

Eingangsdiagnostik und Therapieplanung

Dieter Jöckel, Ingrid Jöckel

Einleitung

Die Aufnahmestation ist die Schnittstelle der Maßregelvollzugseinrichtung nach draußen, Anlaufstelle für alle mutmaßlich Unterzubringenden, einer Straftat verdächtigen oder überführten psychisch Kranken. Hier muss letztlich entschieden werden, ob ein Täter sofort behandelt werden muss, ob man ihn erst einmal beobachten kann, ob überhaupt eine „Störung“ vorliegt, die einen Verbleib rechtfertigt. Deshalb ist die Aufnahmestation auch die Station einer Maßregelvollzugseinrichtung, von der aus die meisten zugewiesenen Täter wieder entlassen werden. Neben der psychiatrischen Diagnostik muss bereits hier die unmittelbare und mittelbare Gefährlichkeit beurteilt werden, das intramurale Risiko für Mitpatienten und Personal, die Fluchtgefahr, das Risiko der Öffentlichkeit, sollte der Proband wieder auf freien Fuß gesetzt werden oder fliehen. Nicht nur in Notfällen beginnt hier auch bereits die eigentliche Maßregelvollzugstherapie.

Klientel

Die Aufnahmestation der Klinik für forensische Psychiatrie Haina ist für alle männlichen Straftäter zuständig, bei denen eine vorläufige oder endgültige Unterbringung im Maßregelvollzug gem. § 126a StPO oder § 63 StGB durch ein Gericht angeordnet wurde und die zum Zeitpunkt der Straftat ihren Wohnsitz in Hessen hatten. Daneben nimmt sie bereits entlassene Maßregelvollzugspatienten auf, die wieder als gefährlich eingestuft wurden und bei denen noch Führungsaufsicht besteht (gem. § 453c StPO). Nach Intensivierung der Behandlung und aktueller Gefährlichkeitsprognose muss über einen möglichen Widerruf der Aussetzung entschieden werden. Gelegentlich werden auch Probanden zur Begutachtung (§ 81 StPO) oder erkrankte (Untersuchungs-) Häftlinge in Amtshilfe aufgenommen. Die Auf-

nahmezahlen sind seit Mitte der Neunziger Jahre gestiegen und liegen zwischen 85 und 120 Patienten jährlich, d.h. im Schnitt zwei Neuaufnahmen pro Woche. Die Diagnosenverteilung entspricht der der Gesamtklinik, wobei in den letzten drei Jahren eine deutliche Zunahme von schizophrenen Patienten mit Substanzproblemen und deutlicher Dissozialität festzustellen ist.

Konzept

Die Aufgaben, die eine Aufnahmestation im Maßregelvollzug zu bewältigen hat, ergeben sich aus den gesetzlichen und praktischen Rahmenbedingungen:

- Überprüfung der Zuständigkeit
- Notfalldiagnostik und -behandlung
- Anamnese und forensisch-psychiatrische Diagnostik
- Beurteilung der Gefährlichkeit (Kriminalprognose)
- Entlassung der Probanden, die nicht in der Einrichtung bleiben
- Behandlungsbündnis und Therapieplanung bei den übrigen Patienten
- Synthese der Eingangsdiagnostik und Verlegung

Nicht immer sind diese Aufgaben in der logischen Reihenfolge abzuarbeiten. Durchgängig ist es erforderlich die Compliance und die Gemeinschaftsfähigkeit der meist der Klinik in desolatem Zustand zugeführten Patienten zu fördern und begleitend hierzu die diagnostischen und spezifisch therapeutischen Maßnahmen einzuleiten und zu koordinieren.

Die Aufnahmestation der Klinik für forensische Psychiatrie Haina/Kloster betreut bis zu 18 Patienten, wobei diese Kapazitäten angesichts der steigenden Zuweisungen schon etwas knapp bemessen sind. Pro 100 Behandlungsplätze werden nach den Erfahrungen der Klinik 6 Aufnahmebetten benötigt, um nicht zu rasch auf eine weiterführende Station verlegen zu müssen.

