverständigen

bei ihrer Arbeit zu unterstützen. [8] Sie haben ihnen, soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, Auskünfte zu erteilen, Akteneinsicht zu gewähren und Gespräche mit den Untergebrachten sowie den Bediensteten zu ermöglichen.
[9] Die untergebrachte Person ist von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt über die bevorstehende Begutachtung durch die Sachverständigen zu unterrichten.

(3) Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt teilt der untergebrachten Person und ihrer gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter das Ergebnis der Stellungnahme der Sachverständigen mit und unterrichtet sie über eine beabsichtigte Anordnung der Behandlung.

(4) [1] Die Anordnung erfolgt schriftlich durch die Vollzugsleitung. [2] In der Anordnung ist die Art und Dauer der Behandlung einschließlich der Auswahl und Dosierung der Medikamente und der begleitenden Kontrollen, deren Zulässigkeit nach Absatz 2 Satz 1 bestätigt worden ist, sowie die Intensität der erforderlichen ärztlichen Überwachung anzugeben. [3] Die Anordnung ist der untergebrachten Person sowie ihrer rechtsgeschäftlichen oder gesetzlichen Vertreterin oder ihrem rechtsgeschäftlichen oder gesetzlichen Vertreter vor Behandlungsbeginn bekannt zu geben und muss eine Belehrung darüber enthalten, dass gegen die Anordnung um vorläufigen Rechtsschutz nachgesucht und auch ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung gestellt werden kann. [4] Der Vollzug der Anordnung beginnt frühestens zwei Wochen nach ihrer Bekanntgabe, sofern kein Antrag auf gerichtlichen Rechtsschutz gestellt worden ist.

(5) [1] Die Behandlung ist durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt zu überwachen. [2] Sie ist unter Angabe der maßgeblichen Gründe für ihre Anordnung, ihres Zwangscharakters, der Art und Weise ihrer Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren.

(6) [1] Die Behandlung ist nach Erreichen des Behandlungsziels, spätestens jedoch nach Ablauf von sechs Monaten zu beenden. [2] Sie ist auch zu beenden, wenn im Verlauf der Behandlung eine Besserung nicht eintritt oder schwerwiegende Nebenwirkungen einen Abbruch der Behandlung erforderlich machen. [3] Nach Ablauf von jeweils sechs Monaten darf die Behandlung nur unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 5 erneut angeordnet werden.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten für Untersuchungen, die im Rahmen der Behandlung der Anlasskrankheit erforderlich und mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, entsprechend.

§ 8 b
Behandlung ohne Einwilligung oder gegen den natürlichen Willen zur Abwehr erheblicher Gefahren

(1) Eine Behandlung der untergebrachten Person ist gegen ihren natürlichen Willen unter den Voraussetzungen des § 8 a Abs. 1 Nrn. 1 bis 4, 6 und 7 auch zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit zulässig; bei Vorliegen einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr ist § 8 a Abs. 1 Nrn. 3 und 4 nicht anzuwenden.

(2) Eine Behandlung ohne Einwilligung einer einwilligungsfähigen untergebrachten Person oder gegen den natürlichen Willen einer einwilligungsunfähigen untergebrachten Person ist zur Abwehr einer erheblichen Gefahr

für das Leben oder die Gesundheit einer anderen Person zulässig, wenn die Voraussetzungen des § 8 a Abs. 1 Nrn. 3 und 4 vorliegen und die Behandlung verhältnismäßig ist; Absatz 1 Halbsatz 2 gilt entsprechend.

(3) Das Vorliegen der in Absatz 1 oder 2 genannten Voraussetzungen bedarf, sofern nicht eine gegenwärtige erhebliche Gefahr vorliegt, in entsprechender Anwendung des § 8 a Abs. 2 der Bestätigung durch die Sachverständigen; im Fall der Hinzuziehung der Sachverständigen gilt § 8 a Abs. 3.

(4) [1] Eine Behandlung nach Absatz 1 oder 2 bedarf der Anordnung durch die Vollzugsleitung und ist durch eine Ärztin oder einen Arzt zu überwachen. [2] Eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ein gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter der untergebrachten Person ist unverzüglich zu unterrichten. [3] Die durchgeführte Behandlung ist unter Angabe der maßgeblichen Gründe für ihre Anordnung, des Zwangscharakters der Behandlung, der Art und Weise der Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren.
(5) [1] Die Behandlung ist nach Erreichen des Behandlungsziels, spätestens nach Ablauf von sechs Monaten zu beenden. [2] Nach Ablauf von jeweils sechs Monaten darf die Behandlung nur unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 erneut angeordnet werden.

(6) [1] Die Absätze 1 bis 5 gelten für Untersuchungen, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, entsprechend. [2] Eine zwangsweise Untersuchung, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, darf durch die Vollzugsleitung auch zum Gesundheits- oder Hygieneschutz angeordnet werden.

§ 9
Ausbildung, berufliche Eingliederung

Der untergebrachten Person soll Gelegenheit zur Schulausbildung, zur Berufsausbildung, zur Umschulung, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen oder zur Förderung in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung gegeben werden. Aus einem Zeugnis oder einer Teilnahmebescheinigung darf nicht erkennbar sein, daß die Maßnahme im Rahmen einer Unterbringung durchgeführt worden ist.

§ 10
Seelsorge

(1) Der untergebrachten Person ist Gelegenheit zu geben, Seelsorge durch eine im Inland bestehende Kirche oder andere Religionsgemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Bei Beschränkungen, insbesondere denjenigen des Besuchs, des Schriftwechsels, der Teilnahme an Veranstaltungen sowie des Besitzes und des Erwerbs von Sachen, ist auf das Bedürfnis nach Seelsorge Rücksicht zu nehmen.

(2) Die Einrichtung soll die den Untergebrachten geltenden seelsorgerischen Bemühungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kirchen und Religionsgemeinschaften fördern, soweit die Ziele der Unterbringung dies zulassen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die der Seelsorge vergleichbare Betreuung von Untergebrachten durch eine den Religionsgemeinschaften gleichstehende Weltanschauungsvereinigung sinngemäß.

§ 11
Taschengeld

Die untergebrachte Person erhält ein Taschengeld nach den Grundsätzen und Maßstäben, die für den Barbetrag nach § 27 b Abs. 2 des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133), gelten. Die Verfügbarkeit über das Taschengeld kann beschränkt werden, soweit der Zweck der Unterbringung gefährdet ist.

§ 12
Zuwendungen und sonstige Einkünfte, Überbrückungsgeld

(1) [1] Für die Leistung wirtschaftlich ergiebiger Arbeit erhält die untergebrachte Person vom Träger der Einrichtung eine angemessene Zuwendung, die Art und Umfang der Tätigkeit entspricht. [2] Zuwendungen können auch für eine sonstige Tätigkeit im Rahmen einer Arbeitstherapie, für die Teilnahme an beruflicher Eingliederung, am Unterricht oder an heilpädagogischer Förderung gewährt werden.

(2) Die Befugnis der untergebrachten Person zur Verfügung über Zuwendungen und sonstige Einkünfte ist entsprechend den Grundsätzen zu regeln, die für Kranke und Behinderte in den psychiatrischen Einrichtungen gelten, soweit sich nicht aus Absatz 3 etwas anderes ergibt.

(3) [1] In geeigneten Fällen soll von den Zuwendungen und den sonstigen Einkünften ein Betrag zurückgelegt werden, der zur Eingliederung der untergebrachten Person bestimmt ist (Überbrückungsgeld). [2] Das Überbrückungsgeld soll bis zur Höhe desjenigen Betrages gebildet werden, der der untergebrachten Person und den Personen, denen gegenüber sie zum Unterhalt verpflichtet ist, den notwendigen Lebensunterhalt in den ersten vier Wochen nach der Entlassung sichert. [3] Das Überbrückungsgeld ist unter Berücksichtigung seiner besonderen Zweckbestimmung wie Mündelgeld anzulegen. [4] Die gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder der gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter sowie die Personen und Stellen, die bei der Eingliederung mitwirken, sollen an den Entscheidungen über die Bildung und die Auszahlung des Überbrückungsgeldes beteiligt werden.

§ 13
Eigengeld, Schutzvorschriften

(1) [1] Taschengeld, Zuwendungen und sonstige der untergebrachten Person in der Einrichtung zur Verfügung stehende Einkünfte, über die sie nicht verfügt und die nicht als Beitrag zu den Unterbringungskosten (§ 25) oder für andere Verpflichtungen, insbesondere Unterhaltsleistungen, in Anspruch genommen oder als Überbrückungsgeld zurückgelegt werden, sind für sie zu verwahren (Eigengeld). [2] Über Eigengeld kann die untergebrachte Person mit Zustimmung der Vollzugsleitung verfügen. [3] Vor der Entscheidung ist die gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder der gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter zu hören.

(2) Soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt, gelten für das Taschengeld und die Zuwendungen nach § 12 die §§ 38 bis 59 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2325), sinngemäß.

§ 14
Ersatz von Aufwendungen

[1] Wird die Einrichtung in persönlichen Angelegenheiten der untergebrachten Person tätig und entspricht dies ihrem wirklichen, natürlichen oder mutmaßlichen Willen, so hat die untergebrachte Person die erforderlichen Aufwendungen zu ersetzen. [2] Der Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen ist nicht geltend zu machen, wenn dies die Behandlung oder die Eingliederung behindern würde.

§ 15
Lockerung des Vollzuges und Urlaub

(1) Der untergebrachten Person können Lockerungen des Vollzuges oder Urlaub gewährt werden, wenn zu erwarten ist, dass dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird, und nicht zu befürchten ist, dass die untergebrachte Person die ihr eingeräumten Möglichkeiten missbrauchen, insbesondere sich oder die Allgemeinheit gefährden wird.

(2) Als Lockerung des Vollzuges kann insbesondere zugelassen werden, daß die untergebrachte Person
1.
außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht
oder
2.
für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Tages die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verläßt.

Die Aufsicht wird durch Bedienstete der Einrichtung wahrgenommen.

(3) Urlaub aus dem geschlossenen Vollzug darf nicht für länger als zwei Wochen, aus dem offenen Vollzug nicht für länger als einen Monat gewährt werden. Insgesamt dürfen die Beurlaubungen aus dem geschlossenen Vollzug zwei Monate im Kalenderjahr, aus dem offenen Vollzug drei Monate im Kalenderjahr nicht überschreiten.

(4) Aus wichtigem Anlaß kann Urlaub für längere als die in Absatz 3 genannten Zeiträume gewährt werden. Die in Absatz 3 Satz 2 genannte Höchstdauer darf dabei um längstens die Hälfte überschritten werden.

(5) Vor der Bewilligung von Freigang, Ausgang oder Urlaub ist die Vollstreckungsbehörde zu hören. Ist bei einer Unterbringung der Schutz der Allgemeinheit besonders zu beachten, so dürfen Freigang, Ausgang und Urlaub nur im Einvernehmen mit der Vollstreckungsbehörde gewährt werden. Das Nähere bestimmt das Fachministerium im Einvernehmen mit dem Justizministerium.

(6) Vollzugslockerungen und Urlaub können mit Weisungen verbunden werden, soweit dies für den Zweck der Unterbringung erforderlich ist. Der untergebrachten Person kann insbesondere die Weisung erteilt werden,
1. sich einer Behandlung zu unterziehen,
2. sich der Aufsicht einer bestimmten Stelle oder Person zu unterstellen,
3.Anordnungen zu befolgen, die sich auf den Aufenthalt oder ein bestimmtes Verhalten
außerhalb der Einrichtung beziehen,
4. in bestimmten Abständen für kurze Zeit in die Einrichtung zurückzukehren.

(7) Während des Urlaubs hat die untergebrachte Person nur Anspruch auf Behandlung und Pflege durch die für sie zuständige Einrichtung oder eine andere geeignete Einrichtung, die die Behandlung im Einvernehmen mit der zuständigen Einrichtung übernommen hat. Behandlungskosten infolge einer Weisung nach Absatz 6 werden nur übernommen, soweit keine Ansprüche gegen einen Sozialleistungsträger bestehen.

§ 16
Mitwirkung bei der Aussetzung zur Bewährung und der Entlassung

(1) Die Vollzugsleitung unterrichtet die Vollstreckungsbehörde, wenn sie es für geboten hält, die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen.

(2) Wenn abzusehen ist, dass die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wird oder wenn die Entlassung der untergebrachten Person bevorsteht, ist sie von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit dem Träger der Sozialhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Ambulanten Justizsozialdienst Niedersachsen auf das Leben außerhalb der Einrichtung vorzubereiten.

§ 16 a
Wiederaufnahme auf freiwilliger Grundlage

[1] Eine aus einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (§ 1) entlassene Person, die unter Führungsaufsicht steht, ist auf ihren Antrag vorübergehend wieder in die Einrichtung aufzunehmen, wenn eine akute Verschlechterung ihres Zustandes oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist oder einzutreten droht und ihr andere, gleich geeignete Hilfen nicht zur Verfügung stehen. [2] Die Wiederaufnahme soll die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten; sie kann von der Einrichtung jederzeit widerrufen werden. [3] Die wieder aufgenommene Person ist auf ihren Antrag unverzüglich zu entlassen. [4] Gegen die wieder aufgenommene Person dürfen Maßnahmen des Vollzuges, insbesondere Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge, nicht mit unmittelbarem Zwang durchgesetzt werden; im Übrigen finden die sonstigen Vorschriften dieses Gesetzes entsprechende Anwendung.

Dritter Teil
Hausordnung, Beschränkungen,

Sicherheit und Ordnung

§ 17
Anordnungen, Hausordnung

(1) [1] Die untergebrachte Person hat sich so zu verhalten, dass das Ziel der Unterbringung auch für die anderen Untergebrachten nicht gefährdet und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gestört wird. [2] Zu diesem Zweck getroffene Anordnungen und Entscheidungen sind der untergebrachten Person unverzüglich bekannt zu geben, im Rahmen der Einsichtsfähigkeit zu begründen und zu dokumentieren. [3] Von schriftlichen Anordnungen und Entscheidungen erhält die gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder der gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter eine Abschrift.

(2) [1] Die der untergebrachten Person obliegenden Pflichten sowie Grundsätze für die Ausübung des Hausrechts sind in einer Hausordnung näher zu bestimmen. [2] Die Vollzugsleitung erlässt die Hausordnung im Fall der Übertragung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 im Einvernehmen mit dem Träger der Einrichtung. [3] Die Hausordnung bedarf der Genehmigung des Fachministeriums.

(3) Die Hausordnung soll insbesondere Bestimmungen enthalten über
1.
die Besuchszeiten und die Dauer von Besuchen,
2.
die Tageseinteilung, insbesondere Zeiten für Untersuchungen, Einzel- und Gruppentherapie, Ausbildung, Arbeit, Freizeit und Ruhezeit,
3.
die Möglichkeiten der Verwendung und der Verwahrung eigener Sachen,
4.
den Umgang mit den Sachen der Einrichtung,
5.
den Empfang von Paketen,
6.
allgemeine Nutzungsbedingungen für Fernsprecher und sonstige Formen der Telekommunikation,
7.
die Durchführung von Veranstaltungen,
8.
regelmäßige Sprechzeiten von Vertreterinnen oder Vertretern der Einrichtung und der Aufsichtsbehörde.

(4) Die Hausordnung ist an allgemein zugänglicher Stelle auszuhängen.

§ 18

Grundsätze für Beschränkungen, unmittelbarer Zwang

(1) Die in diesem Gesetz zugelassenen Beschränkungen können der untergebrachten Person auferlegt werden, soweit dies erforderlich ist, um das Ziel der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten zu fördern oder um die Sicherheit oder Ordnung aufrechtzuerhalten.

(2) [1] Die Vollzugsleitung und ihre Stellvertretungen sind nach Maßgabe des § 69 des Niedersächsischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds. SOG) zur Anwendung unmittelbaren Zwangs befugt, soweit dies zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlich ist. [2] Andere Bedienstete sind zur Anwendung unmittelbaren Zwangs befugt, soweit sie Weisungen der Vollzugsleitung oder ihrer Stellvertretungen ausführen. [3] § 72 und § 74 Abs. 1 Sätze 1 und 2 Nds. SOG gelten entsprechend. [4] Für Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge gelten die §§ 8 a und 8 b dieses Gesetzes.

§ 19

Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen

(1) [1] Sachen können der untergebrachten Person vorenthalten oder entzogen werden. [2] Ihr Erwerb und ihre Verwendung können beschränkt werden.

(2) Der untergebrachten Person kann auferlegt werden, von der Einrichtung angeordnete Kleidung zu tragen.

(3) [1] Besitz, Empfang, Weitergabe und Verwendung von Ton- und sonstigen Datenträgern können davon abhängig gemacht werden, daß die untergebrachte Person ihrer Überprüfung zustimmt. [2] Für die Überprüfung gelten die Maßstäbe für die Überwachung des Schriftverkehrs (§ 21) sinngemäß.

(4) [1] Eingebrachte Sachen, die die untergebrachte Person nicht in Gewahrsam haben darf, sind, wenn die untergebrachte Person sie nicht versenden will, für sie aufzubewahren. [2] Ist die Aufbewahrung in der Einrichtung nicht möglich, so können die Sachen auch gegen den Willen der untergebrachten Person auf ihre Kosten unter Wahrung ihrer berechtigten Interessen versandt, anderweitig aufbewahrt oder entfernt werden.

(5) Aufzeichnungen und andere Sachen, die Kenntnisse über Sicherheitsvorkehrungen der Einrichtung vermitteln, können vernichtet oder unbrauchbar gemacht werden.

§ 20

Besuche

(1) [1] Besuche können eingeschränkt oder untersagt werden. [2] Satz 1 gilt nicht für Besuche der gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreterin oder des gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreters, von Verteidigerinnen und Verteidigern sowie von Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälten, Notarinnen und Notaren in einer die untergebrachte Person betreffenden Rechtssache. [3] Der Besuch kann davon abhängig gemacht werden, dass die Besucherin oder der Besucher sich durchsuchen und die von ihr oder ihm mitgeführten Gegenstände überprüfen

lässt. [4] Die von einer Verteidigerin oder einem Verteidiger mitgeführten Schriftstücke und Unterlagen dürfen nicht auf ihren Inhalt überprüft werden.

(2) [1] Die Besuche, mit Ausnahme der Besuche von Verteidigerinnen oder Verteidigern, können überwacht werden. [2] Ein Besuch kann nach vorheriger Androhung abgebrochen werden, wenn die untergebrachte Person oder die Besucherin oder der Besucher gegen Vorschriften dieses Gesetzes oder Anordnungen aufgrund dieses Gesetzes verstößt. [3] Die Androhung kann unterbleiben, wenn besondere Gründe dafür vorliegen, den Besuch sofort abzubrechen.

(3) Es darf gespeichert werden, welche Personen zu welchem Zeitpunkt die Einrichtung betreten oder verlassen haben, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben der Einrichtung nach diesem Gesetz erforderlich ist.

§ 21
Postverkehr, Telekommunikation, Hörfunk, Fernsehen

(1) [1] Der Schriftverkehr der untergebrachten Person kann, auch soweit Schriftstücke bei Besuchen übergeben werden, überwacht und beschränkt werden. [2] Ausgenommen hiervon ist der Schriftverkehr mit
1.
einer Verteidigerin oder einem Verteidiger,
2.
dem Ausschuß und den Besuchskommissionen gemäß § 24 sowie deren Mitgliedern,
3.
den Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern,
4.
der Europäischen Kommission für Menschenrechte.
[3] Eine Beschränkung nach Absatz 2 Nr. 1 ist jedoch auch für diesen Schriftverkehr zulässig.

(2) Der Schriftverkehr kann insbesondere dadurch beschränkt werden, daß
1.
Absendung und Empfang durch die Einrichtung vermittelt werden,
2.
Schreiben angehalten werden,
3.
ausgehenden Schreiben, die unrichtige Darstellungen enthalten, ein Begleitschreiben beigefügt wird, wenn die untergebrachte Person auf der Absendung besteht.

(3) [1] Schreiben können insbesondere angehalten werden, soweit
1.
ihre Weitergabe den Zweck der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würde,
2.
die Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,
3.
sie grob unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Verhältnissen der Einrichtung enthalten,

4.
ihre Weitergabe die Eingliederung einer anderen untergebrachten Person nach deren Entlassung gefährden würde oder
5.
sie in Geheimschrift oder ohne triftigen Grund in einer fremden Sprache abgefaßt, verschlüsselt oder unlesbar sind.
[2] Schreiben an die Aufsichtsbehörde, an Gerichte oder an Staatsanwaltschaften dürfen nicht angehalten werden.
[3] Angehaltene Schreiben werden an die Absenderin oder den Absender unter Angabe des Grundes zurückgegeben oder, sofern dies unmöglich oder aus besonderen Gründen untunlich ist, von der Einrichtung verwahrt.

(4) [1] Für Schreiben in Paketen und sonstigen Sendungen sowie für den Empfang von Zeitungen und Zeitschriften gelten die Vorschriften über den Schriftverkehr sinngemäß. [2] Für Gegenstände in Paketen und sonstigen Sendungen gelten im Übrigen die Vorschriften über den Besitz, den Erwerb und die Verwendung von Sachen (§ 19) sinngemäß.

(5) [1] Für Telefongespräche gelten die Vorschriften über den Besuch und den Schriftverkehr sinngemäß. [2] Telefongespräche werden dadurch überwacht, daß eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter der Einrichtung das Gespräch mithört; die untergebrachte Person ist darüber vor Beginn des Gesprächs zu unterrichten.

(6) [1] Die Nutzung anderer Formen der Telekommunikation kann der untergebrachten Person durch die Vollzugsleitung allgemein oder im Einzelfall gestattet werden, wenn sichergestellt ist, dass die Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung sowie das Ziel der Unterbringung nicht gefährdet werden und sich die untergebrachte Person mit den von der Einrichtung zu diesem Zweck erlassenen allgemeinen Nutzungsbedingungen (§ 17 Abs. 3 Nr. 6) einverstanden erklärt hat. [2] Die Gestattung ist durch die Vollzugsleitung zu widerrufen, wenn die in Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. [3] Soweit die Nutzungsbedingungen keine abweichenden Regelungen enthalten, gelten im Übrigen für die Überwachung, den Abbruch der Nutzung sowie für sonstige Beschränkungen für Telekommunikationsformen,
1.
die einem Besuch vergleichbar sind, Absatz 5 Satz 2 und § 19,
2.
die einem Schriftwechsel vergleichbar sind, die Absätze 1 bis 3 sinngemäß. [4] Die Nutzung anderer Formen der Telekommunikation kann zeitversetzt überwacht und zu diesem Zweck gespeichert werden.

(7) Der Hörfunk- und Fernsehempfang kann allgemein oder für einzelne Untergebrachte eingeschränkt werden, wenn er den Zweck des Maßregelvollzuges oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erheblich gefährden würde.

§ 21 a
Erkenntnisse aus der Überwachung

Für die Verarbeitung der aus der Überwachung der Besuche, des Postverkehrs und der Telekommunikation gewonnen Daten gilt das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG), soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

§ 21 b
Auskunft und Akteneinsicht

Auskunft und Akteneinsicht können über die in § 16 Abs. 4 NDSG genannten Fälle hinaus verweigert werden, soweit und solange

1.
eine Verständigung mit der untergebrachten Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder ihrer eingeschränkten Einsichtsfähigkeit nicht möglich ist,

2.
die Auskunft oder Akteneinsicht die Gesundheit der untergebrachten Person oder den Zweck des Maßregelvollzuges gefährden würde oder

3.
berechtigte Geheimhaltungsinteressen Dritter, deren personenbezogene Daten untrennbar zusammen mit denen der untergebrachten Person aufgezeichnet sind, überwiegen.

Durchsuchung

Die untergebrachte Person, ihre Sachen und die Unterbringungsräume können durchsucht werden. Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung ist nur bei Gefahr im Verzuge oder auf Anordnung der Vollzugsleitung zulässig; sie muß in einem geschlossenen Raum durchgeführt werden, andere Untergebrachte dürfen nicht anwesend sein. Die Vollzugsleitung kann Durchsuchungen nach Satz 2 für bestimmte Fälle allgemein anordnen.

§ 23
Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) [1] Gegen eine untergebrachte Person können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr oder aufgrund ihres Verhaltens oder Zustands die erhebliche Gefahr einer Selbsttötung oder Selbstverletzung oder von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen besteht. [2] Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind zulässig:

1.
der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,

2.
die Absonderung von anderen Untergebrachten,

3.
die kurzdauernde mechanische Fixierung,

4.
die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum,

5.
die Beobachtung der untergebrachten Person, auch mit technischen Hilfsmitteln.

(2) [1] Besondere Sicherungsmaßnahmen bedürfen der Anordnung durch die Vollzugsleitung und sind ärztlich zu überwachen. [2] Eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ein gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter der untergebrachten Person ist unverzüglich über die Anordnung zu unterrichten. [3] Über einen Zeitraum von mehr als einem Monat darf eine untergebrachte Person nur mit Zustimmung des Fachministeriums abgesondert werden. [4] Die Zustimmung darf nur für einen Zeitraum von jeweils höchstens zwei weiteren Monaten erteilt werden.

Vierter Teil Schlußvorschriften

§ 24
Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Besuchskommissionen

Der Ausschuß gemäß § 30 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) nimmt die ihm obliegenden Aufgaben auch für die im Maßregelvollzug Untergebrachten wahr. Für die Einrichtungen des Maßregelvollzuges werden besondere Besuchskommissionen gebildet. § 30 Abs. 4 bis 7 sowie § 31 NPsychKG gelten sinngemäß.

§ 25
Kosten

Die Kosten einer Unterbringung nach diesem Gesetz trägt das Land, soweit nicht ein Sozialleistungsträger oder die untergebrachte Person zu den Kosten beizutragen hat.

§ 26
Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes) und auf die Unverletzlichkeit des Brief- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 27
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1982 in Kraft.
(2) Gleichzeitig tritt § 3 Abs. 3 des Niedersächsischen Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung vom 19. Januar 1976 (Nieders. GVBl. S. 5), geändert durch § 43 Abs. 2 Nr. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen vom 30. Mai 1978 (Nieders. GVBl. S. 443), außer Kraft.

Hannover, den 1. Juni 1982.

Der Niedersächsische Ministerpräsident
Albrecht

Der Niedersächsische Sozialminister
Schnipkoweit

© juris GmbH

Anhang D

Tabellen Zweit- und Drittdiagnosen

Tabelle D1
Zweitdiagnose

Diagnosen	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Intelligenzminderung	2	2.9
Alkoholabhängigkeit	5	7.1
Drogenabhängigkeit	22	31.40
Sonstige Suchterkrankung	1	1.40
Borderline-Persönlichkeitsstörung	3	4.30
Andere Persönlichkeitsstörung	4	5.70
Sexualstörung	2	2.90
Sonstige Diagnosen	1	1.40

Tabelle D2
Drittdiagnose

Diagnosen	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Intelligenzminderung	1	1.40
Alkoholabhängigkeit	2	2.90
Drogenabhängigkeit	2	2.90
Sonstige Suchterkrankung	2	2.90
Borderline-Persönlichkeitsstörung	2	2.90
Andere Persönlichkeitsstörung	2	2.90
Sexualstörung	3	4.30
Sonstige Diagnosen	2	2.90