

Zeitschrift: Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie SAK = Criminologie / Groupe Suisse de Criminologie GSC = Criminologia / Gruppo Svizzero di Criminologia GSC

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 40 (2023)

Artikel: Alternativen zu Massnahmen

Autor: Franke, Irina

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051593>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Alternativen zu Massnahmen

Irina Franke*

Inhaltsverzeichnis (wird vom Verlag fertiggestellt)

Zusammenfassung	167
Résumé	168
1. Einleitung	169
2. Insassenbestand im Massnahmenvollzug	170
3. Psychische Erkrankungen und Kriminalität	173
3.1 Symptombedingte Zusammenhänge	173
3.2 Transinsitutionalisierung	175
3.3 Schnittstellen	176
4. Alternativen?	178
5. Zusammenfassung	179

Zusammenfassung

Während der Gesamtinsassenbestand im Sanktionenvollzug der Schweiz zuletzt als rückläufig beschrieben wurde, ist die Anzahl der Personen, die im stationären Massnahmenvollzug untergebracht sind, seit 2018 auf einem Höchststand. Im Jahr 2020 befanden sich 814 erwachsenen Personen im stationären therapeutischen Massnahmenvollzug (Art. 59 und 60 StGB) und 152 in der Verwahrung (Art. 64 StGB). Eine Ausnahme bilden die Massnahmen für junge Erwachsene, bei denen sich die Zahl Insassen in den letzten 10 Jahren etwa halbiert hat. Im vergangenen Jahr wurden 200 stationäre therapeutische Massnahmen nach Art. 59 StGB neu angeordnet. Ausgehend von den Voraussetzungen für Anordnung therapeutischer Massnahmen bedeutet das, dass entweder mehr Personen mit schwerer psychischer Erkrankung straffällig werden, dass es häufiger auch bei relativen Bagatelldelikten psychisch Kranker zu strafrechtlicher Verfolgung und Sanktionierung kommt, oder dass Entlassungen restriktiver gehandhabt werden. In diesem Vortrag soll diese Entwicklung mit Fokus auf Massnahmen für

* PD Dr. med. Irina Franke, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Spez. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stv. Ärztliche Direktorin Erwachsenenpsychiatrie und Chefärztin Forensik Psychiatrische Dienste Graubünden (Schweiz), Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin am Lehrstuhl für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm (Deutschland).

psychisch kranke Personen näher beleuchtet werden. Dabei wird vor allem auf Aspekte der De- und Transinstitutionalisierung, auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in- und ausserhalb des Justizvollzugs, und auf die gesamtgesellschaftlichen und medizinethischen Entwicklungen eingegangen. Daraus abgeleitet erfolgt eine Diskussion möglicher Alternativen, wobei hierzu exemplarisch auch die Entwicklung der Versorgung psychisch kranker Straftäter in ausgewählten anderen europäischen Ländern dargestellt wird.

Résumé

Alors que l'effectif total des détenus en Suisse est en baisse, le nombre de personnes placées en exécution de mesures stationnaires est au plus haut depuis 2018. En 2020, 814 personnes adultes se trouvaient sous mesures thérapeutiques stationnaires (art. 59 et 60 CP) et 152 étaient internées (art. 64 CP). Les mesures pour personnes mineures constituent l'exception; le nombre de détenu·e·s ayant diminué de moitié au cours des dix dernières années. L'année passée, 200 nouvelles mesures thérapeutiques stationnaires ont été ordonnées au sens de l'art. 59 CP. Si l'on se base sur les conditions pour ordonner des mesures thérapeutiques, cela signifie soit que plus de personnes atteintes de troubles psychiques graves commettent des infractions, soit que les poursuites et sanctions pénales sont plus souvent engagées contre les personnes atteintes de troubles psychiques pour des délits de bagatelle, soit encore que les jugements sont rendus de manière plus restrictive à leurs égards. Cet article traitera de cette évolution en se focalisant sur les mesures destinées aux personnes atteintes de troubles psychiques. Cette contribution abordera les questions liées à la désinstitutionnalisation et la transinstitutionnalisation, aux structures de soins psychiatriques à l'intérieur et à l'extérieur de l'exécution des peines, ainsi qu'aux évolutions de la société dans son ensemble et de l'éthique médicale. La discussion touchera les alternatives possibles, ainsi que l'évolution des soins aux personnes délinquantes psychiquement atteintes dans d'autres pays européens.