Die Station verfügt zudem über zwei gesicherte und zwei normal eingerichtete zusätzliche Einzelzimmer für neu aufgenommene Patienten und bei Dekompensation von Patienten. Jeder Therapeut ist für etwa sechs Patienten zuständig, ein Mitarbeiter des Sozialdienstes steht zusätzlich zur Verfügung. Im Tagesdienst arbeiten vier, in der Zwischenschicht und nachts zwei Krankenpfleger.

Praktische Umsetzung der Aufgaben der Aufnahmestation

Prüfung der Zuständigkeit

Die vorläufigen Unterbringungen erfolgen durch die Amtsgerichte, die in der Regel sofort nach einem Delikt entscheiden müssen und die Rechtsvoraussetzungen einer späteren Anordnung einer Maßregel durch die Landgerichte nicht unbedingt kennen (z.B. bezüglich der Rechtserheblichkeit). Auch ist der Vollstreckungsplan eines Landes nicht immer geläufig, so dass Patienten mit einer Suchtproblematik in eine rein psychiatrische Maßregelvollzugseinrichtung eingewiesen werden oder ein psychotischer Patient in eine Einrichtung für Unterbringungen nach § 64 StGB. Gelegentlich verwechselt auch die transportierende Polizeibehörde die zuständige Maßregelvollzugseinrichtung. Aber auch bei sachgerecht erscheinenden vorläufigen Unterbringungen kann die sorgsame Prüfung ergeben, dass der Verbleib in der Maßregelvollzugseinrichtung nicht erforderlich ist.

Entlassung der „Fehlzuweisungen“

Eine professionell arbeitende und mit forensisch besonders erfahrenen Mitarbeitern ausgestattete Aufnahmestation ist in der Lage, solche Fälle nach kurzer Zeit zu identifizieren und die Dinge in die richtigen Bahnen zu lenken: Zum einen können die Probanden, bei denen keine psychiatrische Störung vorliegt, relativ schnell, spätestens nach der Begutachtung, in die Untersuchungshaft verlegt werden, oder nach einer Haftprüfung vorläufig auf freien Fuß gelangen. Weiter können Patienten, die zwar behandlungsbedürftig, aber nicht gefährlich im Sinne des § 63 StGB sind, in die Obhut der Allgemeinpsychiatrie übergeben werden, beispielsweise wenn die Delinquenz, die zum § 126a StPO führte, sich bei genauerer Betrachtung als minderschwer darstellt. Da in jedem Fall versucht wird, von Anfang an auch syndrombezogen adäquat zu behandeln, wird in manchen Fällen schon deutlich vor einer etwaigen Hauptverhandlung eine weitgehende Remission zu erzielen sein. Je nach Gesamtproblematik ist auch in diesen Fällen eine frühzeitige Entlassung unter Auflagen oder zur Hauptverhandlung mit Führungsaufsicht gem. § 67b StGB möglich.

All diese alternativen Wege müssen engagiert verfolgt werden, da sonst seitens der Gerichte meist zugewartet wird. Ohne eine entsprechend forcierte Diagnostik, frühzeitige Behandlung und ohne aktive Information der

zuständigen Gerichte verbleiben die Patienten unnötig lange in der vorläufigen Unterbringung, bei der im Übrigen nicht die Überprüfungsfristen (6 Monate) der Untersuchungshaft gelten. Die meisten Patienten haben keine Lobby, die Zuständigkeit der Justizbehörden wechselt, erst vom Amtsgericht zur Staatsanwaltschaft, dann zum Landgericht. Die dann verantwortlichen Personen kennen den Patienten nicht und werden im Zweifelsfall eher vorsichtig entscheiden. Ohne eine klare und nachvollziehbare Stellungnahme oder ein Gutachten seitens der forensischen Einrichtung kann sich „nichts bewegen“.

