

[Interview mit Prof. Dr. Marc Graf, Klinikdirektor und Chefarzt der Forensisch Psychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel](#)

# Wo steht die Forensische Psychiatrie der Schweiz heute?

Marc Graf, Karl Studer

Die Forensische Psychiatrie ist derzeit im Umbruch: Neue Erwartungen im Strafvollzug, ein grosser Bedarf an Begutachtungen und Massnahmenplätzen, ein neuer Weiterbildungsschwerpunkt und die Diskussion, ob die Forensik überhaupt noch zum Curriculum des Facharztes Psychiatrie und Psychotherapie gehört.

## **Karl Studer (KS): Was bewegt Dich als Forensiker heute besonders?**

Marc Graf (MG): Zuerst, was mich sehr freut: Wir haben in den grossen Weiterbildungsstätten in der PUK Zürich und den UPK Basel hervorragend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Berufsgruppen. Die Pflege ist daran, sich inhaltlich neu zu definieren: Welchen konkreten Beitrag leistet die Pflege in welchen Phasen der Behandlung? Bei den Psychologen hat insbesondere die neuropsychologische Diagnostik einen Riesensprung nach vorne gemacht und die Schweizerische Vereinigung für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen SVNP hat einen entsprechenden Fachtitel etabliert. Diese modernen Testverfahren sind für Diagnostik, Risk-Assessment und Therapieplanung von zentraler Bedeutung. Während es zunehmend schwieriger wird, Assistenzärzte zu rekrutieren, können wir Stellen für Oberärzte und Leitende Ärzte mit Top-Leuten besetzen. Die Fortbildungsmöglichkeiten zum Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit, perspektivisch gute Verdienstmöglichkeiten in der Begutachtung sowie für Einzelne eine akademische Perspektive scheinen hier die wesentlichen positiven Faktoren zu sein.

## **KS: Was läuft denn an der Uni?**

MG: In Basel fokussieren wir methodisch auf zentrale und periphere Neurophysiologie in der Grundlagen- und angewandten Forschung der Störungen der Sexualpräferenz. Die Schizophrenie als «wichtigste» Störung der forensischen Psychiatrie rückt zudem glücklicherweise wieder etwas ins wissenschaftliche Interesse und wir versuchen, was wegen der relative kleinen Fallzahlen ein steiniger statistischer Weg ist, delikt- und störungsspezifische Basisrückfallraten für Schweizer Populationen zu berechnen. Dies ist wichtig, weil wir

immer deutlicher sehen, dass die ausländischen, insbesondere die angelsächsischen Daten nicht auf die Schweiz übertragbar sind, weil wir hier sehr deutlich niedrigere Rückfallraten haben. Auch die Qualitätsverbesserung in der Begutachtung, insbesondere im Bereich der Versicherungspsychiatrie, ist ein wichtiger Forschungsbereich.

## **KS: Und die Weiterbildung zum Forensischen Psychiater?**

MG: Der «Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH», den unsere Gesellschaft «Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie» (SGFP) zusammen mit der FMH vergibt, bewährt sich, auch wenn die Übergangsregelung zur Erlangung des Titels vier Jahre dauerte und erst wenige junge Kolleginnen und Kollegen die nun endlich eliminatorischen Prüfungen bestanden haben. Ganz neu und wohl weltweit einmalig, bilden wir unsere zukünftigen Gutachterinnen und Gutachter zusammen mit Psychologinnen und Psychologen im Rahmen eines «CAS Forensische Psychiatrie und Psychologie» an der juristischen Fakultät der Universität Luzern aus. Der Kurs beinhaltet 6 Blöcke à drei Tage und die Teilnehmenden stellen zum Schluss des Kurses, vor der Prüfung, ein Gutachten in einer gestellten Gerichtsverhandlung mit Richter, Staatsanwalt und Verteidiger vor. Ich hoffe, dass auch einige der erfahrenen Kolleginnen und Kollegen diese Gelegenheit zur Fortbildung nutzen werden – leider haben wir immer noch ein Qualitätsproblem bei den Gutachten. Zwar werden die nach Strafprozessordnung geforderten formalen Kriterien so gut wie immer eingehalten, wegen der Komplexität der Materie sind jedoch die Auftraggeber, Gerichte und Staatsanwaltschaften, kaum in der Lage, diese Gutachten inhaltlich zu würdigen, was sie allerdings müssten.

## **KS: Das führt dann zum Richter in Weiss?**

MG: Ja, genau. Und das wollen wir nicht! Wir überarbeiten gegenwärtig auch den Standard-Fragenkatalog und arbeiten in die Richtung, dass sich unsere Gutachten strikt an medizinisch-wissenschaftliche Standards halten und eben nicht Ausdruck einer persönlichen Meinung eines tatsächlichen oder vermeintlichen Experten sind. Da gehört insbesondere ein sehr sauberes Rollenverständnis dazu: Wir Sachverständigen beantworten Sachfragen, die Juristen bewerten unsere Befunde im Hinblick auf die von ihnen zu beantwortenden Rechtsfragen. Da gibt es noch viel zu tun, auf beiden Seiten!

## **KS: Und wie steht es um die klinische Versorgung?**

MG: Ich beginne auf Stufe Patient. Auch wenn sich das in der Schweiz statistisch, im Gegensatz zu anderen Ländern wie Deutschland, Österreich oder den USA nicht so eindeutig belegen lässt, findet aus den Dir bekannten Gründen eine Verschiebung von Patienten von der Allgemeinpsychiatrie in die Forensik und teilweise in den Justizvollzug statt. Gleichzeitig steigen die Auflagen für Entlassungen aus dem Massnahmenvollzug. Die individuellen stationären Behandlungen dauern dadurch immer (teilweise massiv) länger, als eine Haftstrafe für die jeweilige Tat dauern würde (juristisch «Übermassverbot»). Das ist erstens für die Patienten sehr schwierig, weil sie kaum eine Perspektive entwickeln können, damit zweitens auch für die zuständigen Therapeuten und schliesslich für mich als Klinikverantwortlichen, weil dies eben teilweise kaum mehr zu verantworten, weil schlichtweg unverhältnismässig ist. An diesem Punkt bin ich dann eben nicht mehr einfach der Sachverständige für die Gerichte und Behörden, hier habe ich auch eine Verantwortung gegenüber den Patienten.

**KS: Wie steht es inhaltlich um die forensischen Therapien?**

MG: Unter Anwendung forensischer Prinzipien (zum Beispiel «RNR: Risk, Need, Responsivity») verwenden wir primär in der Allgemeinpsychiatrie validierte Verfahren mit guter Wirksamkeit, lediglich in einigen Spezialgebieten, wie den Störungen der Sexualpräferenz, hat die Forensik eigene Therapieverfahren («Deliktorientierte Therapie», antiandrogene Therapien) entwickelt. Aus der Distanz des Klinikdirektors, sowie als Gutachter und auch als Mitglied der Konkordatlichen Fachkommission zur Beurteilung gemeingefährlicher Straftäter, sehe ich aber analog zur Situation bei den Gutachten, dass zwar oft die formalen Bedingungen einer Behandlung eingehalten werden, die zuständigen Therapeuten aber entweder zu unerfahren oder zu wenig selbstreflektiert sind und sozusagen «am Patienten vorbei» ihr Ding durchziehen, weil sie selber davon und von sich selbst überzeugt sind. Da bietet leider die Forensische Psychiatrie, insbesondere im Bereich des Justizvollzugs, problematische Nischen mit wenig Super- und Intervention. Der Patient hat dann gar keine Chance auf eine substantielle Besserung und somit auch nicht auf Lockerungen.

**KS: Und in den Kliniken?**

MG: Wie Du bestens weisst, ist ja eine neue Generation von Gesundheitsmanagern mit der löblichen Motivation angetreten, das

Gesundheitswesen besser und kostengünstiger zu machen. In der Realität geschieht das Gegenteil. Du kennst den Leitspruch: «If you can't measure it, you can't manage it!». Durch die untauglichen Versuche, mit der Einführung von Controlling und der Definition sämtlicher Prozesse, dies alles mit instabilen und bedienungsunfreundlichen IT-Lösungen, Qualität und Effizienz zu verbessern, werden die primären Leistungserbringer am Patienten zeitlich massiv belastet, wodurch beides, Qualität und Effizienz, sinken. Das wird dann im Sinne einer Negativspirale mit neuen Massnahmen zu kompensieren versucht. Ich meine, wir müssen uns eingestehen, dass die wichtigsten Outcome-Parameter in der Psychiatrie, nämlich psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit unserer Patienten, sowie in der Forensik die Sicherheit der Gesellschaft, unglaublich schwierig zu messen sind. Wir sollten uns wohl besser darauf konzentrieren, dass wir in den Kliniken auch wirklich das tun, wovon man ausgehen kann, dass es in obigem Sinne wirksam und effizient ist.

**KS: Wo geht der Weg hin?**

MG: Wie in der Allgemeinpsychiatrie: die inhaltlich getriebene Richtung «ambulant vor stationär», das heisst eine bessere Verknüpfung von Allgemeinpsychiatrie, Forensischer Psychiatrie sowie Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden und Strafjustiz. Wir haben da überhaupt kein übergreifendes Fallmanagement. Die Pflege wird mehr Verantwortung

übernehmen müssen in Prävention und Nachsorge, zum Beispiel durch ein forensisches «home-treatment». Zudem sollten wir unbedingt, das sehe ich höchst eindrücklich an unserer Jugendforensik, dort Ressourcen einsetzen: In diesem Alter kann noch viel mehr erreicht und bewegt werden als bei den Erwachsenen, im positiven wie im negativen Sinne.

**KS: Was willst Du mir noch zuhänden der SGPP auf den Weg mitgeben ?**

MG: Wir müssen unbedingt ein weiteres Auseinanderdriften von Allgemeinpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie verhindern: So wie in der Allgemeinpsychiatrie die fachlichen Kompetenzen im Umgang mit Drohungen, Gewalt und sozialer Marginalisation vorhanden sein müssen, so benötigen wir in der Forensik das Fachwissen in Diagnostik und Behandlung der verschiedenen Störungen. Wir können uns da auf beiden Seiten nur gegenseitig auf dem aktuellen Stand halten, um unsere Verpflichtungen der Gesellschaft und den Patienten gegenüber wahrnehmen zu können.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Karl Studer  
Praxis im Klosterhof  
Klosterhofstrasse 1  
CH-8280 Kreuzlingen  
[karl.studer\[at\]bluemail.ch](mailto:karl.studer[at]bluemail.ch)