1. Einleitung

Eine Alternative ist laut Definition gemäss Duden entweder die freie, aber unabdingbare Entscheidung zwischen zwei Möglichkeiten, oder eine zweite, andere Möglichkeit.¹ Über die Qualität der zur Wahl stehenden Möglichkeiten, und darüber, ob sie zu einem vergleichbaren Ergebnis führen, ist damit noch keine Aussage verbunden. Für die Auseinandersetzung damit, wie Alternativen zu Massnahmen aussehen können, ist die Ergebnisqualität, d.h. die Senkung des Rückfallrisikos und die erfolgreiche Wiedereingliederung, jedoch ein entscheidender Faktor. Zudem stellt sich die Frage, zu welchen Zeitpunkten Alternativen zur Massnahme überhaupt zum Thema werden können? Grundsätzlich kann hierbei die gesamte Zeitachse und die unterschiedlichen Wege von Menschen mit psychischer Erkrankung in die Kriminalität berücksichtigt werden, so dass sowohl Möglichkeiten der Prävention, als auch der allgemein-psychiatrischen und forensisch-psychiatrischen Versorgung sowie der Nachsorge in die Übergangen mit einbezogen werden können.

Dieser Beitrag beschäftigt sich ausschliesslich mit Alternativen zu stationären therapeutischen Massnahmen. Der Grund dafür ist, dass sich in diesem Bereich die Verhältnismässigkeitsfrage, d.h. wieviel Restrisiko rechtfertigt welches Ausmass von Freiheitsentzug, am deutlichsten stellt. Ausserdem gibt es in diesem Bereich die grössten Schnittstellen zu allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstrukturen, die meisten Daten aus der Versorgungsforschung und gute internationale Vergleichsmöglichkeiten. Alternativen zum Verwahrungsvollzug werden an dieser Stelle nicht diskutiert, vor allem deshalb, weil die Frage, wie eine Gesellschaft unter der Prämisse einer Null-Risiko-Erwartung mit Personen umgeht, die keine realistische Perspektive auf Entlassung haben, nur bedingt ein psychiatrisches Thema ist.

Inhaltlich werden die Fragen nach der Notwendigkeit und Ausgestaltung von Alternativen zu stationären Massnahmen im Folgenden mit einem Blick auf die aktuellen Statistiken, auf den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Kriminalität, die Konsequenzen für die Versorgung, und auf aktuelle Entwicklungen in der Psychiatrie, im Erwachsenenschutz und im Vollzug nachgegangen. Abschliessend werden ausgewählte Beispiele für mögliche Alternativen aus anderen Ländern vorgestellt.

1 https://www.duden.de/rechtschreibung/Alternative_Entscheidungsmaeglichkeit (zuletzt besucht am 21.8.2022)

2. Insassenbestand im Massnahmevollzug

Zwischen 1985 und 1995 ist die Anzahl der angeordneten strafrechtlichen Massnahmen vor allem im ambulanten Bereich stark angestiegen. Zwischen 1995 und 2015 war insgesamt eine Abnahme zu verzeichnen, wobei dies in erster Linie auf einen Rückgang der ambulanten und suchttherapeutischen Massnahmen zurückgeführt werden kann. Die Anzahl stationärer Massnahmen nach Art. 59 StGB ist von 21 auf 141 gestiegen² (siehe Abbildung 1).

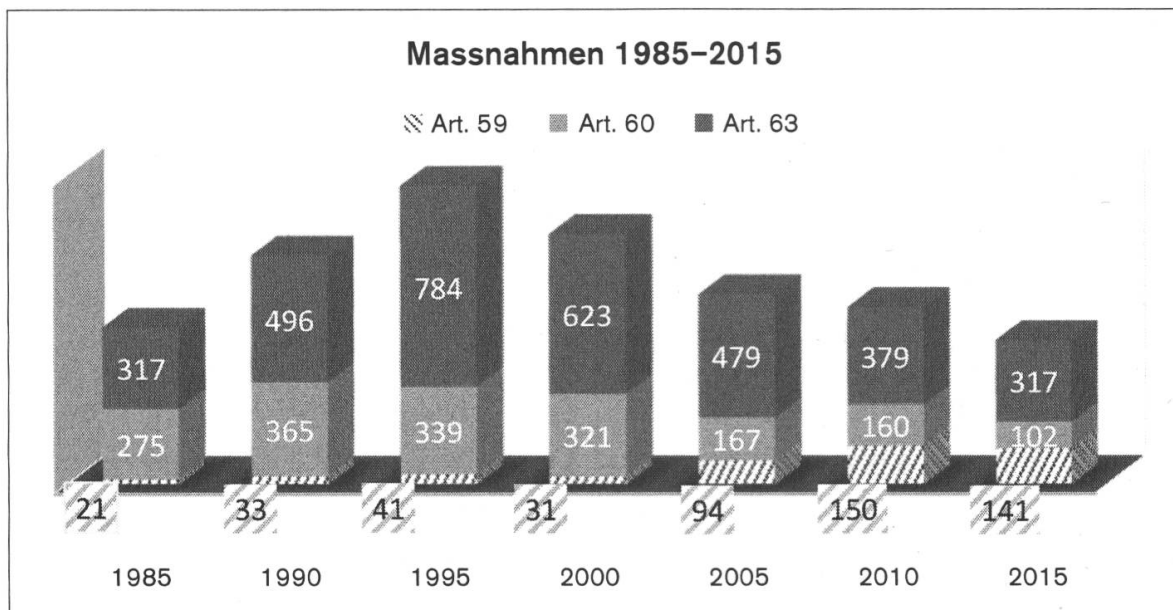


Abbildung 1: Angeordnete Massnahmen nach Jahr und Rechtsgrundlage²

In den letzten vier Jahren ist die Anzahl der pro Jahr angeordneten therapeutischen Massnahmen nach Art. 59–61 und 63 StGB in etwa unverändert geblieben (siehe Abbildung 2).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/strafjustiz/erwachsenensanktionen.assetdetail.17224945.html> (zuletzt besucht am 21.8.2022)

