

Erwartungen an die Nachsorge

Moderation:

Frau Dr. Nahlah Saimeh

„...ist zu erwarten, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“

Dokumentation eines „Round-Table-Gespräches“ mit:

Bernhard Wallenstein, Chefarzt WZFP Lippstadt

Reiner Strank, Führungsaufsichtsstelle beim Landgericht Dortmund

Wolfgang Bekiersch, Führungsaufsichtsstelle beim Landgericht Detmold

Ulrike Sundermann, Leiterin der Koordinationsstelle im Gesundheitsbereich der Stadt Dortmund

Johannes Tack, Geschäftsführer und Leiter des RPK Paderborn

Friedrich Maué, Oberarzt Westfälische Klinik Münster

Dirk Meißner, Fachklinik „Im Deerth“, Hagen

Es gilt das gesprochene Wort.

Dr. Saimeh:

Ich begrüße Herrn Wolfgang Bekiersch von der Führungsaufsichtsstelle des Landgerichts Detmold, Herrn Friedrich Maué, Oberarzt der Westf. Klinik in Münster, herzlich willkommen, Herrn Dirk Meißner von der Fachklinik Im Deerth, Hagen, Herrn Reiner Strank, den wir heute schon als Referenten begrüßen durften von der Führungsaufsichtsstelle des Landgerichts Dortmund, Frau Ulrike Sundermann als Leiterin der Koordinationsstelle im Gesundheitsbereich der Stadt Dortmund, Herrn Kollegen Wallenstein als Chefarzt der Abteilung II – Klinische Psychiatrie im Bereich Forensik hier des WZFP und Stellvertretender ärztlicher Direktor, Herrn Johannes Tack als Geschäftsführer und Leiter des RPK Paderborn und ich übernehme die Moderation jetzt.

Wir haben eine ganze Menge an Anregungen bekommen, es ist viel gesagt worden über die Qualifizierung im komplementären Bereich in den komplementären Einrichtungen, über die Schnittstellenproblematik, über die differenzierte Wahrnehmung komplementärer Angebote nicht nur als ambulante Angebote sondern insbesondere auch als stationäre Möglichkeiten, sehr spannender Aspekt – finde ich -, dann ist immer

wieder herausgestellt worden, dass Nachsorge einerseits ein sehr begehrtter Zeitpunkt natürlich sowohl für Behandler wie für Patienten ist, aber gleichwohl eine Lebenskrise plötzlich darstellt – also mit ganz spezifischen Risikofaktoren und insofern wende ich mich jetzt der Runde der in der klinischen Praxis tätigen Experten zu und gebe ihnen das Wort die ersten Fragen, die ersten Anmerkungen, wer macht von Ihnen den Anfang?

Herr Wallenstein:

Wir haben heute viele positive Rückmeldungen zur Nachsorge gehört. Ich würde gerne mal - um die Diskussion auch ein bisschen anzuregen – aus meiner Sicht auch noch mal ein paar kritische Punkte vielleicht hier erwähnen, wobei ich natürlich das Angebot der Nachsorge sehr schätze und auch sehr befürworte.

Vielleicht drei Punkte ganz kurz.

Wir haben heute auch über Finanzen und Inhalte diskutiert, die finanzielle Förderung des Landes ist sehr zu begrüßen für die Nachsorge, ganz klar. Es bedeutet aber für die Klinik natürlich die Schaffung der Nachsorgeambulanzen, die Schaffung der Nachsorgestrukturen. Gleichzeitig führt es auch dazu, dass bei Institutionen, Behörden und Einrichtungen Begehren geweckt werden und es dementsprechend viele Wünsche nach speziellen Einzelfallfinanzierungen kommt.

Wir haben gerade Herrn Profazi gehört der gesagt hat, es gibt eigentlich keinen Mehraufwand für forensische Patienten in der Nachsorge in komplementären Einrichtungen. Die Einrichtungen postulieren aber immer wieder, es gibt den doch, wir brauchen ganz speziell forensischen Mehrbedarf für die Begleitung forensischer Patienten. Das geht von Finanzierung von tagesklinischen Behandlungen, Unterstützung bei der Finanzierung dabei über Übernahme von Kosten von speziellen Laboruntersuchungen, Supervisionskosten bin ich heute gerade nochmal angefragt worden bis hin zur Rechnung für den gesamten Nachsorgebetrag. Dass das also insgesamt von den Finanzen sehr schwierig ist zu managen.

Das Zweite – also es geht um den Mehraufwand für forensischen Patienten der häufig postuliert wird. Das Zweite ist nochmal der Punkt, dass wir durch das abgestufte Lockerungssystem bis hin zur Langzeitbeurlaubung war es zurückliegend möglich die Patienten langsam aus der Klinik abzulösen und auf die Verantwortungsübergabe in ein komplementäres Setting zu ermöglichen. Wir haben viele Institutionen mit denen wir langfristig zusammenarbeiten, die sehr qualifiziert sind – auch in der Nachsorge forensischer Patienten –. In der Gesamtübersicht, der nun seit dem 01.01.2004 in der Nachsorge befindlichen Patienten wird aus meiner Sicht das Problem deutlich, dass die zuvor von der forensischen Klinik angestrebte Verantwortungsübergabe für forensische Patienten durch die komplementären Heimeinrichtungen, was also eigentlich sehr gut funktioniert hat, wenn ich die Abteilung II sehe, die ich hier vertrete, werden kaum Bewährungswiderrufe und wenn – wie das auch gerade schon dargestellt wurde – meistens nicht aus einer erneuten Delinquenz sondern aus Verstößen gegenüber den Bewährungsaufgaben. Diese Einrichtungen neigen dazu, weil es eben weiter forensische Nachsorgeansprechpartner gibt, die zuvor übernommene Verantwortung für die dort integriert behandelten Patienten wieder ein Stück zurück zu

übertragen an die Einrichtung, an die Institution und somit also praktisch diesen forensischen Aspekt sehr langfristig präsent zu halten.

