

Die Begutachtung, die angeordnete deliktpräventive Behandlung, die psychiatrisch-psychologische Grundversorgung Minderjähriger in den Gefängnissen – drei Schwerpunktthemen der strafrechtlichen Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie und das dafür entwickelte Aus- und Weiterbildungsangebot in der Schweiz

Cornelia Bessler, Leonardo Vertone & Dorothea Stiefel

Zusammenfassung

Drei zentrale Schwerpunktthemen der strafrechtlichen Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie – die Begutachtung, die angeordnete deliktpräventive Behandlung und die psychiatrisch-psychologische Grundversorgung Minderjähriger in den Gefängnissen –, so wie sie sich in der Schweiz darstellen, werden im Folgenden umrissen und die damit verbundenen Herausforderungen dargelegt.

Bei der Diskussion um die Begutachtung geht es einerseits um den notwendigen formalen Rahmen, der beachtet werden muss. Andererseits wird dann aber auch auf die gutachterliche Untersuchung eingegangen und wie darauf basierend die Beurteilung und die Maßnahmenempfehlung¹ erarbeitet werden.

¹ Kinder und Jugendliche, die zwischen dem vollendeten 10. und dem vollendeten 18. Altersjahr eine Straftat begangen haben, unterliegen in der Schweiz den Regelungen des Jugendstrafrechts. Dieses sieht neben Strafen wie Bußen, persönliche Leistungen und Freiheitsentzug auch verschiedene Schutzmaßnahmen vor. Darunter fallen z.B. ambulante Maßnahmen wie die Anordnung einer Therapie oder eine sozialpädagogische Familienbegleitung sowie stationäre Maßnahmen wie die Unterbringung in einer Pflegefamilie, einer Erziehungs- oder Behandlungseinrichtung.

Bei der deliktpräventiven Behandlung werden nach einem kurzen Blick auf deren historische Entwicklung die spezifischen Anforderungen, die bei diesem Behandlungsansatz beachtet werden müssen, dargelegt.

Auch wird die psychiatrisch-psychologische Versorgung der Minderjährigen in den Gefängnissen des Kantons Zürich beleuchtet und wie in der Schweiz versucht wird, dieser Aufgabe gerecht zu werden.

Abschließend wird das Aus- und Weiterbildungsangebot für Fachpersonen, die im Kinder- und Jugendforensischen Bereich arbeiten, umrissen. Dieses wurde in der Schweiz mit dem Ziel entwickelt, die notwendige fachliche Qualität, die diese Arbeit erfordert, sicherzustellen.

Schlüsselwörter: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie -psychologie; Begutachtung; deliktpräventive Behandlung; psychiatrisch-psychologische Versorgung im Freiheitsentzug

Criminal Assessment, treatment, and psychiatric/psychological care of imprisoned minors in Switzerland and the the Structure of Training in this Field

Abstract

Forensic assessment, treatment ordered by the court, and psychiatric/psychological care of imprisoned minors are three central topics in the field of forensic child and adolescent psychiatry and -psychology. Here we summarize the situation in Switzerland and present the associated challenges.

The discussion about the forensic assessment first concentrates on the necessary formal framework that must be taken into consideration. We then talk about the expert examination. Based on these considerations, we subsequently examine how the forensic assessment and the recommendation for corrective measures are developed. Another focus of this article is the “relaps prevention therapy”. After a brief overview of the history of relaps prevention therapy, we go into the specific requirements, that must be included in this treatment approach. After that we present the current psychiatric/psychological care of imprisoned minors in the Canton of Zurich.

Finally, the ongoing training and further education offered and developed in Switzerland in the field of child and juvenile forensics are presented. The overall aim of continuing education is to ensure the necessary quality and standards that this work requires.

Keywords: Forensic child and adolescent psychiatry-psychology; forensic assessment; relaps prevention therapy; psychiatric-psychological care in custodial settings

1 Einleitung

Beim Nachklingen des Begriffs «Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie» tauchen zwei Welten auf, einerseits die Welt der Jurisprudenz, andererseits die Welt der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie. Zwei Welten, die sich gegenüberstehen und eine Spannung erzeugen, denn diese Welten unterscheiden sich nicht nur in ihren Annahmen, Inhalten und Denkprozessen, sondern auch in den Erwartungen, die an sie gestellt werden.

Die Jurisprudenz ist eine Geisteswissenschaft, normbezogen, dogmatisch. Sie fordert abstrakte Denkweisen und bedient sich deduktiver Methoden. Sie setzt klare Grenzen, orientiert sich an den Werten, die die Gesellschaft festlegt, und der Forderung, neutral und gerecht zu urteilen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie aber bezeichnet sich als Naturwissenschaft, welche empirisch und seinsbezogen vorgeht und mit induktiven Methoden auf Gesetzmäßigkeiten schließt. Die Denkweise ist konkret. Sie interessiert sich für die Ätiopathogenese und die Art der Erkrankung, wobei die Grenzen zur Gesundheit/Normalität fließend sind. Die Anliegen der Patienten² stehen im Vordergrund und bedingen eine individuell angepasste, empathische und verständnisvolle Umgangsweise.

In der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie werden diese zwei Welten unter ein Dach gestellt. Sie haben miteinander zu kooperieren. Aufgrund der Gegensätze dieser Welten aber entsteht Reibung, welche aufgenommen und zu einer kreativen Lösung geführt werden muss. Mit dieser Anforderung sieht sich nicht nur der in der strafrechtlichen Forensik tätige Sachverständige konfrontiert, sondern auch der straffällig gewordene junge Mensch, der sich einer forensischen jugendpsychiatrisch-psychologischen Abklärung bzw. Begutachtung oder einer ambulanten Behandlung zu unterziehen hat.

Eine gut aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Disziplinen sowie eine Professionalisierung des Fachbereichs der Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie trägt im Umgang mit straffällig gewordenen Minderjährigen erheblich zum Erfolg der angeordneten justiziellen Maßnahmen bei.

Im Folgenden werden nun drei zentrale Themen der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie – die Begutachtung im jugendstrafrechtlichen Bereich, die deliktpräventive Behandlung und die jugendpsychiatrisch-psychologische Gefängnisversorgung von Minderjährigen im Kanton Zürich – umrissen und die damit verbundenen Herausforderungen dargelegt, mit denen sich die Fachkräfte im Umgang mit straffällig gewordenen Jugendlichen konfrontiert sehen. In einem weiteren Kapitel wird zusammengefasst, wie in der Schweiz die Professionalisierung des Fach-

² Es gibt keine perfekte Lösung für eine geschlechtergerechte Schreibweise. Der Verständlichkeit halber verwenden wir in diesem Beitrag nur die männliche Form, impliziert sind aber selbstverständlich alle Geschlechterbezeichnungen.

bereichs Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie angegangen wurde und wird.

2 Die forensische jugendpsychiatrisch-psychologische Begutachtung im Bereich des Jugendstrafrechts

Über Generationen hinweg hat sich bereits jede Gesellschaft mit der Frage auseinandersetzen müssen, wie auf Straftaten, die Jugendliche verübt haben, zu reagieren ist. Heutzutage sieht sich vor allem die Jugendstrafbehörde mit dieser Frage konfrontiert. Sie hat zu entscheiden, welche Strafen und – in unserem Fall von besonderer Relevanz – Maßnahmen für straffällig gewordene Jugendliche angebracht, zweckmäßig und sinnvoll sind. Insbesondere wenn sich Jugendliche psychisch auffällig verhalten oder schwere Delikte begangen haben, wird es in der Schweiz als notwendig erachtet, neben der aktuellen Situation auch die Person des Jugendlichen und sein psychosoziales Umfeld umfassend abzuklären. Dafür wird auf kinder- und jugendpsychiatrisches bzw. -psychologisches und -psychotherapeutisches Wissen von Sachverständigen zurückgegriffen und die Ausarbeitung von umfassenden jugendforensischen Gutachten in Auftrag gegeben. Mit der Übernahme eines solchen Auftrages übernimmt aber der forensisch kinder- und jugendpsychiatrisch bzw. -psychologisch tätige Sachverständige im Jugendstrafverfahren eine wichtige Rolle. Er muss sich daher der damit verbundenen Herausforderung und Verantwortung bewusst sein (Aebi et al., 2018).

Auf die Frage, wer denn überhaupt eine solche Aufgabe übernehmen kann, ist Folgendes kurz zusammenzufassen: In der Schweiz werden als Gutachter Personen ernannt, welche über die erforderliche Ausbildung (siehe Kapitel 5), die entsprechende Erfahrung und die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Die Sachverständigen sollten zudem unabhängig und unparteiisch sein und nicht bereits zuvor mit dem zu begutachtenden Jugendlichen gearbeitet bzw. diesen abgeklärt oder behandelt haben. Im Weiteren sollte ein Gutachten nie alleine von nur einem Sachverständigen ausgearbeitet werden. Zur Qualitätssicherung empfiehlt sich das Vier-Augen-Prinzip. Das heißt, dass ein Gutachten immer zu zweit, also im Tandem, erstattet wird und zudem die Beantwortung der Fragen durch Supervisionen bzw. Fallbesprechungen überprüft wird.

Der Auftrag zur Begutachtung eines Jugendlichen wird meist in schriftlicher Form an den Sachverständigen persönlich gerichtet und muss daher auch zu einem überwiegenden Teil von diesem persönlich erarbeitet werden. Der Auftraggeber ist jeweils darum bemüht, im Gutachtauftrag die Fragen möglichst präzise zu stellen. Der Sachverständige hat dann diese möglichst detailliert zu beantworten. Bei den zu beantwortenden Fragen handelt es sich meistens um Fragen zur Entwicklung und zur Persönlichkeit des Jugendlichen, zu der/den von ihm verübten Straftat/en, zur Schuldfähigkeit, zur Rückfallprognose und zu den erforderlichen Maßnahmen. Wie bei der

Begutachtung von erwachsenen Personen führt der Sachverständige aber selbst keine Ermittlungshandlungen durch. Im Rahmen der forensischen jugendpsychiatrisch-psychologischen Begutachtung ist es aber unerlässlich, auch Fremdauskünfte bei den Eltern, den Lehrern oder weiteren Bezugspersonen einzuholen. Demgegenüber haben der beschuldigte Jugendliche und ihm nahestehende Personen (z.B. Eltern) aber auch das Recht, ihre Mitwirkung am Gutachten zu verweigern. Die Aufgabe des Sachverständigen ist es daher, die betroffenen Personen zu Beginn der Gutachtenerstattung auf dieses Recht und die eingeschränkte Schweigepflicht des Gutachters gegenüber dem Auftraggeber hinzuweisen. Der Sachverständige holt daher meistens das schriftliche Einverständnis der Beteiligten, unter diesen Rahmenbedingungen mitwirken zu wollen, ein.

Da der Explorand in einem Strafverfahren steht und die gutachterlichen Untersuchungen ihn auch belasten können, bemüht sich der Sachverständige darum, die gutachterlichen Untersuchungen auf die notwendige Anzahl bzw. Dauer zu beschränken, und achtet auf Transparenz. In der Praxis der Gutachtenerstattung in der Schweiz hat es sich bewährt, dass der Sachverständige nach Abschluss und Abgabe des schriftlich abgefassten Gutachtens an den Auftraggeber dem Jugendlichen bzw. seinen gesetzlichen Vertretern und gegebenenfalls auch dessen Verteidiger die von ihm erhobenen Befunde, Beurteilungen und Schlussfolgerungen in einem Gespräch eröffnet bzw. erläutert. Dabei sieht sich der Sachverständige mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, dem Jugendlichen und dessen Angehörigen bzw. Vertretern aufzuzeigen, welche Entwicklungsverzögerungen, belastenden Erfahrungen und andere Ereignisse/Faktoren seines Werdegangs, welche Krankheitsanteile, welche Einflüsse seines familiären und sozialen Umfeldes und welche Umstände zur Delinquenz beigetragen haben. Damit wird versucht, dass der Jugendliche bzw. dessen Angehörige die Ergebnisse, die Beurteilung und die Schlussfolgerungen im Gutachten verstehen und die darauf basierenden empfohlenen Maßnahmen nachvollziehen können. Das Ziel dabei ist es, den Jugendlichen und dessen Umfeld transparent über die Ergebnisse des erstatteten Gutachtens zu informieren und zur Kooperation zu motivieren.

Als Erstes werden im Prozess der Gutachtenerstattung die zur Verfügung gestellten Akten sorgfältig gesichtet und in Bezug auf die im Gutachten relevanten Fragestellungen analysiert. Erst nachdem diese Informationen aufbereitet wurden, beginnt der Sachverständige mit einer detaillierten Erfassung der Lebensgeschichte des Angeeschuldigten. Da bei Jugendlichen, die in einem Strafverfahren anhängig sind, relativ häufig psychische Auffälligkeiten gefunden werden (Plattner et al., 2011; Imbach et al., 2013), sollte die kinder- und jugendpsychiatrisch-psychologische Abklärung dementsprechend sorgfältig und ausführlich erfolgen. Um eventuell auch verdeckt vorliegende Verhaltens-, Angst-, Affekt- und Substanzstörungen erfassen zu können, hat es sich zudem bewährt, standardisierte und strukturierte Interviews mit dem Exploranden und dessen Angehörigen durchzuführen. Bei festgestellten psychischen Auffälligkeiten bzw. beim Vorliegen von psychischen Störungen werden dann auch deren Auswirkungen auf das Verhalten, das Selbstbild und die Entwicklung des Jugendlichen eingeschätzt und ein möglicher Zusammenhang mit dem angeschuldigten Straf-

tatverhalten des Jugendlichen überprüft. Die Beurteilung, ob eine vorliegende psychische Störung eine relevante Rolle im deliktischen Verhalten gespielt hat, muss nicht nur zum Zeitpunkt der Begutachtung, sondern vor allem für den Zeitpunkt der Anlassdelikte erfolgen.

Aber auch die genaue Erfassung des sozialen und familiären Umfeldes des Exploranden ist bei einer Gutachtenerstattung von zentraler Bedeutung (Stösser et al., 2017). Insbesondere Misshandlungen und Vernachlässigungen, die der Explorand möglicherweise erfahren hat, haben oft weitgreifende Folgen auf dessen Entwicklung und können das Auftreten von psychischen Verhaltensauffälligkeiten und Delinquenz begünstigen. Aber auch belastende Kindheitserlebnisse wie Trennung und Scheidung der Eltern, emotionaler und/oder körperlicher Missbrauch und das (unbeteiligte) Miterleben von Gewalteinwirkungen können die Entwicklung eines Jugendlichen stark beeinträchtigen. Insbesondere aber auch die Erfahrungen, die der Explorand in der Schule gemacht hat, sind von großer Bedeutung (Xian, 2018). Auch diese prägen sein Selbstbild, seine Einstellungen, seine Haltungen und sein Verhalten. Mobbing-Erfahrungen, Ausgrenzungen und/oder schwache schulische Leistungen erschweren meist die Entwicklung eines gesunden Selbstvertrauens und Selbstwertes und führen oft zu ablehnenden Einstellungen und Haltungen der Schule gegenüber. Schulabsentismus und Disziplinarprobleme sind die Folge und erschweren zudem den Einstieg ins Berufsleben. Da die Jugendlichen meist nicht offen über von ihnen gemachte, sie belastende Erlebnisse reden, erfordert es oft einen höheren Einsatz des Gutachters, um an die entsprechenden relevanten Informationen heranzukommen.

Bei Jugendlichen, die im Verdacht stehen, sexuelle Übergriffe begangen zu haben, ist es unerlässlich, eine umfassende Sexualanamnese aufzunehmen. Dabei müssen neben der detaillierten Erfassung der sexuellen Entwicklung des Exploranden seine sexuellen Fantasien, seine sexuellen Verhaltensweisen bzw. Kontakte und das Ausmaß eines eventuellen Pornographie-Konsums im Detail erfragt werden. Diese Informationen können aber nur in einer zugewandten, empathischen und vertrauensvollen Atmosphäre erhoben werden. Der Sachverständige bemüht sich daher darum, ein entsprechendes Klima im Gutachtensprozess aufzubauen.

Ziel der gutachterlichen Untersuchung ist es, dass der Gutachter alle relevanten Informationen zusammengetragen hat, um den Exploranden umfassend in allen relevanten Bereichen beschreiben zu können. Auf dieser Grundlage stützt dann der Sachverständige seine Schlussfolgerungen ab, wie die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur des Exploranden einzuschätzen ist, welche ev. psychischen Probleme bzw. Krankheitsbilder bei ihm vorliegen bzw. zum Tatzeitpunkt vorlagen, in welcher Lebenssituation der Explorand steckt, wie sein Straftatverhalten zu verstehen ist und ob psychische Probleme bei der Straftatverübung eine Rolle gespielt haben, wie die Schuldfähigkeit des Jugendlichen einzuschätzen ist, welches Rückfallrisiko für weitere Straftaten vom Jugendlichen ausgeht und welche weiterführenden Maßnahmen empfohlen werden können (Schepker 2008; Aebi et al., 2017). Die Empfehlungen des Sachverständigen, welche Maßnahmen für den betroffenen Jugendlichen als sinnvoll erachtet

werden, werden daher möglichst detailliert formuliert, einerseits unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Basisraten, andererseits aber auch Bezug nehmend auf die aktuellen und längerfristigen Bedürfnisse des betroffenen Jugendlichen. Durch den justiziellen Eingriff soll gewährleistet werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines kriminellen Rückfalles reduziert, aber die weitere Entwicklung des Jugendlichen dadurch nicht belastet, sondern im Gegenteil diese gefördert und unterstützt wird. In der durch den Sachverständigen ausformulierten Maßnahmenempfehlung geht es daher nicht um die Bestrafung des delinquent gewordenen Jugendlichen, sondern um dessen Unterstützung und Förderung (Aebi et al., 2017). Der Sachverständige berücksichtigt daher nicht allein die spezifischen vorliegenden Risikofaktoren, sondern identifiziert auch die Ressourcen des Jugendlichen. Die Berücksichtigung der Fähigkeiten und Stärken des Jugendlichen selbst und seines sozialen Umfeldes, welche die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles reduzieren, sind in der Empfehlung von anzuordnenden Schutzmaßnahmen von zentraler Bedeutung (Murphy et al., 2016). Je besser die angeordneten Maßnahmen individuell auf den jugendlichen Straftäter ausgerichtet sind, desto besser ist auch ihre Wirksamkeit, was nicht nur maßgebend für die Reintegration des Jugendlichen in die Gesellschaft ist, sondern auch für den Schutz unserer Gesellschaft vor zukünftiger Kriminalität (Aebi et al., 2017).

3 Die deliktpräventive Behandlung

Psychosoziale Interventionen im Umgang mit jugendlichen Delinquenten gehören aufgrund der oftmals schlechten Milieubedingungen, in der sich diese befinden, der meist vorliegenden eingeschränkten Einsicht und dadurch gegebenen mangelnden Behandlungsmotivation, der zuweilen vorliegenden Probleme in den kognitiven und verbalen Fertigkeiten sowie der häufigen Komorbiditäten, u. a. oftmals des Alkohol- und Drogenkonsums der straffälligen Jugendlichen sowie aufgrund der ungünstigen institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Aufenthalt in Strafvollzugsanstalten) zu den schwierigsten Feldern der Psychotherapie.

Nach einer eher allgemein pessimistischen Haltung gegenüber der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen bei jugendlichen Straftätern, bezugnehmend auf die Ergebnisse der breit angelegten Metaanalyse von Martinson (Martinson et al., 1974), fanden Andrews und Hoge (1990) sowie Andrews und Bonta (2006) in der Bewährungshilfe, dass die Wirksamkeit, d.h. die Reduzierung der Rückfallraten durch spezifische Interventionen, davon abhängig ist, in welchem Ausmaß diese dem von ihnen entwickelten Risk-Need-Responsivity-Prinzip (RNR) entsprechen (Andrews et al., 2006; Andrews et al., 2010; Hanson et al., 2009; Bonta et al., 2016).

Im angelsächsischen Raum entwickelte sich in der Therapie von Straftätern in der Folge eine auf diesen Prinzipien beruhende, mitunter auch «*deliktorientiert*» genannte Vorgehensweise (im Gegensatz dazu der deliktpräventive Ansatz, s.u.). Der konzeptuelle Behandlungsansatz mit dem Fokus auf «*relapse prevention*» basiert auf dem

Behandlungskonzept von Suchtpatienten (Marques et al., 1992; Marshall et al., 1998). Im Zentrum der lerntheoretisch begründeten Behandlungsprogramme steht dabei die detaillierte Bearbeitung der verübten Straftat. Meist werden die spezifisch «delikt-orientierten» Prinzipien mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionstechniken umgesetzt, wie zum Beispiel der Deliktrekonstruktion, der Aufhebung von kognitiven Verzerrungen, der Erarbeitung des Tatzyklus, der Förderung des Einfühlungsvermögens in das Opfer, der Erzeugung und Aufrechterhaltung eines permanenten Wachsamkeitspegels, der Erkennung von Risikoentwicklungen, dem Umgang mit Fantasien und Interventionen, welche die Kontrolle und die Steuerung erhöhen (Urbanik 2003).

In den letzten Jahren wurde in der Weiterentwicklung der eng auf das Delikt fokussierte Behandlungsansatz vermehrt mit ressourcenorientierten Ansätzen kombiniert. Dabei ist das «Good Lives Model» nach Ward & Brown (2004) als der einflussreichste Ansatz zu nennen. Diesem zufolge muss zur Deliktprävention vielmehr der Schwerpunkt der Behandlung auf dem Auf- und Ausbau der individuellen Fähigkeiten und Stärken des minderjährigen Straftäters liegen, als auf der Ausmerzung der identifizierten, deliktbegünstigenden Risikofaktoren. Gemäß dem oben benannten Modell werden junge Menschen straffällig, weil sie aufgrund persönlicher Defizite ihre normalen und menschlichen Bedürfnisse nur auf destruktive bzw. antisoziale Weise befriedigen können. Eine deliktpräventive Intervention sollte daher darauf abzielen, den Handlungsspielraum der Klienten so zu erweitern, dass sie ihre Ziele auf prosoziale Art und Weise erreichen können.

Lipsey & Cullen (2007) konnten in ihrer Metaanalyse zudem feststellen, dass Interventionen, die wichtige Bezugspersonen in die Behandlung miteinbeziehen, einen signifikanten deliktpräventiven Effekt haben. Multisystemische Therapien werden seit Längerem bei Minderjährigen erfolgreich zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens (SSV; gemäß IDC-10: F91) eingesetzt. Diese psychische Störung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Phänomen der Jugenddelinquenz (u. a. Borduin et al. 1995). Für die Prävention schwerwiegender Jugenddelinquenz hat sich der Einbezug des familiären Umfelds in die Behandlungsplanung als wirksam erwiesen (Eigenheer et al., 2016). Auch bei Jugendlichen, die ein Risiko für anhaltende Delinquenz im Entwicklungsverlauf zeigen, konnte die Wirksamkeit multisystemischer Ansätze nachgewiesen werden (Dopp et al., 2017).

Bei vorliegenden schweren psychischen Störungen und/oder schwererer und anhaltender Delinquenz hingegen sind maßgeschneiderte, individualisierte, störungsspezifische, gemäß den vorliegenden Leitlinien durchgeführte, aber dennoch auf das Individuum ausgerichtete, meist langfristig angelegte Behandlungsansätze notwendig. Aber auch diese Interventionen sollten multimodal und flexibel ausgerichtet sein und mit einem milieutherapeutischen bzw. sozialpsychiatrisch-systemischen Zugang kombiniert werden. Dabei ist der Einbezug bzw. die Abstimmung mit dem gesamten Helfernetz um den Jugendlichen für das Gelingen solch anspruchsvoller und zeitintensiver Maßnahmen von essentieller Bedeutung.

Grundlage und Angelpunkt für eine erfolgreiche deliktpräventive Behandlung eines jugendlichen Straftäters ist ein differenziertes Fallverständnis, das einerseits die Person und psychische Gesundheit bzw. Krankheit des minderjährigen Straftäters, andererseits aber auch die von ihm verübte Straftat analysiert und in Zusammenhang stellt. Ein solches Fallverständnis wird im Rahmen einer umfassenden, detaillierten Abklärung des Jugendlichen, dessen Umfeldes und Lebenssituation erarbeitet, falls nicht bereits ein Gutachten (siehe Kapitel 2) besteht.

Kennzeichnend für deliktpräventive Behandlungen jugendlicher Straftäter sind die spezifischen justiziellen Rahmenbedingungen. Da die Behandlungen gerichtlich angeordnet werden, können diese als «Zwangsmaßnahmen» bezeichnet werden. Daher müssen im Umgang damit die juristischen Rahmenbedingungen von vornherein in die Therapieplanung miteinbezogen werden. Bei gerichtlich angeordneten Behandlungen in Maßnahmenvollzugseinrichtungen, in Gefängnissen, in Justizheimen oder auch im ambulanten Rahmen müssen daher insbesondere inhaltliche wie administrative Anforderungen beachtet werden. Es muss definiert und transparent gemacht werden, wie der Informationstransfer zwischen allen Beteiligten (Klient, Therapeut, Justizorgane, Strafvollzug etc.) stattfinden soll. Es muss vor Behandlungsbeginn mit allen Beteiligten geregelt werden, wie die Berichterstattung erfolgt, wie mit rückfallrelevanten Situationen umgegangen und wie mit der Aufdeckung von verübten Straftaten vor und während der Behandlung weiter verfahren wird. Damit wird deutlich gemacht, dass der Therapeut nicht nur dem Jugendlichen bzw. dessen Familie verpflichtet ist, sondern auch der Justiz (siehe Einleitung). Dem straffällig gewordenen Jugendlichen und dessen Familie muss daher dieser Bezugsrahmen, welcher auch mit einer eingeschränkten Schweigepflicht einhergeht, vor Behandlungsbeginn transparent gemacht werden. Es hat sich im Rahmen der deliktpräventiven Behandlung von Jugendlichen als sinnvoll und zweckmäßig erwiesen, einen entsprechenden Vertrag zwischen allen Beteiligten aufzusetzen, in dem die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit festgehalten werden.

Im Rahmen einer durch die Justizbehörde angeordneten Behandlung wird auch der Jugendliche selbst mit den verschiedenen Welten der Justiz und des Gesundheitswesens konfrontiert (siehe Einleitung). Das Justizsystem nimmt einerseits einen strafend/erzieherischen Einfluss. Andererseits werden vom Jugendlichen in der Psychotherapie Engagement, Motivation, Mitarbeit, Authentizität, Selbstreflexion und Offenheit gefordert (Bessler, 2013). Im Rahmen einer solchen angeordneten deliktpräventiven Behandlung müssen daher diese verschiedenen, zum Teil widersprüchlichen und gegensätzlichen Anforderungen unter einem Dach vereint werden (siehe Einleitung). Diese komplexe Dynamik erfordert eine besonders gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch viel Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen im Umgang mit dem Klienten und seinem familiären/sozialen Umfeld.

Die deliktpräventive Behandlung ist im Weiteren durch einen den Therapieprozess bestimmenden, möglichst strukturierten Ablauf und die dabei eingenommene aktive Haltung des Therapeuten gekennzeichnet. Durch Einhaltung und Beachtung der Rah-

menbedingungen und vereinbarten Regeln, durch Offenlegen des weiteren Vorgehens und durch aktive Präsenz des Therapeuten wird dem Jugendlichen ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, was bei ihm hemmendes Misstrauen und Angst vor möglicher Herabsetzung verringert. Gerade in Gruppentherapien ist diese Sicherheit umso wichtiger, da gerade bei Jugendlichen die Angst, vor Gleichaltrigen das Gesicht zu verlieren, oft im Vordergrund steht. Eine klare vorgegebene Struktur auch im Ablauf jeder einzelnen Therapiesitzung ermöglicht es dem Jugendlichen, sich zu orientieren und sich auf Themen, die in den nächsten Therapiestunden besprochen werden, vorzubereiten. Dadurch werden die durch das Strafverfahren verursachte Verunsicherung und innerpsychische Anspannung der Minderjährigen verringert.

In den Therapiesitzungen selbst wird eine aktive Teilnahme und Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den zur Diskussion stehenden Themen gefordert. Das bloße Absitzen bzw. die passive Verweigerung kann den Abbruch bzw. Ausschluss aus dem deliktpräventiven Behandlungsprogramm zur Folge haben. Erfolgreich abgeschlossene Therapieprogramme werden hingegen in der Form gewürdigt, dass z.B. ein Abschlusszertifikat im Rahmen einer kleinen Zeremonie übergeben wird. Der Würdigung der Leistungen der Jugendlichen, die sie im Rahmen der deliktpräventiven Behandlung erbracht haben, kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Zudem ermöglicht die positive Verankerung der deliktpräventiven Behandlung im Gedächtnis der Jugendlichen, dass diese in Risikosituationen darauf zurückgreifen können. Bei Abschluss einer deliktpräventiven Behandlung hat der Jugendliche gelernt, wie er sich in Risikosituationen zu verhalten hat, um nicht rückfällig zu werden. Er hat eingeübte Verhaltensalternativen zur Verfügung, auf die er zurückgreifen kann. Die Effektivität der deliktpräventiven Behandlung im Sinne der Rückfallprävention wird durch eine positive Verankerung im Gedächtnis verbessert und stärkt das Selbstwertgefühl des Jugendlichen.

Die Praxis lehrt, dass der Umgang des Therapeuten mit dem straffällig gewordenen Jugendlichen für die Effektivität der deliktpräventiven Behandlung von zentraler Bedeutung ist. Auch Vertreter der verhaltenstherapeutisch orientierten Straftäterbehandlung setzen sich mit der Thematik der Beziehung zwischen dem Therapeuten und Straftäter auseinander (Horvath et al., 2011; Kozar et al., 2012). Bei der diesbezüglichen Diskussion steht der Stellenwert von Konfrontationsstrategien im Vordergrund. Empirische Befunde weisen aber darauf hin, dass ein strenger, konfrontativer Stil das Erreichen relevanter Therapieziele erschwert, hingegen eine warme, empathische Haltung den Erwerb neuer Bewältigungsstrategien fördert bzw. das Abstreiten und Bagatellisieren der verübten Straftaten reduziert (Sandhu et al., 2012; Serran et al., 2010).

Die Adoleszenten, die in Konflikt mit der Justiz geraten sind, brauchen zum einen Unterstützung in der Bewältigung der Anforderungen, denen sie sich stellen müssen. Daher ist es im ressourcenorientierten Sinn wichtig, deren prosoziales Selbstkompetenzerleben und Selbstwertgefühl zu stärken, damit sie stabil genug sind, sich kritisch mit ihrem Straftatverhalten auseinanderzusetzen und eine nachhaltige Verhaltensän-

derung anzustreben vermögen. Dennoch gilt es deliktbegünstigende Eigenanteile im Denken, Fühlen und Handeln des Klienten klar zu benennen. Eine hartnäckige Konfrontation des Jugendlichen mit seinem Straftatverhalten ist daher von Seiten des Therapeuten für eine fundierte Auseinandersetzung notwendig. Auch die Einstellungen und Haltungen der straffällig gewordenen Jugendlichen müssen kritisch hinterfragt werden, und seitens des Therapeuten müssen klare Grenzsetzungen für sie spürbar sein. Aus dem Prinzip der Deliktprävention zwingend abgeleitete Ziele, die zum Teil aversiv für die Klienten sind und mit einer Einschränkung des Handlungsspielraums einhergehen können, müssen erreicht werden. Die Herstellung einer tragenden Balance zwischen Unterstützung einerseits und einer angemessenen Konfrontation mit der deliktrelevanten Problematik andererseits ist eine Gratwanderung und stellt die zentrale Herausforderung deliktpräventiver Therapien dar. Sie muss im Therapieverlauf immer wieder hergestellt werden. Man darf dabei nicht in eine feindselige Haltung abgleiten, was beim Jugendlichen Gefühle von Hilflosigkeit und Beschämung hervorrufen und somit Widerstand erzeugen kann. Konfrontationen sind aber notwendig, um eine Auseinandersetzung des Jugendlichen mit seinem Deliktverhalten zu initiieren. Sie sind aber nur im Rahmen einer respektvollen Beziehung wirkungsvoll, die zwischen dem Täter als Person und seiner begangenen Tat klar zu unterscheiden vermag. Die Behandlung jugendlicher Straftäter sollte daher von einer grundlegend akzeptierenden, auf Bindung ausgerichteten, empathischen Haltung dem Jugendlichen gegenüber getragen sein.

4 Die jugendpsychiatrisch-psychologische Versorgung der Minderjährigen in den Gefängnissen

Aus der internationalen Fachliteratur ist hinlänglich bekannt, dass jugendliche Inhaftierte eine deutlich höhere Prävalenzrate an psychischen Erkrankungen aufweisen als nichtinhaftierte Delinquente und auch als nicht-kriminelle Gleichaltrige (Vermeiren, 2006; Plattner, 2009; Colins, 2010; McReynolds, 2010; Kilchmann, 2015; Wibbelink, 2017, Bessler, 2018). Insbesondere finden sich unter den inhaftierten Minderjährigen oft sehr komplexe Krankheitsbilder mit mehreren Komorbiditäten, wobei die Substanzmissbrauchsstörung und externalisierenden Krankheitsbilder – wie die Störung des Sozialverhaltens und die ADHS – besonders häufig vorkommen. Aber auch internalisierende Störungsbilder wie Angststörungen oder affektive Störungen werden häufig diagnostiziert (Bessler, 2018). Zudem werden die besonders jungen psychisch erkrankten Inhaftierten häufiger und in einem kürzeren Zeitraum nach der Entlassung aus dem Gefängnis mit Gewaltstraftaten rückfällig als die psychiatrisch unauffälligen Jugenddelinquenten (Bessler, 2018).

Des Weiteren ist aus der Fachliteratur bekannt, dass die Suizidrate bei Inhaftierten deutlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, dies sowohl bei den Erwachsenen wie auch bei den Jugendlichen (Fazel, 2005; Abram, 2008; Radeloff, 2014; Fazel,

2017). Zudem haben inhaftierte Adoleszente ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu erwachsenen Inhaftierten (Radeloff, 2014) bzw. sogar ein 18-fach (Fazel, 2005) bis 23-fach (Radeloff, 2014) erhöhtes Suizidrisiko im Verhältnis zur vergleichbaren Peerbevölkerung. Andere Autoren berichten allerdings lediglich von einem 3- bis knapp 5-fach erhöhten Risiko (Memory, 1989; Gallagher, 2006). Ebenso weiß man aus internationalen Erhebungen (WHO, 2007; Radeloff, 2014), dass die Suizidraten bei Erwachsenen wie auch bei Minderjährigen vor allem in den ersten Tagen nach Haftantritt besonders hoch sind und ebenso, wenn psychisch belastende Ereignisse – wie bspw. ein zu erwartendes Gerichtsurteil – bevorstehen (Radeloff, 2014). Auch die Covid-19-Pandemie kann als überaus belastendes Ereignis gewertet werden, weshalb die Zahlen im Jahr 2020 besonders markant angestiegen sind (Gétaz, 2021).

Insgesamt bedarf diese äußerst vulnerable Klienten-Gruppe deshalb einer erhöhten Aufmerksamkeit, verlangt gleichermaßen nach einem professionellen Rahmen und einer engen, interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen dem Gefängnispersonal und dem für die Grundversorgung zuständigen Jugendpsychiater bzw. -psychologen. Insbesondere in den ersten Tagen nach Inhaftierung sowie auch in der Zeitspanne um schwierige Gespräche/Gerichtstermine herum müssen diese Jugendlichen aufmerksam beobachtet und engmaschig betreut werden. Daher muss in den Gefängnissen für die Sicherstellung einer adäquaten jugendpsychiatrisch-psychologischen Versorgung ein niederschwelliger, altersadäquater, multimodaler und den momentanen Bedürfnissen des Minderjährigen angepasster Betreuungs- und Behandlungsrahmen bereitgestellt werden.

In der konkreten Umsetzung bedeutet das, dass nicht darauf gewartet werden soll, bis der Minderjährige sich beim Aufsichtspersonal meldet oder ein Aufseher den Jugendlichen zur psychologisch-psychiatrischen Sprechstunde vormerkt. Vielmehr sollten ausnahmslos alle Minderjährigen nach ihrer Inhaftierung einem ausgedehnten psychiatrisch-psychologischen Eintritts-Assessment unterzogen werden. Dabei sollte der Grundsatz verfolgt werden, dass das Assessment besonders zeitnah zu erfolgen hat, je jünger der Klient ist (entsprechend der erhöhten emotionalen Vulnerabilität). Auch bei einer Erstinhaftierung sollte das Assessment früher erfolgen als bei einer Re-Inhaftierung, da erfahrungsgemäß der Jugendliche durch die plötzliche familiäre und soziale Isolation stärker belastet ist, als wenn er bereits die Tagesroutine und das Personal aus Vorinhaftierungen kennt. Selbstverständlich sollte ein Assessment auch dann durchgeführt werden, wenn der Jugendliche psychisch auffällig und/oder besonders stark belastet und bedürftig wirkt.

Das Aufsichtspersonal in den Jugendgefängnissen sieht sich beim Eintritt eines Jugendlichen also mit der Herausforderung konfrontiert, im Rahmen eines Screenings den psychischen Gesundheitszustand des Jugendlichen grob einzuschätzen. Denn sie sind in der Regel die ersten Personen, mit denen der Jugendliche nach der Inhaftierung in Kontakt kommt. Es kommt ihnen daher eine besonders verantwortungsvolle Triage-Funktion zu. Aber auch im weiteren Verlauf – gerade wenn Gerichtstermine

oder andere wegweisende Gespräche anstehen – müssen sie die inhaftierten Minderjährigen aus den og. Gründen besonders eng und aufmerksam begleiten und betreuen.

Die psychiatrische Erstuntersuchung erfolgt durch jugendpsychologisch und/oder jugendpsychiatrisch ausgebildetes Fachpersonal. Ziel ist es, den Minderjährigen mittels standardisierter Tools in seiner aktuellen familiären, beruflich-schulischen und sozialen Situation zu erfassen, die evtl. gezeigte Symptomatik psychopathologisch einzuordnen und den Jugendlichen in seinen akuten Bedürfnissen, Ängsten und Befürchtungen wahrzunehmen bzw. diesen zu entsprechen. In den professionell geführten Eintrittsgesprächen soll der in Haft genommene Minderjährige „emotional abgeholt werden“, um ihm damit Halt und Orientierung zu bieten. Dabei gebührt der im Verlauf stets zu aktualisierenden Einschätzung von Fremd- und Eigengefährdung besondere Aufmerksamkeit. In der Regel dauert ein solches Eintrittsgespräch 2 bis 2,5 Stunden und sollte atmosphärisch empathisch, verständnisvoll und wertschätzend gestaltet werden, ohne dabei die Tatvorwürfe vor dem Jugendlichen gutzuheißend oder gar zu akzeptieren. Es handelt sich bei einem solchen Eintrittsgespräch weder um ein delikt-fokussiertes Therapiegespräch noch um eine konfrontative Intervention oder eine gutachterliche Exploration. Vielmehr soll das Eintrittsgespräch helfen, den Jugendlichen zu stabilisieren, und seine aktuellen Bedürfnisse aufgreifen.

Am Ende des Assessments sollte entschieden werden, ob es sich um einen „Routine-Klienten“ handelt oder ob ein weiteres „Krisenmanagement“ nötig ist. Im ersten Fall liegt nach Abschluss des Assessments eine erste diagnostische Einschätzung inklusive aktueller Bedürftigkeitsbeurteilung vor, wonach das weitere Vorgehen festgelegt wird. Die Durchführung evtl. zusätzlicher somatischer und/oder jugendpsychiatrischer Diagnostik wird angeordnet, allfällige Medikamente angesetzt und allenfalls Skills zur Entspannung und zur emotionalen Stabilisierung vermittelt usw. Ebenso wird am Ende dieses Eintritts-Assessments der Bedarf an weiterführenden Gesprächen mit dem Jugendlichen bestimmt, wobei die Frequenz im weiteren Haftverlauf flexibel den Bedürfnissen des Jugendlichen (auch entsprechend seiner allfälligen Medikation) angepasst wird. Nach jeder psychiatrisch-psychologischen Konsultation erfolgt eine Rückmeldung an den medizinischen Dienst des Gefängnisses und an das Aufsichtspersonal mit Angaben zu den spezifischen Bedürfnissen/Auffälligkeiten des Jugendlichen, wobei standardmäßig auch die Beurteilung des individuellen, aktuellen Eigen- und Fremdaggressionspotenzials übermittelt wird.

Handelt es sich um einen instabilen, schwer belasteten Jugendlichen, erfolgt das sogenannte «Krisenmanagement» gemäß einem intern festgelegten Algorithmus bzw. Leitfaden. Das heißt, der Jugendliche wird – je nach Zustandsbild – entweder unverzüglich und notfallmäßig in eine jugendpsychiatrische Klinik überwiesen. Oder er wird bei weniger akutem Zustandsbild zur besseren emotionalen Reizabschirmung in die Isolationshaft des Gefängnisses gebracht, wo aufgrund baulicher Maßnahmen die Eigen-/Fremdverletzungsfahrde erheblich reduziert ist. Zudem erhält er eine weiterführende engmaschige jugendpsychiatrische Betreuung. Wird der Jugendliche hingegen als emotional soweit stabil eingeschätzt, kann er, allerdings unter deutlich eng-

maschiger Kontrolle/Betreuung, in seiner zugewiesenen Haftzelle verbleiben. Vorangehend wird aber die Zelle nach Gegenständen, die ihn oder andere verletzen könnten, durchsucht und diese werden aus der Zelle entfernt. Gleichzeitig wird beim Krisenmanagement i.d.R. auch eine (Reserve-)Medikation zur emotionalen Stabilisierung verordnet.

Entsprechend der Dringlichkeit der Situation wird der Jugendliche im weiteren Verlauf des «Krisenmanagements» mehr oder weniger engmaschig vom Aufsichtspersonal und dem zuständigen Jugendforensiker betreut und begleitet, was dementsprechend einen ebenso mehr oder weniger intensiven, inter- und intradisziplinären Austausch mit allen Beteiligten erfordert. Situationen, in denen ein «Krisenmanagement» notwendig ist, sind in der Regel sehr zeit- und ressourcenintensiv, gehören aber glücklicherweise nicht zum jugendforensischen Alltag der Gefängnisbetreuung. Die Beurteilung, ob das Standardprozedere genügt oder ein Krisenmanagement vonnöten ist, erfolgt selbstverständlich nicht nur beim Eintrittsgespräch, sondern die diesbezügliche Notwendigkeit wird im weiteren Verlauf ständig überprüft und reevaluiert, bis sich der psychische Gesundheitszustand des Jugendlichen soweit stabilisiert hat, dass die bereits erwähnte «Routine-Betreuung» wieder genügt.

Gegen Ende der Inhaftierung wird bei jedem Klienten ein Austrittsgespräch durchgeführt. Ebenfalls wird von den jugendpsychiatrisch-psychologischen Fachpersonen sichergestellt, dass die relevanten Informationen über den Haftverlauf bzw. über die weiterzuführende Medikation an die nachfolgenden behandelnden Ärzte/Therapeuten bzw. Institutionen weitergegeben werden.

Um eine solche Qualität einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychologischen Grundversorgung minderjähriger Insassen gewährleisten zu können, ist ein hochfrequenter interdisziplinärer Austausch unter den involvierten Fachpersonen notwendig und bedarf daher einer entsprechenden professionellen wie personellen Ausstattung.

5 Fort- und Weiterbildung

Die forensisch tätigen Kinder- und Jugendpsychiater in der Schweiz sind Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ebenso sind die forensisch tätigen Kinder- und Jugendpsychologen ausgebildete Kinder- und Jugendpsychologen. Beide Berufsgruppen müssen sich aber im Fachgebiet der *forensischen* Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Rechtspsychologie zusätzliches, spezifisches Fachwissen aneignen, um den Anforderungen insbesondere auch in den oben dargestellten jugendstrafrechtlichen Bereichen der jugendforensischen Begutachtung, der Durchführung von angeordneten deliktpräventiven Behandlungen und der psychiatrischen Grundversorgung Minderjähriger in den Gefängnissen bzw. Vollzugsanstalten gerecht zu werden. Aber auch im zivilrechtlichen bzw. familienrechtlichen Bereich ist eine fundierte Ausbildung unabdingbar, in der spezifische Fachkenntnisse vermittelt werden und die für diese Arbeit notwendige Expertise erworben werden kann.

Die Frage, wie nun eine solche kinder- und jugendforensische Ausbildung aufgebaut werden soll, ist daher von hoher Relevanz. Im Folgenden wird zusammenfassend dargestellt, wie die Ausbildung in der Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie in der Schweiz organisiert wurde.

Seit 2007 gibt es in der Schweiz die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP) mit drei Sektionen: das sind die Sektion der Kinder- und Jugendforensik, der Erwachsenenforensik und der forensischen Psychologie (<https://www.swissforensic.ch/>). Die Kinder- und Jugendforensik der SGFP verlieh nach der Absolvierung eines spezifisch dafür entwickelten Zertifikatslehrganges ein Zertifikat in Forensischer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahre 2014 wurde dieses Zertifikat in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft (FMH) und der Dachorganisation der fachspezifischen Ärztegesellschaften den Anforderungen eines Schwerpunktes angepasst. Fachärztinnen und Fachärzte können nun ihre Kenntnisse im Fachgebiet der Kinder- und Jugendforensik vertiefen und einen Schwerpunkt in „Forensischer Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie“³ erlangen. Die forensische Aus- und Weiterbildung für forensisch tätige Psychologen ist im Rahmen des Fortbildungscurriculums der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtspsychologie (SGRP) geregelt. Diese Gesellschaft vereinigt Psychologinnen und Psychologen, die als Psychotherapeuten, als Gutachter, als Forscher und Dozenten im Schnittbereich von Psychologie und Recht arbeiten. Die forensisch tätigen Psychologen können im Rahmen des Zertifikats für Forensische Psychologie vier verschiedene Schwerpunkte erwerben; das sind der Schwerpunkt Begutachtung im Strafrecht, der Schwerpunkt Forensische Psychotherapie, der Schwerpunkt Begutachtung im Zivilrecht und der Schwerpunkt aussagepsychologische Begutachtung (<https://www.swissforensic.ch/forensische-psychologie/weiterbildung/curriculum/>), wobei eine spezifische Ausrichtung auf Minderjährige gewählt werden kann.

Organisatorisch werden gemäss des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung (SIWF⁴) in der Kinder- und Jugendforensik der SGFP (<https://www.swissforensic.ch/kinder-und-jugendforensik/>) sowie gemäß der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) in der Sektion Forensische Psychologie (<https://www.swissforensic.ch/forensische-psychologie/kommissionen/>) verschiedene Kommissionen geführt: die Titelkommission, die Weiterbildungsstellenkommission und die Prüfungskommission.

Die Organisation und stete Weiterentwicklung des entsprechenden Schwerpunktlehrganges «Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. -psychologie» übernahm in der deutschsprachigen Schweiz die European Association for

³ <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharztstitel-und-schwerpunkte/kinder-und-jugendpsychiatrie.cfm#i130029>

⁴ Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) ist für Ärzteschaft, Behörden und Bildungsinstitutionen das Kompetenzzentrum rund um die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz. Indem das SIWF als autonomes Organ der FMH alle wesentlichen Akteure und Organisationen in diesem Bereich vereinigt, stellt es in über 120 Fachgebieten eine qualitativ hochstehende Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte sicher (<https://www.siwf.ch/ueber-das-siwf/portraet.cfm>)

Forensic Child & Adolescent Psychiatry, Psychology & other involved Professions – Switzerland, EFCAP-CH, im Auftrag der Sektion Kinder- und Jugendforensik bzw. der Kinder- und Jugendforensischen Psychologie der SGFP (<https://www.efcap.ch/>).

Die fachspezifische forensische Weiterbildung zum Schwerpunkt für die Ärzte und Psychologen dauert zwei Jahre und muss an SIWF anerkannten forensischen kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten absolviert werden. Sie kann während oder nach Beendigung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie oder zum Rechtspsychologen begonnen werden und umfasst den Erwerb von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten.

Die theoretischen Kenntnisse in der Erlangung des Schwerpunkttitels für «Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» bzw. für «Forensische Psychologie» wird im Rahmen des durch die EFCPA-CH organisierten Lehrganges bereitgestellt und ist Bestandteil des Curriculums des Schwerpunktes für Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Forensischen Psychologie.

Der durch die EFCAP-CH organisierte theoretische Lehrgang umfasst in drei Blöcken 9 Kurse und 9 Praxisseminare sowie ein Psychodiagnostik-Seminar. Neben Fachgrößen aus der Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie bzw. aus der Forensischen Psychiatrie wirken zu einem großen Teil als Referenten auch Experten aus der Jurisprudenz und der Sozialpädagogik mit (<https://www.wb-kjforensik.ch/kursprogramm-2019-2021/>).

Inhaltlich werden im theoretischen Weiterbildungslehrgang einerseits propädeutische Grundlagen vermittelt, wie die Einführung in juristische Konzepte und in ethische, wie standesrechtliche Grundlagen. Andererseits werden allgemeine Techniken in der Gutachtenerstattung gelehrt sowie die Grundlagen der Durchführung der von der Justiz angeordneten kinder- und jugendforensischen Behandlungen erörtert. Im fachspezifischen Teil des Lehrganges erwirbt sich der Ausbildungskandidat vertiefte Kenntnisse über die zivil- und strafrechtliche Begutachtung, insbesondere wie auf spezifische, aus dem Jugendstrafrecht oder Zivilrecht kommende Fragestellungen eingegangen oder wie mit hochstrittigen Familien umgegangen werden soll. Ebenso lernt er störungsspezifische, aber auch deliktpräventive Behandlungsansätze und Konzepte von forensischen kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychologischen Interventionen kennen. Diese Inhalte werden in Form von theoretischem Unterricht, aber auch in Form von Seminaren und Workshops vermittelt. An diesen Vorlesungen, Seminaren und Workshops können auch Fachpersonen anderer Fachgebiete oder Disziplinen teilnehmen.

Der durch die EFCAP-CH konzipierte und organisierte theoretische Weiterbildungslehrgang wurde bereits mehrfach erfolgreich an den drei Universitätskliniken Bern, Basel und Zürich von den jeweiligen Kinder- und Jugendforensischen Abteilungen, die entweder den Forensischen Kliniken oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie angegliedert sind, durchgeführt.

Ein weiterer Teil der Ausbildung zum Schwerpunkt bzw. zum Äquivalent für Psychologen kann mit Besuchen von durch die EFCAP-CH anerkannten Fortbildungsveranstaltungen, wie z.B. von Kongressen, absolviert werden. Die EFCAP-CH publiziert jährlich eine Liste der anerkannten Veranstaltungen. Wissenschaftliche Publikationen im Bereich forensischer Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychologie und -psychotherapie werden ebenso angerechnet.

Im praktischen Teil der Ausbildung muss der Ausbildungskandidat für die Erreichung des Schwerpunkttitels bzw. für die Erreichung der äquivalenten Anerkennung für Psychologen im Rahmen des Zertifikats für Forensische Psychologie eine spezifische Anzahl von strafrechtlichen bzw. zivilrechtlichen Gutachten ausarbeiten und/oder eine spezifische Anzahl von forensischen Behandlungen mit Minderjährigen durchführen. Die Begutachtungen sowie die Therapien müssen von einem Schwerpunkttitelträger supervidiert werden. Wenn die Weiterbildung ganz oder teilweise im Ausland absolviert wurde, muss vor der Verleihung neben der Absolvierung der Abschlussprüfung des Schwerpunkts (siehe unten) mindestens ein Jahr Weiterbildung oder Tätigkeit in leitender Stellung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte für forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Schweiz absolviert werden. In diesem Weiterbildungsjahr hat sich der Bewerber dann mit dem Schweizer Recht vertraut zu machen.

Am Schluss der Weiterbildung müssen die Kandidaten eine schriftlich sowie mündlich durchgeführte Prüfung bestehen, welche durch die Prüfungskommission der Kinder- und Jugendforensik der SGFP organisiert wird. Diese Prüfung wird in der Schweiz jedes Jahr zentral, in allen Amtssprachen, durchgeführt.

Die SIWF anerkannten Weiterbildungsstätten müssen vorgeschriebenen Kriterien genügen. So müssen die Weiterbildungsstätten von Weiterbildungsverantwortlichen, die den Schwerpunkttitel in Forensischer Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tragen, geleitet werden. Zudem muss ein Weiterbildungskonzept vorliegen, in welchem zusätzlich zum Lehrgang die spezifischen kinder- und jugendforensischen Lerninhalte in einer zeitlichen und inhaltlichen Rahmenstruktur vertieft werden können. Ebenso muss die Gelegenheit gegeben sein, regelmäßig Gutachten in Zusammenarbeit mit Titelträgern erarbeiten und regelmäßig an Fallbesprechungen und Supervisionen teilnehmen zu können.

Neben den Weiterbildungsangeboten für Ärzte bzw. Psychologen gibt es eine Reihe von anderen Weiterbildungsangeboten, die sich an ein breites Spektrum von Teilnehmenden richten – insbesondere auch an Fachkräfte aus der Jugendstrafrechtspflege, der Jugendsozialarbeit sowie aus dem Jugendstraf- und Jugendmassnahmenvollzug. Dazu gehören z.B. die CAS- und MAS- (Certificate bzw. Master of Advanced Studies) Lehrgänge für Soziale Arbeit und Recht an der Hochschule Luzern (<https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/weiterbildung/studienprogramm/cas/jugendstrafverfolgung>).

6 Literatur

- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C. & Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 291-300.
- Bilke-Hentsch, O. & Sevecke, K. (2017). *Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz: Von gesunden Aggressionen bis zur forensischen Psychiatrie bei Kindern und Jugendlichen*. Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-004-132246>.
- Aebi, M. & Bessler, C. (2017). Prognoseerstellung. In O. Bilke-Hentsch & K. Sevecke (Hrsg.), *Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz* (S. 119–124). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-004-132246>.
- Aebi, M., Imbach, L., Holderegger, N. & Bessler, C. (2018). Jugendstrafrechtliche Gutachten in der Schweiz: Anforderungen aus juristischer, psychologischer und psychiatrischer Sicht. *Aktuelle Juristische Praxis (AJP)*, 12, 1461-1477.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>.
- Bessler, C. (2013). Deliktorientierte Behandlung jugendlicher Straftäter. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (S. 311–321). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bessler, C., Stiefel, D., Barra, S., Plattner, B. & Aebi, M. (2018). Psychische Störungen und kriminelle Rückfälle bei männlichen jugendlichen Gefängnisinsassen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(1), 73-88. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000612>.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(4), 569.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T. & Broekaert, E. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 255-263.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., White II, M. H. & Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 335.
- Eigenheer, R., Rhiner, B., Schmid, M. & Schramm, E. (2016). *Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen: die Multisystemische Therapie in der Praxis*, (Vol. 10). Hogrefe Verlag.
- Fazel, S., Benning, R. & Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. *The Lancet*, 366(9493), 1301-1302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67325-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67325-4).
- Fazel, S., Ramesh, T. & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
- Gallagher, C. A. & Dobrin, A. (2006). Deaths in juvenile justice residential facilities. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 662-668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.01.002>.

- Gétaz . L, Wolff H.D, Heller P & Baggio S (2021). Suicide attempts and Covid-19 in prison: Empirical findings from 2016 to 2020 in a Swiss prison. *Psychiatry Research*, 303 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114107>.
- Guan, X. (2012, Dezember). *Early behavior problems in school, juvenile delinquency, and adult incarceration: A longitudinal examination of pathways to crime among a ten-year birth cohort in Louisiana*. Louisiana State University. https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4362&context=gradschool_dissertations.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*.
- Imbach, D., Aebi, M., Metzke, C. W., Bessler, C. & Steinhausen, H. C. (2013). Internalizing and externalizing problems, depression, and self esteem in non-detained male juvenile offenders. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-8.
- Kilchmann, L., Bessler, C. & Aebi, M. (2015). Psychosoziale Belastungen und psychische Auffälligkeiten von jugendlichen Straftätern mit und ohne Migrationshintergrund. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(1), 47-56.
- Kozar, C. J. & Day, A. (2012). The therapeutic alliance in offending behavior programs: A necessary and sufficient condition for change? *Aggression and Violent Behavior*, 17(5), 482-487.
- Lipsey, M. W. & Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annu. Rev. Law Soc. Sci.*, 3, 297-320. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833>.
- Marques, J. K. & Nelson, C. (1992). The relapse prevention model: Can it work with sex offenders? In V. L. Quinsey, R. D. Peters & R. J. McMahon (Hrsg.), *Aggression and Violence Throughout the Life Span* (S. 222–243). SAGE Publications Inc.
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Hudson, S. M. & Ward, T. (Eds.). (2013). *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*. Springer Science & Business Media.
- Martinson, R. (1974). What works?-Questions and answers about prison reform. *The public interest*, 35, 22-54.
- McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S. & Wasserman, G. A. (2010). The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 37(2), 204-216.
- Memory, J. M. (1989). Juvenile suicides in secure detention facilities: Correction of published rates. *Death Studies*, 13(5), 455-463. <https://doi.org/10.1080/07481188908252324>.
- Murphy, W. D., Page, I. J. & Hoberman, H. M. (2016). Adolescents who have engaged in sexually abusive behavior: An overview. In A. Phenix & H. M. Hoberman (Hrsg.), *Sexual offending: Predisposing Antecedents, Assessments and Management* (S. 185–212). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2416-5_9.
- Norcross, J. C. (2000). Empirically supported therapeutic relationships: A Division 29 task force. *Psychotherapy Bulletin*, 35(2), 2-4.

- Plattner, B., Aebi, M., Steinhausen, H. C. & Bessler, C. (2011). Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(4), 231–242. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000113>
- Plattner, B., Steiner, H., The, S. S., Kraemer, H. C., Bauer, S. M., Kindler, J., Friedrich, M. H., Kasper, S. & Feucht, M. (2009). Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 400–407. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.014>
- Radeloff, D., Lempp, T., Herrmann, E., Kettner, M., Bennefeld-Kersten, K. & Freitag, C. M. (2015). National total survey of German adolescent suicide in prison. *European child & adolescent psychiatry*, 24(2), 219–225. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0568-1>.
- Sandhu, D. K. & Rose, J. (2012). How do therapists contribute to therapeutic change in sex offender treatment: An integration of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 18(3), 269–283.
- Schepker, R. (2008). Moralische Entwicklung und Strafreife aus jugendpsychiatrischer Sicht. In H. C. Steinhausen & C. Bessler (Hrsg.), *Jugenddelinquenz – Entwicklungspsychiatrische und forensische Grundlagen und Praxis* (1. Auflage, S. 79–88). W. Kohlhammer.
- Serran, G. & Marshall, W. (2010). Therapeutic process in the treatment of sexual offenders: A review article. *The British Journal of Forensic Practice*, 12(3), 4–16.
- Stösser, D. (2017). Familiäre Einflüsse. In O. Bilke-Hentsch & K. Sevecke (Hrsg.), *Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz: Von gesunden Aggressionen bis zur forensischen Psychiatrie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 48–52). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-004-132246>.
- Urbaniok, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 11(4), 202–213.
- Vermeiren, R., Jaspers, I. & Moffitt, T. (2006). Mental health problems in juvenile justice populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 15(2), 333–351.
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243–257.
- Wibbelink, C. J., Hovee, M., Stams, G. J. J. & Oort, F. J. (2017). A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 78–90. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.005>.
- World Health Organization. (2007). *Preventing suicide in Jails and Prisons*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf.
- Xian G. (2108). *Early behavior problems in school, juvenile delinquency, and adult incarceration: A longitudinal examination of pathways to crime among a ten-year birth cohort in Louisiana* (Dissertation). INTERNET http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-08172012-091735/unrestricted/GuanXian_diss.pdf (Zugriff 12.01.2018).