



Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug
Nordrhein-Westfalen

Leitlinie für die Behandlung nach § 64 StGB

Am Bonnhof 35, 40474 Düsseldorf
Postfach 30 08 65 – 40408 Düsseldorf
Telefon: (0211) 475 – 3266/3766 – Telefax: (0211) 475 - 3985

Die nachstehende Behandlungsleitlinie wurde durch den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit den Direktoren der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörden, den Vertretern der nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugseinrichtungen sowie des Institutes für Forensische Psychiatrie der Universität Essen erarbeitet.

Für die Behandlung im Maßregelvollzug wurden folgende weitere Leitlinien erstellt:

- Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug
- Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz
- Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit einer Intelligenzminderung

Die Leitlinien wurden jeweils in einer Langfassung für das therapeutische Personal und in einer Kurzfassung für die interessierte Öffentlichkeit vorgelegt. Sie werden entsprechend der fachlichen Entwicklung fortgeschrieben. Es ist geplant, aus den Leitlinien Rahmengrundsätze für die Behandlung abzuleiten.

Stand: 15.06.10

INHALT:

1. GRUNDLAGEN.....	4
1.1 VORAUSSETZUNGEN DER ANORDNUNG DER UNTERBRINGUNG UND RECHTLICHE ASPEKTE DES MAßREGELVOLLZUGS.....	4
1.2 VOLLSTRECKUNG DER MAßREGEL	5
1.3 STÖRUNGSBILDER DER PATIENTEN	5
1.4 DELIKTE	7
1.5 STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN	9
1.6 ERFOLGSAUSSICHTEN DER BEHANDLUNG	9
2. THERAPEUTISCHES VORGEHEN.....	10
2.1 AUFNAHMEPHASE.....	10
2.1.1 Ziele.....	10
2.1.2 Struktur und Organisation	10
2.1.3 Diagnostik	11
2.1.4 Orientierungs- und Eingewöhnungsprozess.....	11
2.2 SOZIO- UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE REGELBEHANDLUNG.....	12
2.2.1 Ziele.....	12
2.2.2 Struktur der Behandlung	13
2.2.3 Störungs- und deliktspezifische Behandlung.....	13
2.3 SOZIO- UND MILIEUTHERAPIE	15
2.3.1 Handlungsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes	15
2.3.2 Bezugspflegesystem.....	17
2.3.3 Der Pflegeprozess.....	18
2.3.4 Methoden psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege.....	18
2.3.4.1 Einzelfallbezogen.....	18
2.3.4.2 Gruppenbezogen	18
2.3.4.3. Lebensumfeldbezogen.....	19
2.4 AUßENORIENTIERUNG UND ERPROBUNG.....	19
2.4.1 Ziele.....	19
2.4.2 Struktur/Organisation der Behandlung	19
2.4.3 Störungs- und deliktspezifische Behandlung.....	20
2.5. LANGZEITBEURLAUBUNG (LZU) UND ÜBERLEITUNG ZUR NACHSORGE	21
2.5.1 Ziele.....	21
2.5.2 Voraussetzungen für die Beurlaubung	22
2.5.3 Struktur und Organisation	22
2.5.4 Behandlungs- und Kontrollmaßnahmen	23
2.5.5 Entlassung aus der Unterbringung.....	23
LITERATUR	24

1. Grundlagen

1.1 Voraussetzungen der Anordnung der Unterbringung und rechtliche Aspekte des Maßregelvollzugs

Die „Unterbringung in der Entziehungsanstalt“ gemäß § 64 StGB gehört zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. Die Anordnung der Unterbringung ist gemäß § 64 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) an folgende Voraussetzungen geknüpft: Bei einem Straftäter muss ein *Hang* vorliegen, Alkohol oder andere Rauschmittel *im Übermaß* zu sich zu nehmen. Natürlich liegt ein solcher Hang vor, wenn ein Täter an einem Abhängigkeitssyndrom im engeren Sinne (ICD F1x.2) leidet. Nach der Rechtsprechung ist von einem Hang auszugehen, wenn eine eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene intensive Neigung besteht, immer wieder Rauschmittel zu konsumieren, wobei diese Neigung noch nicht den Grad physischer Abhängigkeit erreicht haben muss (vgl. BGHR StGB § 64 Abs. 1 Hang 5). Bei Verlangen nach übermäßigem Alkoholgenuss fordert die Rechtsprechung recht eindeutig, dass zumindest der Grad einer psychischen Abhängigkeit erreicht sein muss (vgl. BGH: 2 StR 34/98, NStZ 1998, 407).

Die Voraussetzung für die Maßregelvollzugsunterbringung wären bei einem gelegentlichen „schädlichen Gebrauch“ im Sinne der ICD noch nicht erfüllt.

Eine Straftat muss auf den Hang zurückgehen und es muss *infolge des Hanges* die Gefahr weiterer rechtswidriger Taten von einiger Erheblichkeit bestehen. Die strafbaren Handlungen sollen in gewisser Weise ein Symptom der Suchtproblematik des Täters sein. § 64 StGB dient der Gefahrenabwehr, die Anwendung nur aus therapeutischen Gründen ist nicht zulässig.

Seit 1994 gilt gemäß § 64 Abs. 2 StGB:

Die Anordnung der Unterbringung und ebenso ihr Vollzug müssen von Verfassung wegen an die Voraussetzung geknüpft sein, dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren. (BVerfGE 91, 1)

1.2 Vollstreckung der Maßregel

Vollstreckungsbehörde ist die Staatsanwaltschaft (bei Jugendlichen/Heranwachsenden der Jugendrichter). Diese richtet ein Aufnahmeersuchen an den Träger der Maßregelvollzugseinrichtungen (in NRW derzeit: die beiden Landschaftsverbände).

Mindestens halbjährlich erfolgt die Prüfung der Notwendigkeit der weiteren Unterbringung, und zwar durch eine Kammer des Landgerichts (Strafvollstreckungskammer), in dessen Bezirk die Klinik liegt (§ 67 e StGB).

Die Kliniken äußern sich vor dieser richterlichen Überprüfung in schriftlichen Stellungnahmen zum Verlauf der Behandlung und zur Prognose des Patienten.

