

Anlage 1

Qualitätskriterien für die psychiatrische Nachsorge psychisch erkrankter Haftentlassener durch psychiatrische Ambulanzen (pHNA) zur Erfüllung einer Therapieweisung im Rahmen der Führungsaufsicht

Psychiatrische Ambulanzen müssen bei der Behandlung psychisch erkrankter Haftentlassener zur Erfüllung einer Therapieweisung im Rahmen der Führungsaufsicht die nachfolgend aufgeführten Qualitätskriterien bei der Prozess-, Struktur und Ergebnisqualität erfüllen, um die Gesundheit und Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern und den Schutz der Bevölkerung vor neuen Straftaten erhöhen.

1.

Ausgangslage

Grundlagen der Arbeit in der psychiatrischen Haftnachsorge sind fundierte Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen, die Beherrschung der fachlichen Standards in Psychiatrie und Psychotherapie sowie spezifische Kenntnisse in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie. Die Arbeit basiert auf wissenschaftlich fundierten und von den Fachgesellschaften anerkannten Grundlagen der Forensischen Therapie (Müller J. L., Saimeh N., Briken P. et al.: „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB“ Der Nervenarzt Suppl 1 (2017)). Eine zentrale Bedeutung hat dabei das RNR- Prinzip (Risk- Need- Responsivity), nach dem sich die Behandlung nach den Aspekten

- a) dem vom Patienten ausgehenden Risiko,
- b) den individuellen Bedingungsfaktoren der Kriminalität und
- c) der individuellen Ansprechbarkeit der Patienten

zu richten hat (Andrews D, Bonta J, Wormith JS. “The risk-need-responsivity (RNR) model.” Crim Justice Behav (2011); 38: 735-755).

2.

Qualitätskriterien der Strukturqualität

2.1

Personelle Ausstattung, Qualifikation und Auslastung

2.1.1

Die wissenschaftlichen Grundlagen und das Instrumentarium in der spezifischen Diagnostik und Behandlung von straffällig gewordenen Menschen sind in den Bereichen des Maßregelvollzuges und des Justizvollzuges im Wesentlichen identisch. Daher kann unterstellt werden, dass in Einrichtungen des Maßregelvollzuges bzw. beliebigen Einrichtungen, in denen MRV- Patientinnen und Patienten behandelt werden, die notwendigen Qualifikationen vorhanden sind. Sollten Ambulanzen ohne diesen Hintergrund eine ambulante psychiatrische

Nachsorge psychisch erkrankter Haftentlassener anbieten wollen, ist die fachliche Qualifikation dadurch nachzuweisen, dass die Leitung der Einrichtung durch mindestens eine/n

- Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunktbezeichnung forensische Psychiatrie oder
- Fachpsychologin/Fachpsychologen für Rechtspsychologie und ein/e approbierter ärztliche/r oder psychologische/r PsychotherapeutIn erfolgt.

2.1.2

Die Behandlung erfolgt in einem multiprofessionellen Team. In jedem Behandlungsteam müssen mindestens folgende Berufsgruppen vertreten sein:

- Facharzt/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Sozialarbeiter/in,
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in und
- Psychologin/ Psychologe.

Die Berufsgruppen können im Rahmen der nachfolgend benannten Stellenanteile (siehe 2.1.3) in begrenztem Umfang anders besetzt sein.

2.1.3

Der Personalschlüssel (Caseload) beträgt in der Regel 1:7 (Freese R., Schmidt-Quernheim F.: „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2014) 8: 191 – 198). Bei einem Caseload von 1:7 müssen rd. 3 VK Fachkräfte für 20 Patienten vorgehalten werden, entsprechend rd. 2 VK therapeutischer Profession (Arzt/Ärztin/PsychotherapeutIn/PsychologIn) und 1 VK multiprofessioneller Berufsgruppen oder weiterer therapeutischen Professionen. Der Stellenanteil der Leitung soll zusätzlich mit 0,5 VK für 20 Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden, zzgl. einer Verwaltungskraft mit 0,25 VK für 20 Klientinnen und Klienten.