In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina/Kloster werden etwa zwei Drittel der vorläufig untergebrachten Probanden rechtskräftig gemäß § 63 StGB verurteilt und verbleiben in der Einrichtung. In den letzten Jahren ist der Anteil gestiegen, möglicherweise durch den ständigen Informationsaustausch mit den Amtsgerichten und den Staatsanwaltschaften nach den Aufnahmen. Nicht selten kommt es inzwischen vor, dass die zuständigen Richter im Rahmen der ersten Vorführung der festgenommenen Personen die Therapeuten oder den Oberarzt der Aufnahmestation anrufen, um den Fall kurz zu diskutieren und sich beraten zu lassen. Eine solche Kooperation ist aber nur langfristig bei gleich bleibender personeller Besetzung zu erhoffen.

Nach Abschluss der Eingangsdiagnostik und Einleitung der Behandlung sind die Patienten identifiziert, welche die Maßregelvollzugseinrichtung rasch wieder verlassen könnten. Nun muss ein sozialer Empfangsraum geschaffen werden oder die Nachbetreuung und -behandlung organisiert werden. Durch den internen Austausch kann hier auf die Kontakte der Entlassungsstationen und der forensischen Nachsorge zu Heimeinrichtungen und psychosozialen Diensten zurückgegriffen werden.

Behandlungsbündnis und Therapieplanung

Bei den dauerhaft gemäß § 63 StGB unterzubringenden Patienten muss die Zeit bis zur Hauptverhandlung ebenfalls genutzt werden. Viele der in der Klinik zur Anwendung kommenden Behandlungsverfahren werden bereits kurz nach der Aufnahme angeboten und können von den Patienten auf freiwilliger Basis genutzt werden. Behandlung gegen den Willen der Betroffenen ist nur bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung unter Einschaltung der Gerichte und ggf. der Betreuer möglich. Allerdings hat die Aufnahmestation die Erfahrung gemacht, dass bei Einhalten bewährter Strategien (siehe unten) im Umgang mit den neu eingewiesenen Patienten in fast

allen Fällen ein Behandlungsbündnis trotz der „unfreiwilligen“ Rahmenbedingungen zu erzielen ist. Die rechtliche Möglichkeit, eine zu erwartende Maßregel unter günstigen Umständen mit ihrer Anordnung zur Bewährung auszusetzen (§ 67b StGB), ist hierbei eine nicht zu unterschätzende Motivationshilfe.

Forensisch-psychiatrische Diagnostik

Die Unterbringung gemäß § 63 StGB ist eine besonders schwerwiegende und eingreifende Rechtsfolge, sowohl für den Betroffenen als auch für die Staatskasse. Es liegt im allseitigen Interesse, unnötige Einweisungen zu verhindern und notwendige Behandlungen so schnell als möglich zu beginnen. Hierfür muss eine forcierte und umfassende Eingangsdiagnostik betrieben werden. Zusätzlich ist eine Aufarbeitung der kriminologischen Vorgeschichte unumgänglich, sämtliche erreichbare Beiakten sollten so früh wie möglich herangezogen und analysiert werden, ebenso – bei Einverständnis des Patienten – die psychiatrischen Vorunterlagen. Fremdanamnestiche Informationen, die erforderlich und häufig diagnoseweisend sind, können vielfach nur unter hohem Telefonaufwand gewonnen werden.

Die Aufnahmeuntersuchungen umfassen neben psychiatrischem, internistischem und neurologischem Befund eine Reihe von laborchemischen Untersuchungen, Drogenscreening, routinemäßig EEG-Ableitung und gegebenenfalls CCT, NMR oder (selten) eine Liquoruntersuchung. Die letztgenannten Untersuchungen werden extern durchgeführt. Im Grunde handelt es sich hierbei schon um eine „Lockerung“, nämlich eine Ausführung, deshalb ist eine Risikoeinschätzung vor diesen Untersuchungen unumgänglich. Wenn man die Patienten noch nicht sicher einschätzen kann, oder von Problemen und Entweichungsrisiken ausgehen muss, wird man auf eine Zweimannbegleitung und Handfesselung nicht verzichten können. Anfangs wird der Anteil an solchen Ausführungen in Handfesselung noch relativ hoch sein. In seltenen Fällen kann man die Polizei um Begleitung in Amtshilfe bitten.