Voraussetzung für eine Entlassung aus der Unterbringung zur Bewährung ist die Erwartung, „dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (§ 67 d (2) StGB). Andererseits kann gemäß § 67 d Abs. 5 StGB die Unterbringung beendet werden, „wenn ihr Zweck aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, nicht erreicht werden kann“ (bei Aussichtslosigkeit der Therapie). Meist kehren die Patienten nach einer solchen Entscheidung in die Haft zurück.

Bestimmungen zu den Rechten der Patienten, zur Zulässigkeit von Eingriffen (Kontrollen, Beschränkungen) einerseits und Lockerungen (Ausgang, Urlaub) andererseits enthält das Maßregelvollzugsgesetz (MRVG-NRW).

Das MRVG-NW erlaubt es, Patienten „aus Behandlungsgründen“ aus der stationären Unterbringung zu beurlauben (§ 18 (2) MRVG-NRW). Eine solche Beurlaubung kann ggf. auch über einen mehrmonatigen Zeitraum erfolgen, zum Beispiel zur schrittweisen Wiedereingliederung und zur Erprobung des Patienten vor der bedingten Entlassung aus der Maßregel.

1.3 Störungsbilder der Patienten

Entsprechend der Unterbringungs Voraussetzungen weisen die Patienten mehr oder weniger starke Abhängigkeitsstörungen auf. Bei 70 % der wegen alkoholbezogener Delikte untergebrachten Patienten wurden schwere Abhängigkeitssyndrome festgestellt. Bei den Übrigen erschien ein „Hang“ im Sinne der

Unterbringungs Voraussetzungen selten strittig (Schalast u.a. 2005). Klinischen Erfahrungen zufolge gilt das Gleiche auch für drogenabhängige Patienten.

Die häufigste Zweitdiagnose bei Patienten des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB ist eine Persönlichkeitsstörung mit einem Schwerpunkt bei den Cluster-B-Störungen. In gut 40 % der Fälle wird eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) festgestellt (von der Haar 2004). Eine „kategoriale“ Betrachtungsweise, die zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung unterscheidet, ist den Notwendigkeiten des klinischen Alltags wenig angemessen. Die Patienten weisen in unterschiedlicher Ausprägung u.a. dissoziale, narzisstische, histrionische, zwanghafte und/oder emotional instabile Züge auf. Häufig liegen frühe Traumatisierungen vor. Oft haben die Patienten schon früh Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, zum Beispiel im Sinne einer Hyperaktivitätsstörung (Davids & Gastpar 2003).

Selbst erlebter Missbrauch und Vernachlässigung, insbesondere aber eine fehlende Bindungssicherheit in der frühen Kindheit führen zu einer Störung der „Affektregulation“ (Selbstberuhigung, Verarbeitung von Frustration, Steuerung aggressiver Impulse, Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls). Mit der Störung der Affektregulation sind die Suchtprobleme der Patienten eng verwoben. Der Druck starker Affekte, Enttäuschungen und Kränkungen, aber auch Hochgefühle oder innere Leere können zu impulsiven, unüberlegten Handlungen und/oder Suchtmittelrückfällen führen.

Persönlichkeitsstörungen prädisponieren zu Suchtproblemen. Darüber hinaus finden sich bei kleineren Gruppen von Patienten auch psychiatrische Komorbiditäten im engeren Sinne, die besondere Behandlungsprobleme mit sich bringen. Zu nennen sind vor allem hirnorganische, psychotische und affektive Störungen. Hirnorganische Schädigungen können sowohl früh erworben als auch Folge der Sucht selbst sein (z.B. chronische Intoxikationen oder Überdosierungen). Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis werden in manchen Einzelfällen erst nach der Aufnahme diagnostiziert und waren zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung noch nicht erkennbar.

Affektive Störungen, vor allem passagere depressive Störungen, können im Stationsalltag übersehen oder verkannt werden, weil die Patienten tiefe

Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit oft durch reizbar-aggressives Verhalten maskieren.

Somatische, etwa internistische, orthopädische oder zahnmedizinische Erkrankungen sind bei den Patienten des § 64-Maßregelvollzugs eher die Regel, als die Ausnahme und fordern erhebliche Behandlungsressourcen. Dabei können unterschieden werden (1) unmittelbare Folgen des Suchtverhaltens selbst (z.B. Leberschäden, Virusinfektionen), (2) Auswirkungen einer selbstschädigenden Lebensführung mit Verwahrlosungstendenzen (z.B. Zahnschäden, Verletzungsfolgen) und (3) psychovegetative Symptome (z.B. herzbezogene Schmerzen und Ängste, Schlafstörungen). Bei dieser dritten Gruppe von Symptomen ist die geringe Fähigkeit der Patienten zur Selbstberuhigung erkennbar. Das Suchtmittel ist für den Patienten ein scheinbar kontrollierbares beruhigendes Ersatzobjekt. Die körperlich-medizinische Behandlung und Betreuung der Patienten hat daher auch eine wichtige psychische und psychoedukative Dimension.

1.4 Delikte

Der Anteil der Patienten, bei denen die Unterbringung wegen eines Gewaltdeliktes erfolgt ist, liegt bei über 60 %. Er ist bei den alkoholabhängigen noch höher als bei den drogenabhängigen Patienten. Gewalttaten bei letzteren sind überwiegend Raubdelikte, bei den Alkoholabhängigen auch schwere Übergriffe gegen Partnerinnen. Bei den Alkoholabhängigen findet sich auch eine kleine Gruppe von Sexualstraftätern, die in den letzten Jahren angewachsen ist.

Zusammenhänge zwischen Suchtproblemen und Delinquenz

Zwischen den Problemfeldern Delinquenz und Sucht gibt es spezifische Überschneidungen. Gerade im Zusammenhang mit Gewaltdelinquenz spielen Alkoholprobleme eine große Rolle. Laut amtlicher Strafverfolgungsstatistik betrug im Jahre 1999 der Anteil alkoholisierter Täter bei Gewaltkriminalität generell etwa ein Viertel, womit die Bedeutung des Alkohols im Zusammenhang mit Gewalthandlungen

wohl eher unterschätzt wird. Internationalen Studien zufolge ist der Anteil alkoholisierter Täter noch höher einzuschätzen (Murdoch et al. 1990).