Der dritte und letzte Punkt – wir hatten doch heute morgen Führungsaufsicht/Bewährungshilfe gehört – ich erlebe in Einzelfällen da doch einen gewissen Dissens zwischen Bewährungshilfe und Führungsaufsicht, weil z. B., wenn es um Verlängerung der Zeiten geht in Einzelfällen - auf die Beispiele will ich nicht eingehen -, aber wir könnten auch gerne noch mal ein Fallbeispiel in dieser Runde hier diskutieren, sieht es so aus, dass z. B. seitens der Klinik aufgrund von Problemen in der Nachsorge Verlängerung von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe beantragt wird, die Ressourcen aber eigentlich nicht dafür da sind die Bewährungshilfen auf Führungsaufsicht postuliert sich uns gegenüber in Einzelfällen immer wieder so, dass auch dort gesagt wird, forensische Patienten – was ich in dem Fall auch nachvollziehen kann – sind arbeitsaufwändiger in vielen Fällen als unser sonstiges Klientel, als unsere sonstigen Betreuten, dafür werden in der Bewährungshilfe oder in der Führungsaufsicht aber nicht die notwendigen zusätzlichen Vakanzen geschaffen, wenn man z. B. sagt, Stichwort „Lebenslange Führungsaufsicht“ was unsere Strafvollstreckungskammer jetzt ja in zwei Fällen diskutiert hat und in einem Fall auch anordnen wird. Soweit vielleicht erstmal.

Frau Dr. Saimeh:

Wollen Sie etwas dazu sagen Herr Bekiersch?

Herr Bekiersch:

Ja, Herr Wallenstein, Sie haben die Führungsaufsichtsstellen gerade angesprochen, wir haben das Referat von Herrn Strank heute Morgen gehört, was meines Erachtens sehr vortrefflich war. Vielleicht darf ich im Hinblick auf die Führungsaufsichtsstellen was die Organisation anbetrifft noch etwas ergänzen um damit zu dokumentieren, dass auch Führungsaufsichtsstellen sich in einem gewissen Rahmen bewegen. Führungsaufsichtsstellen organisatorisch sind besetzt mit einem Leiter der Führungsaufsichtsstelle, das ist ein Vorsitzender Richter eines Landgerichts.

Die Führungsaufsichtsstellen sind aber auch besetzt mit einem Rechtspfleger und dem Kanzleidienst wie auch dem Sozialarbeiter in der Führungsaufsichtsstelle. Als die Führungsaufsichtsstellen 1975 eingerichtet worden sind, gab es zunächst auch Verwaltungsanordnungen für die Führungsaufsichtsstellen, nämlich die vorläufige Anordnung über die Führungsaufsichtsstellen, diese vorläufige Anordnung über die Führungsaufsichtsstellen mündete dann später in der endgültigen Anordnung über die Führungsaufsichtsstellen und in diesen Anordnungen steht genau drin, wie sich Sozialarbeiter in den Führungsaufsichtsstellen zu bewegen haben. Sie sind also auch eingebunden in ein gewisses hierarchisches System.

Ziel der Führungsaufsicht ist die Verhinderung von Straftaten, Reduzierung der Rückfallgefahr und die soziale Integration. Führungsaufsichtsstellen haben's nicht nur mit Patienten zu tun, die aus der Forensik kommen, sondern auch mit Gewalttätern, Sexualstraftätern, illegalen Drogentätigen, Spielsüchtigen und die ganze Palette, die so das Strafrecht hergibt. Die Probanden der Führungsaufsicht in die Balance einerseits zu

bringen, ihr Engagement zu motivieren aber andererseits die Regeneration und Selbstachtsamkeit zu wahren, das ist unser Ziel mit. Vielleicht erstmal dazu.

Frau Dr. Saimeh:

Ja, Herr Strank, möchten Sie vielleicht noch direkt was dazu sagen.

Herr Strank:

Ja, die Führungsaufsichtsstellen waren eingerichtet worden als ein mehr oder weniger therapeutisches Zentrum von der Zielsetzung mit multiprofessioneller Besetzung. Seit 1975 habe ich gesagt, waren die Anfänge der Führungsaufsicht ließ sich das nicht realisieren und das sind mittlerweile 30 Jahre her, das liegt schon im letzten Jahrtausend diese Ansätze und im Prinzip – jetzt sag ich mal meine Meinung in dem Zusammenhang – kann ich nur froh sein, dass sich etwas an dieser interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Einrichtung der forensischen Nachsorgeambulanzen jetzt tut.

Ich meine wir haben immer Entlassungsvorbereitung gemacht – auch schon 50 Jahre lang, solange es die Bewährungshilfe gibt, also immer sind Leute aus dem Maßregelvollzug auch integriert worden wieder in die Gesellschaft, aber mit diesem neuen und verbesserten Angebot – glaube ich – da geht es also darum jetzt offen und in einem wirklich ja noch zu übenden Kommunikationsprozess da auch die Ecken und Kanten abzuschleifen ja und dass es da wirklich zu einer erfolgversprechenden Entwicklung kommt.

Am Ende steht nämlich wirklich die Sicherheit für uns alle und dass ist das worum es wirklich auch gezielt zu arbeiten gilt und das lohnt sich auch sich dafür anzustrengen, also von uns allen.

Frau Dr. Saimeh:

Da würde ich gerne kurz einhaken. Ich denke möglicherweise ist das ja bisher einfach das Problem gewesen, das einerseits in der Außendarstellung die Endverantwortung, die sozusagen Gewährsmannschaft für unsere Patienten letztendlich bei der Klinik liegt, jenseits der rechtlichen Fragestellung. Aber in der Außenwahrnehmung sind wir bis zur kompletten Entlassung bis zur kompletten Beendigung der gesamten Maßregelangelegenheit in einer Gewährsposition, das ist nicht immer rechtlich konkordant gewesen mit den anderen Vorschriften, aber ich glaube das ist genau gerade der Punkt, warum die forensische Nachsorge als eigenständige Ambulanzleistung im interdisziplinären Kontext eine besondere Funktion hat und das es gerade darum geht, möglichst eine Informationstransparenz zu haben mit einem zentralen Case-Manager, der sozusagen auch die Verantwortung dafür hat, dass alle Stellen informiert werden über das Gleiche und das alle Pixel zusammengetragen werden, weil eben in der Außendarstellung wir uns als Klinik der Verantwortung nicht entziehen können und auch nicht zurückgeben können an die Justiz und sagen können, ja aber jetzt ist er in einem anderen justiziellen Bereich und jetzt ist die Verantwortung juristisch irgendwo anders.

Ich glaube das wird die Bevölkerung bei dem um was es geht nicht verstehen und letztendlich gerät auch der Patient an eine Klippe, gerade in einer besonders schwierigen oder verunsichernden Lebenssituation.

Herr Bekiersch:

Also ich denke mal nach der Entlassung eines Probanden ist es so, dass die juristische Verantwortung ganz klar bei der Strafvollstreckungskammer liegt und die Fallverantwortung auch bei den Führungsaufsichtsstellen.

