

## BEHANDLUNGSVERTRAG

- 1) Die Gruppe ist offen für Männer, die wegen eines sex. Missbrauchsdelikts rechtskräftig verurteilt wurden und eine Therapieweisung erhalten haben, oder aber freiwillig Hilfe suchen.
- 2) Bewerber haben, bevor sie in die Gruppe kommen, ein Erstgespräch mit zwei behandelnden Bewährungshelfer/in geführt.
- 3) Die Dauer der Gruppenbehandlung beträgt in der Regel 2 Jahre. Die behandelnden Bewährungshelfer/innen bestimmen letztendlich, ob der Teilnehmer die Behandlungsziele erreicht hat und ob er die Behandlung beenden kann.
- 4) Folgende Gruppenregeln werde ich beachten
  - während der Sitzung nicht zu rauchen-
  - kein Alkohol- oder Drogenkonsum vor der Gruppensitzung –
  - Kaffee oder sonstige Getränke nur in der dafür bestimmten Pause zu konsumieren -
  - die Gruppe findet 14-tägig in Räumen der BwH I statt. Die Gruppendauer beträgt 2 Std. unterbrochen von einer 15-minütigen Pause -
  - bei Wohnungswechsel muss umgehend die neue Adresse mitgeteilt werden -
  - ich verpflichte mich keine Informationen über andere Gruppenteilnehmer weiterzugeben -
  - ich enthalte mich verbaler und körperlicher Gewalt -
  - ich werde keinen Kontakt mit Gruppenteilnehmern außerhalb der Gruppe aufnehmen -
  - ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme. Ob ggf. eine Entschuldigung akzeptiert wird entscheiden die behandelnden Bewährungshelfer/innen -

- ich verpflichte mich zur aktiven Teilnahme -
- ich verpflichte mich, innerhalb von 10 Gruppensitzungen mein Delikt detailliert zu schildern -
- ich bin damit einverstanden, dass die Inhalte und Ergebnisse der Gruppenarbeit für wissenschaftliche Untersuchungen/Publicationen in anonymisierter Form verwendet werden dürfen -
- ich bin damit einverstanden, dass an der Gruppe von Zeit zu Zeit Referenten zu speziellen Themen oder Hospitanten zu Ausbildungszwecken teilnehmen -
- ich bin damit einverstanden, dass Partner/innen oder Personen meines Sozialsystems vorübergehend in die Behandlung mit einbezogen werden. Dies kann in der Gruppe, aber auch in Einzelgesprächen erfolgen -
- Eine Berichterstattung erfolgt nur an den namentlich bestellten Bewährungshelfer. Zu diesem Zweck erteile ich eine Schweigepflichtentbindung zwischen behandelnden und namentlich bestellten Bewährungshelfer/innen -

Diesen Behandlungsvertrag habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert

Siegen, den

Name des Teilnehmers:

Für die Gruppe

Unterschrift:

Unterschrift