Jahr	Total	Ver- wah- rung (Art. 64 StGB)	Stationäre Behandlung von psy- chischen Störungen (Art. 59 StGB)	Stationäre Sucht- behandlung (Art. 60 StGB)	Ambulante Behand- lung (Art. 63 StGB)	Einweisung in eine Einrich- tung für junge Erwachsene (Art. 61 StGB)
2018	462	7	127	64	265	15
2019	491	4	122	64	294	18
2020	522	3	123	78	304	21
2021	471	4	96	77	279	27

Abbildung 2: Anzahl der Verurteilungen (Erwachsene) zu Massnahmen zwischen 2018 und 2021 in der Schweiz³

Die aufschlussreichsten Zahlen in Bezug auf die Frage, warum über Alternativen zu Massnahmen diskutiert werden sollte, ergeben sich allerdings aus dem Blick auf den mittleren Insassenbestand und die Verweildauer im Massnahmenvollzug. Hier zeigt sich nämlich zwar eine relativ stabile Anzahl bei den jährlichen Neueinweisungen, die aber konstant höher ist, als die Anzahl der Entlassungen, wodurch sich die mittlere Unterbringungsdauer seit 1991 verdreifacht hat.

Es scheint also zunehmend schwieriger zu werden, aus dem stationären Massnahmenvollzug entlassen zu werden. Warum ist das so? Sind die psychisch kranken Straftäter inzwischen kränker oder gefährlicher geworden? Ist die Behandlung in den forensisch-psychiatrischen Kliniken schlechter geworden? Oder gibt es keine Einrichtungen, in die entlassen werden kann? Und warum ist das überhaupt ein Problem?

Langer Freiheitsentzug geht nicht nur im Massnahmenvollzug mit unterschiedlichen negativen Folgen für die eingewiesenen Personen einher. Eine mit langen Verweildauern unvermeidlich verbundene Alterung der Population stellt die Vollzugseinrichtungen vor neue Herausforderungen, insbesondere in Bezug auf den Umgang mit körperlichen Krankheiten, Pflegebedarf und Sterben.^{4,5} Zum anderen hat langer Freiheitsentzug negative psychische Auswirkungen, insbesondere höhere Belastung mit depressiven Symptomen und Suizidalität, die in Zusammenhang mit dem subjektiv erlebten institutionel-

3 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht.assetdetail.22665403.html> (zuletzt besucht am 21.8.2022)

4 Hayes A. J./Burns A./Turnbull P./Shaw J. J. (2012). The health and social needs of older male prisoners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), S. 1155–1162.

5 Marti I./Hostettler U./Richter M. (2017). End of Life in High-Security Prisons in Switzerland. *Journal of Correctional Health Care*, 23(1), S. 32–42.

len Zwang und niedrigerer Lebensqualität stehen.^{6,7} Ausserdem sind mit der Unterbringung in spezialisierten, zum Teil hochgesicherten Einrichtungen hohe Kosten verbunden. Und nicht zuletzt stellt sich auch die Frage, ob und wie der Auftrag der Resozialisierung vor dem Hintergrund jahre- oder jahrzehntelanger Unterbringungen erfüllt werden kann.

1991	203	389	423	204	703	585
1992	227	385	429	202	699	525
1993	288	434	487	209	677	497
Einweisungen	268	485	546	227	600	507
	219	492	619	232	589	518
1996	197	444	628	260	678	630
1997	225	414	648	200	564	496
1998	189	429	702	180	628	447
1999	172	423	727	166	721	576
2000	192	Entlassungen	781	148	739	522
2001	159		812	146	712	549
2002	135	458	880	152	817	561
2003	129	446	901	109	858	755
2004	159	467	932	107	675	480
2005	166	519	972	106	800	591
2006	164	568	1 038	136	892	646
2007	186	606	1 000	129	705	629
2008	177	666	1 000	Mittlere Aufenthaltsdauer		778
2009	209	717	1 205			642
2010	185	758	1 307	147	850	689
2011	159	796	1 364	125	1 130	780
2012	141	815	1 406	129	1 261	997
2013	186	859	1 442	123	1 298	991
2014	178	909	1 465	122	1 448	1 153
2015	161	949	1 513	152	1 727	1 382
2016	171	976	1 531	165	1 810	1 309
2017	166	982	1 496	139	1 975	1 475
2018	164	1 016	1 453	149	2 063	1 564
2019	153	1 031	1 332	135	2 181	1 606
2020	106	1 029	1 114	143	2 097	1 618

Abbildung 3: Unterbringungsdauer im Massnahmenvollzug zwischen 1991 und 2020⁸

Um über wirksame Alternativen diskutieren zu können, sollte man sich ausserdem vergegenwärtigen, welche Personen mit welchem Ziel in den psychiatrischen Massnahmenvollzug eingewiesen werden. Gemäss Art. 56 StGB wird eine Massnahme angeordnet, wenn:

- 6 Büsselmann M./Nigel S./Otte S./Lutz M./Franke I./Dudeck M./Streb J. (2020). High quality of life reduces depression, hopelessness, and suicide ideations in patients in forensic psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1014.
- 7 Franke, I./Büßelmann M./Streb J./Dudeck M. (2019). Perceived institutional restraint is associated with psychological distress in forensic psychiatric inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, S. 410.
- 8 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.19744602.html> (zuletzt besucht am 21.8.2022)

- eine Strafe alleine nicht geeignet ist, dem Rückfallrisiko zu begegnen,
- wenn ein Behandlungsbedürfnis besteht und
- wenn die in den jeweiligen Art. 59-61 und 63 StGB genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Das anordnende Gericht muss sich bei seiner Entscheidung auf ein sachverständiges Gutachten stützen, das sich unter anderem über *die Notwendigkeit* und *die Erfolgsaussichten* einer Behandlung äussern soll. Ausserdem muss eine *geeignete Einrichtung* vorhanden sein.

Die gesetzlichen Voraussetzungen einer stationären Massnahmen nach Art. 59 StGB besagen, dass für deren Anordnung eine schwere psychische Störung vorliegen muss, die in Zusammenhang mit der Straftat steht, und dass deshalb ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht. Die Massnahmedauer ist bei der Anordnung auf fünf Jahre befristet, kann aber auf Antrag auch mehrmals verlängert werden, wenn das Rückfallrisiko weiterhin als hoch erachtet wird und die Aussicht besteht, dass eine Fortsetzung der Therapie diesem Risiko begegnen kann. Insbesondere bezüglich der Höchstdauer unterscheidet sich der Art. 59 StGB deutlich von der suchttherapeutischen Behandlung gemäss Art. 60 StGB und der stationären Massnahme für junge Erwachsene nach Art. 61 StGB, die jeweils eine gesetzlich definierte Höchstdauer und eine limitierte Möglichkeit zur Verlängerung haben. Bei der Anordnung einer Massnahme nach Art. 60 StGB zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist zudem die Behandlungsbereitschaft der betroffenen Person zu berücksichtigen.

3. Psychische Erkrankungen und Kriminalität

3.1 Symptombedingte Zusammenhänge

Der Zusammenhang zwischen bestimmten psychischen Erkrankungen und einem erhöhten Kriminalitätsrisiko ist inzwischen hinreichend etabliert und wird im Folgenden anhand von drei wichtigen Diagnosegruppen (Schizophrenie, Substanzkonsum/Sucht und Persönlichkeitsstörungen) etwas näher erläutert.

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erhöhen das Gewaltrisiko um den Faktor 4,6 bei Männern und um 23,2 bei Frauen.⁹ Komorbide Abhängigkeitserkrankungen sind ein zusätzlicher Risikofaktor. Schizophrene Straftäter weisen grundsätzlich ein breites Delinquenzspektrum auf. Unter den Gewaltdelikten sind Körperverletzungsdelikte am häufigsten, oft zum Nachteil von Personen aus der Familie bzw. dem sozialen Nahaum. Eine Erklärung für

9 Hodgins S./Müller-Isberner R. (2014). Schizophrenie und Gewalt. Der Nervenarzt, 85(3), S. 273–278.

diesen Zusammenhang wird in spezifischen Krankheitssymptomen gesehen, z.B. sogenannten Threat-Control-Override-Symptome.¹⁰ Durch Symptome wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Gedankeneingebung können Beeinträchtigungserleben und starke negative Emotionen (Angst) ausgelöst werden, so dass sich die betroffene Person beeinträchtigt und oft stark geängstigt fühlt und aus einer subjektiven Selbstverteidigungsnotwendigkeit aggressiv gegen den oder die vermeintliche(n) Verursacher handelt. Neben spezifischen Krankheitssymptomen, die für aggressives Verhalten relevant sind, spielen für das allgemeine Delinquenzrisiko von schizophren erkrankten Menschen auch die psychosoziale Desintegration und der mit einem chronischen Krankheitsverlauf einhergehende Verlust des Wertegefüges eine wichtige ursächliche Rolle.

Auch zwischen Abhängigkeitserkrankungen bzw. Suchtmittelkonsum und Kriminalität bestehen Zusammenhänge. Die Prävalenz von substanzbezogenen Störungen ist in Gefängnispopulationen höher als in der Allgemeinbevölkerung.¹¹ Ein direkter Zusammenhang leitet sich von der unmittelbaren Substanzwirkung ab. Substanzen mit Auswirkungen auf die Realitätswahrnehmung und die Impulskontrolle können unmittelbar zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten führen – auch bei nicht süchtigem Konsumverhalten. Bei bestehender Abhängigkeit können ausserdem Entzugssymptome oder die Angst vor drohendem Entzug (z.B. bei Opiatabhängigkeit) die Schwelle für kriminelles Verhalten senken (Beschaffungskriminalität). Ein dritter Weg in die Kriminalität führt über organische Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen von langjährigem Konsum, die sich in Symptomen wie Impulsivität, Kritik- und Urteilsschwäche und auch wahnhaften Symptomen (z. B. Eifersuchtswahn) zeigen.

Auch für die Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass die Prävalenz von bestimmten Persönlichkeitsstörungen in Gruppen von begutachteten Personen und Gefängnisinsassen deutlich höher ist, als in der Allgemeinbevölkerung.¹² Von forensisch-psychiatrischer Relevanz sind vor allem die antisoziale, die Borderline-, und die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die auf Symptomebene mit Selbst-, Affekt- und Impulsregulationsstörungen sowie schweren Beeinträchtigungen in interpersonellen Beziehungen einhergehen.

10 Stompe T./Ortwein-Swoboda G./Schanda H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia bulletin*, 30(1), S. 31–44.

11 Fazel S./Yoon I. A./Hayes A. J. (2017) Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 112:1725–1739.

12 Dudeck M./Kopp D./Kuwert P./Drenkhahn K./Orlob S./Lüth, H./Freyberger H. J./Spitzer C. (2009). Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. *Psychiatrische Praxis*, 36(05), S. 219–224.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass bestimmte psychische Erkrankungen einschliesslich Abhängigkeitserkrankungen aufgrund krankheitsbedingter Symptome und Funktionseinschränkungen mit einem erhöhten Risiko für allgemeine und Gewaltdelinquenz einhergehen.

3.2 Transinstitutionalisierung¹³

In der Konsequenz des oben beschriebenen Zusammenhangs zwischen psychischen Erkrankungen und Kriminalität stellt sich die Frage nach dem Umgang damit: sollen psychisch kranke Straftäter behandelt oder inhaftiert werden? Schon 1939 hat der britische Psychiater Penrose die Hypothese aufgestellt, dass die Anzahl psychiatrischer Klinikbetten umgekehrt proportional zu der Grösse der Gefängnispopulation eines Landes ist.¹⁴ Penrose hat eine kausale Verknüpfung dieser beiden Faktoren postuliert, nämlich dass es immer einen bestimmten Teil der Bevölkerung gibt, der institutionalisierte psychiatrische Betreuung benötigt, und dass es vor allen Dingen von gesamtgesellschaftlichen und politischen Entwicklungen abhängt, ob diese Personen in Einrichtungen der Krankenversorgung oder in Gefängnissen untergebracht sind.

Auch in den letzten Jahrzehnten konnte diese Beobachtung in verschiedenen Ländern repliziert werden. Seit der Deinstitutionalisierung, d.h. dem Abbau stationärer Betten, der Psychiatrie in Westeuropa in den 1990er Jahren hat die Anzahl forensisch-psychiatrischer Betten, betreuter Wohnplätze und die Anzahl psychisch kranker Menschen in den Gefängnissen zugenommen. Obwohl diese Korrelationen in unterschiedlichen Studien immer wieder gezeigt werden konnte, konnte ein kausaler Zusammenhang bis jetzt nicht nachgewiesen werden. Eine der letzten grossen Studien hierzu aus dem Jahr 2016 hat die verfügbaren Daten aus zwölf europäischen Ländern analysiert: Im Ergebnis konnte auch hier gezeigt werden, dass die Abnahme der stationären psychiatrischen Betten signifikant mit einer Zunahme der Gefängnispopulation und der forensischen Betten korreliert. Die quantitative Gegenüberstellung der Zahlen hat aber auch gezeigt, dass die Anzahl der weggefallenen Betten die Zunahme bei den untergebrachten Personen in den anderen Einrichtungen nicht vollständig aufklärt. Ausserdem wurde ein signifikanter positiver Zusammenhang mit dem Bruttoinlandsprodukt festgestellt, d.h. je höher das Bruttoinlandsprodukt eines Landes war, desto grösser war die Gefängnispopulation. In den weiteren Analysen, in denen das Bruttoinlandsprodukt als Covariate verwendet wurde, war die Assoziation zwischen Abnahme der

13 Primeau A./Bowers T. G./Harrison M. A./XuXu (2013). Deinstitutionalization of the mentally ill: Evidence for transinstitutionalization from psychiatric hospitals to penal institutions. *Comprehensive Psychology*, 2, 2. DOI 10.2466/16.02.13.CP.2.2.

14 Penrose L. S. (1939). Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology*, 18(1), S. 1–15.

Psychiatriebetten und Zunahme der Gefängnispopulation nicht mehr signifikant.¹⁵

3.3 Schnittstellen

Für die Frage nach Alternativen zu strafrechtlichen Massnahmen für psychische Kranke – und möglicherweise auch zur Erklärung der hohen Verweildauern in den forensischen Kliniken –

sind ausserdem die Entwicklungen in der Allgemeinpsychiatrie zu berücksichtigen. Unter dem Schlagwort «offene Psychiatrie»¹⁶ wurden dort in den letzten 10 bis 15 Jahren verschiedene neue Therapiekonzepte etabliert, die unter anderem auf eine Reduktion von Zwang abzielen. Als Folge dieser grundsätzlich positiven Entwicklung stellt sich allerdings die Frage, ob in solchen Strukturen der Versorgungs- und Fürsorgeauftrag für Personen, bei denen aggressives Verhalten Teil der Krankheitssymptomatik ist, noch erfüllt werden kann. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass Krankenkassen nicht mehr bereit sind, für lange stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken aufzukommen. Lange und komplexe Behandlungen, wie sie vor allem bei schizophrenen Erkrankungen nötig sind, um einen nachhaltigen Effekt zu erreichen, finden praktisch nur noch in der forensischen Psychiatrie statt. Dort werden straffällig gewordene psychisch Kranke getrennt von nicht straffälligen Personen mit dem gleichen Krankheitsbild und mit in weiten Teilen vergleichbarem Therapiebedarf behandelt. Die forensisch-psychiatrischen Kliniken sind in der Regel eigene Organisationseinheiten und haben sich inhaltlich und baulich immer weiter von der Allgemeinpsychiatrie entfernt. Diese Trennung ist nicht nur im stationären, sondern auch im teilstationären und ambulanten Bereich erkennbar. In grossen städtischen Versorgungsgebieten haben sich spezialisierte forensische Ambulanzen als Nachsorgeeinrichtungen für aus dem stationären Massnahmenvollzug entlassene Patienten etabliert. In ländlichen Regionen gibt es oft Schwierigkeiten, forensische Patienten in geeignete ambulante Versorgungsstrukturen zu reintegrieren, weil häufig Vorbehalte auf Seiten der Allgemeinpsychiatrie bestehen. Auch die forensische Psychiatrie selbst hat kaum Alternativen zur vollstationären Behandlung, z.B. in Form von tagesklinischer Versorgung. Kooperationen mit Wohnheimen sind hier vielversprechende Ansätze, um eine gemeindenahere Versorgung mit entsprechenden Risikomanagementkompetenzen zu kombinieren.

Eine weitere relevante Schnittstelle für die Frage von Alternativen zu Massnahmen ist das Zivilrecht. Das Erwachsenenschutzrecht hat in etwa parallel

15 Chow W. S./Priebe S. (2016). How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ open*, 6(4), e010188.

16 Steinert T./Schreiber L./Metzger, F. G./Hirsch S. (2019). Offene Türen in psychiatrischen Kliniken. *Der Nervenarzt*, 90(7), S. 680–689.

mit der Erwachsenenpsychiatrie eine Entwicklung vollzogen, die die Abkehr von Zwang und die grösstmögliche Autonomie für psychisch Kranke bezweckt. Die kritische Haltung und sorgfältige Prüfung der Indikation für Zwangsmassnahmen ist ohne Zweifel zu begrüßen. In der Praxis ergeben sich dadurch jedoch mitunter Konflikte mit der ärztlichen Fürsorgepflicht bzw. der Pflicht, Schaden für den Patienten zu vermeiden. Der Verzicht auf zivilrechtliche Massnahmen, wie beispielsweise eine fürsorgerische Unterbringung zur Abklärung und Behandlung einer psychischen Störung mit der Begründung, dass die betroffene Person nicht kooperiert, ist aus psychiatrischer Sicht problematisch, wenn die Urteilsfähigkeit in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand aufgehoben ist. Das Abwarten oder Unterlassen von Massnahmen zugunsten einer (vermeintlichen) Autonomiewahrung führt bei Erkrankungen wie Schizophrenien nicht nur zu Chronifizierung und Verschlechterung der Behandlungsprognose, sondern kann in Einzelfällen auch dazu führen, dass aufgrund der unbehandelten Erkrankung Straftaten begangen werden. Je nach deren Schwere steht dann die Anordnung einer stationären therapeutischen Massnahme im Raum, die in aller Regel den schwerwiegenderen Eingriff in die persönliche Freiheit darstellt, als erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen.

Ein weiterer Aspekt, der Schnittstellen innerhalb der forensisch-psychiatrischen Vollzugseinrichtungen betrifft, ist die fehlende quantitative und qualitative Koordination des Angebots. Letzteres führt zu einem Ungleichgewicht im Vorhandensein von störungsspezifischen Therapieplätzen. Während es relativ unproblematisch ist, für eine Person mit Schizophrenie einen Behandlungsplatz im Massnahmenvollzug zu finden, wird es für Personen mit schwerer Persönlichkeitsstörungen, die einen klinisch-psychiatrischen Behandlungsrahmen benötigen, schon schwerer. Noch höher wird die Hürde bei eher seltenen Erkrankungen wie z.B. Autismus-Spektrum-Störungen. Die Anordnung von Massnahmen ohne Vorhandensein eines geeigneten Behandlungsplatzes ist kritisch zu sehen, weil dies nicht nur im Widerspruch zu den gesetzlichen Voraussetzungen steht, sondern auch, weil die Behandlung in ungeeigneten Settings negative Auswirkungen auf die eingewiesene Person haben kann. Forensisch-psychiatrische Kliniken sind wie andere Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend von Fachkräftemangel betroffen. Gleichzeitig sind sie ein wichtiger Wirtschaftlichkeitsfaktor für Kliniken. Alle genannten Faktoren sind mit Herausforderungen für qualitativ hochwertige Behandlungen und effiziente Wiedereingliederung verbunden.

In Grossbritannien wurde in einer Studie untersucht, wie hoch der Anteil von Langzeitpatienten in forensischen Einrichtungen ist. «Langzeit» wurde definiert als Aufenthalt von durchschnittlich zehn Jahren. Die Autoren haben festgestellt, dass in Hochsicherheitseinrichtungen fast ein Viertel der Unterbrachten als Langzeitpatienten gilt und in Kliniken mit mittleren Sicherheitsstandards fast ein Fünftel. In den Kliniken mit mittlerer Sicherheit wurde

interessanterweise eine hohe interinstitutionelle Variationsbreite mit einem Anteil von Langzeitpatienten zwischen 0–50% gefunden. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis dafür sein, dass die Entlassungspraxis nicht nur mit dem Rückfallrisiko korreliert, sondern auch mit der Haltung und den Konzepten der behandelnden Institution.¹⁷

4. Alternativen?

Der Blick auf andere Länder mit vergleichbaren forensisch-psychiatrischen Strukturen und deren Umgang mit den Herausforderungen bei Behandlung und Wiedereingliederung kann Perspektiven für mögliche Lösungsansätze bieten. Nachfolgend werden einige Beispiele skizziert. Grundsätzlich ist zu sagen, dass alle nachfolgend vorgestellten Modelle zwar Denkanstösse sein können, aber auch Schwierigkeiten in der Umsetzung mit sich bringen, die hier nicht abschliessend analysiert und diskutiert werden können.

In Italien fand in den letzten Jahren eine der grössten Reformen der forensischen Psychiatrie statt, bei der die Versorgung in weiten Teilen wieder in die allgemeinen psychiatrischen Strukturen überführt wurde. Die chronisch überfüllten Vollzugseinrichtungen für psychisch kranke Straftäter, die wegen der ungenügenden Behandlungs- und Lebensqualität in der Kritik standen, wurden aus der Verantwortung des Justizministeriums auf das Gesundheitsministerium übertragen, und ihre Schliessung angeordnet. Als Alternative wurden gemeindenahе Übergangswohneinrichtungen geschaffen, deren Zuständigkeit ausschliesslich in der Verantwortung der Gesundheitsdienste liegt.¹⁸ Jede Einrichtung hat eine Höchstgrenze von 20 Plätzen. Die Richter müssen bereits bei der Anordnung einer Unterbringung andere Massnahmen zur Sicherstellung der Behandlung prüfen, dazu gehört die «Freiheit unter Aufsicht», d.h., dass eine Person in Freiheit leben kann, wenn sie bestimmte Auflagen einhält. Zudem ist die maximale Aufenthaltsdauer in solchen Einrichtungen auf die Strafdauer für die begangene Tat begrenzt. Eine längerfristige Evaluation dieser Reform steht noch aus.¹⁹

Im Sinne der Prävention, d.h. der Verhinderung von schweren Straftaten, die zur Anordnung einer strafrechtlichen Massnahmen führen können, kann das Instrument der zivilrechtlichen Behandlung gegen den Willen verstanden

17 Hare Duke L./Furtado V./Guo B./Völm B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), S. 313–321.

18 Natta W. M./Molino G./Peloso P./Ferrannini L./Ghio L. (2016). Die Betreuung psychisch kranker Täter in Italien: von forensischen Krankenhäusern zur ambulanten Betreuung. *Recht & Psychiatrie*, 34(4).

19 Castelletti L./Scarpa F. (2022). Die ersten fünf Jahre einer radikalen Reform der forensischen Psychiatrie in Italien. *Recht & Psychiatrie*, 40(1).

werden. In England und in einigen Bundesstaaten der USA kann beispielsweise eine Weisung für eine ambulante Behandlung erteilt werden, die auch die Einnahme von Medikamenten beinhaltet.²⁰ Diese Community Outpatient Treatment Orders werden in der Regel im Anschluss an einen Klinikaufenthalt wegen Eigen- oder Fremdgefährdung verfügt. Die Nichteinhaltung der Auflagen kann eine Rückversetzung in die stationäre Behandlung zu Folge haben. Auch hier erfolgt also ein Eingriff in die persönliche Freiheit, aber rehabilitationsorientiert, gemeindenah und mit schnellen Interventionsmöglichkeit, sobald es Anzeichen für Noncompliance und steigendes Gefährdungsrisiko gibt.

Auch die forensische Psychiatrie in Deutschland ist mit dem Problem der langen Verweildauern und der stark steigenden Unterbringungszahlen konfrontiert. Zudem sorgten Einzelfälle mit hoher medialer Präsenz dafür, dass das System der strafrechtlichen Unterbringung psychisch Kranker generell kritisiert wurde. Das hatte im Jahr 2016 eine Reform des § 63 StGB zur Folge, in der dem Prinzip der Verhältnismässigkeit zwischen Rückfallrisiko und Freiheitsentzug bei Anordnungs- und Folgeentscheidungen eine verstärkte Gewichtung zuteil wurde. Die folgenden Entlassungen aus Verhältnismässigkeitsgründen nach zum Teil über zehnjährigen Unterbringungen waren zum Teil mit grossen Herausforderungen für die Organisation einer rückfallpräventiven Nachsorge verbunden.²¹ Eine weitere Reform ist für die Unterbringung nach § 64 StGB vorgesehen (suchtkranke Straftäter), bei der vor allem die Erfolgsaussichten der Therapie und die Therapiemotivation stärker berücksichtigt werden sollen.²²

5. Zusammenfassung

Auch wenn die Mehrheit der Personen mit psychischer Erkrankung weder gewalttätig ist, noch anderweitig strafrechtlich relevantes Verhalten zeigt, ist der Zusammenhang von bestimmten Erkrankungssymptomen mit Kriminalität nicht von der Hand zu weisen. In diesen Fällen kann Behandlung in aller Regel zu einer signifikanten Verbesserung der Legalprognose beitragen. Behandlung umfasst dabei nicht nur Medikamente, sondern eine umfassende

20 Kisely S. R./Campbell L. A./O'Reilly R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane database of systematic reviews, (3).

21 Baur A./Querengässer J. (2017). Falscher Weg zum richtigen Ziel?–Rechtsdogmatische und therapeutische Überlegungen zu Verhältnismässigkeitserledigungen im Maßregelvollzug als Folge der Reform des Unterbringungsrechts. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform/Journal of Criminology and Penal Reform, 100(5), S. 313–327.

22 Schalast N. Zur Debatte um die Reform der gesetzlichen Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 15, S. 179–187 (2021).

psychosoziale Rehabilitation in ein der Krankheit angepasstes Lebensumfeld. Vor diesem Hintergrund stellt sich also weniger die Frage, ob bei psychisch kranken Straftätern eine Behandlungsindikation besteht oder nicht, sondern vielmehr, wer diesen Behandlungsauftrag übernimmt, und unter welchen Bedingungen bzw. mit welchem Grad an Freiheitseinschränkung für die betroffene Person die Behandlung durchgeführt wird. Gerade im Hinblick auf die Einschränkung von Persönlichkeitsrechten sollte für die Frage von Alternativen zum strafrechtlichen Massnahmenvollzug auch der Präventionsgedanke berücksichtigt werden. Dazu gehört, dass (1) nicht nur forensische Psychiater und Psychiaterinnen, sondern auch Fachpersonen aus der Allgemeinpsychiatrie die Einschätzung von Gefährdungsaspekten beherrschen und als ihre Aufgabe sehen, (2) wirksame erwachsenenschutzrechtliche Interventionsmöglichkeiten bestehen und genutzt werden und (3) keine Versorgungs- bzw. Informationslücken entstehen.

In Bezug auf bereits angeordnete strafrechtliche Massnahmen bei psychisch kranken Personen sind vor allem Alternativen zu vollstationärer forensisch-psychiatrischer Versorgung zu diskutieren, die die Partizipationsfähigkeit erhöhen. Dazu gehören insbesondere Tageskliniken, spezialisierte Ambulanzen und spezialisierte Wohnheime, die mit entsprechender fachlicher Unterstützung auch Risikomonitoring durchführen können.

Zur besseren Vergleichbarkeit wäre es wünschenswert, wenn nationale Standards für die Behandlung im Massnahmenvollzug und Qualitätsmessungen existieren würden, die die Perspektive der eingewiesenen Personen berücksichtigen, aber auch quantitative Daten wie Liegezeiten, Rehospitalisierungs- und Abbruchraten zur Verfügung stellen.