Bei sozial ohnehin randständigen Personen verstärkt Alkoholmissbrauch die Lebensprobleme, führt zu sozialen Konflikten sowie materieller Not und lässt die Betroffenen dadurch eher in „tatnahe“ Situationen geraten, in denen sie - auch aufgrund enthemmender Wirkungen des Alkohols - straffällig werden (Kerner 2000). Eine problematische Kerngruppe von Alkoholtätern neigt im Rausch in sehr spezifischer Weise zu Gewalthandlungen und dem Ausagieren dissozialer Impulse. Manche im Rausch aggressive Gewalttäter scheinen unter Alkoholeinfluss Situationen massiver Bedrohung (wieder) zu erleben und reagieren auf Kontaktaufnahme mit einer hohen Aggressionsbereitschaft. Viele dieser Menschen waren selbst in ihrer Vorgeschichte Opfer von Gewalt. Ein Zusammenhang mit der eigenen Gewaltbereitschaft ist häufig feststellbar.

Der Zusammenhang zwischen Sucht und Kriminalität stellt sich für Drogenabhängige etwas anders dar als für Täter mit einer Alkoholproblematik. Gerade Heroin und andere Opiate sind eigentlich keine an sich aggressionsfördernden Substanzen (im Gegensatz zu Kokain oder Amphetaminen, Haynes 1998), haben jedoch ein besonders hohes Abhängigkeitspotential. Die Vorstellung ist verbreitet, dass viele Heroinkonsumenten erst infolge ihrer Suchtproblematik, vor allem durch Beschaffungsdelikte, straffällig werden. Kriminologische Daten zeichnen ein anderes Bild. Viele Angehörige der Drogenszene zeigten schon strafbares Verhalten, bevor sie eine Abhängigkeitsproblematik entwickelten (Kaye et al. 1998). Die deutlichste empirische Unterstützung findet sich für ein Modell, das beide Formen abweichenden Verhaltens - Drogensucht und Straffälligkeit - auf gemeinsame Ursachen zurückführt, die wiederum in komplexer Weise interagieren (König 2003).

Drogenabhängigkeit führt nicht monokausal zur Straffälligkeit, verfestigt jedoch kriminelle Karrieren, intensiviert delinquentes Verhalten und verzögert das Hinauswachsen aus der Kriminalität. Letzteres gilt in gleicher Weise für schweren Alkoholmissbrauch.

1.5 Strukturelle Rahmenbedingungen

Aus den vielfältigen und uneinheitlichen Symptombildern und Defiziten der Patienten, die im Zusammenhang mit der Delinquenz stehen, ergibt sich die Notwendigkeit einer multiprofessionellen und „multimodalen“ (verschiedene Zugänge suchenden) Behandlung. Psychiatrische und somatische Komorbiditäten erfordern medizinische Maßnahmen im engeren Sinne. Defizite im Bereich von Kulturtechniken und schulisch-beruflicher Qualifikation erfordern die Mitwirkung von Ergotherapeuten oder entsprechend qualifizierten beruflichen Ausbildern sowie Lehrern. An der allgemeinen psycho- und sozialtherapeutischen Förderung der Patienten sind im Grunde alle Berufsgruppen beteiligt, natürlich Psychologen und Psychotherapeuten, aber in besonderer Weise auch die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes. Aus der Sicherungsfunktion des Maßregelvollzugs ergibt sich ein erhöhter Personalbedarf.

Entsprechend den rechtlichen Vorgaben ist es notwendig und auch therapeutisch sinnvoll, regelmäßig individuelle Behandlungsziele und -inhalte mit jedem Patienten abzustimmen und zu überprüfen.

Das tägliche Zusammenleben auf der Station sollte so gestaltet werden, dass es die Entwicklung der Patienten fördert. Ein konstruktives soziales Lernen und ein förderliches Stationsklima erfordern überschaubare Behandlungseinheiten, wobei eine Größenordnung von acht bis zwölf Plätzen angemessen ist.

Der Anteil von Frauen an der Klientel des § 64-Maßregelvollzugs ist vergleichbar dem Strafvollzug (unter 5 %). Einzelne Patientinnen werden häufig auf allgemeinspsychiatrischen Stationen behandelt. An einigen Standorten gibt es jedoch spezielle forensische Stationen für Frauen. Die Behandlung auf Stationen, die nicht gemischt-geschlechtlich belegt sind, erscheint sinnvoll, da Menschen mit dissozialen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen eine ausgeprägte Tendenz haben, sich recht unüberlegt in innige (symbiotische, intime) Beziehungen zu stürzen.

1.6 Erfolgsaussichten der Behandlung

Weniger als die Hälfte der Patienten kann derzeit in NRW auf Bewährung entlassen werden. Der größere Teil der Patienten wird in den Strafvollzug zurück verlegt. Auch ohne das Ziel der Entlassung zur Bewährung erreicht zu haben, sind bei einem Teil

dieser Gruppe positive Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu verzeichnen. Risikofaktoren für einen problematischen Behandlungsverlauf sind unter anderem: frühere Haftzeiten (vor dem Unterbringungsverfahren), frühe Verurteilungen (v.a. wegen Gewaltdelikten), eine sehr problematische Arbeitsanamnese (lange Zeiträume von Arbeitslosigkeit ohne Bemühungen um eine Beschäftigung) und ein reizbar-aggressives Verhalten im Klinikalltag.

2. Therapeutisches Vorgehen

2. 1 Aufnahmephase

2.1.1 Ziele

Der Patient hat eine erste Anbindung an das therapeutische Team entwickelt und ist in der Lage, mit einer Reihe von Mitpatienten einen angemessenen Kontakt zu haben. Er hat die wesentlichen Elemente der Behandlung erkannt und ist bereit, zugunsten positiver Veränderungen eventuelle Nachteile, wie z.B. eine verlängerte Freiheitsentziehung, in Kauf zu nehmen.

Das Behandlungsteam hat eine diagnostische und prognostische Beurteilung sowie eine Bewertung der dominierenden Persönlichkeitsmerkmale, der Gefährlichkeitsmomente und der besonderen Schwächen und Stärken des Patienten vorgenommen. Mit dem Patienten wurden erste Vereinbarungen zu Behandlungszielen und Behandlungsaktivitäten getroffen.