2.1.4

Regelhaft sind Klientinnen und Klienten von 2 Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen zu betreuen. Bezüglich der Einteilung der Arbeitszeit empfiehlt es sich, etwa ein Drittel mit geplantem, direktem Kontakt zu verbringen, ein weiteres Drittel durch indirekte Arbeit an den Klientinnen und Klienten, wie Aktenstudium, Dokumentation, Fallbesprechungen etc. und das verbleibende Drittel für Qualifikationsmaßnahmen, Kooperationsarbeit etc. aufzuwenden. (Freese R., Schmidt-Quernheim F.: „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2014) 8: 191 – 198).

2.2.

Fortlaufende Fort-und Weiterbildungen, Supervisionen

Die Ambulanzteams nehmen regelmäßige, externe Fallsupervisionen in Anspruch. Bei 20 Klientinnen und Klienten sind 10 Doppelstunden pro Jahr angemessen.

Fort- und Weiterbildungen müssen auch für Mitarbeitende, deren spezifische Berufsordnung diese nicht vorsehen, durch die Teilnahme an z.B. forensischen Fachtagungen und anderen curricularen Fortbildungen gewährleistet sein. Inhalte der Fort- und Weiterbildungen sollen einen forensisch-psychiatrischen/psychologischen Bezug haben.

Die fachlich korrekte Anwendung von Prognoseinstrumenten im Sinne von 3.3.1. muss auch durch hierfür geeignete Fortbildungsveranstaltungen sichergestellt werden.

2.3

Organisatorische- und Verwaltungsaufgaben

Zeiten für regelmäßigen Informationsaustausch (Übergaben, Teamzeiten, Fallbesprechungen) müssen vorgehalten werden.

2.4

Aufsuchende und nachgehende Hilfe

2.4.1

Als Behandlungsorte sind je nach Struktur der Ambulanz und der Ansprechbarkeit der Klientinnen und Klienten folgende Möglichkeiten vorgesehen:

- Aufsuchende Hilfe in Form von Hausbesuchen bzw. im persönlichen Umfeld der Klientinnen und Klienten und
- Aufsuchende Gespräche in den Räumlichkeiten des kooperierenden ambulanten sozialen Dienstes der Justiz (asD) geführt.

Im begründeten Ausnahmefall können Gespräche auch in den Räumlichkeiten der forensischen Ambulanz geführt werden.

In jedem Fall müssen Räume vorgehalten werden, in denen die Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte gewährleistet ist.

2.4.2

Kommen Termine unentschuldigt nicht zustande, geht die Ambulanz einer Erreichbarkeit der Klientinnen und Klienten aktiv nach und verständigt ggf. die Führungsaufsichtsstelle.

2.4.3

Für die Behandlung ist eine initial grundsätzliche und jeweils aktualisierte Gefährlichkeitseinschätzung durch die forensische Ambulanz notwendig, die eine Auswahl nach Geschlecht der Therapeutinnen und Therapeuten und ggf. auch eine

Durchführung zu zweit erforderlich macht. Eine entsprechende Ausstattung mit Sachmitteln (z.B. Fahrzeuge, mobile Dokumentationsmöglichkeiten) ist vorzuhalten (Freese R., Schmidt- Quernheim F.: „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2014) 8: 191 – 198).

2.5

Sachliche Ausstattung

2.5.1

Mitarbeitenden muss ein eigener Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. Die Ausstattung mit ausreichend Dienstfahrzeugen (Kfz, E-Bikes, Tickets für den ÖPNV), (mobilen) elektronischen Dokumentationssystemen, Smartphones und anderen Kommunikationsgeräten (Fax, E-Mail) ist obligatorisch.

2.5.2

Durch die regelhaft aufsuchende Versorgung sind Besprechungs-/Therapieräume nicht zwingend in einem Umfang vorzuhalten, wie ihn beispielsweise eine Psychiatrische Institutsambulanz benötigt. Dennoch müssen Räume für Fallgespräche, Konferenzen, Angehörigengespräche, etc. vorhanden sein.

3.

Qualitätskriterien der Prozessqualität

3.1.

Schriftliches Konzept

Die Arbeit basiert auf einem schriftlichen Konzept, in dem auch Aspekte der Klientinnen und Klienten-Aufklärung, des Datenschutzes und der Offenbarungspflicht erfasst sind (Schwarze, Voß, Kliesch et. al (2018) „Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs“).

3.2

Anbahnungs- und Begutachtungsphase

3.2.1

Die forensische Ambulanz kann im Einvernehmen mit der Justizvollzugsanstalt insbesondere zum Zwecke der Entlassungsvorbereitung an den die Klientinnen und Klienten betreffenden Fallkonferenzen teilnehmen, soweit dies für die Erstattung des Kurzgutachtens oder aber die spätere Behandlung sachdienlich erscheint.

3.2.2

Die Aufgabe der forensischen Ambulanz besteht nach dem RNR-Prinzip in einer stützenden, forensisch-therapeutischen Funktion. Die Klientinnen und Klienten sind über die Rahmenbedingungen der Behandlung umfassend aufzuklären. Dabei soll

das Ziel der Maßnahmen, Klientinnen und Klienten als aktive Partner zu gewinnen, berücksichtigt werden. Die Unterrichtung wird schriftlich dokumentiert.

3.2.3

Über Aufnahme und Durchführung der Therapie entscheidet die Ambulanz nach den in diesem Papier genannten fachlichen Gesichtspunkten, DGPPN Leitlinien bzw. nach aktuellen fachlich-wissenschaftlichen Leitlinien.

3.3.

Diagnostik, Risikobeurteilung und Prognose

3.3.1

Zur Arbeit der forensischen Ambulanz gehört eine fortlaufende Risikoeinschätzung unter Einsatz wissenschaftlicher Prognoseinstrumente (z.B. LSI-R, HCR-20 V3, SVR 20, START) und die Erarbeitung individueller Behandlungsangebote. Den Behandlungsangeboten liegen individuelle Delikthypothesen mit identifizierten Risikofaktoren zugrunde, wie sie z. B. aus dem LSI-R ableitbar sind. Letzteres kann auch zur Quantifizierung von Risiko, Behandlungsbedarf und Ansprechbarkeit herangezogen werden, wobei für Personen, die im oberen durchschnittlichen Risikobereich eingeschätzt werden, die höchste Wirksamkeit durch forensisch-behandlerische Intervention zu erwarten ist.

3.3.2

Zur validen Erstellung der Risikoprognose sind die Inhalte eines aktuellen Bundeszentralregisterauszuges heranzuziehen. Die ambulante forensische Behandlung ist somit als rekursiver Prozess aus Kriminalprognose, Behandlungsplanung und ggf. Revision der Delikthypothese zu verstehen. Für die praktische Arbeit sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Optimierung der Behandlungen nach den o. g. Prinzipien ermöglichen. Die Kräfte sollen vorrangig dort eingesetzt werden, wo das Risiko bzw. die zu erwartende Schwere erneuter Straftaten und die positiven Beeinflussungsmöglichkeiten durch forensische Therapie am höchsten sind.

3.4

Behandlungsaufnahme

Zu Beginn der Maßnahme/Behandlung sowie bedarfsorientiert (z.B. in Krisen) erfolgt eine Intensivphase, in der Kontakte regelmäßig einmal pro Woche bis zu mehrfach wöchentlich stattfinden. In begründeten Ausnahmefällen kann davon abgewichen werden. Im weiteren Verlauf ist die Behandlungsfrequenz variabel und liegt zum Ende der Behandlung i.d.R. bei etwa einem Kontakt pro Monat. Abweichungen sind begründet zu dokumentieren.

3.5

Professionelle Vernetzung und Krisenmanagement

3.5.1

Jede forensische Ambulanz übernimmt in der psychiatrischen Nachsorge psychisch erkrankter Haftentlassenen die Versorgung einer definierten Region. In dieser Region findet eine enge Vernetzung der Arbeit mit dem asD und ggf. weiteren Akteuren im Netzwerk sozialer Strafrechtspflege statt. Das sich auf diese Weise konstituierende Hilfe-Netzwerk führt fortlaufend und anlassbezogenen Runde Tische (Fallkonferenzen) regelhaft unter Einbeziehung der Klientinnen und Klienten durch.

3.5.2

Es werden keine gesonderten Bereitschaftsdienste vorgehalten.

3.5.3

Eine Kooperation mit der regional pflichtversorgenden (Akut-) Psychiatrie muss gewährleistet sein, um im Falle psychiatrischer Krisen ggf. durch stationäre Behandlung angemessen intervenieren zu können.

3.6

Dokumentation

3.6.1

Ein Klientinnen und Klienten-Stammdatenblatt wird erfasst und laufend aktualisiert. Dieses enthält mindestens folgende Angaben:

- Aufnahmedatum,
- Behandlungsbeginn,
- Kontaktdaten der Klientinnen und Klienten, der entlassenden JVA und der Kooperationspartner,
- Anlassdelikt, Vorstrafen,
- voraussichtliches Ende der Führungsaufsicht,
- Diagnosen gemäß ICD oder DSM und
- Medikation.

3.6.2

Entscheidungen im Behandlungsprozess werden an evidenten Kriterien orientiert und nachprüfbar getroffen und ebenso wie alle relevanten Erkenntnisse zeitnah elektronisch dokumentiert. Aus den Eintragungen müssen die Ersteller und der Zeitpunkt der Dokumentation klar hervorgehen.

3.7

Qualitätssicherung und Rezertifizierung

3.7.1

Die Bereitschaft, die eigene Tätigkeit im Rahmen von Supervisionen zu reflektieren, in Beiräten und/ oder Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder Gemeindepsychiatrischen Verbänden zu vertreten und regelmäßig an standortübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation teilzunehmen, gehört zu den Qualitätsstandards der forensische Ambulanz. Die Zulassung für die Arbeit der forensische Ambulanz wird in Abständen von fünf Jahren überprüft, um sicherzustellen, dass die Zulassungskriterien weiterhin erfüllt sind.

3.7.2

Für die Zulassung neuer forensischer Ambulanzen sind insbesondere folgende Punkte maßgeblich:

- Es liegt ein schriftliches Konzept vor, das o. g. Anforderungen erfüllt.
- Die personelle Ausstattung und Qualifikation genügt den o. g. Kriterien.
- Die sachliche Ausstattung ist für die Erfüllung der o. g. Aufgaben ausreichend.
- Die Versorgungsregion ist klar definiert und die relevanten Kooperationsstrukturen sind nachgewiesen.
- Konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung, Evaluation, Fortbildung und Supervision werden vorgehalten.

Eröffnen die in Ziffer 2.1 der AV d. JM vom ... Dezember 2024 forensische Ambulanzen an weiteren Standorten, genügt die Zusicherung, dass bereits am bisherigen Standort etablierte Konzept unverändert übernommen wird.

4.

Qualitätskriterien der Ergebnisqualität (nach Schwarze, Voß, Kliesch et. al (2018) „Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs“)

Eine forensisch-therapeutische Behandlung soll erneute Straftaten verhindern. Die Interventionen sollen darauf abzielen, kriminogene Faktoren zu modifizieren, die Ansprechbarkeit für Interventionen zu erhöhen und Verhaltensänderungen der Klientinnen und Klienten anzustoßen und ggf. einzuüben. Um den Erfolg der Interventionen zu überprüfen, sollen direkt, aber auch mittelbar, deliktbezogene Kriterien betrachtet werden.

4.1

Direkt deliktbezogene Kriterien

- *Gewaltvermeidung*. Einschlägige, nicht einschlägige und sonstige Straftaten sowie dissoziales Verhalten werden vermieden (vollständiger Erfolg); Deliktfrequenz nimmt

ab, Straftaten sind nicht einschlägig bzw. nicht mehr gewalttätig und nicht mehr so gravierend (Teilerfolg)

- *Risikokategorien und –scores* sinken (erfasst bspw. im LSI-R oder anderen risikoprognostischen Instrumenten)

- *Deliktrelevante Risikofaktoren* können reduziert werden (z. B. Medikamenteneinnahme bei vorliegender Psychose; wird im Behandlungsplan erfasst)

- *Anbindung*. Klientinnen und Klienten können im therapeutischen Setting gehalten werden (dabei geht es nicht um die Anzahl der Kontakte, sondern um die bedürfnisorientierte Vereinbarung, die Klientinnen und Klienten und Behandlungsteam miteinander treffen; z.B. Klientinnen und Klienten, die generell nicht viel Kontakt halten, sich jedoch zuverlässig melden, wenn sie in Not sind)

- *Dropout*. Abbrüche sind schriftlich festzuhalten und mit dem Hilfenetzwerk zu kommunizieren. Dies gilt nicht nur für einen von den Klientinnen und Klienten initiierten Abbruch, sondern auch für die Entscheidung des Behandlungsteams, Klientinnen und Klienten nicht mehr weiter zu behandeln.

- *Auslaufen bzw. Beendigung der Führungsaufsicht*. Eine Klientin bzw. ein Klient hat den Zeitraum erfolgreich bewältigt. Dies wird schriftlich erfasst.

- *Behandlungsende*. Gemeinsamer Entschluss der Klientinnen und Klienten und der forensischen Ambulanz, dass die Behandlung zu einem erfolgreichen Abschluss gekommen ist bzw. keine Unterstützung mehr benötigt wird; auch vor Ablauf der Führungsaufsicht.

4.2.

Mittelbar deliktbezogene Kriterien

- *Subjektive Behandlungszufriedenheit der Klientinnen und Klienten*. Trotz des übergeordneten Auftrags der Gefährlichkeitsreduktion orientiert sich die Behandlung an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Sie geben an, sich unterstützt und gehört zu fühlen, zeigen dies durch zugewandtes Verhalten (erfasst durch Verhaltensbeobachtung, Dokumentation und Behandlungsplan).

- *Ansprechbarkeit*. Grundhaltung gegenüber Unterstützung, Motivation, Veränderungsbereitschaft, insb. kulturelle und Vorbehalte verbessern sich mit der Zeit (erfasst durch einige Testverfahren und den Behandlungsplan).

- *Compliance*. Zuverlässigkeit, Termintreue, Kontaktverhalten, Befolgen der Weisungen, Offenheit gegenüber Empfehlungen des Behandlungsteams, ggf. regelmäßige Medikamenteneinnahme (erfasst durch Verhaltensbeobachtung, Dokumentation und Behandlungsplan).

- *Allgemeine Lebenszufriedenheit der Klientinnen und Klienten*. Diese geben weniger psychopathologische Belastung an.

- *Notwendigkeit hochfrequenter Betreuung*. Sinkt im Behandlungsverlauf, größere zeitliche Abstände zwischen Terminen (erfasst in Dokumentation und Behandlungsplan).

- *Krisen*. Frequenz nimmt im Behandlungsverlauf ab, Krisenmanagement verbessert sich (erfasst in Dokumentation und Behandlungsplan).
- *Soziale Integration*. Einbindung in berufliche/schulische Tätigkeiten, Hobbies/Vereine, gesicherte Wohnverhältnisse, finanzielle Stabilität (erfasst in Testverfahren und im Behandlungsplan).
- *Leistungsfähigkeit des Teams*. Konstante Zusammensetzung (wenig Fluktuation). Zeitlich und finanziell angemessene Arbeitsverträge, niedriger Krankenstand, hohe Motivation, Freude an Erfolgen der Klientinnen und Klienten, Möglichkeit und Anzahl von Fort- & Weiterbildung, konstruktive Rückmeldung von Vorgesetzten, wertschätzendes

Literatur

1. Manteuffel, H. (2019). *Bericht der Expertenkommission zu Optimierungsmöglichkeiten im Justizvollzug auf den Gebieten des Brandschutzes, der Kommunikation und der psychischen Erkrankungen*. <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf>
2. Groß, G., & Endres, J. (2023). Psychisch auffällige Gefangene. In *Behandlung im Strafvollzug: Ein Handbuch für Praxis und Wissenschaft* (pp. 393-415). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
3. Orlob, S. (2023). Versorgung von psychisch erkrankten Menschen im Strafvollzug: Welche Maßnahmen für eine gute Gefängnispsychiatrie notwendig sind. *DNP–Die Neurologie & Psychiatrie*, 24(2), 42-47.
4. (Fuß, J., Marquardt, I., Briken, P., & Konrad, N. (2021). Zwangsmedikation psychisch erkrankter Menschen im Justizvollzug: Situation in Deutschland und Empfehlungen für die Praxis. *Der Nervenarzt*, 92(1), 27.)
5. Müller J. L., Saimeh N., Briken P. et al.: „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB“ *Der Nervenarzt Suppl 1* (2017)
6. Andrews D, Bonta J, Wormith JS. "The risk-need-responsivity (RNR) model." *Crim Justice Behav* (2011); 38: 735-755
7. Freese R., Schmidt- Quernheim F.: „Mindeststandards forensischer Nachsorge“ *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* (2014) 8: 191 – 198
8. Schwarze, Voß, Kliesch et. al (2018) „Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs“