

FORUM JUSTIZVOLLZUG

Zusammenfassung der Workshops

Am Mittwoch, 27. November und am Donnerstag, 28. Februar 2019 fanden im Kongresszentrum Weltpostverein in Bern eine Reihe von Workshops statt. Hier finden Sie die Berichte dazu.

Justizvollzugs- und Gesundheitspersonal: Welche Hilfsmittel sind nötig, um die konstruktive Zusammenarbeit zu fördern?

Hans Wolff, Nicolas Peigné, Diane Golay, Alexandre Maggiacomo, Thierry Fridez

Hans Wolff, Chefarzt des Service de médecine pénitentiaire am Hôpitaux universitaires de Genève SMP, eröffnet den Workshop zur Zusammenarbeit zwischen dem Justizvollzugs- und dem Gesundheitspersonal. Er stellt das Konzept vor, das auf einer Trennung der Gesundheitsversorgung von den Justizvollzugsbehörden beruht. Internationale Gremien sprechen sich dafür aus, dass die Gefängnismedizin der Gesundheitspolitik und nicht der Justiz angegliedert ist. Dieses System hat den Vorteil, dass die Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und leicht zugänglich ist, dass das Vertrauen sowie die Vertraulichkeit gewährleistet sind und dass die Gesundheitsversorgung hinter Gittern derjenigen in Freiheit gleichwertig ist, sowie gewisse Vorteile in Bezug auf das Gesundheitspersonal. Momentan wenden sechs Schweizer Kantone besagtes Modell an.

Thierry Fridez, Chef der Gefängniswärter im Gefängnis Champ-Dollon, stellt die Genfer Einrichtung vor. Es handelt sich dabei um eine Institution, in der alle Haftarten (Untersuchungshaft, Straf- und Massnahmenvollzug) vollzogen werden. Das Gefängnis ist chronisch überbelegt und verfügt über einen gefängnisexternen Gesundheitsdienst. Täglich kommt es zu etwa 100 begleiteten Überweisungen an den Gesundheitsdienst.

Hans Wolff kommt auf die Grundlagen einer guten berufsübergreifenden Zusammenarbeit zu sprechen: Kenntnis der verschiedenen Kompetenzen, Achtung der Rolle jeder einzelnen Person sowie der Wille zur Zusammenarbeit. Als Herausforderungen gelten die emotionale Belastung, die Arbeitsbedingungen sowie institutionelle Faktoren. Damit die Zusammenarbeit gestärkt werden kann, muss man die Rolle des Gegenübers kennen, Konflikte lösen, kommunizieren, Kompromisse suchen und bei der Arbeit eine von Offenheit und Transparenz geprägte Grundhaltung an den Tag legen.

Diane Golay, Leiterin der Psychologinnen und Psychologen beim SMP, geht auf praktische Fragen bezüglich der Schweigepflicht und der Kommunikation von Informationen ein. Wichtig sei es, sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die anderen beteiligten Akteure ab Beginn der Betreuung gut zu informieren, indem ihre Rollen und ihre Verantwortlichkeiten geklärt würden. In diesem Zusammenhang fällt der Begriff des gegenseitigen Vertrauens: Ziel sei es, pluridisziplinäre Gefässe zu schaffen, in

denen Personen mit unterschiedlichen Rollen miteinander kommunizieren. Die Idee dahinter sei insbesondere, sich darüber zu einigen, welche Informationen weitergegeben werden sollen, und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.

Als Nächstes stellt Alexandre Maggiacomo, stellvertretender Direktor des Gefängnisses Champ-Dollon, Hilfsmittel vor, welche die pluridisziplinäre Zusammenarbeit fördern: gemeinsame Sitzung um 8:15 Uhr (jeden Freitag, Rückblick auf die vergangene Woche mit dem Sicherheitspersonal und dem Gesundheitspersonal unter Einbezug der Abteilung für Bewährungshilfe und Wiedereingliederung sowie punktuellen Beiträgen der Abteilung für Straf- und Massnahmenvollzug); Sondersitzungen (punktuelle Teilnahme des Gesundheitspersonals an verschiedenen Sitzungen der Führungskräfte der Einrichtung); Intervision (monatliche Treffen des Sicherheitspersonals im Krankenflügel mit Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitspersonals zur Besprechung der Führung und der Organisation des Traktes); Netzwerktreffen (an der Betreuung einer Patientin/eines Patienten beteiligte Akteure: Koordinierung der Intervention, Entwicklung einer gemeinsamen Strategie); informeller Austausch, Meldeplattformen (Information des Gesundheitspersonals über Verhaltensentwicklungen bei einer inhaftierten Person durch das Sicherheitspersonal); Feedback im Gefängnisalltag (als Antwort auf Meldungen werden punktuell Sitzungen mit dem Gesundheitspersonal und dem Sicherheitsdienst organisiert; bei diesen Treffen geht es um beobachtete Anzeichen, den Erfahrungsaustausch sowie um die Haltung, die bei der Interaktion eingenommen werden sollte, und sie führen am Ende zu Vorschlägen zu beiderseitigen Verbesserungen in Bezug auf die Betreuung); Krisenbewältigung (gemeinsames Vorgehen des Vollzugs- und des Gesundheitspersonals im Hinblick auf die Vorbereitung und die Bewältigung von besonderen Ereignissen).

Nicolas Peigné, leitender Pflegefachmann beim SMP, führt konkrete Beispiele für die Bewältigung von Krisen an (Gefahr des Ausbruchs einer Epidemie, Hitzewellen, Krätze, Brände, Gefängnisaufläufe). In all diesen Situationen gelte es, den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren zu fördern.

Zum Schluss fasst Alexandre Maggiacomo die wichtigsten Voraussetzungen für eine gute pluridisziplinäre Zusammenarbeit zusammen: Wissen über die verschiedenen Berufsbilder und gegenseitiger Respekt für dieselben, die Notwendigkeit, spezifische Austauschgefäße zu schaffen, Erfahrungsaustausch, Reaktionsfähigkeit und unmittelbares Feedback im Gefängnisalltag (insbesondere bei komplexen psychologischen Fällen).

Im Verlauf der folgenden Diskussion wird betont, dass die ärztliche Schweigepflicht nicht per se ein Hindernis für eine gute pluridisziplinäre Zusammenarbeit sei. Vielmehr erlaube es das gegenseitige Vertrauen, unter solchen Bedingungen zusammenzuarbeiten. Ein anderer Punkt, der diskutiert wird, ist die Frage, ob die Mittel zur Zusammenarbeit dank der Unabhängigkeit des Gesundheitsdienstes verfeinert werden können. Aus der Diskussion geht hervor, dass die Unabhängigkeit zwar keine Voraussetzung dafür ist, dass der Austausch zwischen den Partnern begünstigt wird, dass sie aber auch auf keinen Fall ein Hindernis darstellt.

Psychiatrische Versorgung inhaftierter Personen: Was soll das, was ist das und wie viel davon braucht es? Ein Versuch, Missverständnisse aller Art aufzuklären

Simone Hänggi

Nach dem Kurzreferat im Plenum, das einen Überblick über das Thema gab, wurde im Workshop ausführlich erklärt, was die Ziele der psychiatrischen Versorgung inhaftierter Personen sind, wie die Versorgung organisiert ist, und was die Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung im Straf- und Massnahmenvollzug sind.

Definitionen und Häufigkeiten von psychischen Störungen

Bei einer psychischen oder seelischen Störung handelt es sich um eine krankheitswertige Abweichung der Wahrnehmung, des Denkens und des Fühlens. Sie geht einher mit deutlichem Leidensdruck und Problemen in der Lebensführung. Die Ursachen können in einer Funktionsstörung des Gehirns oder in einer Fehlentwicklung mit Verhaltensstörung liegen. Als weltweit anerkannte Grundlage für die Einordnung dient die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).

Psychiatrische Versorgung meint die medizinische Versorgung von Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung bzw. Störung leiden. Sie umfasst neben der Diagnostik verschiedene Arten von Interventionen (z.B. Aufklärung, Psychoedukation, Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, etc.).

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Gründen für die Konsultation eines Arztes. Global leidet im Durchschnitt etwa jede fünfte Person innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Verschiedene Studien belegen, dass die Prävalenz psychischer Störungen bei Personen in Haft überdurchschnittlich hoch ist: Jeder siebte Gefangene hat eine psychotische Erkrankung oder eine Depression; jeder zweite eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (Quelle: Serious mental disorder in 23'000 prisoners: a systematic review of 62 surveys, Fazel et al., Lancet, Vol 359, Feb 16, 2002). Deshalb ist auch das Suizidrisiko bei Personen in Haft deutlich erhöht. Gemäss Fazel et al. 2011 liegen die Suizidraten bei inhaftierten Personen bei 58 bis 147 pro 100'000, in der Allgemeinbevölkerung bei 16 bis 31.

Notwendigkeit einer ambulanten psychiatrischen Versorgung

Darum braucht es eine (ambulante) psychiatrische Versorgung in jeder Institution des Freiheitsentzugs. Nur ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über das notwendige Fachwissen zur Behandlung von psychischen Störungen. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen sind psychische Störungen bei inhaftierten Personen viel zu häufig, als dass ihre Behandlung durch Konsultationen ausserhalb der Haftanstalt sinnvoll wäre. Dieser Anforderung entsprechen auch die Empfehlungen zur psychiatrischen Versorgung im Freiheitsentzug vom 8.1.2016, die von einer Arbeitsgruppe im Auftrag der KKJPD verfasst worden sind.

Formen der stationären psychiatrischen Behandlung

Bei akuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit ist eine Behandlung in einem Spital oder in einer Klinik notwendig. Allerdings gibt es laut Referentin viel zu wenige Plätze für inhaftierte Personen in psychiatrischen Kliniken, sowohl was allgemeinpsychiatrische als auch forensisch-psychiatrische Kliniken angeht. Bei den erstgenannten Kliniken stellt sich das Problem, dass Flucht und Aussenkontakte nicht verhindert werden können; bei den letztgenannten Kliniken, dass sie keine Aufnahmepflicht haben, insbesondere bei ausserkantonalen Patienten.

In Untersuchungsgefängnissen, Justizvollzugsanstalten und Ausschaffungsgefängnissen ist nur die normale medizinische Versorgung sichergestellt. Allein in Massnahmenzentren und in forensisch-psychiatrischen Kliniken ist auch eine deliktpräventive Behandlung möglich. Diese Einrichtungen sind jeweils auf andere Störungsgruppen ausgerichtet und entsprechend eingerichtet.

Qualifizierung und Belastung in der Forensischen Psychiatrie

Philippe Delacrausaz

Seit 2014 gibt es in der Schweiz einen Schwerpunkttitel für forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel dieses Titels ist die Vereinheitlichung der Ausbildung in den verschiedenen Sprachregionen in den Bereichen der Gutachtenserstellung sowie der Betreuung von Gefangenen mit psychischen Erkrankungen oder Personen, gegen die eine strafrechtliche Massnahme verhängt wurde.

Die drei psychotherapeutischen Schwerpunkte, die in der psychiatrischen Ausbildung in der Schweiz anerkannt sind (psychoanalytische Psychotherapie, systemische Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie), werden im Detail erläutert. Es werden auch einige Besonderheiten (Technik, Länge der Therapien usw.) besprochen.

Es wird hervorgehoben, dass zu wenige Psychiaterinnen und Psychiater bereit seien, sich im forensischen Bereich zu engagieren, da dieser als wenig attraktiv und mit zahlreichen Schwierigkeiten behaftet wahrgenommen werde. Es kommt die Frage auf, wie viele Fachleute in diesem Bereich beschäftigt sind. Etwa 70 Psychiaterinnen und Psychiater tragen den entsprechenden Titel, davon etwa 15 aus der Westschweiz. Derzeit sind alle Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz dazu berechtigt, Gutachten anzufertigen. Langfristig wird sich dies voraussichtlich ändern, sodass nur noch diejenigen mit der entsprechenden Spezialisierung strafrechtliche Gutachten erstellen dürfen.

Es wird daran erinnert, dass die Erstellung von Gutachten keine therapeutische Tätigkeit darstellt und deshalb als Verzerrung des Hauptauftrags einer Ärztin/eines Arztes gesehen werden kann. Es wird ausserdem daran erinnert, dass es sich bei der Schuldfähigkeit nicht um einen medizinischen, sondern einen juristischen Begriff handelt. Daraus folgt, dass forensische Psychiaterinnen und Psychiater ihre medizinischen Kenntnisse so in Worte fassen müssen, dass sie Juristinnen und Juristen dienen. Manchmal kann es zu Problemen bei der gegenseitigen Verständigung kommen.

Die Therapeutinnen und Therapeuten haben es mit einer Klientel zu tun, deren Behandlung sich aufgrund des Gefängnisumfelds sowie dessen Zwangscharakters schwierig gestaltet. Es stellen sich zwei zentrale Fragen: Welche «seelischen Abgründe» müssen medizinisch behandelt werden und wie können in einem sicherheitsbedingten Zwangskontext die Interessen der Patientinnen und Patienten gewahrt werden?

Nun wendet sich die Diskussion dem Tätigkeitsbereich der forensischen Psychiatrie zu. Dr. Delacrausaz erklärt, es gäbe ein eigenes, spezifisches Ausbildungsprogramm für die Erstellung von versicherungspsychiatrischen Gutachten. Vor diesem Hintergrund seien 70 Ärztinnen und Ärzte mit einer Spezialisierung für die Erstellung forensischer Gutachten angesichts der Nachfrage nicht genug. Die Folge seien nicht nur lange Wartezeiten, sondern auch, dass eine inhaftierte Person nach ihrer Verurteilung immer wieder von derselben Gutachterin/demselben Gutachter beurteilt wird. Soll eine andere Gutachterin/ein anderer Gutachter beigezogen werden, ist die Auswahl derzeit sehr begrenzt. Es stellt sich die Frage, ob auch Psychologinnen und Psychologen diese Aufgabe übernehmen könnten, jedoch existiert momentan ein Entscheid des Bundesgerichts, der besagt, dass dies nicht möglich sei.

Die Arbeitssprache der Gutachterinnen und Gutachter stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Da die Gefängnispopulation zu 70 % aus Ausländerinnen und Ausländern besteht, muss bei der Beurteilung häufig eine Dolmetscherin/ein Dolmetscher beigezogen werden.

Welche Rolle spielen Kriminologinnen und Kriminologen? Sie sind an der Betreuung nach der Verurteilung beteiligt und ihre Berichte fliessen in die Gutachten ein. Die Beurteilung des Rückfallrisikos, eine komplexe prognostische Angelegenheit, ist eher der Kriminologie als der Psychiatrie zuzuordnen. Müssten Gutachten pluridisziplinär verfasst werden?

Vorab wird hervorgehoben, dass es zwingend notwendig ist, sich mit den verfügbaren Instrumenten vertraut zu machen (Relevanz, Grenzen). Am CHUV gilt die Regel, dass keine Instrumente eingesetzt werden, in deren Anwendung man nicht speziell geschult wurde. Die betreffenden Instrumente müssen unbedingt fachlich korrekt eingesetzt werden.

Aus psychiatrischer Sicht sind nur die Klassifikationen DSM-5 und CIM-10 (bald -11) anerkannt. Ihr Ziel ist es, auf der Grundlage eines internationalen Konsenses festzulegen, was eine Krankheit ist und was nicht. Die Mehrheit der Psychiaterinnen und Psychiater ist der Ansicht, dass ein Krankheitsbild gemäss den Klassifikationen als Referenz vorliegen muss, damit verschiedene Fachleute zu einer Übereinstimmung kommen können. Ohne dieses gemeinsame Bezugssystem kann es schnell zu Entgleisungen kommen. Davon könnten gewisse «Star-Gutachterinnen und -Gutachter» betroffen sein. In der Schweiz versuchen ein paar Psychiaterinnen und Psychiater, ihr eigenes Bezugssystem zu etablieren.

Ein Vertreter der Bewährungshilfe erklärt, Gutachten seien immer willkommen. Auch wenn ein Gutachten für ein Gericht verfasst worden sei, könne es bei der Fallführung von Nutzen sein. In den Augen von Dr. Delacrausaz muss ein Gutachten eine bestimmte Behörde zu einem bestimmten Zeitpunkt bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Grundsätzlich dürfe es danach nicht zu anderen Zwecken verwendet werden. Insbesondere bei Annahmen und Übertragungen auf Situationen, die vom Zeitraum der Urteilsfindung abgekoppelt seien, sei Vorsicht geboten.

Gegen Ende wendet sich die Diskussion der Frage der strafrechtlichen Massnahmen sowie der fehlenden Institutionen für deren Vollzug in der Westschweiz zu. Die Risikoversessenheit führt zu einer Aneinanderreihung von Massnahmen. Dieses Vorgehen birgt das Risiko, dass die verletzlichsten Personengruppen, heutzutage insbesondere psychisch Kranke, eingesperrt werden. Die Irrenärzte haben sich dafür eingesetzt, dass psychisch Kranke aus den Gefängnissen herauskamen, und 200 Jahre später scheint – unter Mithilfe der Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie – alles darauf ausgerichtet zu sein, dass sie wieder dorthin zurückkehren.

Zum Abschluss des Workshops weist Dr. Delacrausaz darauf hin, dass der Begriff «verrückt» heute immer noch als exaktes Synonym zu «gefährlich» verwendet werde, indem er einen aktuellen Zeitungsartikel zitiert; dies sei ein schwerwiegendes Problem, das es weiterhin im Auge zu behalten gelte.

Gesundheit der Mitarbeitenden stärken: Was wir aus dem Gesundheitspakt des Berliner Justizvollzugs lernen können

Kristin Herold, Christina Hansen, Reto Kälin

Christina Hansen und Kristin Herold, aus Berlin, und Reto Kälin der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, führten interaktiv durch den Workshop. Mittels Praxisbeispielen stand durchgehend die Frage im Zentrum, wie Veränderung bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements BGM gelingen kann. Dabei war gleich zu Beginn klar: Wenn man – wie beim Berliner Justizvollzug – mit sechs Justizvollzugsanstalten für Erwachsene und zwei Einrichtungen für Jugendliche mit insgesamt 2800 Mitarbeitenden – sich um die Gesundheit der Mitarbeitenden kümmern will, kann dies zwar mit einem so genannten «Obsttag» beginnen; dieser Auftakt reicht jedoch nicht aus, um die Arbeitsbedingungen nachhaltig gesundheitsförderlich zu gestalten. Das BGM der Berliner Justizvollzugsanstalten verfolgt entsprechend einen ganzheitlichen Ansatz: Ein planvolles und strukturiertes Vorgehen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, um Prozesse und Strukturen in einer Justizvollzugsanstalt erfolgreich gesundheitsfördernd zu gestalten.

Im ersten Praxisbeispiel legten die Referentinnen dar, wie die Mitarbeitenden von Anbeginn in einem partizipativen Prozess eingebunden wurden. Die Mitarbeitenden wirkten in Lösungszirkeln mit. Man verzichtete bewusst auf Befragungen und setzte auf den direkten Austausch. So konnte gewährleistet werden, dass passgenaue Massnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit abgeleitet wurden. Generell zeigte sich, wie eng Arbeitsbedingungen, Arbeitssituation, Kommunikation, Sozial- und Führungsverhalten, Eigenverantwortung aber auch persönliche Lebensumstände miteinander verwoben sind.