2.1.2 Struktur und Organisation

Die Unterbringung der Patienten erfolgt während der Aufnahmephase in der Regel unter gesicherten Bedingungen.

Die Aufnahmephase kann nicht immer mit der sechswöchigen Diagnostikphase abgeschlossen werden. Sie kann länger dauern, so dass eine Ergänzung des ersten Therapie- und Eingliederungsplans erforderlich ist.

2.1.3 Diagnostik

Das Vorgehen hinsichtlich medizinischer und psychologischer Diagnostik richtet sich nach dem Qualitätsstandard: "Diagnostik im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug". In der Aufnahmephase erfolgt u.a. die diagnostische Abklärung evtl. vorhandener Infektionskrankheiten. Im Hinblick auf eine möglicherweise vorliegende Intoxikation, die ggf. eine Absonderung bzw. eine Detoxikationsbehandlung des Patienten erforderlich machen könnte, sind Drogenscreenings und Atemalkoholtests von Bedeutung.

2.1.4 Orientierungs- und Eingewöhnungsprozess

Im Rahmen des Orientierungs- bzw. Eingewöhnungsprozesses steht die Vermittlung wichtiger therapierelevanter Informationen im Vordergrund. Insbesondere sind die Kontaktaufnahme zu den Teammitgliedern, das Verständnis bestimmter Regeln, die Vermittlung der Grundzüge eines angemessenen Sozialverhaltens sowie die Motivationsförderung im Hinblick auf ein therapeutisches Bündnis von großer Bedeutung. Der Beziehungsaufbau zu den Mitgliedern des therapeutischen Teams dient gleichzeitig der internen Sicherung.

Für die **Kontaktaufnahme** sind folgende Faktoren bedeutsam:

Eine aktive Rolle der Behandelnden in den Gesprächen ist häufig notwendig, um eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Die Fehleinschätzung der Patienten, dass ihnen ohne ihre Mitwirkung geholfen werden kann, sollte angesprochen werden.

Eine Anpassung an das *Sprachverständnis* (nicht jedoch an die „Szenesprache“) der Patienten ist sinnvoll, um mögliche Kommunikationsschwierigkeiten zu vermeiden.

Erfassen und Verstehen des Wertgefüges der Patienten sind wichtige Voraussetzungen für den Kontaktaufbau. Dies ist z.B. über den Zugang der „**motivierenden Gesprächsführung**“ zu erreichen.

Grundsätzlich ist u.a. die Abklärung der Behandlungsmotivation unter Berücksichtigung von Veränderungsbereitschaft, Problemeinsicht und Übernahme der „Patientenrolle“ von besonderer Bedeutung. Da erfahrungsgemäß nur wenige Patienten von vornherein eine intrinsische und stabile Therapiemotivation aufweisen,

ist eine Motivationsförderung notwendig, unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, die sich positiv bzw. negativ auf die Behandlungsbereitschaft auswirken können.

Im Mittelpunkt der Verhaltensbeobachtungen zur Beurteilung der Ressourcen und Defizite stehen

- die soziale Kompetenz
- die Alltagskompetenzen
- soziale Umgangsformen
- die Stellung des Patienten innerhalb der Gruppe, ggf. seiner Orientierung an „starken“, „dissozialen“ Patienten
- die Impulskontrolle
- antisoziale Einstellungen und Handlungen
- die Tagesstrukturierung
- die „Freizeitaktivitäten“
- der Umgang mit Konflikten

Verhaltensbeobachtungen und deren Bewertung, anamnestische Daten, Analyse des Beziehungsgefüges von Persönlichkeit, Sucht und krimineller Entwicklung sowie positive Ressourcen fließen in den ersten Therapieplan mit ein, der Behandlungsziele und -methoden beinhaltet.

2. 2 Sozio- und Psychotherapeutische Regelbehandlung

2.2.1 Ziele

Reduktion der sucht- und deliktfördernden Faktoren bei gleichzeitigem Ausbau der individuellen Ressourcen sowie Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Durch die Auseinandersetzung mit seiner Biographie hat der Patient ein gewisses Verständnis für seine eigene Entwicklung gewonnen. Veränderungen sind auf der Verhaltensebene sichtbar. Sein Abstinenzentschluss erscheint gefestigt.

Er hat sich hinsichtlich Offenheit, Empathiefähigkeit und affektivem Steuerungsvermögen positiv entwickelt. Rigide Verhaltensmuster, die in der

Vergangenheit zu Krisen, Sucht und Kriminalität geführt hatten, sind flexibleren sozial angemessenen Verhaltensweisen gewichen. Der Patient ist in der Lage, bei Problemen und Belastungen Lösungen zu finden, beziehungsweise sich hierfür Hilfe und Unterstützung zu holen. Der Patient kann seine Delikte selbstkritisch erörtern und/oder ist zumindest in der Lage, seine potentielle Gefährlichkeit/Gefährdung als Tatsache zu akzeptieren.

Es ist eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlungs- und Rehabilitationsziele erarbeitet worden. Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit machen es möglich, dem Patienten größere Freiräume und Handlungsspielräume zu gewähren.

2.2.2 Struktur der Behandlung

Kernbereiche der Behandlung sind die Psychotherapie im engeren Sinne, die Sozio- und Milieuthherapie sowie Ergo- Wahrnehmungs- und erlebnisorientierte Therapien. Sporttherapie, Freizeitgruppen, Schule u.a.m. stellen wichtige Ergänzungen dar. Diese Behandlungsphase erfolgt häufig im Rahmen geschlossener, gegebenenfalls auch gesicherter Stationen. Sofern vertretbar, kann sie auch auf offenen Stationen durchgeführt werden.

2.2.3 Störungs- und deliktspezifische Behandlung

Die Behandlung fußt auf der kontinuierlichen Diagnostik, auf dem Wissen um Sucht, psychische Störungen, Deliktursachen und Rückfallgefahren. Die jeweils individuelle Situation des Patienten mit seinen Defiziten, Ressourcen sowie dem aktuellen Entwicklungsstand wird im multiprofessionellen Team analysiert und bewertet. Die daraus abzuleitenden Maßnahmen werden entwickelt.

