

Zwischenbericht der Arbeitsgruppe Versorgungsketten für psychisch kranke Inhaftierte zuhanden der Konkordatskonferenz vom 25. November 2016:

I. Ausgangslage

Der Entscheid der Berner Polizei- und Militärdirektion vom August 2015 zur Schliessung der Therapeutischen Abteilung (TAT) in der Justizvollzugsanstalt Thorberg per 01.07.2016 veranlasste die Konkordatskonferenz (KK) an ihrer Sitzung vom 20.11.2015 eine Arbeitsgruppe einzusetzen, welche konkrete Vorschläge für die Unterbringung psychisch kranker Straftäter im Konkordatsperimeter aufzuzeigen soll (vgl. dazu TRAKTANDUM A3. der KK in der Beilage a).

Diese steht unter der Leitung des Konkordatssekretärs und setzt sich wie folgt zusammen:

- Dr. iur. Stefan Weiss Leiter Dienststelle Justizvollzug des Kantons Luzern;
- Thomas Freytag, Vorsteher Amt für Justizvollzug Kanton Bern;
- Paul Loosli, Direktor Justizvollzugsanstalt Solothurn;
- Dr. med., Dipl.-Psych. Dorothee Klecha, Ärztliche Leiterin Forensisch-Psychiatrischer Dienst Bern (FPD);
- Prof. Dr. med. Marc Graf, Klinikdirektor Forensisch Psychiatrische Klinik Basel (UPK BS);
- Dr. med. Peter Wehrmuth, Chefarzt und Leiter des Bereichs Forensische Psychiatrie bei den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG), Klinik Königsfelden;
- Deborah Schärer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Konkordatssekretariat, Protokoll.

Die Arbeitsgruppe traf sich bisher zu 3 halbtägigen Sitzungen, am 09.05.2016, am 05.07.2016 und am 31.08.2016 und legt der KK mit vorliegendem Zwischenbericht Rechenschaft ab.

II. Ist-Situation im Bereich der Versorgung psychisch kranker Straftäter

1. Grundlagen

Die fachgerechte Unterbringung von psychisch kranken Straftätern stellt die kantonalen Gesundheits- und Justizbehörden in allen Schweizer Kantonen vor grosse Herausforderungen (vgl. dazu beispielsweise den Artikel in der BZ vom 10.09.2016, S. 19, Beilage b).

Die Arbeitsgruppe stellte zuerst eine aktuelle und validierte Übersicht über die im Konkordatsperimeter verfügbaren Plätze für psychisch kranke Straftäter zusammen (vgl. Beilage c). Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen sog. medizinischen Plätzen, die ärztlich geleitet sind (sog. forensische Kliniken) und sog. Justizplätzen, welche vom Justizvollzug bereitgestellt und geleitet werden (sog. Massnahmenvollzugszentren und Spezialabteilungen in geschlossenen Strafanstalten). Eine Erhebung, die durch den FPD der Universität Bern gemeinsam mit der Abteilung für Straf- und Massnahmenvollzug des Amtes für Justizvollzug/Bern für den Kanton Bern gemacht wurde¹, belegt, dass rund die Hälfte der zu einer stationären therapeutischen Mass-

¹ Bericht zur Unterbringung, Behandlung und Betreuung psychisch gestörter Straftäter im Freiheitsentzug, Auftrag der KKJPD vom 02.02.2012, vom 08.01.2016



nahme zur Behandlung einer psychischen Störung nach Art. 59 StGB Verurteilten aufgrund ihrer Diagnose (Störungsbild)², in eine medizinisch geleitete forensische Institution (Klinik oder Wohnheim) einzuweisen sind. Die übrigen rund 50% der zu einer Massnahme nach Art. 59 StGB Verurteilten können aufgrund ihrer Diagnose (Störungsbild)³ in Massnahmenvollzugszentren und Spezialabteilungen von geschlossenen Strafanstalten eingewiesen werden.

Zudem wurde von der Arbeitsgruppe und namentlich von den Forensikern der Arbeitsgruppe angeregt, dass es unter den bestehenden Kliniken zu einer Spezialisierung nach Störungsbildern kommen muss, um die vorhandenen Mittel zielführend und bedarfsgerecht einzusetzen. Es ist nämlich aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich, in einer Klinik für sämtliche Störungsbilder alle heute anerkannten Therapieformen anzubieten und durchzuführen. Schliesslich müssten verbindliche Standards für die Sicherheit und Betreuung sowie die Therapie in diesen Institutionen erarbeitet werden. Heute bestehen keine gemeinsam anerkannten Standards. Somit kann das in Rechnung gestellte Kostgeld nicht mit Standards verknüpft oder abgeglichen werden.

2. Soll-/Ist-Analyse

Am 1. September 2015 wies das NWI-CH Konkordat gemäss Bericht 2015 der Fachgruppe Kapazitätsmonitoring der KKJPD⁴ total 371 Eingewiesene gemäss Art. 59 StGB auf. Davon waren 340 Männer und 31 Frauen. Nach Abzug der Verurteilten, welche in privaten Wohnheimen untergebracht sind (rund 70 Personen), weist die Fachgruppe für die beiden Deutschschweizer Konkordate einen Bedarf von rund 80 Klinikplätzen aus⁵.

Gestützt auf diese Zahlen und den eigenen Erhebungen kommt die Arbeitsgruppe zu folgenden Schlussfolgerungen für das NWI-CH Konkordat:

- Trotz Schliessung der TAT der JVA Thorberg sind im Konkordatsperimeter aktuell sowohl genügend Plätze im geschlossenen Massnahmenvollzug in der JVA Solothurn (60 Plätze) als auch im offenen Massnahmenvollzug in St. Johannsen (80 Plätze) vorhanden⁶. Auch mittelfristig besteht kein Handlungsbedarf.
- Die spezialisierten Plätze für Erwachsene Frauen im Massnahmenvollzug nach Art. 59 StGB in den Anstalten Hindelbank sind ausreichend. Auch mittelfristig besteht in dieser Kategorie kein Handlungsbedarf.
- Im Bereich der medizinischen psychiatrischen Versorgung von Straftätern in der Stufe „hohe Sicherheit“ besteht ein akutes Bedürfnis von ca. 20-25 forensischen Klinikplätzen. Das NWI-CH Konkordat verfügt heute über keine Plätze in dieser Sicherheitskategorie und ist somit auf die Zusammenarbeit mit der Klinik Rheinau ZH angewiesen. Der durch diese Klinik im August ausgerufene Aufnahmestopp für ausserkantonale Eingewiesene belegt eindeutig, dass das NWI-CH Konkordat eigene Plätze in dieser Kategorie benötigt.
- Der Bedarf in der Stufe mittlere Sicherheit dürfte durch die beiden forensischen Kliniken Basel und Königsfelden gedeckt werden können.

² Darunter fallen Störungen gemäss Typ I, d.h. schwere psychische Störungen wie Schizophrenien und andere schwere affektive Störungen.

³ Darunter fallen Störungen gemäss Typ III, wie Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz, namentlich sog. Paraphilien.

⁴ S. 21.

⁵ Bericht 2015 der Fachgruppe Kapazitätsmonitoring der KKJPD, S. 11.

⁶ Bericht 2015 der Fachgruppe Kapazitätsmonitoring der KKJPD, S. 12.



- Im Bereich der niedrigen Sicherheit besteht ein aktuell nicht gedeckter Bedarf an ca. 50 Plätzen (Betten) unter medizinischer Leitung. Von diesen sollten ca. 20 Plätze offen geführt werden, jedoch mit der Möglichkeit, fakultativ die Station zu schliessen. Diese Plätze können entweder als Klinikplätze oder als Wohnheimplätze ausgestaltet werden.
- Zudem besteht ein ausgewiesener Mangel von 20-30 sog. medizinischer Kriseninterventionsplätzen, für Insassen aus dem Untersuchungshaftvollzug, aus dem geschlossenen und offenen Strafvollzug und Massnahmenvollzug wie auch aus der Administrativhaft. Dies führt dazu, dass Insassen in Phasen der Dekompensation nicht rechtzeitig oder gar nicht die nötige psychiatrische Behandlung erhalten. Dies wiederum treibt die Mitarbeitenden des Justizvollzugs regelmässig an ihre physischen und psychischen Belastungsgrenzen, zweitweise sogar darüber hinaus. Als möglicher Lösungsansatz käme der Neubau einer Abteilung in einem bestehenden Gefängnis oder einer geschlossenen Strafanstalt in Frage. Diese Justizvollzugsanstalt müsste in unmittelbarer Nähe einer forensisch-psychiatrischen Klinik gelegen sein, um die medizinische Versorgung vor Ort in der Anstalt rund um die Uhr zu gewährleisten. Da die meisten psychiatrischen Kliniken heute spezialrechtliche Aktiengesellschaften sind, müsste neben den Baukosten auch eine Defizitgarantie durch die Benutzerkantone abgegeben werden. Die Forensiker in der Arbeitsgruppe erachten die Errichtung und den Betrieb einer solch hoch gesicherten medizinisch geleiteten Therapieabteilung auf dem Gelände einer bestehenden psychiatrischen Klinik als aussichtslos, weil somit ein zu starker Gefängnisaspekt in die Klinik implementiert würde.

III. Zusammenfassende Würdigung

Neben den erwähnten baulichen Massnahmen⁷, bedarf es einer besseren Abstimmung und Vernetzung der Anbieter auf Justizvollzugsseite wie auch auf der medizinischen Versorgungsseite. Die Betreuungs- und Therapieangebote unter den Anbietern müssen geklärt, gestrafft und aufeinander abgestimmt werden. Schliesslich gilt es systematisch einen progressiven Massnahmenvollzug umzusetzen, durch regelmässige Verlegungen der Eingewiesenen/Patienten von geschlossenen Institutionen in offene und schliesslich in Heime (sog. progressiver Massnahmenvollzug bei Eingewiesenen mit guter Kriminalprognose). Die Arbeitsgruppe hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass heute eher eine Tendenz besteht, zu schnell und zu lange in hoch gesicherte Institutionen einzuweisen. Dem kann nur Abhilfe geschaffen werden durch ausreichende Weiterverlegungsmöglichkeiten, stärkere Durchlässigkeit für Verlegungen in beide Richtungen (hin in offene Abteilungen aber auch zurück in geschlossene), Spezialisierung der Angebote auf Anbieterseite sowie einer noch besseren Zusammenarbeit der einweisenden Behörden mit den Institutionen und den Therapeuten.

Zudem müssen die Vollzugsbehörden genaue Kenntnis der zur Verfügung stehenden Therapieinstitutionen haben, in Bezug auf die durchgeführten Therapien wie auch in Bezug auf den Sicherheitsstandard der Institution. Schliesslich müssen die Fallverantwortlichen der Vollzugsbehörde in der Lage sein, gestützt auf die Akten, namentlich auf das psychiatrische Gutachten, zu entscheiden, ob sich aufgrund der erhobenen Diagnose eine Einweisung in eine ärztlich geleitete forensische Institution aufdrängt oder aber ein Einweisung in eine spezialisierte Justizanstalt. Das Fallführungsinstrument ROS könnte im zuletzt erwähnten Bereich in absehbarer Zeit zu Verbesserungen führen.

⁷ Das heisst, der Schaffung von 20-25 hoch gesicherten forensischen Klinikplätzen, der Schaffung von 50 medizinisch betreuten Plätzen niedriger Sicherheit und der Schaffung von hoch gesicherten 20-30 medizinischer Kriseninterventionsplätzen.



IV. Notwendige Massnahmen

1. Schaffung von 20-25 Klinikplätzen im Bereich hoher Sicherheit.
2. Schaffung der fehlenden rund 50 medizinischen Plätze im Bereich der niedrigen Sicherheit und der offenen Unterbringung.
3. Flexibilisierung des Vollzugs für Personen, die medizinische Plätze beanspruchen in Abhängigkeit vom aktuellen Risiko⁸; Festlegung, welche Kompetenzen an die Kliniken delegiert werden können.
4. Erarbeitung verbindlicher Standards für die Definition von Sicherheitsstufen.
5. Erarbeitung verbindlicher Standards für therapeutische Angebote in Massnahmenvollzugseinrichtungen.
6. Bildung von Schwerpunkten (sog. Kompetenzzentren in den bestehenden forensischen Institutionen) für verschiedene Störungsbilder.

Bösingen/Bern, 20. September 2016/HJK/Bfb

⁸ So soll dem Umstand besser Rechnung getragen werden, dass das Befinden diese Insassen/Patienten oft schwankt und damit auch das Risiko sich relativ rasch verändern kann, d.h. dass vom Insassen/Patienten in relativ kurzen Zeitabständen ein erhöhtes aber auch ein tiefes Risiko ausgehen kann.