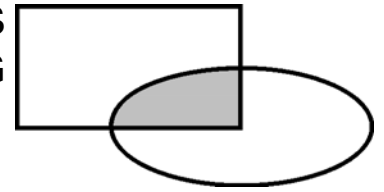


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



6. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2010

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Reflektierte Praxis

- 3 Editorial
- 4 *Uwe Klein*  
»Eltern und Kinder im Mittelpunkt«. Eine Konzeption zur Beratung und Begleitung psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Kindern unter 18 Jahren
- 8 *Gernot Hahn*  
Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland. Stichtagserhebung »Forensische Fachambulanzen 2009«
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Veranstaltungshinweise und Pressemitteilungen

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



## Zu den Autoren dieser Ausgabe

### Gernot Hahn

Dr. Gernot Hahn hat Sozialarbeit und Sozialtherapie studiert. Er leitet in Erlangen eine forensische Ambulanz und ist in der Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeitern tätig. Forschungsschwerpunkte: Sozialtherapie von Sexual-/Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten; Resozialisierung psychisch kranker Straftäter.

Kontakt: [hahn.godot@odn.de](mailto:hahn.godot@odn.de)

### Uwe Klein

Uwe Klein, Dipl.-Soz.päd., Dipl.-Soz.gerontologe, Psychoanalytischer Familientherapeut, Clinical Social Worker (ZKS). Referent für Strategie- und Projektentwicklung im Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin (Alexianer). Lehrbeauftragter an der KHSB, Vorstandsvorsitzender in Verbänden der Klinischen Sozialarbeit (ECCSW e.V.) und der Psychoanalyse (agba e.V.).

Kontakt: [u.klein@alexius.de](mailto:u.klein@alexius.de)

## 28./29.01.2010: Fachgruppe Forschung der DGSA

### Professionell ist was wirkt? Sozialarbeitsforschung zwischen Standardisierung und Fallanalysen

Jahrestagung der Fachgruppe Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) in Kooperation mit der European Association of Schools of Social Work und der Fachhochschule Koblenz. Panels zu Kinder-/Jugendhilfe, Gesundheit/Therapie, Organisation/Sozialraum, Allgemeine methodische Aspekte, Professionalität/Professionalisierung.

### Veranstaltungsort

Fachhochschule Koblenz, FB Sozialwesen, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz

### Anmeldeformular

[www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Professionell\\_ist\\_was\\_wirkt\\_Flyer.pdf](http://www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Professionell_ist_was_wirkt_Flyer.pdf)

### Weitere Information und Programm

[www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Programm\\_Professionell\\_ist\\_was\\_wirkt.pdf](http://www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Programm_Professionell_ist_was_wirkt.pdf)

## 15.-17.04.2010: »... Eltern sein dagegen sehr«

Jahrestagung des Bundesverbands Psychoanalytische Paar- und Familientherapie (BvPPF) in Kooperation mit Beziehungsweise e.V. am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universität Heidelberg. Klinisch-wissenschaftliche Beiträge beleuchten Facetten der Elternschaft (z.B. Elternschaft als risikoreiche Lebensform) sowie Für und Wider der Prävention, mit Fokus auf psychosozialen Hilfsangeboten.

### Veranstaltungsort

Kommunikationszentrum des DKFZ, Heidelberg

### Kontakt

Ursula Braun, [ursula.braun@med.uni-heidelberg.de](mailto:ursula.braun@med.uni-heidelberg.de)

### Anmeldung

bitte online über [www.bvppf.de](http://www.bvppf.de)

### Weitere Information und Programm

<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Tagung-Eltern-sein-dagegen-sehr.114642.0.html>

## 06./07.05.2010: Soziale Diagnostik und Klassifikation

Die 3. Fachtagung (nach Emden 2006 und St. Pölten 2008) greift Grundsatzfragen und neue Entwicklungen zum Thema auf und stellt aktuelle Praxis und Forschungsstand in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit dar: in ASD, Jugendhilfe, Sozialpsychiatrie, Rehabilitation, Gemeinwesen. Erstmals wird auch die Frage der Klassifikation in der Sozialen Arbeit einen festen Platz in Darstellung und Diskussion finden.

### Veranstalter

Hochschule München mit HAW Hamburg, FH St. Pölten, ASH Berlin, DRV Bayern Süd

### Veranstaltungsort

Klinik Höhenried, 82347 Bernried am Starnberger See

### Weitere Informationen und Call for papers

[www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Call-for-Papers\\_DX\\_06.pdf](http://www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Call-for-Papers_DX_06.pdf)

## 24./25.09.2010: »Soziale Gesundheit stärken«

Internationale Fachtagung des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

### Inhalt und Zielgruppen

Die Tagung verknüpft Praxis, Forschung und Lehre und richtet sich an Praktiker wie auch Studierende und Lehrende an Hochschulen. Neben den Hauptvorträgen zum Leitthema werden die Fachgruppen des ECCSW Symposien zu ihren jeweiligen Schwerpunkten (Forschung, Diagnostik, Beratung, Forensik, Sozialraum) durchführen. Zusätzlich werden praxisorientierte Pre-Conference Workshops zur Vertiefung spezifischer klinisch-sozialarbeiterischer Kompetenzen angeboten.

### Weitere Informationen und Kontakt

Beate Knäbel, KHSB, [weiterbildung@khsb-berlin.de](mailto:weiterbildung@khsb-berlin.de)  
Uwe Klein, ECCSW, [klein@eccsw.eu](mailto:klein@eccsw.eu)  
[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de), [www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu)

### Postersession: Call for Papers

Die parallel zur Tagung laufende Postersession dient der Präsentation von Best-practice-Projekten. Eingeladen sind alle Personen aus dem Feld Klinischer Sozialarbeit mit abgeschlossenen Forschungsvorhaben zu »Sozialer Gesundheit« sowie AbsolventInnen der Masterstudiengänge in Klinischer Sozialarbeit. Die Präsentation läuft während der gesamten Tagung; die Präsentation am Freitag 15-16 Uhr. Die Struktur von Abstract und Poster muss sich gliedern in Überschrift, Name des/der AutorIn, Fragestellung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion. Das Abstract soll 2.000 Zeichen, das Poster ein Format von DIN A 0 nicht überschreiten.

### Weitere Informationen und Kontakt

Karlheinz Ortman, KHSB, [ortman@khsb-berlin.de](mailto:ortman@khsb-berlin.de)  
Uwe Klein, ECCSW, [klein@eccsw.eu](mailto:klein@eccsw.eu)  
Einsendefrist: 31.05.2010

## Pressemitteilung DGfB: Beratungsausbildungen

Der Dachverband für Beratung in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V., DGfB) beschloss Anfang November 2009 verbindliche Mindestanforderungen für Beratungsausbildungen: Auf einen entsprechenden Hochschulabschluss folgt eine dreijährige berufsbegleitende Zusatzausbildung mit mindestens 570 theoretischen und praktischen Unterrichtsstunden, die auf die speziellen Erfordernisse des Arbeitsbereichs vorbereiten. Dies bieten künftig die 31 Mitgliedsverbände der Deutschen Gesellschaft für Beratung an. »Wir wollen deutlich machen, dass Ratsuchende ein Anrecht auf Qualität haben, und die macht sich vor allem am Know-How des Beraters fest.« (Marion Locher, Vorsitzende des DGfB)

chens vorbereiten. Dies bieten künftig die 31 Mitgliedsverbände der Deutschen Gesellschaft für Beratung an. »Wir wollen deutlich machen, dass Ratsuchende ein Anrecht auf Qualität haben, und die macht sich vor allem am Know-How des Beraters fest.« (Marion Locher, Vorsitzende des DGfB)

### Weitere Informationen und Kontakt

Ulrich Gerth, Tel. 06131 9074614, [gerth@bke.de](mailto:gerth@bke.de)

## Wissenschaftlicher Beirat

### Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

### Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

### Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

### Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

### Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

### Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

### Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

### Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

### Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

### Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

### Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)  
Kirsten Becker-Bikowski  
Silke Birgitta Gahlteiner  
Gernot Hahn

### Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth  
Tel. 0175/276 1993

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin  
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Höhensteig 1, 12526 Berlin  
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:  
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857  
Email: [zks-berlin@ipsg.de](mailto:zks-berlin@ipsg.de)

### Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich

### Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

### Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegeteilschrift in:  
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2350

### Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

**W**hen good jazz musicians improvise together, they similarly display reflection-in-action smoothly integrated into ongoing performance. Listening to one another, listening to themselves, they *feel* where the music is going and adjust their playing accordingly. A figure announced by one performer will be taken up by another, elaborated, turned into a new melody. Each player makes on-line inventions and responds to surprises triggered by the inventions of the other players. But the collective process of musical invention is organized around an underlying structure. ... As the musicians feel the directions in which the music is developing, they make new sense of it. (Schön, 1987, S. 30)

Im Prozess des Erlernens professionellen Handelns greifen wir, so führt Donald A. Schön in seiner Arbeit »Educating the Reflective Practitioner« (1987) aus, auf Kompetenzen zurück, über die wir bereits in unserem Alltag verfügen. Gleichzeitig ist aber der Kontext der professionellen Praxis ein anderer. Das in der Situation angewandte Wissen basiert auf in der jeweiligen WissenschaftlerInnen- und PraktikerInnen-Gemeinde als grundlegend anerkannten Wissensbeständen, es ist sowohl durch diesen Kontext wie auch situationspezifisch als Praxiswissen strukturiert.

Aus dem Blickwinkel einer technischen Rationalität besteht die professionelle Kompetenz in der Anwendung von forschungsbasierten Theorien und Techniken – es ist scheinbar klar, was störungsspezifisch wirkt. Ein sozialrechtlich routinisiertes Vorgehen sichert möglicherweise so auf direktem Wege die Existenz.

Ob ein pragmatisches Vorgehen allerdings in die Kunst psychosozialer Helfens (vgl. Klein, 2005) übergeht, hängt davon ab, ob der Klinische Sozialarbeiter zwischen unterschiedlichen Haltungen hin- und herwandern kann, ob er es so sehen kann, dass er die jeweilige Praxissituation durch seine innere und äußere Wahrnehmung zusammen mit dem Klienten ko-konstruiert. Die Veränderung beginnt im Klinischen Sozialarbeiter, durch eine dialektisch-

beziehungsbezogene Haltung, die die »harten« Wissensbestände nicht ignoriert (vgl. Bauriedl, 1997).