Neben diesen medizinischen Untersuchungen sind weitere Maßnahmen unmittelbar nach Aufnahme erforderlich, die allen Mitarbeitern „in Fleisch und Blut“ übergegangen sein müssen und routinemäßig ablaufen. Dies klingt rigide und damit atmosphärisch ungünstig für den ersten Team-Patient-Kontakt, ist es aber nicht: Durch die hohe Handlungsstringenz und -sicherheit schafft man eine Atmosphäre der ruhigen Professionalität, die bei klarem und freundlichem Umgang mit den häufig verschüchterten,

ängstlichen, gespannten oder gereizt-aggressiven Patienten beruhigend und entaktualisierend wirkt. Die neu aufgenommenen Patienten sind nicht nur psychisch krank, sondern haben ein Delikt, eine Festnahme und zuweilen eine Odyssee hinter sich. Viele benötigen erstmal etwas zu trinken, eine Mahlzeit und ein Bett, gelegentlich eine Zigarette oder ein freundliches Wort. Gerade diese Details haben sich beim Aufbau langfristig tragfähiger Team-Patient-Beziehungen außerordentlich bewährt.

Zur Aufnahme-prozedur gehört auch der Kleideraustausch. Die Patienten erhalten zunächst normale, aber klinikseigene Kleidung, damit ihre eigenen Sachen und die mitgeführten Taschen und Gegenstände durchsucht werden können, bevor sie ihnen wieder ausgehändigt oder in Verwahrung genommen werden. Alle Effekten müssen gelistet werden. Bei der pflegerischen Aufnahmeuntersuchung werden Vitalwerte und Blutzucker gemessen, die Tuberkulinprobe gesetzt. Auch wird ein Drogenschnelltest (Enzym-Immunoassay) durchgeführt. Die Untersuchungen werden dazu genutzt, erneut mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Ihm wird der weitere Ablauf erläutert, auch dass jeder Patient für die Dauer mindestens einer Nacht alleine im Einzelzimmer verbleiben muss. Dieses Vorgehen ist notwendig, bis die ersten Informationen vorliegen, die Sachen durchsucht werden konnten und der Patient für eine Nacht beobachtet werden konnte. Die meisten Patienten erreichen die Maßregelvollzugseinrichtung erst in den späten Nachmittagsstunden oder am Abend und die zuständigen Richter sind nicht mehr erreichbar. Mit diesen müssen die Unterbringungsmodalitäten (Besuch, Telefonieren, Postkontrolle u.Ä.) abgesprochen werden, auch ob ein Patient überhaupt in Gemeinschaft genommen werden darf. Von der Einzelzimmerunterbringung wird nur dann abgewichen, wenn der diensthabende Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung eine Suizidalität nicht ausschließen kann. Kann trotz Suizidalität eine Übernahme in die Gemeinschaft nicht verantwortet werden, ist eine Sitzwache unumgänglich.

Falls bei Aufnahme nicht direkt möglich, wird ein Drogenscreening spätestens am Folgetag durchgeführt, ebenso die folgenden Routineuntersuchungen: BSG, Differentialblutbild, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Elektrolyte, Leberenzymwerte, Blutfette, Schilddrüsenparameter, Hepatitis-, Lues- und HIV-Serologie (letztgenannte Untersuchung nur mit schriftlicher Einverständniserklärung des Betroffenen). Speziell für Aufnahmen am Wochenende haben sich zur Feststellung von Drogeneinnahme Einstufenschnelltestverfahren zum Nachweis in Urin und Speichel bewährt.