Das zweite Praxisbeispiel verdeutlichte, dass Führungskräfte eine Vorbildfunktion wahrnehmen und darauf achten sollen, dass es den Mitarbeitenden gut geht. Es handelt sich dabei nicht um eine zusätzliche Aufgabe; es geht vielmehr darum, die Führungsaufgabe noch bewusster durch die «Gesundheitsbrille» wahrzunehmen. Gleichzeitig sollen sich die Mitarbeitenden im Rahmen des BGM auch aktiv einbringen und ihre Bedürfnisse formulieren. Sowohl Mitarbeitende wie Führungskräfte werden zu Unterstützern und Beratern. Diese ermöglichen – als kollegiale Erstbetreuerinnen und Erstbetreuer – niederschwellige Gesprächsmöglichkeiten mit gegenseitiger Wertschätzung. Die am Prozess Beteiligten entwickelten in Berlin ein gemeinsames Verständnis von Führung.

Die Erarbeitung von Werten, Haltung und Führungskompetenzen in einem partizipativen Prozess über alle Hierarchiestufen hinweg dauert an. Ziel ist die Erstellung eines spezifischen, werteorientierten Führungskonzeptes für den Berliner Justizvollzug. Dabei ist die Bearbeitung von teilweise nach wie vor sehr grossen Führungsspannen nicht abgeschlossen.

Zusammen mit den Teilnehmenden des Workshops widmete man sich im dritten Praxisbeispiel alsdann dem Thema der Verhinderung von Langzeiterkrankungen. Mittels «return to work-Managerinnen und Manager» soll ab 2020 die Gesundheit der Mitarbeitenden über das gesamte Kontinuum von Prävention, Früherkennung bis hin zur Reintegration begleitet werden können, was die Entwicklung von entsprechenden Strukturen und Prozessen erforderlich macht. Auch die dienstrechtliche Steuerung spielt eine klare Rolle: Ab dem 42. Krankheitstag ist jede Dienststelle in Deutschland verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Die Umsetzung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements stellt für den Justizvollzug häufig eine Herausforderung dar. Insbesondere das Anbieten von Wechselmöglichkeiten auf Aufgabengebiete ohne Schicht- und Wechseldienst sind schwierig umzusetzen.

Zwischenfazit: Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine Daueraufgabe. Das Themenfeld muss auch im Justizvollzug dauerhaft in der Organisationsstruktur verankert werden. Und auch nach der konzeptuellen Phase ist man für das eine oder andere Umsetzungsprojekt weiterhin auf externe Fachexpertise angewiesen.

Sich im Gefängnis sicher tätowieren lassen: das Tattoo-Projekt aus Luxemburg

Mike Conrath

Mike Conrath, Pflegefachmann beim Gesundheitsdienst Justizvollzug Luxemburg, stellte das Projekt «Sich im Gefängnis sicher tätowieren lassen» vor.

Er führte aus, dass die Pflegefachfrau Sophie Hornard eine Abschlussarbeit zur Tätowierungspraxis im Gefängnis Schrassig (Centre pénitentiaire de Luxembourg, CPL) verfasst habe. Aufgrund der Forschungsarbeit und der Erfahrungen vor Ort seien sich die Pflegefachleute des Gesundheitsdienstes Centre Hospitalier de Luxembourg CHL der Gesundheitsrisiken bewusst geworden, die das illegale Stechen kunstvoller Tätowierungen bei und durch Gefangene des CPL bergen können.

Im Rahmen eines Erasmus+-Projekts und mit Unterstützung der Verantwortlichen des CHL hat das Pflegepersonal einen Workshop zum Thema «sicheres Tätowieren» ins Leben gerufen. Dabei tätowieren inhaftierte Tätowierer andere inhaftierte Personen in einem eigens dafür vorgesehenen Raum mit professioneller Ausrüstung; dies, nachdem sie eine Schulung zu Hygiene, übertragbaren Krankheiten sowie dem Gebrauch der Ausrüstung besucht haben, und unter bestimmten Bedingungen. Ziel des Workshops ist es, die Zahl von Infektionen und Erkrankungen an übertragbaren Krankheiten zu verringern.

Die Schulung der inhaftierten Tätowierer umfasste zwei Aspekte: Hygiene und Infektionen durch Ansteckung sowie den Gebrauch der Tattoo-Ausrüstung. Dank dieser Schulung lernten die teilnehmenden Gefangenen, wie die Ansteckung mit Infektionen vor sich geht, und erhielten vor allem auch Ratschläge dazu, wie den damit verbundenen Risiken vorgebeugt werden kann und wie diese verringert werden können. Zudem vertieften sie die Hygienevorschriften und das Wissen über eine hygienische Arbeitsweise, die in ihrer zukünftigen Rolle als Tätowierer von Bedeutung sind. Eigentliches Ziel der Initiative ist es, unprofessionelles Tätowieren, wie es in Gefängnissen oft praktiziert wird, sowie die damit verbundenen Infektionsrisiken (insbesondere Hepatitis B und C und HIV) einzudämmen. In der ersten Phase des Projekts lehrte ein professioneller Tätowierer den Umgang mit der Tattoo-Ausrüstung. Seither bringen die bereits geschulten inhaftierten Tätowierer Neueinsteigern bei, wie die Tattoo-Ausrüstung benutzt wird.

Bevor das Projekt auch wirklich durchgeführt werden konnte, musste ein Raum entsprechend hergerichtet werden und es war nötig, die für ein sicheres Tätowieren notwendige Ausrüstung zu beschaffen.

Nachdem darüber informiert worden war, dass ein «Tattoo-Studio» eingerichtet worden sei, konnten die inhaftierten Personen einen Termin vereinbaren, um sich von den inhaftierten Tätowierern tätowieren zu lassen. Bei den Tattoo-Sitzungen war stets einer der für die Umsetzung des Projekts verantwortlichen Pflegefachmänner anwesend; ausserdem mussten einige Regeln beachtet werden, die gemeinsam mit der Leitung der Justizvollzugseinrichtung festgelegt worden waren:

- Der Tätowierer muss die geltenden Hygienevorschriften befolgen.
- Das Tattoo darf nicht fremdenfeindlicher Natur sein.
- Der inhaftierte Tätowierer darf nicht tätowieren, wenn gegen ihn eine Disziplinar massnahme läuft oder er arbeitsunfähig ist.

Nach Abschluss des Erasmus+-Projekts hatten die inhaftierten Tätowierer vom Beginn des Projektes bis im Juni 2018 während 528 Stunden sicher tätowiert und es besteht weiterhin eine grosse Nachfrage nach Terminen.

Gesundes Gefängnis – Förderung der Gesundheitskompetenz durch Bewegung

Samuel Maurer, Mathias Marending

Der Workshop ist sehr (inter-)aktiv gestaltet. Die Referenten fangen an mit einem Ballspiel mit den 16 Teilnehmenden. Sie machen das Spiel, damit die Teilnehmenden einen Eindruck von einer möglichen Gruppendynamik im Rahmen einer Bewegungslektion bekommen.

Nach dem Ballspiel eröffnen die Referenten eine Diskussion über Gesundheitskompetenz. Die Teilnehmenden werden eingeladen, untereinander über Gesundheitskompetenz zu diskutieren. Anhand von einem Poll werden die verschiedenen Perspektiven zur Gesundheitskompetenz ausgewertet.

Es gibt verschiedene Bereiche der Gesundheitskompetenz. Diese sind: Wissen, Kompetenz und Motivation. Diese behandeln verschiedene Fragen, bspw. welches sind die Anlaufstellen bei körperlichen und psychischen Problemen? Versteht ein Insasse die Informationen welche zur Verfügung stehen (z. B. Broschüren)?

Bei der Förderung von Bewegung im Vollzug geht es nicht nur um die Gesundheit, sondern sie spielt auch eine wichtige Rolle in der Resozialisierung der Insassen. Die Referenten berichten über verschiedene Ziele betreffend Gesundheit und Bewegung:

- Ein Ziel könnte sein, das Selbstvertrauen der Insassen zu stärken durch Erfolgserlebnisse im Sport;
- Das Wohlbefinden kann sich steigern durch Bewegung; die Insassen fühlen sich wohl und gesund;
- Die Insassen können ihr Wissen vergrössern über einen gesunden Lebensstil;
- Durch Mannschaftssport können Insassen lernen zusammen Erfolge und Misserfolge zu erleben und zu teilen sowie das Miteinander und der respektvolle Umgang untereinander;
- Durch Sport können Insassen Erfahrungen sammeln die ihnen positiv prägen;
- Die Insassen können lernen, Freude an Bewegung zu haben.

Matthias Marending erzählt über seine Erlebnisse als Sportlehrer in Witzwil. Er erwähnt Fussball, eine Sportart, die für viele Insassen mit Emotionen verbunden ist. Diese Emotionen können sowohl negativ wie positiv sein, aber bieten auf jeden Fall eine Öffnung für ein Gespräch mit den Insassen. Im Fussball gibt es auch viele negative Beispielen von Verhalten rundum Fussballspiele, das kann ebenfalls eine Anregung für eine Diskussion über Verhalten sein. Die Tätigkeit eines Sportlehrers besteht also nicht

ausschliesslich aus das Unterrichten von verschiedenen Sportarten, sondern ist viel mehr Beziehungsarbeit.

Es werden verschiedenen Formen von Sportangeboten im Justizvollzug diskutiert. Die Referenten empfehlen eine Kombination aus begleiteten und unbegleiteten Angeboten. Das begleitete Angebot ist von der pädagogischen Perspektive sehr spannend, gleichzeitig bietet ein unbegleitetes Angebot eine gewisse Freiheit im Rahmen des Vollzugs.

In diesem Workshop werden nicht nur Möglichkeiten aufgezeigt, mit welchen die Gesundheit der Insassen gefördert werden können, sondern auch Ressourcen genutzt werden können, die der Gesundheit der Mitarbeitenden zugutekommen. So gibt es die Möglichkeit von Bike2Work, ein Rücken training für Mitarbeitende, oder einer gemeinsam Laufgruppe.

Die Erfahrungen der Referenten zeigen, dass ein umfassendes Sportangebot für eine Verbesserung des Klimas in den Anstalten sorgt, es gäbe bspw. weniger Inzidenten. Weniger Vorfälle haben einen positiven Einfluss auf das Arbeitsklima für die Mitarbeitenden.

Es wird die Möglichkeit erwähnt, Mitarbeitende einzusetzen als Begleitung für ein Sportangebot. Dies kann auch für die Mitarbeitenden sehr bereichernd sein. Es braucht jedoch ein auf die Bedürfnisse und Infrastruktur angepasstes Konzept. Zudem ist es wichtig, dass das Team entsprechend geschult wird. Daher macht es Sinn, dass man sich extern begleiten lässt. Die Referenten schliessen den Workshop ab mit der Mitteilung, an einem Weiterbildungsangebot für die Sportausbildung von Mitarbeitenden im Justizvollzug, zu arbeiten. In einer kurzen Umfrage unter den Teilnehmenden werden Meinungen dazu eingeholt. Dabei kommt klar heraus, dass ein entsprechendes Angebot erwünscht ist und unterstützt würde.

SAPROF-Youth Version: Erfassung von Schutzfaktoren für das Gewaltisiko bei Jugendlichen

Cyril Boonmann

Das «Structured Assessment of Protective Factors for violence risk-Youth Version» SAPROF-YV (De Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman & de Vogel, 2014; 2015; 2018) ist ein Beurteilungsinstrument zur Erfassung von Schutzfaktoren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Es handelt sich um ein «Structured Professional Judgment» SPJ, eine Checkliste, die zusammen mit überwiegend risiko-orientierten Instrumenten für Jugendliche verwendet werden kann.

Das SAPROF-YV wurde nach dem internationalen Erfolg des ursprünglichen SAPROF für Erwachsene entwickelt. Zusätzlich zu den bereits in anderen Instrumenten bewerteten Risikofaktoren soll das SAPROF-YV durch eine spezifische, vertiefte Bewertung von Schutzfaktoren den Prozess der Einschätzung des Gewalttrisikos ergänzen, um eine ausgewogenere Bewertung des zukünftigen Gewalttrisikos zu ermöglichen. Die 16 dynamischen Faktoren des SAPROF-YV können bei der Fallformulierung, der Festlegung positiver Behandlungsziele und der Bewertung des Behandlungsfortschritts hilfreich sein und somit zu einer gut informierten Risikokommunikation beitragen. Die Schutzfaktoren ermöglichen einen positiveren Umgang mit Gewaltprävention. Daher ist es wichtig, dass das Instrument in den kommenden Jahren sowohl national als auch international weiter validiert wird.

Infektionskrankheiten: Herausforderungen für Inhaftierte und Mitarbeitende im Freiheitsentzug

Laurent Gétaz, Claude Scheidegger

Ziel des Workshops war die Sensibilisierung für übertragbare Krankheiten im Freiheitsentzug. Die Präsentation bestand aus zwei eigenständigen Referaten von Laurent Gétaz und Claude Scheidegger.

Im ersten Teil erklärte Laurent Gétaz, dass die Prävalenz von zahlreichen Infektionskrankheiten bei inhaftierten Personen höher sei als in der Allgemeinbevölkerung. Gemäss einer Studie, die in den Gefängnissen des Kantons Genf durchgeführt wurde, kommen beispielsweise Fälle von Tuberkulose in der Gefängnispopulation 25 Mal häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung; Erkrankungen an Hepatitis B sind etwa 33 Mal häufiger und Fälle von HIV ungefähr 7,5 Mal häufiger. Was Tuberkulose und Hepatitis B betrifft, so ist die erhöhte Prävalenz vor allem mit der Herkunft der inhaftierten Personen zu erklären, die sich für gewöhnlich mit diesen Krankheiten infizieren, bevor sie migrieren. Der gesetzliche Auftrag in Bezug auf Infektionskrankheiten lässt keinen Spielraum offen: Art. 30 der Epidemieverordnung verlangt, dass präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen in den Einrichtungen des Freiheitsentzugs angemessen umgesetzt werden. Konkret verlangt die Gesetzesbestimmung, dass die inhaftierten Personen zu ihrem Gesundheitszustand befragt und bei Eintritt in die Institution untersucht werden und dass sie Zugang zu Schutzmassnahmen und einer angemessenen Behandlung erhalten. Da die betreffenden Anforderungen noch nicht überall umgesetzt werden, ist es angebracht, die Problematik der Infektionskrankheiten im Gefängnisumfeld eingehender zu untersuchen.

2012 wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes 170 Fachleute für Justizvollzug aus fünf Westschweizer Gefängnissen zur Einstellung des Gefängnispersonals gegenüber Infektionskrankheiten im Gefängniskontext befragt. Der Fokus lag dabei auf den Ängsten, die dieses Thema auslöst, sowie auf dem vorhandenen Wissen und den wirksam angewendeten Schutzmassnahmen. Die Analyse der Ergebnisse hat gezeigt, dass in Bezug auf das vorhandene Wissen über Infektionskrankheiten und auf das Schutzverhalten der Fachleute für Justizvollzug Nachholbedarf besteht. Beispielsweise gaben 78 % der befragten Personen an, sie hätten Angst, sich mit Hepatitis B zu infizieren, obwohl es eine sichere und wirksame Impfung gegen diese Krankheit gibt. Drei Viertel der Teilnehmenden erinnerten sich nicht mehr, ob sie sich hatten impfen lassen, und mehr als die Hälfte gab an, nicht grundsätzlich Handschuhe zu tragen, wenn sie bei einer Prügelei intervenieren müsste. Die Studie führt zu dem Schluss, dass sowohl Schulungen für die Fachleute für Justizvollzug zur Vermittlung von mehr Wissen über die Übertragungsarten und die Möglichkeiten, sich selbst zu schützen, als auch eine stärkere Verbreitung der systematischen Impfung gegen Hepatitis B sowie das grundsätzliche Tragen von Handschuhen bei Prügeleien nötig sind und Massnahmen darstellen, durch welche die Angst vor Ansteckung und das Infektionsrisiko gemindert werden können.

Im zweiten Teil des Workshops legte Claude Scheidegger die Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis näher dar. Heute sind in der Schweiz nach wie vor ca. 80'000 Personen von einer chronischen Hepatitis-B- oder -C-Viruserkrankung betroffen, wobei bis zu einem Drittel der Betroffenen keine Kenntnisse über ihre Krankheit haben. Dies wird als grosses Risiko bewertet, da die Infektion unbehandelt zu schweren Komplikationen (wie Leberzirrhose, Leberversagen oder Leberkrebs) sowie auch zu nicht die Leber betreffenden Erkrankungen (Zuckerkrankheit, starke Müdigkeit, Depression) führen kann. Zudem kann eine nicht behandelte Person mit Hepatitis B oder C weitere Personen anstecken. Hauptansteckungsweg für Hepatitis C ist noch immer der frühere oder aktuelle Konsum von Heroin und Kokain, der bei Gefängnisinsassen – gleichwohl die Zahlen rückläufig sind – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger verbreitet ist.

Heute wird davon ausgegangen, dass je 5 bis 10 % aller inhaftierten Personen mit Hepatitis B oder Hepatitis C infiziert sind. Aufgrund der oftmals langen Latenzzeit der Erkrankungen, der ansteckungsfördernden engen Verhältnisse im Vollzug und dessen grosser Durchlässigkeit nach aussen ist eine frühzeitige Diagnose und Behandlung im Freiheitsentzug äusserst wichtig zum Schutz der Mitinsassen, des Gefängnispersonals und auch der Allgemeinbevölkerung.

Wie die Weltgesundheitsorganisation WHO hat auch das Bundesamt für Gesundheit BAG Personen im Freiheitsentzug als Risikogruppe identifiziert, bei der besondere Massnahmen betreffend die Vorbeugung, Abklärung und Behandlung von Virushepatitis notwendig sind. Dem Freiheitsentzug ist daher auch ein eigenes Kapitel in den neuen Richtlinien des BAG zu Hepatitis C («Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden») gewidmet, das spezifisch auf die mit der Thematik verbundene Problematik eingeht. Inhaltlich regen die Richtlinien dazu an, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb der Anstalten zu klären und die Informationsvermittlung in den Anstalten zu standardisieren. Daneben listen sie die notwendigen Informationsmaterialien auf, beschreiben spezifische Interventionen (wie z.B. sogenannte «Aktionstage») und nennen die Abgabemodalitäten für Konsumutensilien und Kondome. Die nach wie vor hohe Zahl an Infizierten könnte sich mit vergleichsweise kleinem Aufwand senken lassen, da die Abklärung und die Behandlung von Hepatitis C heute im Unterschied zu früher sehr einfach und günstiger geworden ist. Das Screening kann mit Speicheltests oder Kapillarblut vorgenommen werden und die Therapie dauert etwa acht bis zwölf Wochen. Sie wird von den Patientinnen und Patienten in der Regel sehr gut vertragen und die Aussichten auf eine Heilung sind ausserordentlich gut.

Trotz dieser günstigen Ausgangslage schneiden die Schweizer Gefängnisse bezüglich der Verfügbarkeit von Hepatitis-C-Tests und -Behandlungen, der Verfügbarkeit von sterilen Nadeln und Spritzen sowie Opiatbehandlungen im europäischen Vergleich ungenügend ab. Es ist beispielsweise bekannt, dass die Problemsituation in den Gefängnissen nicht erkannt wird und Utensilien zur Schadensminderung nur in einer Minderheit der Einrichtungen verfügbar sind.

Die Stiftung «Hepatitis Schweiz» plant nun, in den kommenden Monaten in fünf bis zehn Anstalten einen Pilotversuch zu starten. In den betreffenden Anstalten sollen das Wissen über die Krankheit generell verbessert, Tests durchgeführt und Therapien sichergestellt werden, sodass schliesslich umfassende Programme im Sinne von «good practices» etabliert werden könnten. Mit dem Projekt werden sich zudem auch weitere Prävalenzdaten erheben lassen, die Aufschluss über das tatsächliche Ausmass der Problematik in der Schweiz geben können.

Als Fazit halten die Referenten fest, dass im Freiheitsentzug unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten flächendeckend die Voraussetzungen für entsprechende Abklärungen und die Behandlung geschaffen werden müssten, damit das Ziel der Schweizerischen Hepatitisstrategie – die Elimination der Virushepatitis bis 2030 – erreicht werden kann.

Evaluation der Medikamentenabgabe im Gefängnis mittels individueller Medikamentenfächer

Dominique Pralong, Gérard Mary, Arnaud Nicholas, Peter Menzi

In der Strafanstalt la Brenaz nehmen ca. 40% der inhaftierten Personen regelmässig Medikamente ein. Ein grosser Anteil kommt aus Osteuropa, Nordafrika und Subsahara-Afrika.

Die Medikamente wurden früher durch das Sicherheitspersonal abgegeben. Dabei gab es immer wieder Probleme für die Mitarbeitenden. Das Sicherheitspersonal hatte neben der hohen Arbeitsbelastung auch eine grössere Verantwortung, weil sie Medikamente abgeben mussten. Beim Pflegepersonal

war neben der Schweigepflicht auch die Überprüfung schwierig, ob die Behandlung und die Abgabe der Medikamente korrekt vorgenommen wurden. Für die inhaftierten Personen fehlten vielfach die schriftlichen Informationen zur Behandlung, und im Rahmen der Resozialisierung gab es keine Selbstverantwortung bei der Einnahme von Medikamenten.

Aus diesen Gründen wurde auf Initiative des Pflegepersonals die Idee der individuellen Medikamentenfächer entwickelt und in Absprache mit der Gefängnisleitung eingeführt. Die Medikamente werden durch das Pflegepersonal gerichtet, und auf das Medikamentenblatt werden Dosis und Abgabeform notiert. Die verschriebenen Medikamente werden zusammen mit dem Medikamentenblatt in die individuellen Medikamentenfächer (ein Schliessfach beim Aufenthaltsraum) hinterlegt. Jede inhaftierte Person kann mit ihrem Zellschlüssel ihr Medikamentenfach öffnen.

Die inhaftierten Personen werden bei Eintritt über den Zugang zu pflegerischen Leistungen und über die Abgabe der Medikamente informiert. Wichtig ist das Eintrittsgespräch, wo festgelegt wird, wie die Medikamente abgegeben werden. Dabei geht um die Klärung der Fragen, ob die Person suchtmittelabhängig ist, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und ob die Person fähig ist, Medikamente einzunehmen. Nach sorgfältiger Evaluation durch das zuständige medizinische Personal wird entschieden, welche Abgabemethode gewählt wird.

Über 70% der Medikamente werden wöchentlich oder zweimal die Woche abgegeben. Ca. 30% werden unter Sicht abgegeben (Neuroleptika, Substitutions-Medikamente wie Methadon etc.).

Nach 6 Jahren wurde die Medikamentenabgabe im Rahmen einer qualitativen Befragung bei allen Beteiligten (inhaftierte Personen, Pflegefachpersonal und Sicherheitspersonal) evaluiert. In den 8 Jahren seit der Einführung der Medikamentenabgabe wurde zweimal ein Medikamentenmissbrauch festgestellt. Der Medikamenten-Deal hat sich im gleichen Rahmen gehalten wie vor der Einführung. Durch die Vereinfachung des Systems haben alle Berufsgruppen mehr Zeit für ihre Aufgaben, die sie zu erledigen haben. Alle Beteiligten (inhaftierte Personen, Vollzugsangestellte, Pflegepersonal) heben hervor, dass das System **die Selbstständigkeit der inhaftierten Personen fördert, wobei gleichzeitig die Vertraulichkeit und die Sicherheit gewährleistet sind.**

Im Freiheitsentzug ist es **im Hinblick auf den Austritt aus dem Gefängnis** wesentlich, dass die inhaftierte Person **Verantwortung für ihre Gesundheit übernimmt.**

Krisenintervention im Gefängnis Limmattal

Silke Roth-Meister, Irmgard Mosch

Im Bereich der Untersuchungshaft gibt es in Zürich viele Entwicklungen, so ist bspw. das Phasenmodell in Vorbereitung. Die Ziele sind wie folgt definiert: mehr Betreuung, mehr Angebote für Insasse, Spezialisierung der Gefängnisse, sowie Spezialabteilungen innerhalb der Gefängnissen. Momentan gibt es bereits zwei Spezialabteilungen in Limmattal: eine Jugendabteilung sowie eine Kriseninterventionsabteilung, welche hier vorgestellt wird.

Wieso gibt es eine Kriseninterventionsabteilung in Limmattal? Die Suizidrate in den Gefängnissen hatte zugenommen. Regierungsrätin Jacqueline Fehr sei sehr innovativ und offen, damit gab es die politische Bereitschaft zu handeln. Die Konzeption der Kriseninterventionsabteilung fand bereits in 2016/17 statt. Es wurde viel diskutiert über die Umsetzung im Rahmen der baulichen Möglichkeiten im Gefängnis Limmattal. Es hat sich ebenfalls als schwierig herausgestellt, dass es in der Gefängnis-

welt der Schweiz noch nichts Vergleichbares gab. Sie haben also in verschiedenen psychiatrischen Kliniken geschaut wie man mit Krisen im Haft umgehen könnte. Die guten Ideen die sie in den Kliniken aufgetan haben, haben sie umgesetzt.

In der Kriseninterventionsabteilung gibt es Platz für neun Inhaftierten: vier Doppelzellen und eine Einzelzelle. Es geht um eine geschlechtergemischte Abteilung, sie haben gute Erfahrungen damit gemacht – in der Psychiatrie sind die Geschlechter auch gemischt. Die Abteilung besteht seit Februar 2019. Es gibt 400 Stellenprozent Pflegepersonal, 100 Stellenprozent für einen Psychiater/eine Psychiaterin. Es wird betont, dass die Kriseninterventionsabteilung zur Untersuchungshaft gehört, es handelt sich also nicht um eine Therapiestation.

Was ist eine Krise und was führt zu einer Krise? Eine Haftsituation ist oft ein Wendepunkt im Leben des Inhaftierten, bei manchen wird sogar ein sogenannter Haftschock festgestellt. Dieser Schock sei ein Symptom der Krise. Eine Person, welche sich in der Krise nicht von akuter Suizidalität abgrenzen kann, braucht eine Intervention in einer Klinik. Die Abteilung ist für Inhaftierte in einer akuten Krise, welche kooperativ, absprachefähig sind und bereit sind, am täglichen Programm der Abteilung mitzumachen. Klinikplätze für Insassen in einer Krise sind sehr rar. Die Kriseninterventionsabteilung schliesst hier eine Lücke. Es stehen auf dieser Abteilung psychiatrische Betreuung und Versorgung zur Verfügung. Auf der Abteilung können sich die Inhaftierten freier bewegen als es normalerweise der Fall ist während der Untersuchungshaft. Die Inhaftierten müssen während dem Aufenthalt auf der Abteilung nicht arbeiten, es gäbe jedoch ein Beschäftigungsangebot. Des Weiteren gibt es viele Möglichkeiten für Gespräche mit Pflegepersonal und dem Psychiater. Die Inhaftierten können viel Zeit im Aufenthaltsraum verbringen, gemeinsam Kochen und Mittagessen.

Die Plätze auf der Abteilung sind gefragt, sie waren jedoch nie vollbelegt, da die Abteilung aufnahmefähig sein sollte. Die Referentin merkt an, es wäre eine gute Idee ein solches Angebot auszubreiten und evtl. sogar in der ganzen Schweiz anzubieten.

Herausforderndes Verhalten bei psychisch auffälligen oder kranken Klienten in meiner Beratungs- und Betreuungsarbeit (Schweizerische Vereinigung Bewährungshilfe und Soziale Arbeit in der Justiz, prosaj)

Patrick Zobrist, Thomas Erb

Arbeitsbeziehungen gelten im psychosozialen Feld allgemein und in der Arbeit mit Straftätern als wichtiger Faktor für die Wirksamkeit der Interventionen und eine erfolgreiche Resozialisierung. Studien zeigten, dass eine Arbeitsbeziehung nach den Prinzipien «fair-firm-caring» auch bei psychisch kranken Tätern erfolgsversprechend sind. Herausfordernde Verhaltensweisen von psychisch auffälligen oder kranken Tätern haben nicht nur mit der Pathologie der Klienten und Klientinnen zu tun, sondern auch mit dem gezeigten Verhalten der Fachpersonen in der Arbeitsbeziehung mit dem Klienten und der Klientin.

Im abgehaltenen Workshop wurden, zwischen Fachpersonen mit Berührungspunkten zum Strafvollzug und der Wiedereingliederung, theoretische und methodische Ansätze aus der Psychologie und Soziologie diskutiert, die sich interaktionistisch verstehen oder sich in einem interaktionsbezogenen Sinne anwenden lassen. Wie sich in den Workshop-Gesprächen zeigte können die von Patrick Zobrist vorgestellten Ansätze, über «Eigenschaftsansatz» von herausfordernden Verhaltensweisen der Klienten und Klientinnen («auffällig, weil gestört») hinausgehen, Bewusstsein und Verständnis erweitern und dadurch das Interventions- und Beziehungsgestaltungsspektrum verbessern.

Die Ansätze waren im Einzelnen:

1. Herausforderndes Verhalten als dysfunktionale Bedürfnisbefriedigung
2. Herausforderndes Verhalten als Bewältigung der Autonomieeinschränkung durch die Fachperson
3. Herausforderndes Verhalten als Schutz der Identität
4. Herausforderndes Verhalten als Schutz vor «zu schnellen Veränderungen»

Die vier diskutierten Ansätze werden auf der Internetseite von **prosaj** (https://prosaj.ch/wp-content/uploads/2020/02/prosaj_Workshop_2019_d.pdf) als kurze Zusammenfassung vorgestellt. Der Text beinhaltet die Diskussion und die Rückmeldungen der teilnehmenden Fachpersonen sowie die zugehörigen Literaturhinweise.

Mitgestalten?! Psychische Gesundheit durch Selbstwirksamkeitserfahrungen

Stefan Schmalbach

Seit nunmehr fast 10 Jahren werden in den therapeutischen Bereichen des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Amtes für Justizvollzug Zürich wahrgenommene suboptimale Prozesse SOP und Entwicklungsvorschläge E systematisch dokumentiert, analysiert und evaluiert. SOP können sich auf den forensischen Behandlungsprozess, klassische Rückfälle, besondere Vorkommnisse, Kommunikationsprobleme, Schnittstellenkonflikte, etc. beziehen. Das Spektrum der Entwicklungsvorschläge reicht von einfachen infrastrukturellen bis hin zu komplexen organisationsbezogenen Verbesserungsideen. Jeder(r) Mitarbeitende kann und soll SOP & E einbringen. Die Meldungen werden in einem spezifisch dafür eingerichteten Ressort gesammelt, von den Ressortverantwortlichen gemeinsam mit den Bereichsleitungen nach einem definierten Procedere ausgewertet und die allenfalls resultierenden Massnahmen zurück ins Team kommuniziert. Auf diese Weise verantwortet sich jede(r) Mitarbeitende für die Weiterentwicklung des eigenen Arbeitsfeldes und der Gesamtorganisation und kann sich – als Individuum, als Team – als selbstwirksam erfahren. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, die eigene Arbeit als sinnhaft zu erleben, was sich auch positiv auf krankheitsbedingte Absenzen auswirken kann.

Der Workshop knüpfte an das Leitthema des letztjährigen Forums Justizvollzug (Standards! Aber wozu?) an und präsentierte einleitend eine Definition psychischer Gesundheit, welche vom Bundesamt für Gesundheit bereits 2015 vorgeschlagen wurde und fokussierte auf den darin enthaltenden Aspekt eines notwendigen Gefühls von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle. Das (psychologische) Konzept von Selbstwirksamkeitserfahrungen wurde in der Folge bezüglich seiner Entstehungsbedingungen einerseits und seiner Auswirkungen andererseits erläutert und gemeinsam diskutiert. Die impliziten Elemente «Erkunden - Erproben - korrigieren - Entfalten» wurden vor dem Hintergrund der konkreten Voraussetzungen und Erfordernisse des Justizvollzugsalltags kritisch reflektiert und die Notwendigkeiten für eine konstruktive Teamatmosphäre sowie einer positiven motivationalen Handlungsgrundlage herausgearbeitet. Die Konsequenzen einer Existenz negativer Bedingungen wurden im Rahmen eines Exkurses zum Thema «Burn-out» aufgezeigt.

Als praxisnahe Umsetzungsbeispiel zur Förderung positiver Bedingungen im Sinne einer Unterstützung von Selbstwirksamkeitserfahrungen von Mitarbeitenden im Justizvollzug wurde der konkrete Prozess des Ressorts «Suboptimale Prozesse und Entwicklung» im PPD Zürich anhand zweier konkreter Beispiele erläutert. Es wurde im diesem Sinne eine praxisnahe, pragmatische und durch konkrete Beispiele illustrierte Lösung angeboten, die sich mittelbar positiv auf die Gesundheit im Arbeitsfeld Justizvollzug auswirken kann.

Junge Erwachsene in einer stationären Massnahme: Eine besondere Gruppe inhaftierter Patientinnen und Patienten?

Laila Espinosa, Kerstin Weber

Bei der forensisch-psychiatrischen Betreuung von jungen Erwachsenen, gegen die eine stationäre psychiatrische Massnahme (Art. 59 StGB) ausgesprochen wurde, stellt sich die Frage, wie sich gewisse psychische Erkrankungen, die zu strafrechtlich relevanten Handlungen geführt haben, auf die zukünftige Entwicklung auswirken.

Die Abteilung für stationäre Massnahmen, die im Januar 2017 infolge eines Konsenses des Gesundheits- und des Sicherheitsdepartements des Kantons Genf geschaffen wurde, führt einen Behandlungstrakt eigens für den Vollzug von Massnahmen bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 30 Jahren, der in der geschlossenen Justizvollzugseinrichtung Curabilis angesiedelt ist. Die 16 jungen Erwachsenen, die sich dort aufhalten, sind grösstenteils Ausländerinnen und Ausländer, ledig und haben keine Kinder. In den meisten Fällen haben sie gegen das Betäubungsmittelgesetz verstossen, Straftaten gegen Leib und Leben Dritter verübt, Vermögensdelikte begangen, gegen das Strassenverkehrsgesetz verstossen oder sich eines Sexualdelikts strafbar gemacht.

Diese jungen Erwachsenen weisen drei Arten von psychiatrischen Krankheitsbildern auf: a. chronische Störungen (Schizophrenie oder bipolare Störung), welche die Entwicklung beeinträchtigen und eingeschränkte geistige Fähigkeiten, fehlende Beziehungen sowie einen Abbruch der sozialen Integration nach sich ziehen; b. Störungen der geistigen Entwicklung (geistige Behinderung, kindliche Psychose), die mit einem impulsiven Charakter, Schulabbruch und Anfälligkeit für Einflüsse von aussen (Strassenbanden, Drogen) einhergehen; und c. Verhaltensstörungen (Negativismus, Misstrauen, Feindseligkeit gegenüber Autoritätspersonen) oder Störungen des Sozialverhaltens im Kleinkindalter, die im familiären Umfeld in Ausbrüche von Aggressivität ausarten, sowie ein sozial unangepasstes und dissoziales Verhalten. Ihre psychische Erkrankung kommt immer aggressiver und zerstörerischer zum Ausdruck; schon im Kindesalter sind Symptome einer geistigen Erkrankung, begrenzte geistige Fähigkeiten und eingeschränkte schulische Leistungen sowie eine soziale Ausgrenzung zu beobachten. Die Familie leidet, bezeichnend sind massiver Drogenmissbrauch, Impulsivität sowie eine Neigung zur Begehung von Straftaten.

Die Ärzte und das Pflegepersonal sowie das Sicherheitspersonal stehen täglich vor dem Spagat, diese jungen inhaftierten Patientinnen und Patienten wohlwollend und zugleich streng zu begleiten, insbesondere nach arbeitsagogischen Grundsätzen (klinische Neuropsychologie, Drogenbehandlung, arbeitsagogische Therapie), damit sie zu reifen Erwachsenen werden können. Die Neigung zu selbst- und fremdverletzendem Verhalten sowie das wiederholte Überschreiten von Grenzen stellen das professionelle Verhalten und das Engagement der Vollzugsangestellten sowie der Ärzte und des Pflegepersonals auf eine harte Probe. Sind sich die Teams in Bezug auf eine inhaftierte Patientin/einen inhaftierten Patienten nicht einig, so widerspiegelt dieser Konflikt den inneren Konflikt der inhaftierten Patientin/des inhaftierten Patienten und die Extreme ihres/seines zwiespältigen Auftretens kommen in Form von entgegengesetzten Sichtweisen der Angestellten zum Ausdruck. Wird ein solcher Konflikt nicht angegangen und gelöst, so wird er den inhaftierten Patientinnen und Patienten bewusst, was zu einer Verschlechterung ihres Zustands führt. Damit eine geborgene und heilsame Atmosphäre gewahrt werden kann, ist eine besonders konsequente partnerschaftliche Zusammenarbeit nötig.

Unmittelbares Ziel der Betreuung ist, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner des Traktes voll und ganz am alltäglichen Leben teilnehmen; das langfristige Ziel besteht dagegen in der Wiedereingliederung der inhaftierten Patientinnen und Patienten ins soziale Leben. Durch die strafrechtlichen Auflagen der Massnahme sind die inhaftierten Patientinnen und Patienten der therapeutischen Beziehung verpflichtet. Dadurch, dass sowohl die inhaftierten Patientinnen und Patienten als auch das Pflegepersonal und die Vollzugsangestellten in den Vollzug der therapeutischen Massnahme eingebunden sind, kann Kontinuität entstehen und eine Kultur des Zusammenlebens in einer Mikrogesellschaft als Rahmen für Veränderung und Beschleuniger in derselben entwickelt werden. Bestehende Freiräume erlauben es, den Umgang mit Grenzen einzuüben, zu lernen, Frustration auszuhalten, und das Verhalten bei Auseinandersetzungen zu erlernen. Der Zwang der Massnahme als von aussen gegebenes Element macht es den betroffenen jungen Erwachsenen möglich, sich vom familiären Gefüge zu distanzieren, sich zu emanzipieren, selbstständig zu werden und einen Prozess der Individuation zu durchlaufen. Dank des vorübergehenden Freiheitsverlusts können die inhaftierten Patientinnen und Patienten die Kontrolle über ihr Handeln wiedererlangen.

Prävention und Schadensminderung im Freiheitsentzug: heroingestützte Behandlung und Spritzenabgabe

Vera Camenisch, Padruot Salzgeber, Irene Aebi

Die JVA Realta verfügt über 120 Vollzugsplätze für Männer. Die Sucht wird als Krankheit anerkannt und es wird aktiv an die inhaftierten Personen mit Suchtmittelkonsum herangegangen. Im Vordergrund steht dabei die Stabilisierung des Konsums während des Vollzugs. Die Suchtbehandlung erfolgt individuell mit dem Ziel, die Kompetenz im Umgang mit Drogen zu steigern. Die langfristige Abstinenz stellt ein Idealziel dar zu welchem die Vollzugszeit einen Beitrag leisten kann.

Das 4-Säulenmodell des Bundesamtes für Gesundheit (Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression) bildet die Grundstruktur für die Suchtbehandlung und Prävention aller Substanzen. Die Substanzen, die Häufigkeit des Konsums sowie die Konsumform werden in der Beratung mit den inhaftierten Personen besprochen.

Die JVA Realta bietet als einzige Stelle im Schweizerischen Freiheitsentzug die Heroingestützte Behandlung HeGeBe an.

Für die Aufnahme in die HeGeBe gelten folgende Bedingungen:

- Mindestalter 18 Jahre
- Nachgewiesene Heroinabhängigkeit von mindestens zwei Jahren
- Nachweis über mindestens zwei abgebrochene oder erfolglose Behandlungsversuche
- Defizite im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich, auf den Drogenkonsum zurückzuführen

▪ S K J V ▪ ▪
▪ ▪ C S C S P
C S C S P ▪ ▪

Zielgruppen:

- Andere ambulante und stationäre Behandlungsmethoden haben versagt
- Gesundheitszustand lässt keine andere Behandlungsform zu
- Trotz Methadon- oder anderen Substitutionspräparaten wurde keine gesundheitliche, psychische und soziale Stabilisierung erreicht
- Heroingestützten Behandlung bereits vor Eintritt bestehend und kann nach Austritt weitergeführt werden

Ziele:

- Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes
- Förderung der Verantwortungsübernahme
- Verbesserung der sozialen Integration
- Verminderung von deliktfördernden Verhalten- und Lebensweisen

Im Abgaberaum befinden sich jeweils eine Pflegeperson und eine Aufsichtsperson.

Wird schnupfen ebenfalls als Konsumationsart akzeptiert? Es gibt Überlegungen zu dieser Konsumform, jedoch ist sie noch nicht zugelassen.

Das Heroin wird zweimal täglich abgegeben, es ist strikte vorgegeben, dass es sich die inhaftierte Person selber, ohne Hilfe spritzen muss. Unter sauberen Bedingungen darf es auch in den Muskel gespritzt werden.

Die Führbarkeit von suchtmittelabhängigen inhaftierten Personen hat sich dank der HeGeBe verbessert.

Die Stelle der Präventionsbeauftragten in der JVA Hindelbank wurde 1994, im Rahmen eines Pilotprojektes, geschaffen. In dieser Zeit hatte die Drogenproblematik eine hohe gesellschaftliche Relevanz, es kam zu vielen Überdosierungen und Infektionen mit dem HI-Virus. Die Präventionsbeauftragte untersteht einer zusätzlichen Schweigepflicht, das heisst, dass vertrauliche Informationen (bezüglich Drogen in der Anstalt etc.) nicht weitergegeben werden. Sie hat keine Aufsichtspflicht.

Das Ziel der Arbeit der Präventionsbeauftragten ist primär die Abstinenz, sekundär die Schadensmin- derung. Der Bezug von Spritzen mittels Spritzenautomaten hat seit 1996 kontinuierlich abgenommen. Werden die Regeln eingehalten, wird der Fund einer Spritze bei Zellenkontrolle nicht sanktioniert.

Rund ein Drittel der inhaftierten Frauen leiden an einer Suchtmittelerkrankung, diese steht oft im Zusammenhang mit dem Delikt.

Befürchtungen, dass die abgegebenen Spritzen als Waffen missbraucht oder zum Konsum anregen könnten, haben sich nicht bewahrheitet.

Die Beratung rund um den Schutz vor Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tripper, Syphilis etc.) umfasst:

- Eintrittsgespräche
- Folgegespräche
- Gruppengespräche
- «Streetwork»

Die Zahlen der Neuinfektionen mit HIV und Hepatiden sind massiv zurückgegangen. Diese beiden Krankheiten werden flächendeckend getestet.

Persönlichkeitsstörungen im Freiheitsentzug: behandelbare Krankheit oder unheilbare Folgerscheinung?

Christoph Menu, René Duc, Panteleimon Giannakopoulos

Ein beträchtlicher Anteil strafrechtlicher Massnahmen (Art. 63, 59 und 64 StGB) wird gegen Personen mit Persönlichkeitsstörungen ausgesprochen.

Das Pflegepersonal sowie die Institutionen des Straf- oder Massnahmenvollzugs sind bei der Behandlung dieser Krankheiten regelmässig mit grossen Schwierigkeiten konfrontiert. Dies geht so weit, dass es häufig nötig ist – beispielsweise bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen –, arbeitsagogische Ansätze in Verbindung mit sichernden Massnahmen anzuwenden, anstatt zu versuchen, das eigentliche Ziel der Massnahme zu verfolgen (in der traditionellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung stehen die Beschäftigung mit der Straftat und die Verringerung des Rückfallrisikos im Zentrum).

Vor diesem Hintergrund ergeben sich ethische und rechtliche Bedenken, beispielsweise hinsichtlich der Dauer des durch die Massnahme bedingten Freiheitsentzugs sowie dessen Verhältnismässigkeit im Hinblick auf das Rückfallrisiko und die Schwere entsprechender Straftaten. Wie kann die herausfordernde Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Freiheitsentzug angegangen werden?

Die zuständigen Behörden wollen Aspekte der psychiatrischen Behandlung und der Betreuung gesetzlich verankern. Ziel ist die Vorbeugung gegen Rückfälle («Stabilisierung»), damit die Massnahme beendet werden kann, nicht der Abschluss der Behandlung, die eine mögliche «Heilung» zum Ziel hat. Die Vollzugsbehörden müssen sich mit den inneren Antrieben der verurteilten Person abfinden, um der «Behandlungsverpflichtung» nachkommen zu können, für deren wirksame Umsetzung sie die Verantwortung tragen. Der Massnahmen-Vollzugsplan ist ihr bevorzugtes Instrument, da in ihm sowohl Erwartungen als auch Schwierigkeiten der verurteilten Person und die Möglichkeiten der Therapeutin/ des Therapeuten festgehalten werden können.

Unter den verschiedenen Diagnosen, die zur Anordnung einer Massnahme führen, ist diejenige der «Persönlichkeitsstörung» eine, die spezifische Fragen aufwirft und besondere Probleme mit sich bringt. Ein Beweis dafür ist bereits die Schwierigkeit, eine allgemein anerkannte Definition dieser Störungen, die sich seit jeher dadurch auszeichnen, dass sie das Verhalten einer Person beeinträchtigen, zu finden. Es kommt gezwungenermassen zu einer Entfernung von streng psychopathologischen

Überlegungen; der Fokus liegt nicht darauf, was die Täterin/der Täter getan hat, sondern darauf, wer sie/er ist. Folglich sind das Leid, das von der Person, die eine Straftat begangen hat, zum Ausdruck gebracht wird oder auch nicht, sowie ihr Wille und ihre Fähigkeit, sich zu verändern, die entscheidenden Aspekte, die darüber entscheiden, ob eine strafrechtliche Massnahme Erfolg hat. In zwei Drittel der Fälle gehen Persönlichkeitsstörungen, von denen manche wie die Borderline-Störung oder die dissoziale Persönlichkeitsstörung im Justizvollzug verbreiteter sind, einher mit Drogenmissbrauch, wodurch das Rückfallrisiko deutlich erhöht wird.

Die spezifischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Betreuung von inhaftierten Personen, bei denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, sind auch in der geschlossenen Justizvollzugsanstalt Curabilis zu beobachten. Seit der Eröffnung der Institution 2014 verbrachten 55 inhaftierte Personen eine gewisse Zeit in ihren Abteilungen für den Massnahmenvollzug. Mit der Zeit nahm der Anteil der Personen im offenen Vollzug zu. Im Jahr 2019 handelte es sich bei vier Fünftel aller Austritte um Übertritte in den offenen Vollzug oder um bedingte Entlassungen. Eine oberflächliche Auswertung weist jedoch darauf hin, dass die Statistik je nach Diagnose unterschiedlich ausfällt. Wird die Art der Diagnose berücksichtigt, so fällt auf, dass von den insgesamt 55 inhaftierten Personen die Hälfte der Gefangenen mit einer Persönlichkeitsstörung in den Genuss eines Übertritts in den offenen Vollzug (einschliesslich der bedingten Entlassung) kam, während es bei den Personen mit anderen Diagnosen vier Fünftel waren. Keine der sechs inhaftierten Personen, bei denen ausschliesslich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, konnte in den offenen Vollzug wechseln. Eine qualitative Untersuchung zweier Gefängnis-Laufbahnen deutet darauf hin, dass der Wille, die eigene Haltung anderen gegenüber zu überdenken, in Verbindung mit einem kohärenten und abgestimmten Vorgehen aller Beteiligten (Institution, Therapeutinnen und Therapeuten, Vollzugsbehörde und Richter) die Erfahrungen, die eine verurteilte Person aus dem Justizvollzug mitnimmt, positiv beeinflussen können; dadurch wird ermöglicht, dass die Ziele der strafrechtlichen Massnahme erreicht werden.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass Personen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, unter gewissen Bedingungen von den verhängten strafrechtlichen Massnahmen profitieren können. Jedoch gilt es, die Art der vorliegenden Erkrankung gut zu erfassen und die erwarteten Effekte der Massnahme entsprechend anzupassen. In gewissen Situationen kann es angemessener erscheinen, anstelle einer stationären Massnahme eine Strafe in Verbindung mit einer ambulanten Massnahme auszusprechen.

Wenn Langzeithaftierte ein Spitalbett besetzen: Die Herausforderung der adäquaten Unterbringung von pflegebedürftigen Inhaftierten im Freiheitsentzug

Bruno Graber, Peter Baumann

- Gefangene ziehen es vor, im Gefängnis zu sterben als noch in ein Spital bzw. Hospiz verlegt zu werden, wenn eine Entlassung in die Freiheit aus Sicht der Behörde nicht in Frage kommt. Dies zeigt sich z.B. anhand von in Patientenverfügungen geäusserten Wünschen alter bzw. pflegebedürftiger Gefangener. Durch den oft langjährigen Gefängnisaufenthalt ist eine Art «Heimat» entstanden und die Gefangenen möchten ihre Lebensgewohnheiten (z.B. Rauchen) in der letzten Lebensphase mit einer Verlegung ins Spital nicht «gefährden».
- Das Pflegepersonal der Gesundheitsdienste im Gefängnis verfügt über das entsprechende Knowhow, um die Pflege pflegebedürftiger bzw. sterbender Gefangener zu gewährleisten. Es fehlt jedoch oft an den dafür nötigen Personalressourcen bzw. an einem Gesundheitsdienst, der rund

um die Uhr verfügbar ist. Einsätze der externen Spitex im Gefängnis können hier eine Lösung darstellen. Ebenfalls können neben internen Mitarbeitenden und Seelsorgenden externe Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter beigezogen werden.

- Während das Gesundheitspersonal in den Gefängnissen für den Umgang mit kranken und sterbenden Gefangenen gerüstet scheint, ist dies für die Fachpersonen Justizvollzug nicht (immer) der Fall. Es fehlt an der entsprechenden Aus- bzw. Weiterbildung, um pflegerische Aufgaben professionell ausführen zu können (z.B. Grundpflegekurs). Entsprechend ist die Bereitschaft zur Übernahme derartiger Tätigkeiten, zu welchen sie bei der Anstellung nicht bewusst ja gesagt haben und welche sie nicht verantworten können, nicht gegeben. Bei den Fachfrauen/Fachmännern für Justizvollzug mit eidg. Fachausweis kommt es im Kontakt mit dieser vulnerablen Insassengruppe zu einer Veränderung des Berufsbildes bzw. zu einer Rollenerweiterung: Bisher haben sie den Körperkontakt zu Gefangenen vermieden (professionellen Sicherheitsabstand eingehalten), jetzt wird von ihnen verlangt, in der Alltagspflege Unterstützung zu leisten. Auch muss die Arbeitsteilung zwischen dem Gesundheitsdienst und dem Vollzugsdienst geklärt werden, wenn Vollzugsmitarbeitende pflegerisch tätig werden sollen.
- Die Bewachungsstation Bewa des Inselfspitals ist ein Akutspital. Der Gefangene sollte nur so lange ein Spitalbett belegen, wie akute Pflegebedürftigkeit besteht. Allerdings gelingt es oftmals nicht geeignete Nachbetreuungsinstitutionen zu finden, was zu einem verlängerten Aufenthalt in der Bewa führt und verhindert, dass Betten für andere, akut kranke Gefangene frei werden. Gemäss Peter Baumann ist die Problematik eine mehrfache: Die notwendige pflegerische Nachsorge kann in der JVA oftmals nicht geleistet werden. Die Verlegung in eine (private) Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung scheitert an Sicherheitsbedenken der einweisenden Behörde, gerade bei als «gefährlich» beurteilten Gefangenen. Zudem benötigen die Entscheide der einweisenden Behörde viel Zeit, während sich der Gesundheitszustand des Gefangenen rasch ändern kann. Gleichzeitig verlangt die Abrechnung über die sog. Fallpauschalen, dass Patienten bzw. Gefangene, welche nicht mehr akut krank sind, das Spital bzw. die Bewa verlassen. In diesem Spannungsfeld bewegt sich die Bewa.
- Dass das Pflegezentrum Bauma auch strafrechtlich verurteilte Personen (v.a. Massnahmenpatienten) aufnimmt, wird als positiv betrachtet. Nicht jede Person, die zu einer (sichernden oder therapeutischen) Massnahme verurteilt worden sei, muss langfristig hinter Mauern gesichert werden. Zudem sieht das StGB auch bei sichernden Massnahmen einen progressiven Vollzug vor, sofern die Legalprognose des Gefangenen dies erlaubt. Auch im Rahmen von Art. 80 StGB (abweichende Vollzugsformen) ist eine Verlegung in eine geeignete private Einrichtung möglich. Dies ist der Öffentlichkeit nicht immer einfach zu vermitteln, diesbezügliche Aufklärungsarbeit ist wichtig. Für Spezialfälle muss der Staat mit privaten Anbietern zusammenarbeiten. Wichtig ist ein vielfältiges Angebot an Vollzugsplätzen für all die existierenden Sonderfälle. Die Unterbringung kranker, gebrechlicher Verurteilter in privaten Institutionen wie Bauma kann eine sehr gute Lösung darstellen.
- Mit der anlässlich des Forums 2019 vorgestellten Grundlagenstudie des SKJV «Ältere und kranke Menschen im Justizvollzug» vom November 2019 (Link: https://www.skjv.ch/sites/default/files/documents/Bericht%20AuK_D.pdf) liegen erstmals Zukunftsszenarien zur Entwicklung der Zahl älterer bzw. kranker und pflegebedürftiger Gefangener vor. Der Bericht zeigt in verschiedenen Szenarien den möglichen Umfang der auf den Justizvollzug zukommenden Problematik auf. Weitere zeitlich regelässige Analysen werden es ermöglichen, mehr Planungssicherheit zu erhalten und so künftige Unter- bzw. Überkapazitäten bei Vollzugsplätzen in diesem speziellen Segment zu vermeiden. Es ist Aufgabe der Konkordate, das entsprechende Platzangebot innerhalb und – für Spezialfälle - über die Konkordate hinweg zu koordinieren.

Gefängnisseelsorge als Beitrag zur Gesundheit

Sakib Halilovic, Frank Stüfen, Andreas Beerli

Pfr. Alfredo Díez führte zu Beginn in die Aufgaben der Gefängnisseelsorge ein. Er fokussierte auf rechtliche und inhaltliche Themen und verwies auf die seelsorgliche Schweigepflicht. Diese führe dazu, dass keine Berichte verfasst werden müssen und ermögliche Offenheit in Begegnungen mit Insassen. Er machte deutlich, dass im Selbstverständnis der Seelsorge auch dem Personal Aufmerksamkeit zuzustünde. Diese oft informellen Begegnungen hätten einen Gesundheits- bzw. Präventionsaspekt: Die Arbeit im Gefängnis sei von hohem psychischem und emotionalem Stress begleitet und Gespräche könnten helfen, etwas von diesem Stress abzubauen.

Andreas Beerli nahm diesen Aspekt in seinem Input auf und klärte das Gesundheitsverständnis der Seelsorge: dieses sei ganzheitlich gedacht, in einem dreigliedrigen Modell der Einheit von Seele, Körper und Geist. Beerli fokussierte sich in seinem Beitrag auf Resilienzfaktoren, die helfen, gesund zu bleiben und überlegte, inwiefern die Seelsorge beitragen könnte, diese Resilienz zu fördern. Es sei zu fragen, was man verbessern könne. Hier sei die Sicht der Seelsorge hilfreich, da sie nicht Teil des Systems sei und einen anderen Zugang habe. Sie frage danach, wie es Menschen gelinge, die fortgesetzte Krisensituation Gefängnis zu überleben, und wie sie die Inhaftierten (und das Personal) stützen und stärken könne. Dazu gehöre der Versuch, die Widerstandsfähigkeit zu unterstützen. Seelsorge versuche dies zu leisten, indem sie so zuhöre, dass der Mensch spüre, dass er im Moment das Wichtigste sei. Die Seelsorge suche mit dem Inhaftierten danach, was Kraft geben könne, würde ihn darin bestärken, dass er mehr sei, als seine Tat. Diese Arbeit sei ressourcenorientiert, würde versuchen den Mitmenschen wiederaufzubauen und aufzurichten. Es würde Stress abbauen, wenn dem Gegenüber die Möglichkeit gegeben würde, Emotionen und Situationen zu verbalisieren, da das Erzählen helfe, eigene Wege und Lösungen zu suchen. Ein weiterer Resilienzfaktor sei der Glaube, der in Kultur und Region verwurzelt sei und Erinnerung an alte Verbundenheiten zutage fördere. Andreas Beerli wies darauf hin, dass die Kliniken Rheinau Religion als Gesundheitsfaktor einbeziehe. Zuzuhören und Rituale durchzuführen seien als Resilienzfaktoren für die Gesundheitsförderung nicht zu unterschätzen.

Das Plenum fragte im Anschluss an diesen Input nach der Angehörigenarbeit, und danach, ob der diakonische Auftrag der Kirche noch möglich sei. Ein Ergebnis war hier, dass eine bessere Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und einer sich diakonisch verstehenden Seelsorge wünschenswert wäre. Weiterhin wurde die Frage gestellt, ob Seelsorge sich anwaltschaftlich verstehe. Sie wurde dahingehend beantwortet, dass sie anwaltschaftlich, aber nicht juristisch sei. Der Konsens war, dass Seelsorge im Justizvollzug ihren Eindruck vom Menschen schildern dürfe, sich nicht aber zum Streitgegenstand äussern könne.

Imam Sakib Halilovic sprach über Rituale in der Seelsorge als gesundheitsrelevantes Thema. Dass Religion in der Forensik keine Rolle spiele, sei seltsam, wenn man die Korrelation von somatischen und psychischen Faktoren für Krankheiten bedenke. Sakib Halilovic zeigte, inwiefern Rituale die ganzheitliche Dimension von Gesundheit einbeziehe und inwiefern dies nach seiner Erfahrung dazu helfen könne, Stress abzubauen und sich selbst besser auszubalancieren.

Die Nachfrage hier betraf das Verständnis von Seelsorge im Islam und im Christentum.

Pfr. Dr. des. Frank Stüfen beschloss den Workshop mit einem Input zur interdisziplinären und interreligiösen Zusammenarbeit bei Sterbefällen im Gefängnis. Die kurze Diskussion bezog sich auf die Frage nach dem assistieren Suizid, der den Justizvollzug gegenwärtig beschäftigt.