»When practitioners respond to the indeterminate zones of practice by holding a reflective conversation with the materials of their situations, they remake a part of their practice world and thereby reveal the usually tacit process of worldmaking that underlie all of their practice.« (Schön, 1987, S. 36)

**M**it »Eltern und Kinder im Mittelpunkt« stellt Uwe Klein ein Projekt zur Beratung und Begleitung psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Kindern unter 18 Jahren vor, das ausgehend von einer mit erwachsenen PatientInnen arbeitenden Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik umgesetzt wird. Die Konzeption stellt das Ergebnis einer mehrjährigen Praxis dar, die, von feldspezifischen Forschungsergebnissen instruiert, unterschiedliche methodische Ansätze der Klinischen Sozialarbeit, der Familientherapie und der Suchttherapie zur Grundlage des Handelns nimmt und diese wiederum in optionale Beratungsmodule übersetzt.

In seinem Artikel »Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland« legt Gernot Hahn den Fokus auf die wachsende Bedeutung der Arbeit von Forensischen Ambulanzen. Die Ergebnisse einer 2009 durch die Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen durchgeführten Stichtagserhebung verdeutlichen die PatientInnenstruktur entlang psychiatrischer Ersterkrankungen, strafrechtlicher Vorbelastung und aktueller Belastungsmerkmale im Kontext der Bezüge von Lebenslage, sozialen Netzwerken und professioneller Betreuung. Im Detail können über die Studie auch potenzielle Rückbezüge zwischen Problemlagen der Patienten und Lebenslagen bzw. professionellen Unterstützungsangeboten hergestellt werden – bei einer insgesamt hohen Wirksamkeit der Nachsorge bezüglich einer Rückfallquote.

Reflektierte Praxis ist für Donald A. Schön ein essentielles Moment in einem Professionalisierungsprozess, der sich zwischen universitärer Ausbildung

und dem Zugewinn an Handlungskompetenz im Anwendungsfeld bewegt. Dabei geht es ihm um mehr als Anwendungsrelevanz und Anwendungsbezug durch Praxisnähe. Wichtig ist ihm die Reflexion auf ein reflektiertes Handeln, mit immer neuen Rückbindungen zwischen Forschung, Lehre und Praxis – wissenschaftstheoretisch, thematisch und beziehungsbezogen. Hierfür schlägt er eine Struktur vor: das »Reflective Practicum« als Brücke zwischen den Welten der Universität und der Praxis (Schön, 1978, S. 305ff.). Diese Struktur mag ein grundsätzliches Modell darstellen, das zukünftig auch in der lebenslangen Herstellung und Weiterentwicklung einer klinisch-sozialarbeiterischen Identität bedeutsam wird.

»There is a need to create or revitalize a phenomenology of practice that includes, as a central component, reflection on the reflection-in-action of practitioners in their organizational settings. ... Practitioners, coaches, and teachers of the disciplines will be called on to carry out layers of reflection that transcend normal educational practice. Practitioners will have to learn to reflect on their own tacit theories; teachers of the disciplines, on the methods of inquiry implicit in their own research practice; coaches, on the theories and processes they bring to their own reflection-in-action.« (Schön, 1978, S. 321, 326)

Für die Redaktion:  
Uwe Klein

#### Literatur

- Bauriedl, T. (1997). Die innere Welt des Psychoanalytikers. In F. Herbert & J. Mauer (Hrsg.), *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis* (S. 11-40). Frankfurt: Brandes & Apsel. (Wissen & Praxis. 71.)
- Klein, U. (Hrsg.) (2005). *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialer Helfens*. Gießen: Psychosozial Verlag. (psychosozial. 101. Schwerpunktteil.)
- Schön, A. D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Wiley & Sons. (The Jossey-Bass higher education Series.)

# »Eltern und Kinder im Mittelpunkt«

## Eine Konzeption zur Beratung und Begleitung psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Kindern unter 18 Jahren

Uwe Klein

In der Beratung und Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Kindern unter 18 Jahren geht es auch um die Frage nach den adäquaten, zur Behandlung der Erkrankung und zum Umgang mit den Krankheitsfolgen passenden Hilfen. Dabei ist die Wirksamkeit der Unterstützung in beträchtlichem Umfang abhängig von dem Faktor »Netzwerkintegration«. Die Passung der Hilfen ist nicht nur bilateral zwischen dem einzelnen psychisch kranken oder suchtkranken Familienmitglied und dem einzelnen Leistungserbringer zu veranschlagen. Wichtig ist, dass sich die Hilfen der einzelnen Leistungserbringer, der involvierten Familienmitglieder und des Umfelds in einem optimalen Abstimmungsprozess befinden, in dem die Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder zum jeweiligen Lebenszeitpunkt hinreichend berücksichtigt werden.

### Eltern und Kinder im Mittelpunkt – ein netzwerkorientiertes Projekt

Kinder psychisch kranker Eltern bzw. suchtkrankter Familien sind besonderen emotionalen Belastungen ausgesetzt. Psychisch kranke und suchtkranke Mütter und Väter sind vielfach sehr besorgt, inwiefern sich ihre eigene Erkrankung auf Kinder, Partner(in) und familiäres Klima auswirkt. Professionelle Helfer fühlen sich häufig entweder den Eltern oder den Kindern verpflichtet – in diesem Feld fällt es oftmals schwer, den eigenen Standort in den Beziehungen zu den anderen Beteiligten zu halten.

Das Projekt »Eltern und Kinder im Mittelpunkt« soll helfen, die unterschiedlichen Wünsche, Ängste und Interessenlagen der Mütter und Väter, ihrer Kinder und ihrer Unterstützungssysteme bezogen auf den Einzelnen und auf Familien- und Netzwerke besser zu verstehen und handelnd darauf aufzubauen. Zielgruppe sind jene psychisch kranken und suchtkranken Mütter und Väter, die Kinder unter 18 Jahren haben und sich in psychiatrisch-stationärer oder institutsambulanter Behandlung des Krankenhauses Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapie befinden. Zielstellungen sind:

- Stärkung der Kinder im Umgang mit der Erkrankung eines Elternteils;
- Stärkung der Eltern im Blick auf einen offenen Umgang mit der Erkrankung in der Familie;
- Förderung der seelischen Gesundheit der Eltern und emotionale Entlastung;
- Förderung der seelischen Gesundheit der Kinder und emotionale Entlastung;

- Erkennen und Abwenden kritischer, das Kindeswohl betreffende Situationen;
- Erkennen von behandlungsrelevanten Störungen bei den Kindern;
- Vermittlung von Kindern in adäquate Diagnose- und Behandlungssettings.

Die Konzeption des Projekts orientiert sich an den Ergebnissen von Risiko-, Resilienz- und Bewältigungs- und Vulnerabilitätsforschung. Es berücksichtigt die Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts (Lenz, 2005) mit dem Fokus auf Wahrnehmung und Bedürfnisse der Kinder sowie die relevanten Forschungsergebnisse zu suchtkrankten Familien (Zobel, 2006). Dem methodischen Ansatz liegen paar- und familiendynamische Erkenntnisse, in besondere der Beziehungsanalyse (Bauriedl, 1980, 1994), theoretische Fundierungen und praktische Vorgehensweisen der psychoanalytischen Sozialarbeit (Rauchfleisch, 1996) und psychoanalytischen Familienberatung (Klein, 2005) sowie die psychosozialen Diagnose-, Behandlungs- und Beratungsansätze der Klinischen Sozialarbeit zugrunde. Für die Arbeit mit suchtkrankten Familien wird auf spezifische Beratungsansätze wie Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991/1999) und die systemische Arbeit mit Multiproblemfamilien (Minuchin, 1974/1977) Bezug genommen. Für die Beratungspraxis wurden auf dem Hintergrund der Forschungsergebnisse und unter Zugrundelegung der theoretisch methodischen Ansätze spezifische Beratungsmodule entwickelt. Ein besonderes Projektmerkmal ist die Vernetzung mit anderen, regionalen und überregionalen Hilfeangeboten (vgl. auch Schone & Wagenblass, 2002)

### Häufigkeit psychischer und suchtkrankter Erkrankungen bei Elternteilen

In der Bundesrepublik Deutschland ist nach der bisherigen Datenlage jedes 7.-12. Kind von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (2007) geht auf Basis des Gesundheitssurveys 1998 von 1,5 Mio. Kindern psychisch kranker Eltern aus, die an Psychose oder schwerer Depression leiden oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind. Laut Mattejats (2005) quantitativer störungsspezifischer Abschätzung der psychiatrischen Gesamtmorbidität leben 3 Mio. Kinder in 2 Mio. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sind über 2,5 Millionen

Kinder und Jugendliche von der Suchterkrankung mindestens eines Elternteils betroffen – Alkohol und illegale Suchtmittel (ca. 30.000 Kinder) eingeschlossen, ohne Verhaltenssuchte (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2006, S. 4).

### Risiko der Erkrankung der Kinder

Nach Mattejat (2005) erhöht sich das lebenslange Erkrankungsrisiko bei Kindern mit einem schizophren erkrankten Elternteil von 1% in der Gesamtbevölkerung auf 12% und sogar auf 40%, wenn beide Elternteile schizophren erkrankt sind. Für affektive Erkrankungen benennt Mattejat eine Erhöhung des Erkrankungsrisikos von 5-10% in der Gesamtbevölkerung, auf 9-21% bei Kindern mit einem an einer bipolaren affektiven Psychose, auf 8-15% mit einem an einer unipolaren affektiven Psychose erkrankten Elternteil und auf 56%, wenn beide Elternteile erkrankt sind. In den Analysen ist kein direkter Zusammenhang zwischen genetischer Ausstattung und der jeweiligen Psychopathologie erkennbar, sondern sie weisen auf die Interaktion zwischen Genen und Umweltfaktoren hin: »Die genetische Ausstattung moderiert die Umwelteffekte.« (Mattejat, 2005, S. 48) Das heißt in der Konsequenz: besonders dort, wo Menschen eine hohe erblich bedingte Vulnerabilität mitbringen, kommt den Umwelteinflüssen eine erhebliche Bedeutung zu.

Das Risiko, als Kind mit einem suchtkrankten Elternteil selbst abhängig zu werden, liegt bei 30%. Etwa die Hälfte der Kinder unter 18 Jahren leiden unter psychischen Störungen, bei den erwachsenen Kindern sind es ca. 6 Mio.

### Auswirkungen elterlicher psychischer und suchtkrankter Erkrankungen auf die Kinder

Die Folgen psychischer und suchtkrankter Erkrankungen von Elternteilen für die Kinder sind u.a. abhängig vom psychosozialen Kontext, von Beginn, Verlauf, Dauer und Störungsart, Alter und Resilienz der Kinder, aber auch von der Frage einer biologisch bedingten erhöhten Vulnerabilität der Kinder. Psychosoziale Kontextfaktoren können Riskofaktoren sein. Hierzu zählen Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile, niedriger sozioökonomischer Status, unzulänglicher Wohnraum, schlechte Partnerschaft, schwierige Eltern-Kind-Beziehungen, Trennung der Eltern (v.a. in

den ersten Lebensjahren des Kindes), Paare und alleinerziehende Elternteile ohne ein stützendes Beziehungsnetz, eine mangelnde zeitliche und emotionale Verfügbarkeit des gesunden Elternteils sowie wiederholte Trennungen des Kindes von einem Elternteil durch Klinikaufenthalte.

Hinsichtlich der direkten Folgen der psychischen und suchtbezogenen Erkrankung eines Elternteils sind deren Schwere und Chronizität, insbesondere mit Blick auf die Beziehungsqualität zwischen Elternteil und Kind, wesentlicher als die Diagnose. Jüngere Kinder sind durch Schwankungen in der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit des erkrankten Elternteils stärker betroffen als ältere, die bereits über hinreichend stabile innere Strukturen verfügen. Ein einmaliger Blick auf die Kinder und die Eltern-Kind-Interaktionen ist in der Regel nicht hinreichend, um Kompetenzen und Störungsfelder zu erkennen. Um angemessene Entscheidungen hinsichtlich der Beratung, Behandlung und Begleitung von Familien mit einem erkrankten Elternteil treffen zu können, bedarf es immer auch einer Einschätzung des Verlaufs, also einer Berücksichtigung der Familienbiografie.

Lucas und Deneke (2007) schildern ihre Beobachtungen bei Müttern mit postpartalen psychischen Erkrankungen. Depressive Mütter verfügten demzufolge in der Regel über das Potenzial zu einer ungestörten mütterlichen Kompetenz, mit der Gefahr der Unterstimulation (zu wenig auf den Säugling eingehend) oder einer Überstimulation (einseitig mit negativem Affekt auf den Säugling eingehend). Bei manischen Müttern fanden sie nur selten eine ungestörte mütterliche Kompetenz, oftmals eine erhebliche Überstimulation mit rasch wechselnder affektiver Tönung sowie einen unangemessenen Umgang, der das Kind nicht altersadäquat behandelte. Bei schizophrenen Müttern wechselte phasenweise die ungestörte mütterliche Kompetenz mit anderen Interaktionsweisen, zum Teil in der Folge von Denkstörungen und Einbindung des Kindes in ein Wahnsystem. Das Nicht-Reagieren der Mutter bei einer ausgeprägten Minus-Symptomatik erforderte zwingend die Anwesenheit einer weiteren Bezugsperson. Bei Müttern mit Angst- und Zwangsstörungen war der Spielraum für eine die Erkundungen des Kindes begleitende, einfühlsame Haltung gering, im Falle von Überschreitungen der »Spielraum-Grenzen« der Mutter kam es zu angstvoller oder aggressiv getönter Kontrolle.

Studien zu den Folgen der Suchterkrankung eines Elternteils auf die Kinder lassen sich in einem Spektrum zwischen Risiko und Resilienz anordnen. Auf der einen Seite – folgen wir verschiedenen RCT-Studien – weisen Kinder aus

alkoholbelasteten Familien gegenüber den Kontrollgruppen geringere Leistungen im Intelligenztest, beim sprachlichen Ausdrucksvermögen und im schulischen Bereich auf. Sie zeigen Störungen des Sozialverhaltens, werden als hyperaktiv diagnostiziert, klagen häufiger über Ängste, Depressionen und psychosomatische Störungen und sind häufiger körperlicher und sexueller Gewalt ausgesetzt. Zobel (2006, S. 53ff.) weist darauf hin, dass diese Untersuchungsergebnisse ein defizitorientiertes Bild über Kinder aus alkoholbelasteten Familien begründen und oft unerwähnt bleibt, dass die Studienergebnisse im Mittelwert nicht von der Norm abweichen.

Die Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Verfassung des Kindes hat Lenz (2005) in einer qualitativen Studie sichtbar gemacht. In der Untersuchung wurden Kinder zwischen 7 und 19 Jahren befragt, wie sie die psychischen Erkrankungen der Eltern erleben und bewältigen, welche Konsequenzen für das Familienleben sie wahrnehmen, wie sie die Klinikaufenthalte des erkrankten Elternteils erleben, was ihre Vorstellungen über die Ursache der Erkrankung sind und welche Formen der Unterstützung sie erhalten oder gerne hätten.

### Resilienz bei Kindern psychisch kranker Eltern und suchtbelasteter Familien

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren beim einzelnen Menschen zur Entwicklung psychischer Widerstandskräfte, mithin zum »Gedeihen trotz widriger Umstände« (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006) führen. Lenz (2005, S. 16-23) fasst die in der Resilienzforschung herausgestellten protektiven Faktoren zusammen, die zu einer Verringerung des Risikos der Symptomentwicklung bei Kindern psychisch kranker Eltern beitragen. Die Faktoren stehen im Zusammenhang mit der bisherigen Entwicklung der Kinder und darauf basierenden Persönlichkeitseigenschaften, mit familiären und netzwerkbezogenen Beziehungen und Bindungen sowie Umgangsweisen mit der Erkrankung (vgl. auch Badura, 1981).

Kinder mit einem gut entwickelten Selbstwertgefühl, die auf Selbstwirksamkeit setzen, kontaktfreudig, emotional ausdrucks- und einfühlungsfähig sind, kommen demzufolge besser mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils zurecht. Innerhalb der Familie tragen eine gute Paarbeziehung, ein emotional herzliches Klima bei gleichzeitig klaren Regeln sowie eine stabile, emotional warme und sichere Bindung zu dem gesunden Elternteil oder einer anderen Bezugsperson zur Resilienz bei. Die altersadäquate Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils stellen bedeutsame protektive Faktoren dar. Ebenso wichtig sind die Art des Umgangs mit der Erkrankung und Sich-Einlassen auf eine Behandlung seitens des erkrankten Elternteils. Zum Umgang mit der Erkrankung zählen nicht nur Wahrnehmung und medikamentöse Behandlung der Krankheitssymptome, sondern auch die Frage, wie der kranke Elternteil und die gesamte Familie mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen im familiären Alltag (z.B. Aufgabenverteilung, Schule, Beruf) zurecht kommt und im Kontakt, im Gespräch miteinander Lösungswege erarbeitet. Umfang und Qualität des das Kind umgebenden Netzwerks sind von sehr hoher Relevanz für seine Entwicklung. Dazu zählen die über Kindertagesstätte und Schule hergestellte soziale Netzwerke ebenso wie die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote durch die Eltern und das Kind. Unter dem Aspekt der Resilienz kommt es auch darauf an, wie Kinder ihre suchtbelastete Familie wahrnehmen: als Herausforderung oder primär als schädigende Umgebung, mithin also sich selbst als aktiv steuerungsfähig oder passiv erleidend sehen. Wolin und Wolin (1995, 1996) haben entlang von Interviews mit Kindern sieben Resilienzen herausgearbeitet, die Kindern das Bestehen in schwierigen Familienumwelten ermöglichen, und auf die Lebensspanne hin erweitert (vgl. Tabelle). Die AutorInnen zentrieren ihre Resilienzfrage auf die Kinder – auf ihre Wahrnehmungs- und Handlungsoptionen, oft jenseits der Herkunftsfamilie.

	Kind	Jugendlicher	Erwachsener
<b>Einsicht</b>	Empfinden	Wissen	Verstehen
<b>Unabhängigkeit</b>	Sich lösen	Sich befreien	Getrennt leben
<b>Beziehungsfähigkeit</b>	Bindungen aufbauen	Andere Elternfiguren / Freunde werben	Bindungen eingehen
<b>Initiative</b>	Erforschen	Arbeiten	Erschaffen
<b>Kreativität</b>	Spielen	Formen	Entwerfen
<b>Humor</b>	Spielen	Formen	Lachen
<b>Moral</b>	Urteilen	Bewerten	Dienen

**Tabelle:** Sieben Resilienzen gemäß Wolin & Wolin (1995, 1996), zit. n. Zobel, 2006, S. 57.

**Anmerkungen:** *Einsicht:* Empfinden des Kindes, dass es eine wenig vertrauensvolle Familie hat; Verstehen komplexer Zusammenhänge. *Unabhängigkeit:* innere und äußere Distanz zu den häuslichen Vorgängen. *Beziehungsfähigkeit:* Beziehungen/Bindungen außerhalb der Familie aufbauen. *Initiative:* Selbstwirksamkeit erleben; positive Rückmeldungen und Wertschätzung außerhalb der Familie erleben. *Kreativität:* Raum für wilde Spiele und kreatives Gestalten. *Humor:* Abstand zu schwierigen familiären Situationen gewinnen durch »Lust am Lachen«. *Moral:* ethischer Rahmen, nachvollziehbare Maßstäbe.

## Beratung und Therapie

### Rahmenbedingungen

Die Beratung und Therapie psychisch kranker und abhängigkeitserkrankter erwachsener Menschen im Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgt unter vollstationären, teilstationären und ambulanten Rahmenbedingungen. Das Krankenhaus Hedwigshöhe ist pflichtversorgende Klinik für Berlin-Treptow-Köpenick; die Behandlung ist im stationären und teilstationären Bereich auf Krisenintervention und basale Bewältigung akuter psychischer Erkrankungen bzw. Krankheitsphasen ausgerichtet und versorgt über die Institutsambulanz auch langfristig die schwer psychisch kranken Patienten, die nach § 118 SGB V einer Komplexbehandlung bedürfen. Konzeptuell ist die Klinik sozialpsychiatrisch ausgerichtet; unterschiedliche, sich ergänzende Behandlungsansätze werden in einem multiprofessionellen Team umgesetzt. Für Patientinnen und Patienten mit Kindern unter 18 Jahren wird dieses Behandlungskonzept um spezifische Beratungs- und Therapieangebote ergänzt.

### Theoretisch-methodische Grundlagen

Theoretisch-methodisch orientieren sich die Angebote für psychisch kranke und abhängigkeitserkrankte Eltern und ihre Kinder an einem spezifischen Ansatz der relationalen Psychoanalyse, der Beziehungsanalyse nach Bauriedl (1980, 1994), am bifokalen Modell psychoanalytischer Sozialarbeit von Rauchfleisch (1996) bzw. dem komplementären Modell psychoanalytischer Familienberatung von Klein (2005) sowie an den Grundlagen psychosozialer Diagnostik, Behandlung und Beratung der Klinischen Sozialarbeit nach Pauls (2004). Für suchtblastete Familien und ihre Kinder erfolgt darüberhinaus eine Ausrichtung am Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (1991/1999) und an der strukturellen Familientherapie nach Minuchin (1974/1977).

■ **Psychoanalytische Einzel-, Paar- und Familienberatung (Beziehungsanalyse).** Das Konzept der Beziehungsanalyse wurde seit 1970 von Thea Bauriedl (1980, 1994) entwickelt. Es ist eine Weiterentwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie in Richtung einer spezifischen relationalen Psychoanalyse mit Fokus auf die Beziehung zwischen AnalytikerIn und AnalysandIn, BeraterIn und KlientIn. Die Spezifität liegt u.a. in einem besonderen Verständnis der Verschränkung intra- und interpsychischer Konfliktstrukturen, im szenischen Verstehen und in der Hervorhebung und Berücksichtigung der grundsätzlich im menschlichen Dasein vorhandenen triangulären Beziehungsstruktur. Die Beziehungsanalyse ist eine allgemeine Theorie zum Verständnis des szenischen Ineinandergreifens der psychischen Strukturen von einzelnen Personen und von Personengruppen in allen zwi-

schenmenschlichen Beziehungen. Die Verfahren der psychoanalytisch orientierten Einzel-, Paar- und Familienberatung und Sozialtherapie sind Formen der angewandten Psychoanalyse. Sie haben einen eigenen Verstehenszugang zu krankheits- und konfliktzeugenden und -aufrechterhaltenden interpersonellen Strukturen sowie ein eigenes Konzept der Beziehungsdiagnostik und des beraterischen Prozesses. Symptome werden als Ausdruck gestörter Beziehungsstrukturen verstanden, die sich in unbewussten Beziehungsfantasien und Deutungsmustern sowie in Interaktionen aller Beteiligten manifestieren. Die Auflösung der Symptome geht deshalb mit der Veränderung dieser Beziehungsstrukturen einher. Diese Betrachtungsweise gilt für viele Störungen und kann in verschiedenen Settings angewendet werden.

■ **Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell.** Udo Rauchfleisch (1996) fokussiert in seinem Behandlungsmodell eine KlientInnengruppe, bei der schwere psychische Störungen die Alltagskompetenz deutlich einschränken und dabei entstehende soziale Problemfelder auf die psychische Verfassung destabilisierend zurückwirken. Die für den BeraterInnen/TherapeutInnen auftauchende Frage, welche Hilfeform zwischen sozialer Unterstützung und psychotherapeutischer Intervention am ehesten angemessen ist, beantwortet Rauchfleisch mit der Entwicklung eines bifokalen Behandlungsmodells. Um in dieser schwierigen Arbeit handlungsfähig zu bleiben, benötigen BeraterInnen/TherapeutInnen entsprechende psychoanalytische Kenntnisse und Fertigkeiten, die ihnen eine Beweglichkeit in der Beziehung zu den KlientInnen durch Erkennen der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken ermöglichen. Dabei sind sie gehalten, gleichwertig an beiden Problemereichen – der sozialen Realität und der psychischen Dynamik – zu arbeiten.

■ **Psychoanalytische Familienberatung nach dem komplementären Modell.** Uwe Klein (2005) beschreibt für die psychoanalytische Familienberatung in Anlehnung an Goldbrunner (1989) und Bauriedl (1980, 1994) einen komplementären Denk- und Handlungsansatz, der die psychologische, beziehungsorientierte Seite und die Seite der pragmatischen Interventionen berücksichtigt. Veränderung ist nur über ein intersubjektives Verstehen möglich. Damit sozialarbeiterische Interventionen in Form von Vorschlägen zur Unterstützung und Entlastung eingebracht, diskutiert, verhandelt und akzeptiert bzw. abgelehnt werden können, müssen zuvor und währenddessen die Problem- und Konfliktlage, die Wünsche und Ängste jedes einzelnen Familienmitglieds verstanden werden. Dabei muss auch in der Verhandlung um die Passung von Hilfsangeboten immer die Beziehungsebene zwischen PatientIn, anderen Familienmitgliedern und BehandlerIn berücksichtigt werden. Es können und dürfen im Hinblick auf die Annahme oder Ablehnung von Versorgungsangeboten Ambivalenzen in Form von unterschiedlichen Wünschen und Ängsten auftauchen. Je weniger sie wahrgenommen, je mehr sie unterdrückt werden, umso unsicherer wird die Akzeptanz von Hilfsangeboten.

■ **Klinische Sozialarbeit.** Bei der Klinischen Sozialarbeit handelt es sich um eine in unterschiedlichen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens beratende und therapeutisch behandelnde Fachsozialarbeit. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung und Krank-

heit liegt der Fokus Klinischer Sozialarbeit auf einer differenzierten psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt der KlientInnen. Die »Person-in-ihrer-Umwelt« steht im Vordergrund, zur »direkten Praxis« zählen somit auch familien-, netzwerk- und gemeinwesenorientierte Assessments und Interventionen. Zur Anwendung kommen unterschiedliche Instrumentarien der psychosozialen Diagnostik (u.a. Verfahren der Ressourcen-/Belastungsfaktoren-, Familien- und Netzwerkdiagnostik), die Helmut Pauls (2004) unter der Bezeichnung »Psychosoziale Mehrebenen-Diagnostik« zusammenfasst (vgl. auch Flückinger & Wüsten, 2008).

■ **Motivational Interviewing.** Motivational Interviewing ist ein von William R. Miller und Steven Rollnick (1991/1999) entwickelter Beratungsansatz, der sowohl klientenzentrierte wie auch direktive Elemente enthält und auf die Eigenmotivation der PatientInnen, problematische Verhaltensweisen erkennen, einschätzen und verändern zu wollen, zielt. Dieser Ansatz berücksichtigt die vielen menschlichen Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen zugrunde liegende Ambivalenz. Dabei geht es im Beratungskontext um die Entwicklung von Empathie, von Unterscheidbarkeiten, einem angemessenen Umgang mit Widerständen und der Förderung von Zuversicht.

■ **Strukturelle Familientherapie.** Salvador Minuchin (1974/1977) betrachtet die Familie als ein offenes soziokulturelles System, das sowohl gesellschaftlich bedingte Transformationsprozesse durchläuft wie auch – als einzelne Familie – eine Entwicklung und verschiedene Stadien durchläuft und sich veränderten Umständen anpasst – oder daran scheitert, sich verstrickt und in Eskalationen gerät. Minuchin betont in seiner »Strukturellen Familientherapie« die Wichtigkeit der Grenzen zwischen den Generationen, es geht ihm um die Klärung des Verhältnisses der familiären Subsysteme zueinander. Sein Ansatz ist grundsätzlich netzwerkorientiert.

Interventionen in Form einer weiteren Hilfeplanung erfordern darüberhinaus die Kenntnis der jugendhilfe- und suchthilfebezogenen sowie gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen auf den Ebenen der institutionsspezifischen Angebote, der Finanzierungs-, Zugangs- und Berechtigungsstrukturen, um eine Passung zu Bedürfnis und Bedarf des Kindes und der Familie zu ermöglichen.

### Beratungs- und Therapiemodule

Die Beratungsarbeit im Projekt »Eltern und Kinder im Mittelpunkt« umfasst alle denkbaren Settingvarianten: vom Einzelgespräch über Paar-, Familien- und Netzwerkgespräche bis hin zu HelferInnenkonferenzen in der Klinik und am anderen Ort. Hausbesuche sind, sofern indiziert, möglich, aber nicht der Regelfall. AuftraggeberInnen sind im ersten Schritt immer einzelne KlientInnen, in Absprache mit ihnen erweiterbar um Auftragsanliegen von Familienmitgliedern und Institutionen. Elf mögliche Schwerpunkte der Beratung und Therapie kommen als »Module« zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Kombinationen zum Einsatz:

- 1 Direkte Absicherung des Kindeswohls.** *Erläuterung:* Klärung der Unterbringung und Betreuung des Kindes im Krisenfall (stationäre, teilstationäre Aufnahme eines Elternteils). Einschalten des Jugendamtes bei Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung. Aber auch: Absicherung des Kindeswohls bei alleinerziehenden Elternteilen, die während einer akuten Krankheitsphase in der häuslichen Umgebung bleiben und ambulant behandelt werden, aber nicht ausreichend für das körperliche Wohl des Kindes und seine (psychische) Sicherheit sorgen können. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, Jugendamt, Kinder- und Jugendnotdienst, gesetzliche/r BetreuerIn.
- 2 Indirekte Absicherung des Kindeswohls.** *Erläuterung:* Klärung materieller Rahmenbedingungen wie Einkommens- und Wohnsituation. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, Jobcenter, Sozialamt, Jugendamt, gesetzliche/r BetreuerIn.
- 3 Psycho-soziale Mehrebenen-Diagnostik.** *Erläuterung:* Überblick über die Lebenssituation, Problemfelder und Ressourcen patientInnen-, kind-, familien- und netzwerkzentriert erheben; historische Dimension (Familien-geschichte, Krankheitsgeschichte) beachten, Hausbesuche aus diagnostischen Erwägungen, Klärung von Auftragswünschen. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, involvierte professionelle HelferInnen.
- 4 Informationen und Aufklärung über die Erkrankung.** *Erläuterung:* subjektives Krankheitsmodell des/r PatientIn klären, Vermittlung von Erklärungsmodellen und patientInnenbezogen persönlicher Ausprägung der jeweiligen psychischen bzw. suchtbezogenen Erkrankung an die Kinder, weitere Familienmitglieder und professionelle HelferInnen in gemeinsamen Settings. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, professionelle HelferInnen.
- 5 Krankheitsbildspezifische Fragestellungen.** *Erläuterung:* im Beratungs- und Therapieverlauf auftauchende Fragestellungen, wie bezogen auf bestimmte Symptome und bestimmte Beeinträchtigungen diskursiv in der Familie miteinander umgegangen werden kann; Umgang mit den Konsequenzen von temporären oder dauerhaften Einschränkungen in der Beziehungsfähigkeit und in alltagspraktischen Kompetenzen, Unterscheiden von entwicklungsbedingten Veränderungen und symptomgesteuerten Verhaltensweisen. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder.
- 6 Beziehungsdiagnostik.** *Erläuterung:* Herausarbeiten und Unterscheiden von Konfliktebenen (Paarkonflikte, Eltern-Kind-Konflikte, Mehrgenerationenkonflikte); gegenwärtige Konfliktmuster erkennen und bearbeiten, biografisch verankerte Konfliktmuster erkennen und in Beziehung setzen; Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion beachten. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder.
- 7 Konfliktorientierte Paar- und Familiengespräche.** *Erläuterung:* Themenzentrierte Arbeit an miteinander abgestimmten, begrenzten Konfliktfeldern; Beachten der Generationengrenzen, Unterstützung des Kindes durch Klärung von Paarkonflikten bei Abwesenheit des Kindes. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder.
- 8 Mehrgenerationengespräche.** *Erläuterung:* Mehrgenerationengespräche zur Klärung aktueller Konflikte der Kinder mit der Elterngeneration bei Beachtung transgenerationaler Dynamiken (historischer Kontext!); Mehrgenerationengespräche zur Abklärung von Unterstützungsmöglichkeiten. *Kooperation:* Eltern, Kinder und deren Großeltern.

- 9 Umgang mit Verhaltensbesonderheiten der Kinder.** *Erläuterung:* Verhaltensbesonderheiten kontextuell, entwicklungsbezogen und beziehungsdynamisch verstehen; Einbeziehen von bereits involvierten professionellen HelferInnen, Kontakte zu Kita und Schule, Optionen weiterer externer Beratung und umfassender Diagnostik besprechen. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, Jugendamt, Kinderschutzzentren, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik.
- 10 Migrationspezifische und bikulturelle Fragen.** *Erläuterung:* Kulturspezifische Einstellungen zu Partnerschaft, Familie und Erziehung klären; Gespräche in Kooperation mit KollegInnen des Herkunftslandes/Sprachraums der Familie oder des Familienmitglieds; Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, DolmetscherInnenendienst, KollegInnen aus dem jeweiligen Kultur- und Sprachraum, Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie der Charité.
- 11 Stabilisierung des Lebensalltags.** *Erläuterung:* Beratung bei der Umsetzung alltagspraktischer Aufgaben im familiären Kontext; Beratung zum Netzwerkaufbau und zur Netzwerkstabilisierung; Beratung zu professionellen Unterstützungsmöglichkeiten; Erstellen und Abstimmen eines Krisenplans. *Kooperation:* weitere Familienmitglieder, Nachbarn und Freunde, professionelle HelferInnen.

## Kooperationsstrukturen

Zur Gewährleistung einer im Interesse der Kinder und der Familien stehenden Kooperation wurde im Jahr 2006 zwischen dem Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und dem Jugendamt des Bezirks Treptow-Köpenick eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Sie bildet die Grundlage für eine abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsplanung, unter Berücksichtigung der jeweiligen institutionellen Aufgabenfelder, unter Wahrung der Schweigepflicht und unter Beachtung des Kindeswohls.

Zur Versorgung von Familien mit schwer psychisch kranken Elternteilen, die nach einer vollstationären Behandlung nicht über die psychiatrische Institutsambulanz des Krankenhauses Hedwigshöhe versorgt werden oder aber einen hierüber hinausgehenden spezifischen Bedarf an (aufsuchender) Familientherapie haben, befinden sich Kooperationsstrukturen mit entsprechenden Praxen und Beratungsstellen im Aufbau.

Das Krankenhaus Hedwigshöhe ist Mitglied in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendliche des Bezirks Treptow-Köpenick und beteiligt sich hierüber am regionalen Fachaustausch und Planungsgeschehen.

Das Projekt »Eltern und Kinder im Mittelpunkt« wird fachlich unterstützt durch den Berliner Arbeitskreis für Beziehungsanalyse e.V. (Leitung Dr. Ute Benz).

## Literatur

- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung* (S. 13-39). Frankfurt: Suhrkamp. (Edition Suhrkamp. 1063.)
- Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie*. Frankfurt: Suhrkamp. (Literatur der Psychoanalyse.)
- Bauriedl, T. (1994). *Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2007). *1,5 Millionen Kinder psychisch schwer erkrankter Eltern*. Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 11.05.2007. Online verfügbar: <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/551004.html> [02.11.2009].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2006). *Kinder suchtkranker Eltern. Mögliche Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe - ein Leitfadens für freiwillige Helferinnen und Helfer in den Selbsthilfeorganisationen*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Flückinger, C. & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber.
- Goldbrunner, H. (1989). *Arbeit mit Problemfamilien. Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit*. Mainz: Grünewald. (Edition Psychologie und Pädagogik.)
- Klein, U. (2005). Klinische Sozialarbeit in der Gerontopsychiatrie: Wege zum Verstehen und zur Behandlung familiärer Krisensituationen. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Feldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 137-151). Münster: Lit. (Schriftenreihe zur klinischen Sozialarbeit. 1.)
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lucas, T. & Deneke, C. (2007). *Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Väter und Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern*. Vortrag bei der Fachtagung »Hilfen für Kinder kranker Eltern« des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge KEH, Berlin, am 23.11.2007.
- Mattejat, F. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Online-Publikation. Verfügbar unter: [http://www.uni-marburg.de/ivv/download/kinder\\_kranker\\_eltern](http://www.uni-marburg.de/ivv/download/kinder_kranker_eltern) [02.11.2009].
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus. (Amer. Original erschienen 1991.)
- Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg: Lambertus. (Amer. Original erschienen 1974.)
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziale Berufe.)
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006). *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer. (Paar- und Familientherapie.)
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Reliance among youth growing up in substance abusing families. *Substance Abuse*, 42, 415-429.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1996). The Challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. *Adolescent Substance Abuse and Dual Disorders*, 136, 589-593.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

# Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland

## Stichtagserhebung »Forensische Fachambulanzen 2009«

Gernot Hahn

Mit der Reform der Führungsaufsicht (FA) 2007 (vgl. Hahn, 2007a) wurde der ambulanten Versorgung psychisch kranker StraftäterInnen der rechtliche Rahmen zugemessen, der in forensisch-psychiatrischen Fachkreisen bereits seit Jahren diskutiert und gefordert wurde. Seit 1987 waren, abhängig von den Maßgaben der Bundesländer oder auf Initiative einzelner Kliniken, Forensische Ambulanzen (z.B. Leygraf, 1988; Rasch, 1989; Warmuth, 1990) eher zufällig entstanden, z.T. nur mit regionalem Versorgungscharakter oder, wie z.B. in Hessen (Freese, 2003), mit auf das Bundesland bezogenem Versorgungsauftrag.

Die Effizienz solcher Nachsorgeambulanzen wurde mittlerweile durch eine Vielzahl von Evaluationsstudien belegt (BfG, 1993, 1995; Seyfert et al., 2003; Stübner & Nedopil, 2009): Forensische ambulante Nachsorge hilft Rückfalltaten ehemals untergebrachter psychisch kranker StraftäterInnen zu verhindern und führt damit zu einem Zuwachs an Sicherheit für die Bevölkerung bei gleichzeitiger Reduktion der Behandlungskosten.

Im Maßregelvollzug (MRV) nach §§ 63, 64 StGB werden StraftäterInnen untergebracht, deren Schuldfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung aufgehoben (§ 20 StGB) oder stark vermindert (§ 21 StGB) ist und bei denen aufgrund dieser Erkrankung von einer weiteren Gefährdung der Allgemeinheit i.S. erneuter Straftaten ausgegangen werden muss. Die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist zeitlich unbefristet, die Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach § 64 StGB auf zwei Jahre begrenzt. Die Entlassung erfolgt nach § 67d StGB, wenn vom Unterbrachten keine Gefahr mehr ausgeht, i.d.R. im Rahmen der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung, gleichzeitig tritt Führungsaufsicht ein.

Die Unterbringung in einer Einrichtung des MRV folgt den Grundprinzipien »Besserung« (Behandlung, Heilung) und »Sicherheit«. Dieser Behandlungsrahmen, die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle, ist grundsätzlich als problematisch einzuschätzen und erfordert spezifische Interventionsmaßnahmen und -kompetenzen, die das Gleichgewicht zwischen Sicherheitsaspekten (Kontrolle) und therapeutischen Entwicklungsbedürfnissen (Hilfe) halten (vgl. Hahn, 2005; Schwarze & Schmidt, 2008; Wagner & Werdenich, 1998). Trotz der

schwierigen Rahmenbedingungen ist die Behandlung von StraftäterInnen in den spezialisierten Institutionen der Forensischen Psychiatrie erfolgreich. Der Wirksamkeitsnachweis gelingt vor allem bezüglich der Therapiestrategien, die multimodal, stark strukturiert und langfristig angelegt sind (vgl. Lösel & Bender, 1997, Schmucker, 2004). Einen besonders starken Wirksamkeitseffekt weisen strukturierte, behaviorale und kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme auf (ebd.).

Die relativ neue Behandlungslandschaft Forensischer Psychiatrie im ambulanten Rahmen ist, abgesehen von kleineren Evaluationsstudien (s.o.), noch nicht umfassend beschrieben worden. Insbesondere gab es bislang keine strukturierte Erhebung zu den bundesweit in den Forensischen Ambulanzen betreuten PatientInnen. Zwar besteht seit 10 Jahren eine »Arbeitsgemeinschaft »Forensische Nachsorge« als Unterorganisation der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Kliniken; diese befasste sich bislang vor allem mit Fragen der Institutionalisierung forensisch-ambulanter Arbeit, Finanzierungsfragen und methodischen Aspekten (Hahn & Stiels-Glenn, 2010).

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen führte 2009 eine erste bundesweite Stichtagserhebung (zum 15.04.2009) durch und erfasste PatientInnenstruktur, Interventionsmaßnahmen und Verlauf der Nachsorgephase in den forensischen Ambulanzen. Anders als die jährlichen Erhebungen der AG »Forensische Nachsorge«, die sich mit der Struktur der Behandlungseinrichtungen befasst, fragt diese Datenerhebung danach, wer die PatientInnen in den forensischen Ambulanzen sind, welche Merkmale sie aufweisen und welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden. Erstmals wurde damit bundesweit der Erfolg forensischer Nachsorge erfasst. Über die Beteiligung von 24 Fachambulanzen an dieser Erhebung konnten Daten von 430 PatientInnen erhoben werden.<sup>1</sup> Die Stichtagserhebung gilt damit als repräsentativ, da von den in der Arbeitsgemeinschaft »Forensische Nachsorge« genannten 2500 forensischen AmbulanzpatientInnen in Deutschland ca. ein Sechstel erfasst werden konnte.

Die Erhebung umfasst biografische Daten, Anlassdelinquenz, Diagnoseverteilung, Betreuungsumfang und -methoden, soziale Faktoren und Aspekte des Gesamtver-

laufs von Nachsorgephase und Deliktrückfälligkeit. Für die vorliegende Publikation erfolgte die Datenauswertung der Unterbringungsgruppen nach §§ 63 (N = 63%) und 64 StGB (N = 37%) gemeinsam.<sup>2</sup>

### Soziobiografische Daten

Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe weist einen Anteil 391 männlicher (90,0%) und 39 (9,1%) weiblicher PatientInnen auf. Damit ist der Anteil von Frauen im ambulanten Betreuungsrahmen höher als der für den stationären Bereich angegebene Wert (Statistisches Bundesamt, 2008). Dadurch wird auch im ambulanten Bereich die Zunahme weiblicher psychisch kranker StraftäterInnen im Versorgungsbereich der Forensischen Psychiatrie bestätigt. Möglicherweise ist der im Vergleich zur stationären Situation erhöhte Wert aber auch ein Hinweis darauf, dass Frauen schneller aus der stationären Unterbringung entlassen und so schneller in ambulante Betreuungsformen integriert werden. Dieser Effekt wird im Verlauf einer langfristigen Beobachtung der Datenentwicklung (die Stichtagserhebung wird jährlich fortgesetzt) überprüft.

Das Alter liegt durchschnittlich bei 41,3 Jahren. Besonders groß sind die Gruppen der 30-39-Jährigen (26,9%) und der 40-49-Jährigen (32,6%). Die Anzahl jugendlicher StraftäterInnen ist mit knapp 0,5% deutlich gering, was der für den stationären Bereich genannten Häufigkeit (Weißbeck, 2009) entspricht.

Die Unterbringungsdauer im stationären MRV beträgt durchschnittlich 63,97 Monate, wobei die Spannweite zwischen Null und 427 Monaten liegt. Dieser hohe Wert steht im Verhältnis mit den Problemlagen der untergebrachten PatientInnen im MRV: Multimorbidität, Chronizität der Störung, Aufschichtung von Problemlagen im psychosozialen Bereich und durch die Rahmenbedingungen bedingte Behandlungsprobleme (z.B. angeordnete Therapie, Motivationsprobleme) führen zu langfristigen Behandlungsintervallen. Die Entlasshürden wurden zudem in den letzten Jahren (Hahn, 2009) angehoben.

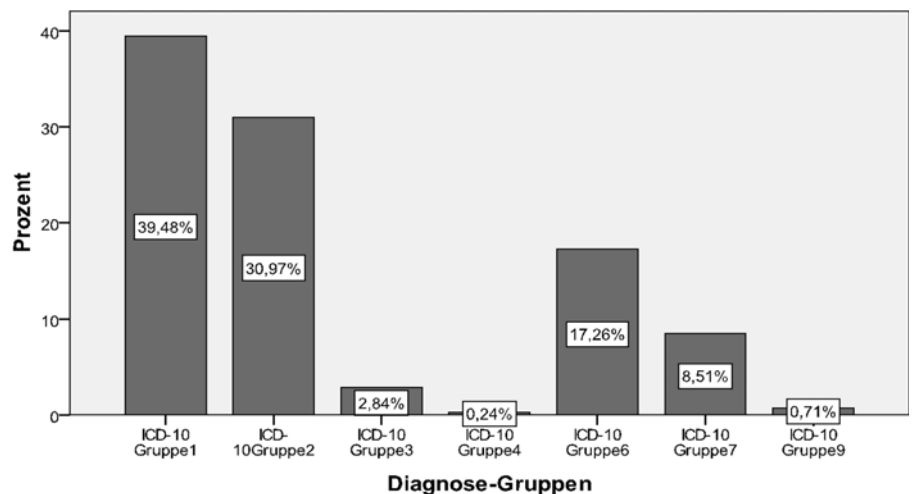
Die in der Stichtagserhebung erfassten PatientInnen befanden sich durchschnittlich seit ca. 18 Monaten in ambulanter Nachsorge. Mit knapp einem Drittel (28,57%) wurde die größte Gruppe erst 6 Monate und weniger betreut. Dieser Wert erklärt sich vermutlich daraus, dass ein-



zelle Bundesländer erst in den vergangenen 12 Monaten Forensische Nachsorgeambulanzen eingerichtet haben und die Aufnahme in diesen neuen Institutionstyp erst langsam anläuft. Knapp drei Viertel der AmbulanzpatientInnen (73,5%) wurde bis zu zwei Jahre nachbetreut. Die maximale Betreuungsdauer lag in Einzelfällen bei bis zu 108 Monaten, d.h.: die Betreuungsleistungen wurde über den gesetzlichen Rahmen der Führungsaufsicht hinaus (zunächst auf fünf Jahre begrenzt) weitergeführt. Gründe dafür können die freiwillige Weiterführung der Ambulanzkontakte über die FA hinaus sein oder in Einzelfällen die Verhängung einer unbefristeten FA nach § 68c StGB.

Die Daten zur Diagnoseverteilung (Abb.) deuten auf eine besonders starke Vertretung der Gruppe von PatientInnen mit einer primären Suchtdiagnose hin. Mehr als zwei Drittel der erfassten PatientInnen weisen demnach als psychiatrische Erstdiagnose eine Erkrankung aus der ICD-10-Gruppe der Suchterkrankungen auf. Dieser Befund überrascht zunächst, da die Gruppe der primär suchtkranken PatientInnen im stationären Maßregelvollzug (Kröber et al., 2006) deutlich geringer ist. Der Wert wird dadurch moderiert, dass in der hier vorliegenden Datenauswertung die beiden PatientInnengruppen in der Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB gemeinsam ausgewertet wurden und daher suchtkranke PatientInnen überrepräsentiert sind. Andererseits zeigt der relativ hohe Wert auch an, dass im Maßregelvollzug besonders viele chronisch abhängige Menschen untergebracht sind, die z.T. auf der Grundlage einer Suchterkrankung weitere psychiatrische Störungen entwickelt haben. Die erfassten psychiatrischen Zweit- und Drittdiagnosen bestätigen diese Richtung: mit einem Anteil von 29,51% fallen hier vor allem Krankheitsbilder aus der ICD-10-Gruppe F60 (Persönlichkeitsstörung) auf.

Hinsichtlich der strafrechtlichen Vorbelastung wird deutlich, dass die im ambulanten Rahmen betreuten StraftäterInnen eine erhebliche kriminelle Vorgeschichte aufweisen: Im Mittel haben die PatientInnen bereits mehr als 32 Monate (32,3 Monate) in Haft verbracht, bevor es zur Anordnung der Maßregel nach §§ 63 bzw. 64 gekommen ist. Die strafrechtliche Belastung ist auch an den Einträgen im Bundeszentralregister zu erkennen. Hier liegt der Durchschnittswert ebenfalls bei sechs, d.h.: vor Anordnung der Maßregel kam es bereits sechsmal zu Verurteilungen, Haft- oder Bewährungsstrafe, Geldstrafe oder aber (bei ca. 7%) zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug. Das Durchschnittsalter bei Erstdelinquenz (also strafrechtlichen Verfahren) liegt mit 26 Jahren noch



**Abbildung:** Forensische Nachsorgeambulanzen – Verteilung der Diagnosegruppen  
**Anmerkungen:** Gruppe 1 - Suchterkrankungen, 2 - Psychosen, 3 - Affektive Störungen, 4 - Belastungsstörungen, 5 - Verhaltensauffälligkeiten, 6 - Persönlichkeitsstörungen, 7 - Intelligenzminderung

in einem moderaten Bereich. Bei den Alterskategorien fällt eine erhebliche Gruppe frühdelinquenten PatientInnen auf: Knapp 50% der forensischen AmbulanzpatientInnen (47,8%) wurde vor dem 22. Lebensjahr straffällig, 22,8% sogar mit 14-16 Jahren.

Die Indexdelikte für die letzte Unterbringung im MRV, also die Bezugsstrafarten im letzten Strafverfahren, zeigen dieselbe Streuung wie im stationären Bereich (Hahn, 2009): mit 25,78% dominieren Körperverletzungsdelikte, gefolgt von Sexualdelikten (17,71%), Tötungsdelikten (11,46%), Raub/Erpressung (11,2%) und Eigentumsdelikten (8,33%).

Damit wird die erhebliche strafrechtliche Belastung – sowohl in der Vorgeschiede als auch im aktuellen Zusammenhang – der im ambulanten Rahmen betreuten Gruppe psychisch kranker StraftäterInnen deutlich. Die Anforderungen an die ambulanten Versorgungseinrichtungen sind entsprechend hoch. Neben Begleitung, Beratung und Behandlung von StraftäterInnen gilt es, das z.T. enorme Rückfallrisiko in Bezug auf schwere Kriminalität im Blick zu behalten und zu minimieren.

### Aktuelle Lebenssituation

Mit der Stichtagserhebung »Forensische Fachambulanzen« liegen erstmals umfangreiche Daten zur aktuellen Lebenssituation ehemals im stationären Maßregelvollzug behandelte psychisch kranker StraftäterInnen vor. Hier fällt zunächst der relativ hohe Wert für die Kategorie »Wohnen in eigener Wohnung« ins Auge. Knapp zwei Drittel der MaßregelpatientInnen (60,89%) werden in eine eigene Wohnung entlassen. Setzt man diesen Befund mit der erheblichen kriminellen Vorgeschichte, der umfangreichen psychischen Belastung der ProbandInnen und der deutlich langen Unterbringungszeit im MRV in Verbindung, wird deutlich, dass den Maßregelvollzugseinrichtungen ein umfassender

der Behandlungs- und Rehabilitationserfolg gelingt. Knapp ein Drittel dieser PatientInnen (31,54%) sind in tagesstrukturierende Angebote (ambulante Arbeitstherapie, Tagesstätte etc.) integriert; 15,89% werden im Alltag durch die sozialpsychiatrische Unterstützungsform »Betreutes Einzelwohnen« unterstützt. Andere Angebote aus dem sozialpsychiatrischen Verbunden werden dagegen kaum genutzt (Beratungsstelle: 6,54%, andere Angebote wie Arbeitsassistenten etc.: 7,48%). Die Wohnsituation dieser Menschen ist dadurch gekennzeichnet, dass im unmittelbaren Wohnumfeld oft keine engeren Sozialkontakte bestehen. Knapp die Hälfte von ihnen (45,15%) lebt alleine, 23,49% mit einem/r PartnerIn, 11,46% mit Kindern im eigenen Haushalt. Nur 4,15% wohnen nach Entlassung aus der stationären Unterbringung wieder bei den Eltern.

Für knapp ein Drittel der PatientInnen aus dem MRV (32,94%) kam zunächst nur die Entlassung in ein Wohnheim (Wohnheim bzw. Übergangseinrichtung für psychisch kranke Menschen) in Frage; betreute Wohngemeinschaften wurden von 6,09% genutzt.

Weitere Unterstützung, Begleitung und Kontrolle erfahren 32,3% der PatientInnen durch zugewiesene gesetzliche BetreuerInnen.

Im Arbeitsbereich fällt auf, dass die Integration psychisch kranker StraftäterInnen nur ansatzweise gelingt. 31,19% der entlassenen PatientInnen sind in ein Arbeitsverhältnis integriert, 10,53% nutzen die Arbeitsmöglichkeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), 27,01% sind arbeitslos, 17,18% beziehen eine Rente. Insgesamt 65,39% beziehen Sozialleistungen, d.h., es dürfte sich bei einer Reihe der Arbeitsverhältnisse um Teilzeit- oder 400-Euro-Jobs handeln (mit ergänzendem Bezug von Sozialleistungen).

## Sozialkontakte

Die Forensischen Fachambulanzen gaben an, dass 40,49% der betreuten PatientInnen über einen stabilen Freundeskreis verfügen, d.h. im Umkehrschluss: knapp zwei Drittel (ca. 60%) verfügen nicht über stabile, engere Sozialkontakte. Der als Protektivfaktor (bzgl. Straffreiheit) wichtige Aspekt »Soziale Kontakte mit Kontrollcharakter« (vgl. Hahn, 2007b, S. 373) liegt dagegen bei 61,54%. Der hohe Wert beruht offensichtlich auf dem Umstand, dass diese verbindlichen Kontakte nicht im privaten Umfeld, sondern im professionellen Betreuungsrahmen der PatientInnen angesiedelt sein dürften.

Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten in verbindlichen sozialen Strukturen liegt bei 24,63% der AmbulanzpatientInnen vor. Sie sind in Vereinen organisiert bzw. nehmen regelmäßig an Vereinsaktivitäten teil.

## Justiziell-ambulante Nachsorgeformen

Die Entlassung aus der Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt wie oben beschrieben i.d.R. zur Bewährung, gleichzeitig tritt Führungsaufsicht ein. Entsprechend waren 89,72% der PatientInnen BewährungshelferInnen zugeordnet, 98,36% unterlagen der Führungsaufsicht. Die Fehlwerte ergeben sich daraus, dass in der Rechtspraxis in Einzelfällen die Zuordnung zu BewährungshelferInnen kürzer als die Bewährungshilfedauer angeordnet wird, ein Teil der Bewährungsfrist also ohne BewährungshelferInnen durchlebt wird. Einige PatientInnen befanden sich auch über den maximalen Zeitrahmen von fünf Jahren (Bewährungs- bzw. FA-Dauer) freiwillig in ambulanter forensischer Nachbetreuung. In diesen Fällen ist gerichtlicherseits keine Begleitung mehr vorgesehen.

Eine große Bedeutung haben im Rahmen der FA angeordnete Weisungen und Auflagen. Diese regeln die Verbindlichkeit ambulanter Hilfs-, Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen. Durch die Reform der Führungsaufsicht wurde erstmals ermöglicht, auch die Integration in das Betreuungsangebot einer Forensischen Nachsorgeambulanz anzuordnen (Hahn, 2007a). Dies ist bei fast allen in der Stichtagserhebung erfassten PatientInnen der Fall (97,19%). Entsprechend dem hohen Anteil von PatientInnen mit einer Suchterkrankung wurde mit 61,12% häufig die Auflage erteilt, sich regelmäßig Alkohol-/Drogenkontrollen zu unterziehen. Diese Kontrollmaßnahmen werden i.d.R. durch die Forensischen Nachsorgeambulanzen erbracht. Phasen akuten Suchtmittelkonsums gelten als deutlicher Risikofaktor bzgl. Deliktrückfälligkeit, sodass entsprechende Kontrollmaßnahmen regelmäßig durchge-

führt werden. Mit 47,31% sind weitere Weisungen und Auflagen hinsichtlich der Einschränkung der Bewegungsfreiheit angegeben. Die Weisung kann z.B. lauten, ohne Zustimmung der Bewährungshilfe/Führungsaufsichtsstelle eine bestimmte Wohnung nicht aufzugeben oder den Wohnort nicht zu verlassen. Die Datenerhebung erfasst diese beiden, in ihrer Einschränkungswirkung sehr unterschiedlichen Maßnahmen in einem Wert, sodass nicht differenziert werden kann, ob tatsächlich eine derart große Gruppe von PatientInnen Einschränkungen in der täglichen Mobilität erdulden muss oder lediglich sichergestellt werden soll, dass sie nicht ohne Absprache den Wohnort wechseln, um sich so ggf. der Aufsicht zu entziehen. In weiteren Stichtagserhebungen muss dieses Item differenzierter abgefragt werden.

## Forensisch-ambulante Betreuungsformen

In den Forensischen Ambulanzen dominiert mit 98,4% deutlich die Einzelfallarbeit. Freese (2003) beschreibt als Aufgaben ambulanter Kriminaltherapie u.a. folgende Bereiche:

- Systematisches Durchsprechen aller aktuellen Erfahrungen der PatientInnen in den verschiedenen Lebenskontexten: (a) Wie erfolgt die Alltagsgestaltung, wie erlebt sich der/die PatientIn dabei? (b) Wo gibt es Diskrepanzen zwischen Wünschen und Realität, können sich daraus Krisen ergeben? Wie wird damit umgegangen? (c) Welche Phantasien treiben den/die PatientIn an, welche Ängste sind spürbar? (d) Wie befriedigend sind Beziehungen, gibt es schnell eskalierende Konflikte? (e) Bestehen aktuell aufgetretene Belastungen, bzw. kündigen sich diese an?
- Unterstützen der PatientInnen bei neuen Lernerfahrungen;
- Typische Denk- und Verhaltensmuster spiegeln, v.a. solche, die sich potenziell destabilisierend auswirken können;
- Gefährdungsmomente im Blick behalten und offensiv ansprechen, Aufmerksamkeit der PatientInnen immer wieder auf Frühwarnsymptome lenken und schulen (Arbeit mit dem Rückfallvermeidungsplan);
- Aktiv zu alternativem Verhalten auffordern und entsprechende Vereinbarungen treffen;
- Rückfallgefährdung bis zum nächsten Termin einschätzen, auch in Rücksprache mit anderen HelferInnen und Angehörigen;
- PatientInnen vor Ort aufsuchen, um ein kontinuierliches Bild des sozialen und beruflichen Umfelds zu erhalten;
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden;
- Kontroll- und Überwachungsfunktionen;
- Krisenintervention.

Die Mehrzahl dieser Einzelaspekte zielt auf die Bearbeitung individueller Risiko- und Schutzfaktoren. Grundlage für diese Arbeit ist meist der im stationären Rahmen erarbeitete Rückfallvermeidungsplan (Hahn, 2008). Die Zentrierung auf diese individuellen Faktoren führt in der Praxis offensichtlich zur Orientierung auf Einzelfallarbeit und Einzelhilfe. Gruppenange-

bote mit Fokus auf Dynamik der Gruppensituation und Expertentum der betroffenen PatientInnen wurden in der aktuellen Stichtagserhebung kaum angegeben: nur 3,27% waren z.B. in ambulante Gruppentherapie für SexualstraftäterInnen und Suchtnachsorgegruppen integriert.<sup>3</sup> Die Kontaktfrequenz im Rahmen der Einzelkontakte lag mit 42,92% bei monatlichen, 31,6% bei 14-tägigen, 6,13% bei wöchentlichen Einzelgesprächen. Bei weiteren 19,1% erfolgt eine flexible Gesprächsfrequenz, abhängig von aktuellen Themenschwerpunkten, evtl. krisenhaften Entwicklungen, aber wohl auch i.S. einer Ausdehnung der Gesprächskontakte zum Ende der Bewährungszeit.

Ein großer Prozentsatz (85,28%) der Kontakte verläuft auch in Form aufsuchender Gespräche im Lebensumfeld der Kontakte. Die Kenntnis der unmittelbaren Lebenszusammenhänge wie Gestaltung der Wohnsituation, die Kontaktmöglichkeit mit wichtigen Bezugspersonen der AmbulanzpatientInnen ist hinsichtlich Einschätzung von Lebenssituation und Rückfallrisiko von großer Bedeutung. Entsprechend häufig (18,51%: 14-tägig; 38,4%: monatlich; 40,88%: flexible Frequenz, mindestens monatlich) werden Haus- und Arbeitsplatzbesuche durch die AmbulanzmitarbeiterInnen durchgeführt.

An der Betreuung, Begleitung, Beratung und Behandlung ehemals im MRV untergebrachter PatientInnen sind im ambulanten Setting unterschiedliche Institutionen und Personen beteiligt, z.B. BetreuerInnen, Bewährungshilfe, Forensische Fachambulanz, MitarbeiterInnen von sozialpsychiatrischen Wohnangeboten oder WfbM, Angehörige, PartnerInnen. Um die unterschiedlichen Interventionsstrategien miteinander zu koordinieren und ein möglichst ganzheitliches Bild der PatientInnen in unterschiedlichen Lebens- und Betreuungssituationen zu erhalten, führen die Forensischen Fachambulanzen in der Mehrzahl der Fälle (69,81%) Fallkonferenzen durch, die meist »nach Bedarf« (82,84%) stattfinden, in seltenen Fällen auch zeitlich festgelegt (7,26%: vierteljährlich; 6,6%: monatlich; 0,33%: 14-tägig).

## Verlauf der ambulanten Nachsorgephase

Beim Verlauf der ambulanten Nachsorge bei den erfassten Fällen zeichnet sich ein erfreuliches Bild ab. Bei nur 5,95% wurden neue Straftaten (allgemeine Delinquenz) bekannt, was in 4,06% zu einem erneuten Strafverfahren führte. Dieser deutlich niedrige Wert entspricht den in neueren Studien (Stübner & Nedopil, 2009, 2010; Mokros & Osterheider, 2010) publizierten Angaben. Der Vergleich der aktuellen Rückfallquote mit Angaben aus

den 1990er-Jahren (ca. 18%; z.B. Jehle et al., 2003) zeigt ein deutliches Absinken dieses Wertes. Ausschlaggebend dafür dürfte neben veränderten Rahmenbedingungen im stationären und rechtlichen Bereich sein, dass die Forensischen Fachambulanzen mittlerweile flächendeckend arbeiten und inhaltlich eine deutliche Professionalisierung erfahren haben. Einschränkung muss festgestellt werden, dass dieser Rückfallwert nur die in der Stichtagserhebung erfassten Fälle betrifft, eine retrospektive Abfrage aller bisherigen Ambulanzfälle (also auch der nicht mehr aktuellen) war nicht realisierbar. Möglicherweise vor dem Stichtag 2009 rückfällig gewordene, erneut inhaftierte und deswegen nicht mehr in ambulanten Betreuung stehende PatientInnen wurden naturgemäß nicht berücksichtigt. In der Fortsetzung des Projekts soll künftig diese Gruppe von PatientInnen separat erfasst werden, um verlässlichere Angaben zur Rückfalldelinquenz zu erhalten.

Deutlich höher liegt der erfasste Wert in den Bereichen allgemeiner oder krankheitsspezifischer Krisen: bei 30,48% der PatientInnen wurde eine funktionale Krise bekannt, bei 24,34% kam es zu einem nachgewiesenen Alkohol- bzw. Drogenrückfall. Die Bearbeitung dieser Krisensituationen erfolgte im ambulanten Rahmen bzw. in 17,99% der Fälle auch in einer stationären Krisenintervention nach § 67h (vgl. Hahn, 2007a), wobei die zur Bewährung ausgesetzte Unterbringung im Maßregelvollzug für einen begrenzten Zeitraum (möglich sind zunächst bis zu drei Monate) widerrufen wurde.

### Ausblick

Die letzten beiden Items der Stichtagserhebung erfragen die Perspektive der in den Ambulanzen betreuten PatientInnen. Für 31,21% wurde angegeben, ihre Entlassung aus der ambulanten Nachsorge sei geplant. Die Beendigung der ambulanten Betreuung und Begleitung erfolgte zeitgleich mit dem Erreichen der Höchstfrist von Bewährungszeit und Führungsaufsicht bzw. auch vorher, bei positivem Gesamtverlauf der bisherigen Bewährungsphase. Bei 2,81% der PatientInnen wird ein Widerruf der Bewährung angedacht.

### Zusammenfassung und Perspektive

Die Datenanalyse der ersten Stichtagserhebung »Forensische Ambulanzen in Deutschland« erlaubt einen differenzierten Einblick in die PatientInnenstruktur des neuen Behandlungsangebots, in Interventionsmethoden und Gesamtverlauf der ambulanten Behandlungsphase. Die wichtigsten Erkenntnisse daraus sind hier stichpunktartig zusammengefasst:

- In den Forensischen Fachambulanzen werden Menschen betreut, die ein erhebliches Ausmaß an psychiatrischen Erkrankungen, strafrechtlicher Vorbelastung und aktuellen Belastungsmerkmalen aufweisen.
- Die im ambulanten Rahmen betreuten PatientInnen waren zuvor über einen erheblichen Zeitraum stationär untergebracht.
- Die soziale Situation der PatientInnen ist durch eine deutliche Störung in den sozialen Bezügen gekennzeichnet (fehlender Freundeskreis, Wohnform).
- Die berufliche Reintegration der PatientInnengruppen gelingt nur teilweise.
- Die ehemals im MRV untergebrachten PatientInnen werden umfangreich durch Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote des sozialpsychiatrischen Bereichs und durch Hilfen gesetzlicher Betreuung unterstützt.
- Im forensisch-ambulanten Bereich dominieren gegenwärtig Einzelfallhilfen bei eher geringer Frequenzdichte; Gruppenangebote werden kaum vorgehalten.
- Der Verlauf ambulanter Nachsorgephase ist insgesamt positiv, die Rückfallquote bzgl. erneuter Kriminalität mit ca. 5% äußerst gering.
- Im Verlauf der ambulanten Betreuung kommt es bei fast jedem/r zweiten PatientIn zu psychosozialen Krisen, die zum Großteil durch ambulante Maßnahmen aufgefangen werden können.
- Strafrechtlich abgesicherte, stationäre Interventionsmaßnahmen ergänzen die Möglichkeiten zur Krisenbewältigung.
- Die Perspektive für ein ca. ein Drittel der PatientInnen ist so günstig, dass seitens der Fachambulanzen über eine Beendigung der forensischen Nachsorge nachgedacht wird.

Forensisch-ambulante Nachsorge zielt auf den Erhalt des stationären Therapieerfolgs, Unterstützung der PatientInnen im Resozialisierungs- und Rehabilitationsprozess und auf aktive Rückfallvermeidung. Seitens der Träger sind auch ökonomische Aspekte von Bedeutung. Die enorme Zunahme der Fallzahlen im Maßregelvollzug (100% von 1996 bis 2006, vgl. Bdl & BdJ, 2006) hat in diesem Bereich zur Kostenexplosion und zu erhöhter volkswirtschaftlicher Belastung geführt. Die Forensischen Nachsorgeambulanzen wurden auch unter der Maßgabe der Kostenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der Sicherheit der Allgemeinheit eingeführt. Für den Bereich der Forensischen Psychiatrie bietet sich dadurch aber auch die Chance, Anschluss an die Behandlungsgrundsätze im allgemeinpsychiatrischen Bereich zu finden und eine stärkere Öffnung zu vollziehen. Auch wenn der Grundsatz moderner Gemeindepsychiatrie »ambulant vor stationär« sich im forensischen Bereich nicht zur allgemeinen Maxime entwickeln wird, besteht mit der Einrichtung der Fachambulanzen die Chance, verstärkt ambulante Hilfen zu realisieren bzw. stationäre Behandlungsmaßnahmen bei verbindlich geregelter Nachsorge zeitlich zu verkürzen. Die Forensischen Ambulanzen werden in jedem Fall den Nachweis ihrer Effizienz

### ANZEIGE



## Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Beginn Wintersemester 2010 | Bewerbungsende 15.07.2010

- › akkreditierter Studiengang
- › Zugang zur Promotion
- › berufsbegleitend
- › Dauer: 2,5 Jahre
- › Kosten: 5.800,- EUR (Änderungen vorbehalten)
- › Abschluss: Master of Arts

#### Weitere Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin  
Referat Weiterbildung  
Köpenicker Allee 39–57 | 10318 Berlin

Telefon 030–50 10 10–37  
schuchert@khsb-berlin.de  
www.khsb-berlin.de

führen müssen. Zur Darstellung von Arbeitsgegenstand und Methoden, v.a. aber zum Nachweis des Erfolgs ambulanter forensischer Nachsorge werden die Institutionen darauf angewiesen sein, belastbare Daten zu erheben und zu präsentieren.

#### Anmerkungen

- 1 Für die vorliegende Publikation wurden 430 Datensätze vorab ausgewertet. Die Datenerhebung war zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht vollständig abgeschlossen. Die hier publizierten Werte gelten insofern als vorläufig.
- 2 Die getrennte Auswertung und Darstellung der Ergebnisse erfolgt in einer vorbereiteten Veröffentlichung (Hahn, 2010).
- 3 Seit Erfassung der Daten im April 2009 dürfte der Anteil der Gruppenangebote in der Ambulanzpraxis deutlich gestiegen sein. Anfang November 2009 berichteten eine Vielzahl von KollegInnen im Rahmen des Herbsttreffens der »Arbeitsgemeinschaft Forensische Nachsorge« über kürzlich eingerichtete Gruppenangebote.

#### Literatur

Bundesministerium des Innern (BdI) & Bundesministerium der Justiz (BdJ) (Hrsg.) (2006). *Zweiter periodischer Sicherheitsbericht*. Berlin: BdI/BdJ.

Bundesministerium für Gesundheit (BfG) (Hrsg.) (1993). *Modellprojekt. Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz*. Baden-Baden: Nomos.

Bundesministerium für Gesundheit (BfG) (Hrsg.) (1995). *Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten in eine mit komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region*. Baden-Baden: Nomos.

Freese, R. (2003). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter*. Lengerich: Pabst.

Hahn, G. (2005). Klinische Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie. *psychosozial*, 28(3), 67-74.

Hahn, G. (2007a). Anmerkungen zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs. *Neue Kriminalpolitik*, 19(1), 7-10.

Hahn, G. (2007b). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Saluto-genetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Hahn, G. (2008). Behandlung der Sexualdelinquenz. In DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. (Hrsg.), *Betreuung und Kontrolle von gefährlichen Straftätern. Prävention von Rückfällen* (S. 95-110). Köln: DBH.

Hahn, G. (2009). Psychisch kranke Straftäter. In H. Cornel, G. Kawamura-Reindl, B. Maelicke, B. R. Sonnen & T. Bartsch (Hrsg.), *Resozialisierung. Handbuch* (S. 390-405). Baden-Baden: Nomos.

Hahn, G. (2010; in Vorb.). *Analyse der Patientenstruktur in der Forensischen ambulanten Nachsorge nach Unterbringung im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB* [Arbeitstitel].

Hahn, G. & Stiels-Glenn, M. (2010, in Druck). *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle, Prävention*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Jehle, J.-M., Heinz, W. & Sutterer, P. (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Mönchengladbach: Forum.

Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N. & Sass, H. (Hrsg.) (2006). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Bd. 3*. Darmstadt: Steinkopff.

Leygraf, N. (1988). Betreuung oder Überwachung. Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? *Bewährungshilfe*, 3, 341-351.

Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren* (S. 171-204). Bern: Huber.

Mokros, A. & Osterheider, M. (2010; in Druck). *Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvoll-*

zugspatienten in Bayern: Gegenwärtiger Stand des aktuellen Modellprojekts (2005-2010). In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Rasch, W. (1989). Situation und Perspektiven des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 8-15.

Schmucker, M. (2004). *Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung*. Herbolzheim: Centaurus.

Schwarze, C. / Schmidt, A. F. (2008). Zwangskontexte. In M. Herger & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 2: Spezieller Teil* (S. 1477-1507). Tübingen: dgvt.

Seyfert, D., Schiffer, B. & Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die Forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiatrische Praxis*, 30, 235-241.

Statistisches Bundesamt (2008). *Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug)*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/Krankenhau sMaßregelvollzug.property=file.pdf> [18.11.2009].

Stübner, S. & Nedopil, N. (2009). Ambulante Sicherungsnachsorge. Begleituntersuchung eines forensischen Modellprojekts in Bayern. *Psychiatrische Praxis*, 36, 317-319.

Wagner, E. & Werdenich, W. (Hrsg.) (1998). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Wien: Facultas.

Warmuth, M. (1990). Drei Jahre Forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin. Aufbau – Erfahrungen – Konsequenzen. *Recht und Psychiatrie*, 8, 109-120.

Weißbeck, W. (2009). *Jugendmaßregelvollzug in Deutschland. Basisdokumentation*. Berlin: Med.-wiss. Verlagsgesellschaft.

#### ANZEIGE



## Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit, M.A.

## Beratung und Soziale Therapie

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN  
University of Applied Sciences



hochschule  
coburg university

### Berufsbegleitender Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit

#### Start des 9. Kurses im Sommersemester 2010

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

**Das Masterprogramm ist seit Mai 2009 reakkreditiert und ermöglicht den Zugang zum Höheren Dienst sowie zur Promotion.**

#### Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

#### Weitere Informationen:

- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Nähere Informationen finden Sie unter: [www.hs-coburg.de](http://www.hs-coburg.de) und [www.ash-berlin.eu](http://www.ash-berlin.eu)  
Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)