Das ist eine ganz klare Geschichte, aber wichtig ist ja hier auch immer zu gucken, wie gehen wir nachher mit dem Klienten um und wie praktizieren wir das und wo sind die Zusammenarbeitsbedingungen zu sehen und ich denke, da gehört mit beständiger Beharrlichkeit die nötige Transparenz Herr Wallenstein dazu und Pannen dürfen da einfach was die Zusammenarbeit so betrifft nicht geschehen, denn sonst hat das alles keinen Sinn und keinen Zweck.

Wenn wir nicht zusammenarbeiten und der Informationsaustausch nicht läuft und der eine an dem Strang zieht und der andere an dem Strang zieht im Hilfsprozess, dann hat das sicherlich keinen Zweck.

Herr Tack:

Sie sprechen gerade das Thema Zusammenarbeit an und da denke ich, da kann ich mich ganz gut einklinken, weil ich vertrete ja hier eine Organisation, die verschiedene komplementäre Einrichtungen betreibt in der Kultur wie sie Herr Woltmann-Zingsheim eben so dargestellt hat, also nicht nur ambulante Nachsorgeeinrichtungen sondern auch teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen.

Ich möchte Ihnen eine kleine Geschichte erzählen. Wir betreiben unser Geschäft auch schon seit dem letzten Jahrhundert – im nächsten Jahr 25 Jahre – und vor gut 22 Jahren haben wir schon einmal eine Erstbegegnung hier mit der Klinik in Eickelborn gehabt. Dort wurde uns ein Patient vorgestellt, wurde auch nach der Vorstellung – nach einem dreitägigen Probewohnen – in unsere Einrichtung entlassen und wir haben recht schnell gemerkt, er erfüllt nicht die Voraussetzungen in dieser freien Welt zurecht zu kommen. Wir hatten dann die Klinikleitung auch gebeten, ihn wieder zurückzunehmen, nur das ging damals nicht mehr. Er war entlassen und von daher gesehen mussten wir uns – wie auch immer – mit ihm weiter beschäftigen und wir sahen das Unheil auf uns zukommen und dort in der Situation seinerzeit ist uns die Führungsaufsichtsstelle zur Hilfe gekommen.

Die hat ein Machtwort gesprochen, ihn aus unserer Einrichtung genommen, ihn einer anderen Einrichtung zugeführt und im Nachhinein hat er auch zwei schwere Straftaten begangen. Das ist jetzt völlig anders, also seitdem der Nachsorgebereich hier in Eickelborn sich sehr weit entwickelt hat, gibt es eine ausgesprochen dichte, enge, offene, kooperative Zusammenarbeit, also die Vorbereitung ist so gut, dass wir sagen können bei den realprognostischen Aussagen, die mit auf den Weg gegeben werden, können wir uns ganz beruhigt mit unserem therapeutischen Setting und mit den Trainingslabors, in denen wir die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft abbilden als Trainingsfeld, in dem sie sich erproben können, die beurlaubten Patienten, dann auch ganz beruhigt durchführen, wobei es jetzt ganz wichtig ist, dass wir rechtzeitig vor der bedingten Entlassung die Kollegen der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht mit einbeziehen, d. h. wir haben in den Einrichtungen eine

Clearingfunktion und müssen das Netzwerk der Weiterbetreuung so gestalten, dass der psychisch behinderte/psychisch kranke Straftäter also sich auch sicher fühlt und sich nicht gezwungen fühlt, Kontakt zu halten, sondern das Bedürfnis hat, im Kontakt zu bleiben und wir müssen das modellhaft vorleben – denke ich mal und da ist diese Vernetzung sowohl des Nachsorgebereiches der Klinik, unserer Kollegen in den Einrichtungen wie auch der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht unumgänglich und ganz wichtig.

Frau Sundermann:

Ja, ich komme nicht aus einer Einrichtung sondern ich bin in Dortmund zuständig u. a. für die Psychiatriekoordination und in dieser Funktion auch in der Arbeitsgruppe Nachsorge. Arbeitsgruppe Nachsorge deshalb, weil in Dortmund ja Anfang des nächsten Jahres eine neue forensische Klinik eröffnet wird.

Da ist – wie das so üblich ist -, ne üblich ist es nicht überall. Also in Dortmund ist es so, dass vom Rat – wie soll ich das sagen – unterstützt wurde ein Beirat gewählt wurde und dieser Beirat auch unmittelbar eigentlich nach Aufnahme der Arbeit eine Expertenrunde zusammengestellt hat, die sich zu dieser Arbeitsgruppe Nachsorge eben oder die jetzt Arbeitsgruppe Nachsorge heißt, ne Expertenrunde deshalb, weil dort also Mitarbeiter/innen- sag ich jetzt mal in allgemeiner Form -aus Eickelborn, also aus der Forensik in Eickelborn, die dann virtuelle Klinikleitung der neuen Klinik, kommissarische Klinikleitung, jetzt die Klinikleitung dort vertreten ist, die Führungsaufsichtsstelle vertreten ist, mittlerweile auch die Richterschaft vertreten ist, das Gesundheitsamt vertreten ist. Habe ich jemanden vergessen? Und ein freier Träger, das möchte ich jetzt einbringen eben in Vertretung für die Nachsorge auch vertreten ist.

Wir stellen uns das in Dortmund oder ja wir stellen uns das so vor oder möchten die Nachsorgeambulanz so nutzen, dass wir sagen, wir müssen eine Nachsorgekonferenz einrichten. Unter diesen Aspekten, die heute Morgen schon ganz oft angesprochen wurden und auch jetzt an diesem Tisch angesprochen wurden um eben die Kooperation und verbindliche Absprachen zu gewährleisten.

Eine Frage in diesem Zusammenhang – ich habe das jetzt mal genutzt – um die Situation in Dortmund darzustellen. Eine Frage in diesem Zusammenhang ist für mich, die ist mir heute so deutlich geworden, wie ist das eigentlich mit den eingestreuten, den sog. eingestreuten forensischen Patienten in den Allgemeinkliniken, d. h. sie sind ja durchaus ganz schön viele Patientinnen und Patienten.

Da müssen, also für Dortmund denk ich, hoffe ich, dass wir die Regelung oder das wir schon einen Weg beschritten haben, in dem auch Mitarbeiter/innen der Klinik eben in dieser Nachsorge AG mitarbeiten und zukünftig sicherlich auch in der Nachsorgekonferenz. Trotzdem ist das ein Problem, glaub ich, was also noch zu lösen ist, denn ich denke, also diese Ansätze zu einer verbesserten Nachsorge sind für die forensischen Kliniken ja damit durchaus geschaffen worden, aber für die Patienten in den Allgemeinkliniken eben noch nicht.

Herr Tack:

Frau Sundermann, da muss ich Ihnen ein wenig widersprechen und zwar wir in Paderborn machen gerade gute Erfahrungen mit zwei allgemeinspsychiatrischen Kliniken, haben gestern ein sehr konstruktives Gespräch mit einer dritten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung einer Klinik geführt, Herrn Trampe, den seh ich gerade

hier unten sitzen, der hat an diesem Gespräch auch teilgenommen. Wir fahren unterschiedliche Modelle der Integration.

Den Vorteil, den wir haben und was auch andere Kliniken mittlerweile erkannt haben, ist, dass wir uns im Rahmen der Beurlaubung eines Modulsystems bedienen können, d. h. dass wir nicht irgendein Standardrehabilitationsprogramm zugrunde legen müssen durch die der forensische Patient geschleust wird, sondern wir gucken, welche Ressourcen haben wir, wie können wir die kombinieren und man muss dann natürlich auch rechnen, Herr Profazi es geht immer um's Geld, und das kostet ja auch 'ne gute Mark, aber bei den forensischen Patienten lässt sich das wirklich umsetzen und wir fahren gerade ein Modell mit der Klinik in Gütersloh, die ist auf uns zugekommen, so dass wir den Schwerpunkt bei den Patienten, wo es z. B. um Teilhabeleistungen am Wohnen und Teilhabeleistungen an Arbeit geht das Ganze in ein dezentrales stationäres Setting gepackt haben mit dem Schwerpunkt Teilhabeleistung an Arbeit und das funktioniert.

Das wird regelmäßig kontrolliert durch die begleitenden Behandlungskonferenzen, also von daher gesehen denke ich, sind auch allgemeinspsychiatrische Kliniken offen sich auf den Nachsorgebereich einzulassen und das Gleiche machen wir in Paderborn mit der beruflichen Rehabilitation und gestern haben wir einfach über die Integration also von Jugendlichen auch nachgedacht, in einer neuen Abteilung in einer neuen 35 a-Abteilung KJHG.

Frau Dr. Saimeh:

Herr Maué, ich möchte Ihnen noch das Wort dazu geben.

Herr Maué:

Ich kann das im wesentlichen bestätigen. Ich kann also für die Klinik in Münster sprechen, Westf. Klinik in Münster.

Wir behandeln z. Z. in unserer Nachsorge 14 Maßregelpatienten und ich kann sagen bei allen Patienten ist es so gewesen, dass wir schon im Vorfeld der Entlassung, also vor der bedingten Aussetzung in der Regel in der Langzeitbeurlaubungsphase schon Kontakt verabredungsgemäß mit der Führungsaufsicht und auch der Bewährungshilfe herstellen, so dass schon unter klinischen Bedingungen sozusagen die ersten Kontakte stattfinden und auch schon die ersten Runde-Tisch-Gespräche, wo also Betreuer und eventuelle Wohnungsbetreuer schon ja - wie beim Clearingverfahren auch schon - ihre Statements abgeben und sozusagen auch schon Beschlüsse gefasst werden, welche Hilfe und auch welcher Kontrollbedarf tatsächlich existiert.

Also ich kann nur bestätigen, dass das in der Regel sehr gut funktioniert, allerdings gibt's auch die Erfahrung, dass die sagen wir mal die Qualität der Kooperation sehr personengebunden ist. Es gibt auch Kollegen aus Ihrem Bereich die sagen, ne ihr macht euern Teil, wir machen unsern Teil, also wo eine echte Kooperation, so wie wir das wünschen ja noch nicht so ganz existiert.

Frau Dr. Saimeh:

Gut, da sprechen Sie sozusagen die Führungsverantwortung der jeweils zuständigen Endverantwortlichen an, was Mitarbeiterführung angeht und was den prägenden Geist angeht mit dem man seine Arbeit verrichten sollte.

Wenn ich das jetzt so höre, gibt es aber einen breiten Konsens, dass eigentlich sehr vieles sehr gut läuft. Jetzt frag' ich nochmal gerade im Rahmen eines Round-Table-Gespräches.

Gibt es etwas was Sie von Ihrer Seite sich auch definitiv noch vertieft wünschen, was vielleicht noch gar nicht zur Sprache gekommen ist. Nun wird es ganz schwierig, etwas zu finden, was noch gar nicht zur Sprache gekommen ist, bei dem breitbasigen Angebot, was heute in der Tagung notiert wurde, aber ich möchte gern nochmal ein bisschen die Harmonie noch etwas aufrühren und mal fragen, gibt's denn etwas was Sie sich wünschen. Herr Tack.

Herr Tack:

Was wir jetzt machen, wir enttabuisieren ja gerade unsere Arbeit ne. Was sich aus meiner Sicht für uns sehr erfolgreich bewährt hat ist so die „Undercover-Arbeit“ ne im forensischen Bereich, denn wenn wir als na ja – ich sag mal so – komplementäre Nachsorgeeinrichtung damit werben, also wir machen forensische Rehabilitation dann lösen wir in der Regel ne regionale Hysterie aus und die Medien, die haben Feuer gefangen und schlachten das möglicherweise aus, d. h. also wir müssen es verhindern –natürlich im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung, dass es zu einem Rückfall, zu einer Straffälligkeit kommt, das ist ja das zentrale Thema worüber wir uns hier heute unterhalten auch und an der Stelle da müssen wir noch – ich glaube ich sehr dicht miteinander kommunizieren und nach Lösungen suchen wie wir z. B. auch die Forensik salonfähig machen.

Frau Sundermann:

Ich denke, das Thema Sicherheit, das ist ja ein Thema, was also z. B. unseren Beirat vorrangig beschäftigt hat wenn es um Nachsorge geht und dieses Thema beschäftigt ja auch – denke ich – hat den Rat beschäftigt, beschäftigt die Bevölkerung und ich denke, wenn wir ernsthaft forensische ehemalige forensische Patienten also auch in der Gemeinde betreuen wollen müssen wir wirklich dafür auch noch – ich sag mal – Werbung machen bzw. auch Bedingungen schaffen, die das ermöglichen.

Auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die das wollen also das ist schon so meine Wahrnehmung, dass es zwar die – ich sag mal – die Bereichsleiter durchaus sagen, also das machen wir, das wollen wir, dem stellen wir uns und es ist ja auch tatsächlich so, dass es passiert, also in Dortmund zum Beispiel werden ich hab da also vor dieser Tagung nochmal rumgefragt im psychiatrischen Bereich zwischen 20 und 25 Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten betreut also in unterschiedlichem Status aber trotzdem glaube ich, dass wir so also die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Arbeit machen noch gewinnen müssen und ich denke die kann man nur gewinnen durch eine qualifizierte Förderung, also so wie das heute auch angesprochen wurde von Frau Sarrazin, also zwar dann im Suchtbereich dass ist auch denke ich im Psychatriebereich und im Geistigbehindertenbereich erforderlich.

Herr Profazi, Sie haben das ja vorhin auch ein wenig gestreift oder dieses Thema auch angesprochen, nämlich so die Frage die Besonderheit in der Eingliederungshilfe und ich denke sicherlich ist das zu klären, also ich bin, es gibt sicherlich Aspekte forensischer Nachsorge – sag ich mal – oder forensische Patienten, die in der Eingliederungshilfe nicht richtig aufgehoben sind, nämlich dann, wenn sie im Grunde genommen noch im engeren Sinne forensische Patienten sind so, diese Diskussion hat es ja auch gegeben oder gibt es ja auch wo sollen die sein, wenn ne Therapie nicht weiter möglich ist, aber ich glaube eben, dass forensisches Know-how auch wirklich dann zum Know-how der Einrichtung oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu gehört und dass ist etwas, wo ich einen Entwicklungsbedarf sehe.

Frau Dr. Saimeh:

Was ja dann offensichtlich richtig ist, ist der Forensik ein Stück das Spektakuläre zu nehmen und das in der allgemeinen Bevölkerung auch in der peripheren fachassoziierten Öffentlichkeit immer noch das Bild besteht, des Forensik aus denjenigen besteht, die wir nun in einer dreiteiligen Fernsehsendung als eine inverte Form der Crème de la Crème sehen konnten und dass ein großer Teil der Patienten letztendlich in einer großen Schnittmenge der allgemeinen Psychiatrien auch zu finden ist und dass zum Teil ja es eher schicksalhafte Verläufe in einem sozialpsychiatrischen Netz oder in den Maschen des sozialpsychiatrischen Netzwerkes sind, die dann in die Forensifizierung führen und nachher natürlich mit der gleichen Berechtigung auch wieder in ein gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem zurückführen müssen.

Also ich glaube es geht darum, dass wir vielleicht ein Stück weit die Spektakularität singulärer Fälle und Kasuistiken rausnehmen und sagen, das ist eigentlich nicht die Kasuistik über die wir dann reden, wenn wir gemeindepsychiatrische Integration meinen und vielleicht ist ja gerade die Undercover-Arbeit die beste Werbung, dass man nämlich gar nicht weiss, wer eigentlich neben einem als Nachbar wohnt und das ist so'n netter und da passiert auch nix.

Gespräch am Tisch

Frau Dr. Saimeh:

Herr Meißner vielleicht?

Herr Meißner:

Ja, ich wollte kurz noch was sagen, also dass der Übergang recht gut klappt so gilt glaub ich hauptsächlich für den 63er-Bereich, der 64-Bereich ist ja nun mal ein bisschen spezieller, weil einfach die Verweildauer nicht so lange ist und auch die Vorbereitungszeit auf die Entlassung nicht so lange sein kann. Kurz vor der Entlassung passieren dann meistens noch irgendwelche Sachen, dass dann wieder verschoben wird, also da ist der Übergang nicht ganz so leicht, würde ich mal sagen, also das zeigt so meine Praxis.

Frau Dr. Saimeh:

Aber das Thema Zeitdruck als Krisenfaktor sozusagen, Herr Maué

Herr Maué:

Ja, Sie fragten eben, was nicht so gut funktioniert und aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass gerade dieser Übergang von der Langzeitbeurlaubung - in der Regel haben wir ja Patienten, die wir auch langzeit beurlauben – ich wüsste auch nicht welchen Grund es gäbe keinen, dieses Instrument nicht zu nutzen.

Dieser Übergang von Langzeitbeurlaubung in die Aussetzung, wo sich bei den Patienten zum Teil gar nicht soviel ändert, die leben oft schon in ihren komplementären Einrichtungen oder in ihrer Wohnung, aber diese ganzen administrativen Dinge die Herr Profazi dargestellt hat aber auch zum Beispiel die Frage, wie bekommen wir die Patienten in die Krankenkasse, das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Die kommen also in die forensische Sprechstunde, werden von den Hilfen permanent gefragt, wo haben sie denn endlich ihre Karte, ja, und da können 'se immer nur sagen „Ja, ich weiß auch nicht und so“. Also das sind Belastungen, die wir versuchen von den Patienten fern zu halten, aber das gelingt uns natürlich nur zum Teil und wir haben auch schon Patienten gehabt, die gerade in dieser Phase deshalb in erster Linie dekompenziert sind, wo wir also doch 'ne Rückholung dann noch machen mussten.

Frau Dr. Saimeh:

Gut, das lassen wir unkommentiert so stehen und geben das an's Auditorium weiter als – wie soll ich sagen – Auftrag, als Hausaufgabe, darüber nachzudenken. Dann würde ich gerne noch ein bisschen die Chance nutzen, weil wir die Vorträge sehr seriell durchziehen mussten, der Zeit wegen. Wir haben jetzt noch einen kleinen Puffer.

Gibt es Meldungen aus dem Auditorium? Vielleicht an die Referenten, an die Teilnehmer des Round-Table-Gesprächs. Wir haben noch ein bisschen Zeit, wir können das jetzt noch nutzen um noch mal auf den ein oder anderen Vortrag auch zurückzukommen oder ergänzende Fragen zuzulassen.

Herr Dr. Wittmann:

Meine Frage richtet sich an Frau Sundermann, aber nicht nur als Vertreterin aus Dortmund sondern als Vertreterin sozusagen der kommunalen Psychiatrie, inwieweit die sozialpsychiatrischen Dienste oder die kommunalen Gesundheitsbehörden sich auch zuständig fühlen und erklären für die Klientel über die wir hier gesprochen haben und welchen Part sie sozusagen in diesem Kanon übernehmen könnten.

Frau Sundermann:

Ich glaube ich kann nicht allgemein für die sozialpsychiatrischen Dienste sprechen, für den Dortmunder sozialpsychiatrischen Dienst kann ich wohl sprechen, weil ich weiss, dass ja dort auch also insbesondere dann wenn Klienten entlassen wurden und wenn es zu Krisen kommt, der sozialpsychiatrische Dienst angesprochen wird und auch engmaschige Betreuungen stattgefunden haben. Ich weiss es vereinzelt auch aus anderen Diensten, also ich denke im Rahmen der Aufgaben fühlen sich sozialpsychiatrische Dienste natürlich genauso wie andere Einrichtungen zuständig.

Frau Dr. Saimeh:

Da noch mal eine Frage. Würden Sie sagen da gibt es einen Unterschied zwischen der klassisch klinisch psychisch kranken Klientel und denjenigen, die so ein bisschen auf der definitorischen Linie sind, der Persönlichkeitsstörungen, wo man sagt, das ist vielleicht schwieriger.

Gibt's da einen Unterschied zu sagen für den Schizophrenen ist das einfacher oder vielleicht auch für Leute mit Doppeldiagnosen Psychose und Sucht oder Psychose und Minderbegabung und das bei den Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen das vielleicht schwieriger ist. Würden Sie da einen Unterschied sehen?

Frau Sundermann:

Wie meinen Sie das jetzt in Bezug auf die sozialpsychiatrischen Dienste oder überhaupt?

Dr. Saimeh:

Ja, in Bezug auf die sozialpsychiatrischen Dienste, was die Herangehensweise oder vielleicht die definitorische Zuständigkeit dafür angeht.

Frau Sundermann:

Ich glaube, das kann man allgemein überhaupt nicht beantworten diese Frage. Ich denke, die sozialpsychiatrischen Dienste sind so unterschiedlich ausgestattet und sind ja in ihrer Arbeit auch immer abhängig von dem übrigen Hilfesystem und ich glaube, dass man das nicht allgemein verantworten kann. Fakt ist letztendlich – glaub ich – und das trifft für alle sozialpsychiatrischen Dienste zu, dass wenn es eine Krisensituation in einer Kommune oder in einer Gebietskörperschaft gibt und es ist niemand zuständig, dann ist erstmal der sozialpsychiatrische Dienst zuständig, also auch wenn es der schwierigste persönlichkeitsgestörte Mensch ist und da sogar manchmal nur die sozialpsychiatrischen Dienste sind oft nicht in der Lage da eine längerfristige Begleitung vorzunehmen, weil einfach die Kapazitäten nicht da sind und das ist das Problem. Zuständig erst mal sind die immer wenn 'ne Krise da ist zu den üblichen Öffnungszeiten – muss man dazu sagen -, wenn es keinen Krisendienst gibt, da gibt es eine Menge Einschränkungen.

Herr Profazi:

Ich wollte noch mal 'ne Anmerkung machen - Herr Wallenstein - zu Ihrer - glaub ich ersten – Anmerkung von vorhin, weil ich da ein Missverständnis fürchte, was mir noch mal wichtig wäre, ich hab' nicht gesagt, es gibt keine spezifisch-forensischen Fragestellungen und Inhalte und/oder Angebote oder Know how, ich wollte was anderes zum Ausdruck bringen, ich wollte einfach nur zum Ausdruck bringen, dass das Ankommen in der Eingliederungshilfe erstens nur eine Teilmenge der Nachsorge ist aus ihrem Vokabular und mit Herrn Tack sitzt hier übrigens auch eine Verkörperung dieser/einer Teilmenge, wenn ich gerade in der Einladung gelesen hab, Leiter des RPK und Geschäftsführer, dann zeigt sich da schon und das wollte ich nur zum Ausdruck bringen, dass auch im Nachsorgebereich – ich hatte ja vorhin gesagt, dass barocke System unserer quasi Bismarck'schen vorletztes Jahrhundert ja unseres Leistungsrechts auch hier zuschlägt.

Also mit anderen Worten, es sind zwei verschiedene Fragen, ob ich sage, welches spezifische Know how muss ich auf welchem Leistungsrecht realisieren, damit Nachsorge klappen kann und eine andere Frage davon ist es, welchen – jetzt nicht additiv gemeint – ich hatte ja von Vernetzung gesprochen und von Komplexleistung, welchen aber jetzt leistungsrechtlichen Teilbereich davon können wir der Eingliederungshilfe zuordnen.

Herr Tack Sie sind ja also in der Nachsorge sind ja verschiedene Leistungsrechte auch tätig, ja und soweit ich informiert bin, sind wir beide auch Vereinbarungspartner im ambulanten-betreuten Wohnen.

Herr Tack:

Ganz genauso ist das und ich denke was wir hier machen bei uns, ist nichts anderes als dass wir im Rahmen der Beurlaubung vor Entlassung in den ambulanten Bereich unsere forensischen Rehabilitanden so fit machen, dass sie der allgemeinen Eingliederungshilfe so zugeführt werden, dass man da keine Sonderregelungen mehr tätigen muss und das hat bei uns zumindest bisher immer funktioniert, also die bedingt Entlassenen – also die bedingt Entlassenen, drück ich mich so richtig aus, bedingt Entlassene – die bedingt Entlassenen ehemals beurlaubten Patienten werden von uns aus so vorbereitet, dass sie wie andere Hilfesuchende auch, dem Clearingverfahren zugefügt werden, dass sie sozusagen dieses Recht als normale Bürger wieder, die also rehabilitiert sind in Anspruch nehmen können, das ist unsere erklärte Absicht. Deswegen bedarf es eines intensiven Trainings eben vorab im stationären oder teilstationären Rahmen eben in den Rehabilitationseinrichtungen.

Frau Dr. Saimeh:

Ja, gibt es noch weitere Wortmeldungen? Ja, bitte ..

Wortbeitrag aus dem Auditorium:

Ich bin dankbar für eben die Bemerkung mit der Krankenkasse, dass ist eigentlich das erste Mal heute, dass die Lebenswirklichkeit von Ex-Patienten mal so durchschimmert. Wenn ich mir vorstelle, ich müsste einen Arbeitsplatz suchen oder zum Arzt gehen, darf aber nicht sagen wo ich herkomme, manchmal muss ich aber ehrlich sein, manchmal gerade eben nicht, ich müsste erklären warum ich keine Rentenversicherung habe, usw. uws., darf dem Vermieter nicht sagen, wo ich vorher gewohnt hab' und diese ganzen Sachen, ich wüsste nicht wie ich klarkäme. Dann hätte ich noch eine ganze Helfergruppe um mich herum, die auch Anforderungen stellt, die nicht nur Hilfe gibt, sondern auch Anforderungen stellt, wie ich etwas zu tun hätte. Ich wüsste nicht wie ich klarkäme.

Trotzdem schaffen es ja manche Patienten in der Wirklichkeit anzukommen und ich frage mich, wie die das eigentlich machen und ich finde es ein bisschen schade und hab manchmal den Verdacht, dass wir dieses Potential an Wissen und an Erfahrung und an Kreativität gar nicht nutzen.

Frau Dr. Saimeh:

Ja, vielen Dank für diese auch kritische Wortmeldung. Ja ...

Herr Tack:

Darf ich dazu was sagen? Es ist ja mit unsere Aufgabe Patienten zu sensibilisieren, den Schritt eben auf die Gesellschaft zuzumachen und ich glaube, damit das gut funktioniert, müssen wir als Modell funktionieren. Also wir müssen verlässliche Beziehungen

anbieten, damit sie beziehungsfähig werden und dann trauen sie sich auch diese Beziehung auf die Aussenwelt einzugehen.

Nur dabei müssen wir Geburtshilfe leisten und sie begleiten, anders geht das nicht und einen Trick um jemand – ja ich sag mal – in die gesetzliche Krankenkasse überzuführen ist, das wir natürlich im Rahmen des Rehabilitationsprogrammes versuchen, sie in versicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu integrieren und darüber kriegen wir sie ja rein und wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir unsere forensischen Rehabilitanden viel schneller in ein Arbeitsverhältnis hinein bekommen als die anderen Rehabilitanden.

Frau Kuhnt (Landschaftsverband, Abteilung Krankenhäuser und Gesundheitswesen):

Es ist weniger eine Frage, als vielleicht eine Information oder ein Statement. Es wurde ja hier die nicht unerhebliche Zahl integrierter forensisch-psychiatrischer Patienten in den allgemeinspsychiatrischen Kliniken angesprochen.

Mehrheitlich ein Geschäft des LWL-Psychiatrieverbundes, weniger der Krankenhäuser in freier Trägerschaft, das wollen wir hier mal sehr deutlich betonen, also statistisch ist das marginal, was die frei getragenen psychiatrischen Krankenhäuser machen. Sämtliche LWL-Verbundkliniken haben – ich glaub bis auf eine Ausnahme – bereits Kooperationsverträge mit den forensischen Fachambulanzen geschlossen, d. h. sie arbeiten zusammen und übernehmen die Aufgaben, die eben definiert sind über die wir heute viele Vorträge gehört haben und wenn ich die – in Richtung Frau Sundermann gesprochen – und mich Herrn Maué anschließend Entlass- und Reintegrationsaktivität unsere allgemeinspsychiatrischen Kliniken in Bezug auf diese Klientel sehe, dann ist diese sicherlich nicht zurückstehend hinter dem was aus Richtung der Maßregelvollzugskliniken läuft, insofern würde ich also auch pro domo sprechend das ein wenig ja aus meiner Perspektive unterfüttern und vielleicht auch kontrastieren wollen.

Frau Dr. Saimeh:

Herr Maué, wollen Sie dazu noch was sagen, Stichwort „allgemeine Psychiatrie“

Herr Maué:

Ja, kann ich zu dem Punkt, den Sie eben ansprachen, dass man forensische Patienten möglicherweise besser in Arbeitsverhältnisse bekommen kann als nicht nach der Beurlaubung ja, oder während der Beurlaubung, also wir machen schon andere Erfahrung, dass wir jemanden in normale Arbeitsverhältnisse reintegrieren können ist eher die Ausnahme.

Wir haben's in der Regel schon mit chronisch Kranken psychisch Kranken zu tun, ja insofern bleibt dieses Problem jemanden in 'ne Krankenkasse zu kriegen ohne das er eben Arbeitsverhältnisse antreten kann, bleibt ja ein ganz wichtiger Punkt, das wollte ich dazu nur sagen.

Dr. Saimeh:

Ja

Herr Bekiersch:

Darf ich zu dieser Krankenversicherung vielleicht nochmal einen Hinweis geben, was ich an sich so in der Zusammenarbeit später dann immer so vermisse, mit den Patienten. Patienten kommen ja auch irgendwann mal hier in die Klinik und bringen ja manchmal sogar so'n Krankenversicherungsschutz mit.

Es wäre ja auch vielleicht denkbar, mal den Weg nachzugehen, bei der zuständigen Krankenkasse dieses Patienten das Ruhen der Mitgliedschaft zu beantragen. Manche Krankenkassen machen das mit und wenn dann ein Patient hier vielleicht zwei/drei Jahre verweilt, Feld bereitet, dann ist es ja vielleicht durchaus möglich, dass nach einer Entlassung dann dieses Mitgliedschaftsverhältnis wieder aufleben kann.

Frau Dr. Saimeh:

Das ist sicher ein ganz wichtiger praktischer Hinweis, den man glaub ich ganz konkret nochmal im Einzelfall dann prüfen sollte. Gut, gibt es noch weitere Anmerkungen aus dem Auditorium. Ja, Herr Profazi

Herr Profazi:

Ich möchte noch 'ne Fußnote machen und zwar was persönliches erzählen und damit auch ein bisschen Optimismus verstreuen – auch aus Sicht der Eingliederungshilfe. Ich kann mich gut erinnern, als ich vor 10/12 Jahren das erste Mal - leider nur per Akte und nicht per Mensch – mit dem zu tun hatte konkret – worüber ich vorhin versucht hab zu erzählen.

Da hab ich im Vorgriff auf Ihre Bemerkung eine Erfahrung gemacht zum entmystifizieren bzw. zum unspektakulären des Maßregelvollzugs und das denke ich ist eine wichtige Quelle für Optimismus. Also um es kurz zu machen, es ging um einen Menschen, der zu dem Zeitpunkt in einem Wohnheim seine Eingliederungshilfe bekam und beim Blättern in der Akte hab ich gemerkt, dass wir manchmal in der Eingliederungshilfe ja nicht nur Aufnehmende oder wenn Sie so wollen Abnehmende – sagen wir mal abnehmender Teil der Gesamthilfestruktur sind, sondern manchmal auch Zuliefernde um es genau so hässlich zu sagen und da gerade da handelt es sich häufig um relativ unspektakuläre Dinge. Ich kann mich an einen Fall erinnern – geistigbehinderter Mensch – ich glaube der hatte drei Mal den Papierkorb angezündet in dem Wohnheim, mehr war das gar nicht und war auf diese Art und Weise forensischer Patient geworden. Umkehrschluss und das denke ich hat auch viel mit dem was ich jetzt mit Optimismus meinte zu tun. Diese eher unspektakuläre Teilmenge der Menschen egal ob sie in unserer Nomenklatur eher geistig behinderte Menschen oder psychisch kranke oder suchtkranke Menschen sind, sind es eigentlich auch die

a) den Löwenanteil ausmachen und die

b) natürlich auch 'ne relativ optimistische Prognose haben was das angeht, was ich vorhin mit der freien Bürgerrolle oder mit relativ wenig lebenslanger Eingliederungshilfe meinte. Wenn ich m. W. gibt es im Moment Herr Wittmann um die 70 Herr Winkelkötter um die 70 Menschen, die im Status der Beurlaubung sind, also bereits schon nicht alle aber überwiegend in dem System Eingliederungshilfe angekommen sind, aber noch nicht zu Lasten der Eingliederungshilfe, so kann man es ja auch mal formulieren jetzt um ihr Vokabular nicht zu nutzen.

Davon sind ganz viele dabei, für die man diesen Optimismus auch haben kann, wo also im Umkehrschluss die Art und Weise wie man Maßregelvollzugspatient wurde jetzt auch wieder bedeuten kann den Ex-Maßregelvollzugsstatus auch im Sinne weiterer

Rehabilitationserfolge durchaus realistisch zu sehen und nicht nur als so ein blau in blau Sonntagsredenniveau.

Frau Dr. Saimeh:

Ja, sehr schön, das hängt natürlich auch noch mal an der definatorischen Kraft der Gerichte, was eine Straftat von erheblich gefährdendem Ausmaß ist, ob das Anzünden eines Papierkorbs schon dazu gehört, ist dann ja eine definatorische Frage, eine normative Frage, auch das ist ja sicher auch noch mal wichtig, gerade aus dem Bereich der Patienten der allgemeinen Psychiatrie, deren Verhaltensauffälligkeiten häufig lange Zeit toleriert werden, außerforensisch und wo dann irgendwann allen Umgebenden offenbar so eine Art Hutschnur reißt und man sagt, jetzt muss man doch was tun und es dann beim nächsten Vorfall eben auch zu einer forensischen Fragestellung kommt. Hier zum Round-Table-Gespräch gibt es diesbezüglich noch Anmerkungen von Ihnen?

Herr Wallenstein vielleicht noch als Vertreter des allgemeinpsychiatrischen Schenkels der forensischen Psychiatrie hier am Standort.

Herr Wallenstein:

Ja, ich kann das eigentlich nur bestätigen, was wir gerade auch schon in den verschiedenen Diskussionen gesagt haben. Ich denke wir haben mit allen Institutionen eine gute Zusammenarbeit. Wir müssen diese – wie Herr Tack auch sagte, Herr Bekiersch aus der Phase der Langzeitbeurlaubung in die Nachsorge übertragen, die da weiter festigen und ich denke dann gibt's da wirklich Möglichkeiten, das weiter zu sagen. Eine Anmerkung vielleicht noch ganz kurz dazu.

Wir hatten die eine These „Undercover forensische Patienten“, ich persönlich vertrete auch die Meinung, dass es Einrichtungen gibt, die da sehr offensiv mit umgehen und auch offensiv damit umgehen müssen, wenn ich die Klinik in Paderborn auch sehe, die allgemeinpsychiatrische Klinik, die wirbt auch mit ihrem Klinikprospekt damit, dass sie forensische Patienten behandelt, also ich denke, das ist auch ein Weg um mehr Transparenz und Offenheit darzustellen um auch die Bevölkerung daran zu gewöhnen, dass sie auch in ihrem Arbeitsalltag – ich sag mal – forensische Patienten sind überall und nicht nur in der Maßregelvollzugsklinik, dass das auch ein Gedanke ist, der in der Bevölkerung ankommt.

Frau Dr. Saimeh:

Gut, das finde ich ist ein schönes Schlusswort. Das Round-Table-Gespräch war wenig kontrovers sondern eher überwiegend einmütig und ja, es bleibt mir nur noch das Schlusswort an Herrn Dr. Wittmann zu übergeben, Bernhard die Tagung zu beenden als Einladender.

Herr Dr. Wittmann:

Ja, wir sind am Ende eines langen Tages, den ich nicht unnötig verlängern werde. Ich denk' sie haben um etwas aufzugreifen – Herr Profazi – Sie haben gemerkt, ambulante Nachsorge oder forensische Nachsorge ist auch 'ne Komplexleistung und abzulesen so am Kaleidoskop unserer Themen, wir hatten anfänglich so die juristische Leistungsseite, dann die klinische, ich bin Frau Kuhnt dankbar, dass sie auch so den Beitrag der Allgemeinpsychiatrie nochmal betont hat.

Wir hatten sozusagen ein Schwergewicht der forensischen Kliniken aber die allgemeinpsychiatrischen tragen mindestens im gleichen Umfang für die forensische Nachsorge Verantwortung. Wir hatten dann den komplementären Bereich mit Herrn Woltmann-Zingsheim und dann mit der finanziellen Leistungsseite und das alles sozusagen unter definierten Qualitätsansprüchen, denen wir uns natürlich stellen und unterziehen wollen hier exemplarisch dargestellt von Frau Sarrazin im Hinblick auf die Qualifizierungsinitiative für Mitarbeiter in der Nachsorge. Und wenn wir von Komplexität sprechen dann glaub ich ist uns allen klar, das erfordert strukturierte Informationen und Kooperationswillen und Netzwerkdenken und Schnittstellenmanagement, aber in erster Linie und das hat Herr Strank gleich am Anfang sehr betont - partnerschaftliches Denken nicht nur untereinander bei allen Beteiligten, das man sich ernst nimmt, respektvoll behandelt und immer wieder versucht die Gegenseite einzunehmen, sondern auch bei all den Beteiligten sonst mit denen wir es zu tun haben.

Die Menschen die wir betreuen aber auch die Bürger für die wir diese Sicherheit liefern, die Öffentlichkeit, die Beiräte, die Politik, die Medien usw. und ich glaub durch dieses wenn uns das ein Anliegen ist und bleibt dieses partnerschaftliche Denken dann leisten wir damit auch einen Beitrag zu dem was jetzt zuletzt diskutiert wurde zu dieser Enttabuisierung, also das wir 'ne Öffentlichkeit herstellen, weil Tabus kann man ja auch übersetzen als Sprechverbote und wir wissen aus der Psychiatrie und der Psychodynamik Sprechverbote machen krank, das wollen wir nicht, sondern wir arbeiten am Gegenteil.

Ich bedanke mich bei allen Diskutanten, bei allen Referenten und insbesondere beim WZFP für die Organisation, stellvertretend bei Frau Schulz, die unten sozusagen die Fäden gezogen hat.

Vielen Dank und gute Heimreise!