Nach der obligatorischen Einzelunterbringung für eine Nacht entscheidet das Team über das weitere Procedere. Der für den Patienten dauerhaft zuständige Therapeut beginnt mit der Exploration des Probanden, die sich

durchaus über einige Wochen hinziehen kann. Die forensisch-psychiatrischen Anamnesen sind weitaus ausführlicher als in der Akutpsychiatrie, da es nicht nur um die Feststellung geht, ob eine psychiatrische Störung vorliegt und behandelt werden muss. Vielmehr müssen der persönliche Werdegang, psychiatrische Symptome und Vorerkrankungen sowie die kriminologische Entwicklung bis hin zum Einweisungsdelikt exploriert werden. Es gilt, die Bezüge zwischen sozialen, psychiatrischen und forensischen Aspekten herzustellen.

Sofern der Patient zustimmt, wird mit den vorbehandelnden Kollegen, Kliniken und Heimeinrichtungen Kontakt aufgenommen und Unterlagen erbeten. Wenn möglich werden Angehörige, Freunde und Bekannte zur Anamnese befragt, entweder bei Besuchen oder (häufiger) telefonisch. Mit dem Patienten muss besprochen werden, welche Informationen seine Bezugspersonen über seine Situation und Erkrankung bekommen dürfen. Die Erfahrung zeigt, dass es kaum Probleme bereitet, Konsens für diese Maßnahmen zu erzielen, wenn von Anfang an eine transparente Atmosphäre geschaffen wurde und man dem Patienten „firm but fair“ begegnet (Eucker & Müller-Isberner, 1995).

Nicht der Zustimmung bedarf es, sich sämtliche juristischen Unterlagen und Jugendgerichtsakten zu beschaffen, derer man habhaft werden kann. Nicht selten haben die Patienten nicht nur psychiatrische, sondern auch kriminologische Vorgeschichten, die man genau kennen muss, um eine bestmögliche Behandlungsplanung und Risikoabschätzung vornehmen zu können. Die über lange Jahre geübte Abstinenz forensischer Psychiater gerade bei solchen Recherchen ist angesichts der Bedeutung dieser Informationen heute nur noch schwer nachvollziehbar.

Synthese der Diagnostik und Verlegung

Am Ende der Eingangsdiagnostik erfolgt die Synthese der gewonnenen Informationen. Nicht immer wird man alle wichtigen Unterlagen frühzeitig bekommen, eine Ergänzung der anamnestischen Daten muss dann spätestens anlässlich der ersten jährlichen Stellungnahme nach § 67e StGB erfolgen, wenn das Einweisungsurteil vorliegt. Die Aufnahmeuntersuchungen und -recherchen sind die Grundlage für die Behandlungsplanung und die kurz-, mittel- und langfristige Prognoseeinschätzung. Sie dienen auch als Grundlage für die Basisdokumentation sowie die Erstbewertung der in der Maßregelvollzugseinrichtung routinemäßig angewendeten Prognoseinstrumen-

te PCL-SV (Hart, Cox & Hare, 1995) und HCR20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997).

Bezüglich der übrigen vorläufig untergebrachten Patienten gilt es, den zu erwartenden Behandlungsverlauf zu antizipieren. Welche weiterführende Therapiestation scheint für den Patienten und seine Probleme geeignet zu sein, wie wichtig sind die Sicherungsmaßnahmen? Aber auch die mutmaßlich geeignete Entlassungsstation kann in vielen Fällen bereits „angedacht“ werden, ebenso die notwendigen überstationären Gruppenangebote und flankierenden Maßnahmen (Sport, Schule, Berufsausbildung).

Im Idealfall kennt man nach der Eingangsphase

- die psychiatrische Diagnose
- die kriminogenen Faktoren
- die Kriminalprognose
- die psychiatrische Prognose
- die zu erwartenden intramuralen Probleme
- die Erfolg versprechenden Behandlungsansätze
- die notwendigen flankierenden Maßnahmen
- die geeignete Station und die voraussichtliche Behandlungsdauer

Außerdem sollten alle Probanden und Patienten, bei denen ein stationärer psychiatrischer Maßregelvollzug nicht angemessen oder nicht (mehr) notwendig ist, identifiziert und entlassen/verlegt sein.

Behandlungsmaßnahmen nach Aufnahme

Unmittelbar nach Aufnahme ist zu prüfen, ob allgemeinmedizinische oder psychiatrische Sofortmaßnahmen notwendig sind. Dies ist relativ selten der Fall, da die Patienten häufig bereits vor Ort, d.h. nach Festnahme durch Kollegen gesehen und behandelt wurden, bevor die Polizei zum Transport bereit war.

Die Patienten sind oft eine Nacht oder länger im Polizeigewahrsam gewesen, haben eine lange Fahrt hinter sich und sind entsprechend erschöpft. Fürsorgliche Hilfestellungen (siehe oben) sind deshalb unmittelbar nach Aufnahme in den allermeisten Fällen weitaus wichtiger als medizinische Maßnahmen. Letztere werden nach der ärztlichen Aufnahme dem Patienten erläutert und dem Pflegepersonal weitergegeben. In diagnostisch unklaren Situationen tut man gut daran, mit der Erstmedikation zurückhaltend zu sein, in der Regel wird man dem Patienten aber auf Grund der für ihn

immer sehr belastenden Umstände eine unspezifische Bedarfsmedikation zum Schlafen anbieten. Das Ausmaß des Erstgesprächs ist völlig offen und von Situation und der zeitlichen Verfügbarkeit des aufnehmenden Arztes abhängig. Der Einweisungsvorwurf sollte behutsam angesprochen werden, sofern Angaben gemacht werden, sollten diese gut dokumentiert werden. Keinesfalls ist der Proband in der Aufnahmesituation zu Angaben zu drängen, oder mit moralisierenden Nachfragen und Vorhalten zu konfrontieren. Viel wichtiger ist es, ihm klarzumachen, dass die Angaben im Unterbringungsbefehl von dem Team initial nicht hinterfragt werden können und die sich daraus ableitende Gefährlichkeit seiner Person ernst genommen wird, ebenso wie von Anfang an ihm vermittelt wird, dass die Einrichtung bereit und willens ist, ihn im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten zu unterstützen und ihn – falls dies notwendig oder sinnvoll erscheint – zu behandeln. Der Proband muss so schnell wie möglich die Stationsabläufe, seine rechtliche Situation, die Rolle der Maßregelvollzugseinrichtung und die Hausordnung vermittelt bekommen. Es sollte für ihn transparent sein, wer für ihn zuständig ist, welche Möglichkeiten er hat, Einfluss auf seine Situation zu nehmen, und welche Dinge gesetzlich und von der Einrichtung vorgegeben sind. Kurz: Der Proband muss das Gefühl vermittelt bekommen, als Mensch und Patient ernst genommen zu werden, und er muss die „Spielregeln“ kennen, an die sich alle Beteiligten zu halten haben.

Auf Transparenz und klare Rollenverteilung sowie Empathie und Verlässlichkeit der verantwortlichen Personen baut sich die gesamte weitere Behandlung auf. Antipathie, Rollendiffusion, Inkonsequenz, Gleichgültigkeit, aber auch Überidentifizierung auf Seiten der Behandler sind kontraproduktiv. Dies gilt auch für das Verhalten der Mitarbeiter untereinander. Für die nach § 63 StGB untergebrachten Patienten sind die Mitarbeiter der Maßregelvollzugseinrichtung für mehrere Jahre die Hauptbezugspersonen. Das Verhalten der Mitarbeiter untereinander und gegenüber Patienten wird also zweifellos Einfluss auf die zwischenmenschlichen Verhaltensweisen der Patienten haben (Modelling).

Die somatischen Therapieverfahren – sofern indiziert – entsprechen dem Stand des Wissens der Allgemeinpsychiatrie. Auch in der forensischen Psychiatrie wird man versuchen, den Patienten zu einer guten Compliance zu bewegen und möglichst mit nebenwirkungsarmen Psychopharmaka zu behandeln. Durch die Zeit, die man für eine gründliche Diagnostik hat, sollten aus Unkenntnis eingeleitete Behandlungsversuche mit bereits früher erfolglosen oder nebenwirkungsreichen Substanzen nicht mehr vorkommen. In akuten Situationen wird man auf herkömmliche Neuroleptika zumindest initial nicht immer verzichten können, wobei Butyrophenone wegen der ge-

ringeren anticholinergen Nebenwirkungen bei oraler Applikation Vorrang haben. Vorwiegend werden heute aber atypische Neuroleptika in der Aufnahmesituation mit Erfolg angewendet. Ist in Notfallsituationen eine parenterale Neuroleptikagabe unumgänglich, wird in aller Regel mit Zuclopenthixolacetat behandelt, da hier das erzwingende Vorgehen des Teams nur einmalig notwendig ist. Sofern gegen den Willen des Patienten eine Injektion notwendig ist, wird diese ausschließlich durch ärztliche Mitarbeiter vorgenommen. Nach Abklingen der Akutsymptome kann dann mit dem geeigneten Medikament weiterbehandelt werden. Benzodiazepine werden nur kurzfristig, dann aber konsequent verordnet, vorwiegend bei ängstlicher oder katatoner Gespanntheit. Depressive Syndrome sind im Maßregelvollzug seltener, aber auch hier bevorzugt man flüssige Darreichungsformen, deren Einnahme besser kontrolliert werden kann. Suizidversuche mittels heimlich gesammelter trizyklischer Antidepressiva sind bei depressiven Patienten nicht selten.

Mechanische Fixierungen werden auf der Aufnahmestation nicht angewendet. Auch wurde darauf verzichtet, die gesicherten Einzelzimmer mit Überwachungskameras und Gegensprechanlage auszustatten. Die Zimmer verfügen über herkömmliche Klingeln, die ein Lichtzeichen im Pflegedienstzimmer auslösen. Hierdurch kommt es zu sehr häufigen und regelmäßigen persönlichen Kontakten zwischen den einzeluntergebrachten Patienten und dem Personal. Bei neu aufgenommenen und zu überwachenden Patienten geschieht die notwendige engmaschige Kontrolle ebenfalls über persönlichen Kontakt. Seitens des Pflegepersonals wird die hiermit verbundene Beschwerne der Wege als sekundär gegenüber den therapeutischen und atmosphärischen Vorteilen eingeschätzt.

Gruppentherapeutische Maßnahmen werden initial noch von geringerer Bedeutung sein. Der Patient hat einen zuständigen Therapeuten und einen Bezugspfleger, die in regelmäßigem Kontakt mit dem Patienten stehen. Die diagnostischen Gespräche haben natürlich immer auch eine stützende, zuweilen bereits therapeutische Funktion. Eine klare Trennung ist hier weder möglich noch erwünscht.

Von eminenter Bedeutung ist es, den Patienten wieder an normale Abläufe, eine sinnvolle Tagesstrukturierung und Verrichtung der alltäglichen Notwendigkeiten zu gewöhnen. Viele Patienten haben sich vor Aufnahme nicht mehr ausreichend selbst versorgen können, haben vielleicht länger auf der Straße gelebt, Drogen und Alkohol konsumiert, nicht mehr regelmäßig gegessen oder geschlafen, sind keiner Beschäftigung mehr nachgegangen. Der Umgang mit den Mitmenschen ist häufig hochgradig auffällig, sei es in Form von Rückzug, sensibler Ängstlichkeit oder Feindseligkeit.

Saubere Kleidung, Körperpflege, regelmäßige Mahlzeiten, Nachtschlaf, Tagesstruktur, Drogen- und Alkoholabstinenz und Gemeinschaftsfähigkeit müssen in vielen Fällen durch das Pflegepersonal mit den Patienten in kleinen Schritten wieder erarbeitet werden. Nicht selten verhalten sich die Patienten gegenüber entsprechenden Hilfestellungen anfangs ablehnend, umso authentischer ist ihre Anerkennung für die Arbeit des Pflegeteams, wenn es ihnen wieder besser geht. Für die meisten der Patienten beginnt mit der Aufnahme in die Maßregelvollzugseinrichtung ein völlig neuer Abschnitt ihres Lebens und ihre in der Aufnahmephase gemachten Erfahrungen werden sich nachhaltig einprägen.

Nach der Konsolidierungsphase und der Eingangsdiagnostik kann bei den Patienten, die voraussichtlich in der Maßregelvollzugseinrichtung bleiben werden, mit der mittel- bis langfristigen Behandlungsplanung begonnen werden. Schwerpunkt muss in Anlehnung an den gesetzlichen Auftrag die Beseitigung oder zumindest Kompensation der deliktspezifischen Risiken, der „kriminogenen Faktoren“ sein (Andrews & Bonta, 1994; Andrews, 1995; Müller-Isberner, 1991; Müller-Isberner, 1992; Müller-Isberner, 1998). Hierzu können neben der Behandlung der ursächlichen oder konstellierenden psychischen Störung die Beeinflussung prognostisch ungünstiger Einstellungen und Verhaltensweisen, die Behandlung von Substanzproblemen, die Beseitigung von schulischen und beruflichen Defiziten und Ähnliches zählen (bereits auf der Aufnahmestation wird durch einen Lehrer der Maßregelvollzugseinrichtung für jeden neu aufgenommenen Patienten eine ausführliche Bildungsdokumentation mit Abschätzung notwendiger und/oder sinnvoller Schul- und Ausbildungsmaßnahmen erstellt). Die vom therapeutischen Angebot und Milieu her geeignet erscheinende Spezialstation wird ausgesucht, Empfehlungen bezüglich sinnvoller spezieller kriminalpräventiver Behandlungsmaßnahmen ausgesprochen. Eine umfassende Übergabe auf allen Ebenen (Therapeuten, Pflegeteams, Ergotherapie, Schule) ist bei Verlegung des Patienten unverzichtbar, den weiterbehandelnden Kollegen sind auch besondere Probleme im Umgang mit dem Patienten zu vermitteln, seine Stärken und Schwächen, zu beachtende Risiken und die orientierende Gesamttherapieplanung.

Resümee

Die Anforderungen an eine Aufnahmestation sind komplex und stehen deshalb in einem gewissen Widerspruch zum Gesamtkonzept der „inneren Differenzierung und Spezialisierung“ der Maßregelvollzugseinrichtung. Das

einziges spezifische Kriterium ist, dass die Patienten der Aufnahmestation neu aufgenommene Personen sind, die zuvor „draußen“ waren, sonstige Gemeinsamkeiten gibt es nicht, weder in Bezug auf Gefährlichkeit noch Störungsbild. Die Mitarbeiter einer Aufnahmestation müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen kennen (auch die informellen Abläufe!) und in engem Austausch mit Justiz und Polizeibehörden stehen. Sie müssen unbehandelte, depravierte und entweder verängstigte oder (häufiger) hochaggressive, noch unbekannte Menschen betreuen, behandeln und mit ihnen ein therapeutisches Bündnis herstellen. Die unmittelbare und mittelbare Gefährlichkeit muss zuerst abgeschätzt, dann sorgfältig kriminalprognostisch beurteilt werden. Eine etwa vorliegende psychische Störung muss diagnostisch eingeordnet und behandelt werden. Die biographische, kriminologische und psychiatrische Vorgeschichte muss mit hohem Aufwand ermittelt, geordnet und gewürdigt werden. Schließlich muss die Station dafür Sorge tragen, dass die Klinik stets aufnahmefähig bleibt, sie muss Probanden entlassen, Patienten weiterverlegen und zuvor einen vorläufigen Prognose- und Behandlungsplan erstellen. Die Aufgaben und Anforderungen an die Mitarbeiter einer forensischen Aufnahmestation sind also vielfältig und anspruchsvoll und es empfiehlt sich, diesen Bereich schwerpunktmäßig mit einer ausreichend großen Zahl besonders erfahrener Mitarbeiter zu besetzen.