Bei den in der Regel frühgestörten und häufig von dissozialen Entwicklungen geprägten Patienten geht es in erster Linie darum, tragfähige Beziehungen als Grundlage für die weitere Arbeit und die erforderliche Sicherheit herzustellen.

Psychotherapeutisch ist hinsichtlich der Suchterkrankungen eine Wissensvermittlung im Sinne der Psychoedukation, das Erarbeiten eines individuellen Sucht- und Symptomverständnisses und einer darauf ausgerichteten Rückfallprophylaxe

notwendig. Darüber hinaus muss im Alltag für den Patienten eine Art Selbstverständlichkeit entstehen, sich mit der Sucht und dem Erfordernis einer dauerhaften Abstinenz auseinander zu setzen.

Der individuelle Persönlichkeitsstil, gegebenenfalls auch die Persönlichkeitsstörung, wird insbesondere im Alltag, in der Beziehungsgestaltung und auch in der Sport- oder Arbeitstherapie deutlich. Die hier auftretenden Symptome und die sich aus der Persönlichkeitsstruktur entwickelnden Konflikte werden aufgegriffen und zum Thema gemacht. Der Schwerpunkt der Arbeit bei den ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen liegt unter Beachtung und Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen in der Bearbeitung im „Hier und Jetzt“ einschließlich der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten.

Bei Patienten, die zusätzlich psychotische Störungen aufweisen, sind spezifische störungsorientierte Ansätze notwendig, u.a. medikamentöse Behandlung und Psychoedukation. Bei Patienten, die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, sind Stabilisierungsübungen sinnvoll.

Die Bearbeitung des Unterbringungsdeliktes wie auch einer vorangegangenen kriminellen Entwicklung sind zentrale Bereiche der Behandlung. Bei Sexualstraftätern können zusätzliche therapeutische Interventionen erforderlich sein.

Aufgabe der Behandelnden ist es, jeden Patienten in seiner individuellen Entwicklung zu erfassen, das heißt, insbesondere die Deliktdynamik unter Einbeziehung der Sucht- und Persönlichkeitsentwicklung sowie unter psychodynamischen Aspekten zu verstehen und daraus eine individuelle Behandlungsstrategie abzuleiten.

Bei schweren Persönlichkeitsstörungen ist eine längerfristige Behandlung unter hochstrukturierten und begrenzenden Rahmenbedingungen notwendig und therapeutisch sinnvoll.

Qualität und Kontinuität der einzelnen therapeutischen Beziehung sind von entscheidender Bedeutung, Gruppentherapie und Einzeltherapie sind entscheidende Elemente der Behandlung. Eine therapeutische Behandlung über den stationären Rahmen hinaus bis in den LZU kann einen stabilisierenden Effekt haben.

Die spezifische methodische Orientierung (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch, humanistisch) ist für den Erfolg der Behandlung weniger bedeutsam als die stringente und kompetente Umsetzung des jeweiligen Verfahrens. Schule und berufliche Förderung haben bei nach § 64 StGB untergebrachten Patienten einen besonderen Stellenwert.

2.3 Sozio- und Milieuthherapie

Die wesentlichen Handlungs- und Interventionsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes im Maßregelvollzug sind die Alltagskompetenzen, die Beziehungen und das Umfeld der Patienten. Dabei erfüllt der Pflege- und Erziehungsdienst in erster Linie soziotherapeutische Aufgaben und bietet den Patientinnen und Patienten lebenspraktische Hilfen unter Wahrung sicherheitsrelevanter Aspekte.

In der Behandlungseinheit sowie bei der Unterstützung und Begleitung von Lockerungen wird im Rahmen der Sozio- und Milieuthherapie professionelle Beziehungsarbeit gestaltet.

Die Milieugestaltung im forensischen Kontext sollte den normalen Lebensbedingungen angenähert sein. Förderlich ist eine wohnliche und eine klar strukturierte Umgebung, in der der Patient Anregungen erfährt und zwischenmenschliche Kontakte gestalten kann. Die Sozio- und Milieuthherapie nutzt die wechselseitigen Beziehungen der Patienten untereinander und zum Behandlungsteam. In regelmäßigen Gesprächsrunden, an denen Patienten und Mitarbeiter teilnehmen, werden Fragen der Stationsordnung, Probleme des Zusammenlebens und Interaktionen der Patienten untereinander, aber auch Fragen der Freizeitgestaltung u.ä. besprochen. Dem Patienten eröffnet sich hier ein Übungsfeld für das Erlernen sozialer Fertigkeiten.

2.3.1 Handlungsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes

Bei der Umsetzung der Sozio- und Milieuthherapie stehen dem Pflege- und Erziehungsdienst drei wichtige Handlungs- und Aufgabenfelder zur Verfügung, die jeweils körperliche, psychische und soziale Ziele der Behandlung integrieren –

allerdings mit unterschiedlicher Gewichtung. Die drei Handlungs- und Aufgabenfelder Alltag, Beziehungen, Umfeld berühren, ergänzen und überschneiden sich. Patienten sollen in diesen Handlungsfeldern dabei unterstützt werden:

Alltagskompetenzen, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu erhalten und zu erweitern. Dies beinhaltet die Förderung bei:

- der Entwicklung einer ausreichenden Kompetenz zur Selbstpflege und Behandlung (z.B. Medikamentencompliance)
- dem Umgang mit stofflichen und nichtstofflichen Süchten
- der Alltagsbewältigung unter den Bedingungen psychiatrischer Erkrankungen und Behinderungen
- der Entwicklung einer der individuellen Belastbarkeit angemessenen Tages- und Wochenstruktur
- einer angemessenen Freizeitgestaltung innerhalb und außerhalb der Klinik

Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen zu entwickeln und zu pflegen.

Mittel der Mitarbeiter dazu sind zum Beispiel:

- Einschätzung der Beziehungsfähigkeit
- aktive und geplante Beziehungsgestaltung, einschließlich Förderung und Beratung

Die Behandlungseinheit als Entwicklungs- und Lernfeld für soziale Interaktionen und Regelungen des Zusammenlebens zu nutzen.

Mit den Patienten wird ein milieutherapeutisches Setting gestaltet, welches ihnen einen Realitätsbezug und die Überprüfung von störungsspezifischen oder delinquenten Verhaltensmustern ermöglicht. Die Förderung eines sozialen Miteinanders innerhalb der Gruppe erhält dabei eine besondere Bedeutung. Daher gilt es, aktiv ein Milieu zu gestalten, das geprägt ist von Verständnis, Vertrauen, Zuverlässigkeit, Eindeutigkeit und Begegnungsvielfalt. Insbesondere soll das soziomilieutherapeutische Setting dazu beitragen, dass der Patient soziale Normen, Werte und Regeln kennen lernt, verinnerlicht und in Verantwortung ausübt.

Die besondere Herausforderung besteht unter anderem darin, problematisches Verhalten des einzelnen Patienten nicht nur auf seine sicherheitsrelevanten Aspekte hin zu bewerten, sondern, wann immer möglich, dieses therapeutisch nutzbar zu machen.

2.3.2 Bezugspflegesystem

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes begleiten Patienten bei der individuellen Auseinandersetzung mit der Erkrankung/ Störung sowie deren Auswirkungen auf den Alltag. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, bedarf es einer professionellen Beziehungsarbeit auf Grundlage eines Bezugspflegesystems. Dabei wird die Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Beschäftigten des Pflege- und Erziehungsdienstes geplant, reflektiert und supervidiert.

Der Ausrichtung des multiprofessionellen Behandlungsziels entsprechend erfolgt der Kontakt als beratendes, haltgebendes und unterstützendes Beziehungsangebot. Unter Berücksichtigung der verschiedenen individuellen Besonderheiten sind spezifische Kompetenzen in der Kommunikation erforderlich. Hier kann es auch notwendig werden, dass Hilfs-Ich-Funktionen übernommen werden, die dem Patienten die Bewältigung alltäglich anfallender Aufgaben überhaupt erst ermöglichen. Weiterhin können Beziehungsangebote im Vordergrund stehen, bei denen soziotherapeutische Aspekte zum Tragen kommen.

Die Arbeitshaltung und der Kommunikationsstil des Behandlungsteams werden im Sinne des Lernens am Modell als entscheidende Milieufaktoren definiert. Unter bestimmten Umständen werden Fehlentscheidungen der Patienten zugelassen, um Raum für eigene Erfahrungen zu schaffen. Diese Arbeitshaltung setzt eine interprofessionelle Konfliktkultur und Bereitschaft zur ständigen Reflektion im Team voraus.

Durch eine professionelle Beziehungsarbeit, kontinuierliche und alltagsnahe Begleitung trägt der Pflege- und Erziehungsdienst dazu bei, potenzielle Gefahrenquellen frühzeitig zu erkennen und somit die Sicherheit im Maßregelvollzug nachhaltig zu fördern. Hierzu ist es erforderlich, auch die Deliktdynamik zu verstehen und in die individuelle Pflegeplanung einzubeziehen. Der Pflege- und

Erziehungsdienst steht dabei in dem besonderen Spannungsverhältnis zwischen Beziehungsarbeit und Kontrolle.

2.3.3 Der Pflegeprozess

Im Rahmen des Pflegeprozesses wird auf der Basis der eingehenden Pflegediagnostik eine Planung erstellt, die nach Durchführung auf ihre Wirkungen hin zu bewerten und fortzuschreiben ist. Die Dokumentation der Betreuung und Behandlung muss alle wesentlichen Prozessschritte wie Pflegeassessment, Pflegediagnose, Pflegemaßnahmen sowie die Evaluation nachvollziehbar darstellen. Der Pflegeprozess gestaltet sich in den unterschiedlichen Behandlungsphasen von der Aufnahme bis zu einer möglichen Entlassung als Beziehungs- und Problemlösungsprozess. Neben der oben beschriebenen Beziehungsarbeit werden alltagsrelevante und soziale Fähigkeiten unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen gefördert, erhalten und weiter entwickelt.

2.3.4 Methoden psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege

2.3.4.1 Einzelfallbezogen

Im Vordergrund steht hier das personenzentrierte Handeln. In Zusammenarbeit mit dem Patienten werden die Ziele und Maßnahmen entwickelt.

2.3.4.2 Gruppenbezogen

Der Pflege- und Erziehungsdienst führt unterschiedliche Gruppenangebote im Rahmen des Behandlungsprozesses durch. Es werden edukative Angebote im engeren Sinne, wie z. B. soziales Kompetenztraining, Psychoedukation oder Rückfallprophylaxetraining durchgeführt. Außerdem sind Gruppenangebote zu Themenbereichen wie Alltags-, Freizeitgestaltung und Regeln des Zusammenlebens anzubieten, bei denen folgende Ziele verfolgt werden:

- Förderung und Erhalt von Eigeninitiative
- Förderung und Erhalt von Verbindlichkeit und Absprachefähigkeit
- Förderung der Bereitschaft der Übernahme von Verantwortung für sich und andere

- Erlernen von Möglichkeiten gesunder Abgrenzung
- Förderung und Erhalt von Ressourcen im Umgang mit Konflikten und Konfliktmanagement
- Erlernen von Frustrationstoleranz und Impulskontrolle
- Sich Wahrnehmen in einem Gruppenkontext
- Erfahren von (Selbst)Vertrauenszuwachs
- Selbstwertstärkung

2.3.4.3. Lebensumfeldbezogen

Die Patienten sind bei der Gestaltung ihres Lebensumfeldes zu unterstützen oder bei der Durchführung unterschiedlicher Maßnahmen (z. B. Behördengänge, Kontaktaufnahme zu zukünftigen Arbeitgebern) bei Bedarf zu begleiten.

2. 4 Außenorientierung und Erprobung

2.4.1 Ziele

Die zwischenzeitlich entwickelten sozialen Fähigkeiten, Einstellungsänderungen und auch die Abstinenz können unter gelockerten Bedingungen, in wechselnden Alltagssituationen, im Kontakt mit Personen des zukünftigen Lebensumfeldes sowie in realitätsnahen Arbeitsbereichen erfolgreich aufrecht erhalten werden. Belastungen und Krisen kann der Patient mit Hilfe des Teams und anderer Unterstützung bewältigen.

2.4.2 Struktur/Organisation der Behandlung

Lockerungen werden größtenteils von Beschäftigten des Pflege- und Erziehungsdienstes durchgeführt. Dabei richtet sich die Vorgehensweise zur Lockerungspraxis nach dem Qualitätsstandard des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug: „Grundsätze für Lockerungsentscheidungen in Maßregelvollzugseinrichtungen“ vom Juni 2008. Die Überprüfung des Behandlungsstands, die Begleitung und Beobachtung von Patienten sowie die Förderung von Alltagskompetenzen stellen die wesentlichen Ziele dar. Dabei ist die

Einschätzung der Befindlichkeit insbesondere der psychischen Stabilität des Patienten vor, während und nach der Lockerung besonders wichtig. Die im Ausgang gesammelten Erfahrungen bilden eine Grundlage für die Entscheidung weiterer Behandlungsmaßnahmen.

Die Unterbringung der Patienten in der Phase der Außenorientierung und -erprobung kann auf geschlossenen, auf offenen Stationen oder in einer offenen Wohngruppe erfolgen. Lockerungen werden schrittweise ausgeweitet bis zu Beurlaubungen in das künftige soziale Umfeld, ggf. betreute Wohnformen oder -einrichtungen (Probewohnen). Das interne Therapieprogramm ist so strukturiert, dass Patienten auch Aufgaben und Ausgänge außerhalb der Station bzw. der Klinik wahrnehmen können. Die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen ist gewährleistet. Die Rehabilitationsarbeit durch Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen erhält in dieser Behandlungsphase einen besonderen Stellenwert. Kooperationen bestehen mit externen Stellen, unter anderem Volkshochschulen, Arbeitsamt, Schuldnerberatung, Sportvereinen und externen Betrieben. Frühzeitig sollen die an der Nachsorge Beteiligten in die Behandlungsplanung eingebunden werden und den Kontakt zum Patienten aufbauen.

Verselbständigung und Ablösung werden durch die Übertragung von Verantwortung gefördert.

2.4.3 Störungs- und deliktspezifische Behandlung

Ausbau und Überprüfung des Therapieerfolges

- Stabilisierung, Vertiefung und Anpassung des therapeutisch Erreichten
- Überprüfung der prognostischen Einschätzung (Sucht-, Legal- und Sozialprognose)
- Erprobung des Patienten unter weniger gesicherten und strukturierten Bedingungen

Weitere Förderung der sozialen bzw. lebenspraktischen Kompetenzen

- Erprobung und Training der lebenspraktischen Kompetenzen im Stationsalltag und extramural durch zunehmende Übertragung von Verantwortung
- Anleitung und Begleitung bei der Bewältigung sozialer und lebenspraktischer Aufgaben, z.B. Selbstversorgung, Regelung persönlicher Angelegenheiten bei

Ämtern und Behörden, soziales Kompetenztraining, Bewerbungstraining, Teilnahme an in- und externen Qualifizierungsangeboten (VHS-Kurse etc.)

Reintegration und soziale Anbindung

- Entwicklung konkreter Vorstellungen über die Form des Langzeiturlaubes (beispielsweise Unterbringung in einer Adaptionseinrichtung, eigener Wohnung oder andere Betreuungsformen etc.)
- Etablierung eines angemessenen sozialen Empfangsraumes und eines sozialen Netzes unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen
- Motivierung zur Inanspruchnahme externer Therapie- und Selbsthilfeangebote (Besuch von Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Aufbau einer externen Einzel- bzw. Gruppentherapie)
- Entwicklung sinnvoller Freizeitaktivitäten und Interessen (ggf. Besuch von Freizeitgruppen, Vereinen)
- Steigerung der Arbeitsfähigkeit, Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungschancen durch Berufsberatung, externe Arbeitsversuche (Praktikum, Außenarbeit), Bewerbungstraining, konkrete Bewerbungsmaßnahmen
- Sicherung der wirtschaftlichen Situation z.B. durch Anpassung der Schuldenregulierung an die Entlassungssituation

2. 5. Langzeitbeurlaubung (LZU) und Überleitung zur Nachsorge

2.5.1 Ziele

Die in der Erprobungsphase entwickelten Fähigkeiten hinsichtlich Beziehungsgestaltung und Arbeitshaltung konnte der Patient außerhalb der Klinik unter Beweis stellen.

Der Patient hat gezeigt, dass er wechselnden Situationen und Anforderungen gewachsen ist, dass er nicht rückfällig wird und dass er eine Reihe von konfliktträchtigen und herausfordernden Situationen konstruktiv meistern kann.

Der Patient hat sich von seinem früheren schädlichen Umfeld gelöst. Er meidet es bewusst und erlebt das neue Lebensumfeld als positiv. Auch konnte er über einen langen Zeitraum zeigen, dass er die oben beschriebene Haltung nicht verändert.

2.5.2 Voraussetzungen für die Beurlaubung

Es kann erwartet werden, dass der Patient nicht alkohol- oder drogenrückfällig wird, dass er mit den gewährten Lockerungen verantwortlich umgeht, keine weiteren Straftaten begeht und notwendige Auflagen und Einschränkungen einhält.

Der Ort der Beurlaubung (Wohnung, Wohnheim, Betreutes Wohnen, Angehörige) wurde gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Die Einbeziehung der an der Nachsorge beteiligten Personen und Institutionen ist erfolgt und eine eventuell später erforderliche Kostenübernahme ist zugesagt.

Die individuell erforderliche Unterstützung und Therapie wurde mit dem Patienten vereinbart.

Die Bereitschaft des Patienten, die individuell notwendigen Hilfen tatsächlich anzunehmen (stärker aus einer inneren Einstellung heraus, denn als Anpassungsleistung), ist gegeben.

2.5.3 Struktur und Organisation

Die Betreuungsarbeit sollte einer „Kontrollierenden Zuwendung“ entsprechen, welche auch die gestaltenden und stabilisierenden Effekte einer engen professionellen Beziehung beinhaltet.

Neben dem Bezugstherapeuten muss eine weitere Fachkraft zur Verfügung stehen, die die Aufgaben des Bezugstherapeuten vorübergehend übernehmen kann (Bezugspflegekraft, Fachkraft für die forensische Nachsorge).

Die Koordination der Aufgaben und Maßnahmen aller an der Nachsorge Beteiligten erfolgt durch die jeweilige Fachkraft für die forensische Nachsorge.

In regelmäßigen Abständen und anlassbezogen wird eine Beurteilung der aktuellen Prognose und des Gefährdungsrisikos vorgenommen.

Die Behandlungstermine in der Klinik müssen festgelegt sein.

Das Vorgehen bei einem eventuellen Rückfall oder einer anderen Krise muss im Vorfeld geplant und realisierbar sein. Der Patient soll in die Planung einbezogen werden und dazu auch seine Zustimmung geben.

2.5.4 Behandlungs- und Kontrollmaßnahmen

Die erforderlichen Behandlungs- und Kontrollmaßnahmen werden für die Zeit der Langzeitbeurlaubung mit dem Patienten vereinbart und detailliert festgelegt. Hierzu gehören:

- Art und Frequenz der therapeutischen Gespräche
- Festlegung der Teilnahme an Gruppenangeboten (Selbsthilfegruppen, therapeutische Gruppen)
- Frequenz der Kontrollbesuche in der Klinik und am Ort der Beurlaubung
- Drogenscreenings, Alkoholkontrollen und labortechnische Untersuchungen
- Ärztliche Überwachung einer eventuell erforderlichen medikamentösen Behandlung
- Festlegung, z.B. von Orten, die der Patient nicht aufsuchen darf und andere Auflagen
- Festlegung der Region, in der sich der Patient aufhalten darf
- Informationspflicht des Patienten über Besonderheiten (wie Erkrankungen, Unfälle, Konflikte, polizeiliche Kontrollen, Überprüfungen etc.)
- Art und Umfang der Beschäftigung (ambulante Arbeitstherapie, Werkstätten für Behinderte, freier Arbeitsmarkt, geringfügige Beschäftigung mit Mehraufwandsentschädigung, ehrenamtliche Tätigkeiten)
- Finanzielle Planungen, z.B. Unterhalt und Einkommen

2.5.5 Entlassung aus der Unterbringung

Nach einer Erprobungsphase in der Dauerbeurlaubung von mindestens drei Monaten kann seitens der Klinik die Entlassung zur Bewährung angeregt werden. Der Patient hat sich in seiner Wohn-, Beschäftigungs- und Lebenssituation in der Beurlaubungsphase als belastungsstabil erwiesen. Es besteht allenfalls ein geringes Risiko eines Rückfalls in süchtiges Verhalten. Das Betreuungsteam erstellt eine positive Legalprognose. Gemeinsam mit dem Bewährungshelfer und dem Patienten werden erforderliche Betreuungs- und Kontrollmaßnahmen sowie Vorschläge für Auflagen und Weisungen festgelegt.

Erforderliche finanzielle Unterstützungen und sonstige Leistungen werden zeitgerecht vor der tatsächlichen Entlassung beantragt, um einen fließenden Übergang in die Entlassungsphase sicher zu stellen.

Eine mögliche Entlassung zur Bewährung /bei Erreichen derzur Höchstfrist ist bei den Planungen zu berücksichtigen.

Literatur

- Arbeitskreis Pflege in der DGSP (Hrsg.) (1996) Pflegeprofil: Grundriss psychiatrischer Pflege. 2. Aufl., Eigenverlag, Köln
- Bauer R (2002) Wirkungen von Beziehungspflege in der pflegerischen Praxis, PsychPflege, 8: 79-84
- Davids E, Gastpar M (2003) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Substanzmittelabhängigkeit. Psychiatrische Praxis, 30, 182-186
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (2003) Qualitätsstandard Diagnostik, Düsseldorf
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (2006a) Behandlungsleitlinie für forensische Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (2006b) Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (2008) Grundsätze für Lockerungsentscheidungen in Maßregelvollzugseinrichtungen
- Dondalski J et al. (1999) Konzept der ambulanten psychiatrischen Pflege. In: Psych. Pflege Heute, Thieme-Verlag, Stuttgart
- Ersser S, Tutton E (2000) Primary Nursing – Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems, 1. Auflage
- Fortbildungszentrum des LWV Hessen (1997) Handlungsrahmen psychiatrischer Krankenpflege. Arbeitstext
- Hayne MB (1990) Zum Problem der Affekte bei der Sucht. Forum der Psychoanalyse, Heft 6, 105-115
- Haynes P (1998) Drug Using Offenders in South London. J Subst Abuse, 15, 449-456
- Kaye S, Darke S, Finlay-Jones R (1998) The onset of heroin use and criminal behaviour: does order make a difference? Drug Alcohol Depend, 53, 79-86
- Kerner HJ (1990) Alkoholkonsum, Verhaltensprobleme und Problemverhalten, in:

- Kerner & Kaiser (Hrsg.) Kriminalität. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 183-204
- Kistner W (2002) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie – Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege, 4. Auflage, S. 179
 - König JM (2003) Drogen und Delinquenz – Über den Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und Kriminalität. *Bewährungshilfe – Soziales • Strafrecht • Kriminalpolitik*, 50(2), 182-191
 - Kunze H, Kaltenbach L (1992) (Hrsg.) *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*, Kohlhammer, Stuttgart
 - LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund - Wilfried-Rasch-Klinik (2007) *Pflegekonzept*
 - LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt (2007) *Pflegekonzept*
 - Murdoch D, Pihl RO, Ross D (1990) Alcohol and Crimes of Violence – Present Issues. *Int J Addict*, 25, 1065-1081
 - Needham I (2000) Rezeption der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum: eine Literaturübersicht, Internetveröffentlichung http://pflegeforschung-psy.ch/BP_Literatur.pdf
 - Pflegedirektion des LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg (2005) *Pflegekonzept*. Marsberg
 - Sauter D. et al. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Huber-Verlag, Bern
 - Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2005) Wie sind Patienten des § 64-Maßregelvollzugs kriminologisch einzuordnen? *Bewährungshilfe*, 52(1), 15-29
 - Schröck R (1992) Entwicklung und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: Krohwinkel M (Hrsg.) *Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis*. Nomos Verlag, Baden-Baden
 - Stockwell F (2002) *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*, 1. Auflage
 - von der Haar M (2002) Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In: Gaßmann R (Hrsg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 145-165.
 - von der Haar M (2005) *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB*. Eigenverlag: Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg