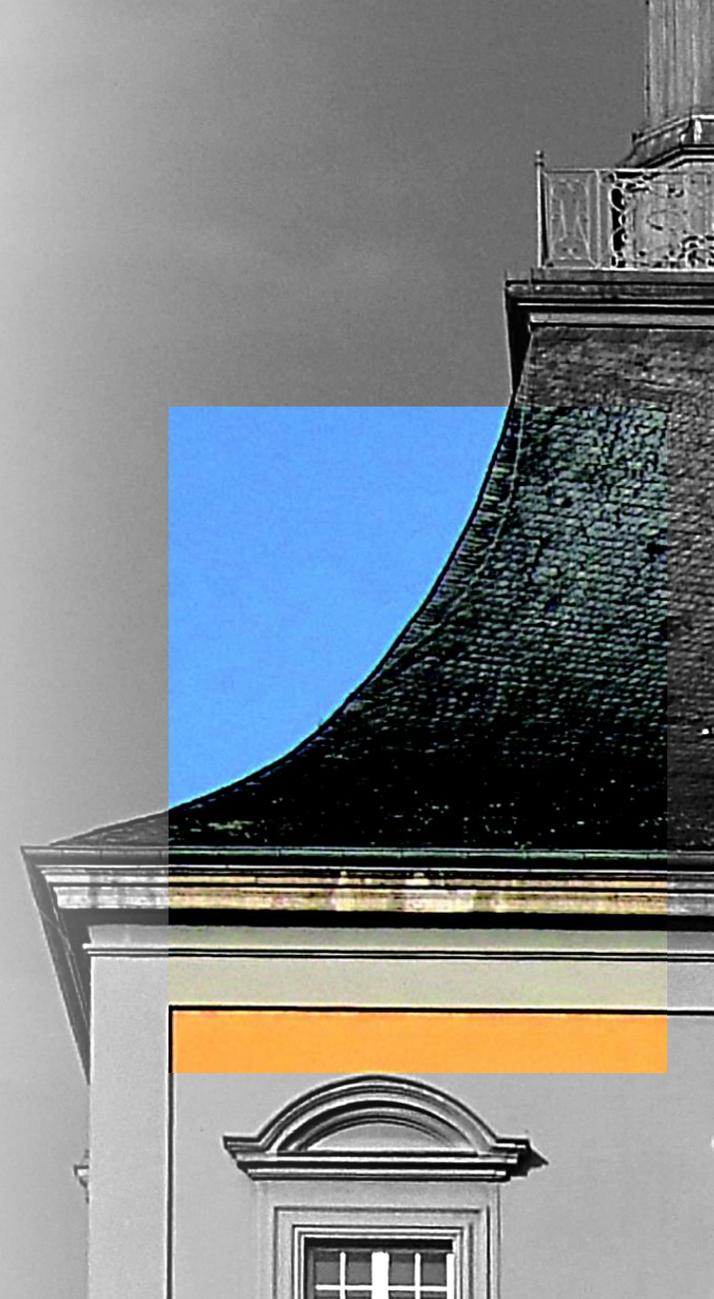


Brücken bauen - Bundestagung Freie Straffälligenhilfe - 27. bis -28. 11.2023 in Berlin

Psychisch kranke Strafgefangene – Situation, Daten und Fakten

Prof. Dr. Torsten Verrel

Kriminologisches Seminar und
Institut für Medizinstrafrecht der
Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bonn



1. Situation, Daten und Fakten

2. Erklärungszusammenhänge

3. Konsequenzen

Prävalenzraten II

1.

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Erkrankungen bei männlichen Gefangenen in Europa

Autor	Land	N	Abhängigkeit von Alkohol und Drogen	Psychotische Störungen	Affektive Störungen	Angststörungen	Persönlichkeitsstörungen
Andersen et al., 1996	DK	228*	44%	7%	10%	16%	17%
Birmingham et al., 1996	GB	569*	-	24%	27%	34%	38%
Brooke et al., 1996	GB	750*	38%	5%	22%	18%	11%
Carrá et al., 2004	IT	990	47%	1%	5%	2%	4%
Falissard et al., 2006	FR	800	14%	12%	21%	21%	-
Farrell et al., 2002	GB	503	29%	10%	-	-	-
Fotiadou et al., 2006	GR	80*	53%	11%	28%	38%	38%
Harsch et al., 2006	DE	56	68%	-	11%	3%	34%
Joukamaa, 1995	FI	283	44%	3%	-	6%	17%
Konrad, 2004	DE	100**	57%	9%	34%	10%	-
Langeveld et al., 2004	NO	40	90%	32%	-	-	80%
Missoni et al., 2001	DE	108*	13%	6%	48%	20%	-
v. Schönfeld et al., 2006	DE	76	64%	4%	12%	17%	43%
Watzke et al., 2006	DE	366	60%	0,5%	6%	7%	26%

*Untersuchungsgefangene, **Ersatzfreiheitsstrafe

<https://doi.org/10.5771/0934-9200-2007-4-134>

NEUE KRIMINALPOLITIK – 4/2007

Generiert durch Universitäts- und Landesbibliothek Bonn, am 21.11.2023, 12:04:33.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

135

Quelle: Drenkhahn/Dudeck, NK 2007, 134 ff.

Prävalenzraten III

1.

Studie	Fallzahlen	Methode	Prävalenzraten	Weitere Ergebnisse/Anmerkungen
<i>Köhler et al</i> , Praxis der Rechtspsychologie 2014 , 138 ff.: Psychische Gesundheit von inhaftierten Frauen	51 Frauen einer norddeutschen JVA	u.a. MWT-B, BSI, IKP	92,2 % krit. Substanzgebrauch, 70,6 % hohe Psychotizismusw., 86,3 % psych. auffällig belastet, 48,9 % dependente PA, 42,2% Borderlinie-PA, 42,9/38,8 % ADHS	Komorbidität; Korrelationen mit Kindheitstraumatisierungen Betreuungsbedarf in 75 %
<i>Kopp et al</i> , Nervenarzt 2011 , 880 ff: Psychische Symptombelastung bei Kurz- und Langzeitgefangenen in Deutschland	94 Kurz-/ 98 Langzeitstrafgefangenen der JVA Stralsund (2006-2007)/6 JVAs (2007-2008)	BSI SCL-90-R (GSI) Selbstauskünfte	53 % auffällige psych. Gesamtbelastung (65 % Langz./ 40 % Kurzzeit), hohe Ausprägung Depressivität, Suizidversuche (45/14%), Selbstverletzungen (34/53%)	Unterschiede nach Haftdauer bei Selbstverletzungen, Suizidalität
<i>Dudeck et al</i> , Psychiat Prax 2009 , 219 ff: Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe	102 Kurzstrafige (bis zu 3 Jahren) 2006-2007 JVA Stralsund	SKID-I (Achse I) SKID-II (Achse II) Selbstbeurteilung SCI-90 (GSI)	Achse I: 52 % akut, 83,3 % Lebenszeit Substanz: 34,4 /63,7, affekt. St.: 6,9/11,8, Angstst. 16,7/22,5%, 79,8% Persönlichkeitsst. 72,7% antisoz. 16,2% Borderline	ø hirnorm. St./ akute psychot. Symptomatik, Intelligenzminderung 15 % suizidal, 14 % selbstverletzend 1/5 amb. 1/3 stat. behandelt
<i>Schönfeld et al</i> , Nervenarzt 2006 , 830 ff.: Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen	63 Frauen und 76 Männer aus der JVA Bielefeld-Brackwede I geschlossener Vollzug 05/2002-06/2003	SKID I SKID II SCI-90-R Aktenauswertung	Achse I: 83,5 % ges., 81,6 ♂/85,7 ♀ Substanz: 72,4/69,8, affekt.St.:11,8/23,8, Angstst.: 17,1/39,7, PTBS: 11,8/31,7 Achse II: 53,2 % ges. 43,4 ♂/65,1 ♀, borderline: 5,3/42,9	Komorbidität 3,5±2,7 Diagnosen PTBS lifetime ♀46 % Lebenszeit-/aktueller Haftdauer n.s. Behandlungsbedarf 83,4 %; stationär 2,6/12,7, hochgerechnet NRW 8.000
<i>Missoni/Utting/Konrad</i> , ZfStrVo 2006 , 323 ff: Psych(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen	108 U-Haftlinge der JVA Berlin-Moabit (09/2000)	Aktenauswertung und DIA-X	48 % affektive Störung, 20% Angststörung., 13% Alkoholabhängigkeit, 6% psychot. Sörung.	ø <u>Personlichkeitsst./kogn. Defizite</u> nach ÄAU 80% unauffällig
<i>Konrad</i> , R & P 2004 , 147 ff: Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe	100 Neuzugänge der JVA Plötzensee 1999	DIA-X Interview	77 % Alkoholmissbrauch/abh., 39 % Phobien, 21 % Dysthyma, 20 % depressive Episoden, 10 % psychot. Merkm.(lifetime)	ø Persönlichkeitsst./kogn. Defizite 40 % stat. psychiatr. Behandlung Hohe Komorbiditäten
<i>Frädrich/Pfäfflin</i> R & P 2000 , 95 ff.: Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen	90 männl. Gefangenen der JVA Ulm im offenen Vollzug	Interview SKID-II	gesamt: 50 %, deliktsspezifisch 77,8 – 22,2	Komorbidität Dominanz antisozialer Persönlichkeitsstörungen (36,7 %)

2.

3.

Prävalenzraten V

1.

Tab. 3 Aktuelle Prävalenz (6 Monate) psychischer Störungen, DSM-IV-Achse I in [%]

	Gesamt <i>n</i> =139	Männer <i>n</i> =76	Frauen <i>n</i> =63	Sign. ($\chi^2, df=1$)
≥1 Diagnose	83,5	81,6	85,7	$\chi^2=0,4$; ns
Davon: Anzahl Diagnosen (MW±SD)	3,5±2,7	3,4±2,8	3,6±2,5	<i>t</i> =0,4; ns
Substanzbezogene Störungen (Abhängigkeit)	71,2 (64,0)	72,4 (59,2)	69,8 (69,8)	$\chi^2=0,1$; ns ($\chi^2=12,8$; <i>p</i> =0,002)
Schweregrad	<i>n</i> =100	<i>n</i> =58	<i>n</i> =42	$\chi^2=2,4$; ns
Leicht	2,0	3,4	0,0	
Mittel	35,0	32,8	38,1	
Schwer	63,0	63,8	61,9	
Alkohol	43,2	59,2	23,8	$\chi^2=17,6$; <i>p</i> <0,001
Sedativa	25,2	19,7	31,7	$\chi^2=2,6$; ns
Cannabis	35,3	39,5	30,2	$\chi^2=1,3$; ns
Stimulanzien	9,4	11,8	6,3	$\chi^2=1,3$; ns
Opiate	44,6	31,6	60,3	$\chi^2=11,5$; <i>p</i> =0,001
Kokain	30,2	30,3	30,1	$\chi^2=0,0$; ns
Halluzinogene	10,8	14,5	6,3	$\chi^2=2,5$; ns
Polyvalent	30,2	23,7	38,1	$\chi^2=3,4$; <i>p</i> <0,05
Andere	3,6	6,6	0,0	$\chi^2=6,2$; <i>p</i> <0,05
Psychotische Störungen	7,9	3,9	12,7	$\chi^2=3,7$; ns
Schizophrene Störung	4,3	3,9	4,8	–
Schizoaffektive Störung	2,2	0,0	4,8	–
Kurze psychotische Störung	0,7	0,0	1,6	–
Psychotische Störung aufgrund eines Krankheitszustandes	0,7	0,0	1,6	–

Quelle: Schönfeld et al, Nervenarzt 2006,880, 836.

Prävalenzraten VI

1.

	gesamt	♂	♀	Sign.
Affektive Störungen	17,3	11,8	23,8	$\chi^2=3,5; p=0,05$
Bipolar I	0,7	1,3	0,0	-
Bipolar II	0,7	1,3	0,0	-
Major-Depression	12,9	10,5	15,9	$\chi^2=0,9; ns$
Dysthymia	6,5	1,3	12,7	$\chi^2=8,1; p<0,01$
Substanzinduzierte affektive Störung	0,7	0,0	1,6	-
Anpassungsstörung	5,0	6,6	3,2	-
Angststörungen	27,3	17,1	39,7	$\chi^2=8,8; p<0,01$
Panikstörung	2,2	3,9	0,0	-
Agoraphobie ohne Panik	1,4	1,3	1,6	-
Soziale Phobie	2,9	3,9	1,6	-
Spezifische Phobie	2,2	0,0	4,8	-
Zwangsstörung	1,4	0,0	3,2	-
Posttraumatische Belastungsstörung	20,9	11,8	31,7	$\chi^2=8,3; p=0,004$
Bulimie	4,3	0,0	9,5	$\chi^2=9,8; p<0,01$
Schmerzstörung	0,7	0,0	1,6	-
Andere Störung	1,4	2,6	0,0	-

Quelle: Schönfeld et al, Nervenarzt 2006,880, 836.

1.

Tab. 5 Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen, DSM-IV-Achse II in [%]

	Gesamt n=139	Männer n=76	Frauen n=63	Signifikanz
≥1 Persönlichkeitsstörungen	53,2	43,4	65,1	$\chi^2=6,5; p=0,1$
Davon: Anzahl Persönlichkeitsstörungen (MW±SD)	2,7±1,8	2,2±2,0	3,1±1,6	$t=2,2; p=0,3$
Cluster A	27,3	13,2	44,4	$\chi^2=17,0; p<0,01$
Paranoid	20,9	10,5	33,3	$\chi^2=10,9; p=0,01$
Schizotyp	2,2	2,6	1,6	–
Schizoid	11,5	6,6	17,5	$\chi^2=4,0; p=0,4$
Cluster B	43,2	36,8	50,8	$\chi^2=2,7; ns$
Histrionisch	2,9	2,6	3,2	–
Narzisstisch	5,0	3,9	6,3	–
Borderline	22,3	5,3	42,9	$\chi^2=28,1; p<0,01$
Antisozial	31,7	32,9	30,2	$\chi^2=0,1; ns$
Cluster C	22,3	10,5	36,5	$\chi^2=13,4; p<0,01$
Selbstunsicher	12,2	7,9	17,5	$\chi^2=2,9; ns$
Zwanghaft	10,1	3,9	17,5	$\chi^2=7,2; p<0,1$
Dependent	3,6	2,6	4,8	–
Nicht näher bezeichnet	1,5	2,7	0,0	–

Quelle: Schönfeld et al, Nervenarzt 2006,880, 839

Methodische Probleme

1.

- kaum repräsentative Stichproben, geringe Fallzahlen → ∅ zentrale Datenerfassung
- (Vergleichsgruppen aus Bevölkerung / Untergebrachten?)
- stark schwankende (Akut-/Lifetime-) Prävalenzraten
- unklare/uneinheitliche Diagnoseinstrumente
- Validität von Selbsteinschätzungen
- („Eigeninteresse“ an hohen Prävalenzraten?)
- unterschiedliches Störungsspektrum -> wer ist psychisch ‚krank‘?
- einzelne Items haftspezifisch verzerrt (z.B. paranoide PS)
- Keine Erfassung/Operationalisierung von „Haftbedingungen/-klima“
- bloße Korrelation → keine Ursache-Wirkungszusammenhänge

2.

3.

Unter diesen Einschränkungen: Kernbefunde

1.

- hohe Prävalenzraten psychischer Störungen bei Strafgefangenen
- überragende Bedeutung substanzbezogener Störungen
 - Alkohol Männer, BtM Frauen
- daneben:
 - Persönlichkeitsstörungen (antisoziale/borderline Persönlichkeiten)
 - Angststörungen, insb. PTBS bei Frauen
 - affektive Störungen
- kleiner Teil psychotischer Störungen mit mögl. Bedarf für stationäre Behandlung
- Anzeichen für:
 - geschlechtsspezifische Belastungsunterschiede
 - hier insb. Traumaerfahrungen bei Frauen (Opfer-Täter-Identitäten!)
 - Bedeutung der Haftdauer insb. für Anpassungsstörungen
- erhebliche Anteile ambulant/stationär vorbehandelter Gefangener
- häufige Komorbidität

2.

3.

Komorbidität!

Häufigkeit diagnostizierter Störungen bei vorsätzlichen Tötungsdelikten (151 niedersächsische und hamburgische Schwurgerichtsverfahren aus 1983/1984)

1.

	n	%
Alkohol- / Drogen- / Medikamentenmißbrauch	97	37,0
affektive Erregungs- und Ausnahmezustände	67	25,6
Persönlichkeitsstörungen	41	15,6
Neurosen	14	5,3
schizophrene Psychose	8	3,1
Schwachsinn unbekannter Ätiologie	7	2,7
Alkoholabhängigkeit	6	2,3
organisch bedingter Schwachsinn	4	1,5
senile und präsenile Psychose	3	1,1
paranoide Syndrome	3	1,1
sonstige Bewußtseinsstörungen	3	1,1
andere nichtorganische Psychosen	3	1,1
Alkoholpsychose	1	0,4
andere organische Psychose	1	0,4
spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen	1	0,4
sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	1	0,4
Alkohol- / Drogen- / Medikamentenabhängigkeit	1	0,4
psychogene Reaktionen	1	0,4
Störungsnennungen insgesamt	262	100,0

Quelle : Verrel, Schuldfähigkeitsbegutachtung und Strafzumessung bei Tötungsdelikten 1995

1.

2.

3.



Wieso, weshalb, warum
-
wer nicht fragt,

Foto: Matthis Verrel

Beziehung Störung / Strafvollzug



Foto: Grace O'Driscoll

1. Störung bestand bereits vor Strafvollzug
2. Störung ist Folge des Strafvollzugs („Haftschaden“)
3. Strafvollzug verstärkt vorhandene Störung
4. Strafvollzug bewirkt und verstärkt Störungen

Beziehung Störung / Strafvollzug

1. Störung bestand bereits vor Strafvollzug

- unentdeckt
- bekanntermaßen → warum nicht §§ 63,64?
- Beziehung zur Kriminalität?



Gründe:

- remittiert
- übersehen (Strafbefehlsverfahren?)
- weggesehen
- Vermeidung (unbefristeter) Unterbringung
- hohe Schwelle des (sicheren) § 21 StGB, gerade bei Persönlichkeitsstörungen
- enge Voraussetzungen für §§ 63, 64 StGB
- Zurückhaltung in Allgemeinpsychiatrie
- Enthospitalisierung
- Beschränkung ambulanter Versorgung
- Vorwegvollzug Strafe vor Maßregel
- Beendigung des Maßregelvorwegvollzugs
- ?

2.

- Störung bewirkt Kriminalität/Kriminalisierung
- Störung Folge von Kriminalität/Kriminalisierung
- gemeinsame Risikofaktoren

1.

3.

Konsequenzen:

Relevanz des Befundes hoher Prävalenzraten

1.

1. Anspruch Gefangener auf angemessene Gesundheitsfürsorge

2.

2. Auswirkung auf Vollzugsverhalten, insb. Selbst-/Fremdschädigung

3.

3. Angriffspunkte für subkulturelle Einflüsse

4. Hindernis für Erreichen des Vollzugsziels, kriminalprognostische Bedeutung

EUROPÄISCHE STRAFVOLLZUGSGRUNDSÄTZE

DIE EMPFEHLUNG DES EUROPARATES REC(2006)2

40.4 Der anstaltsärztliche Dienst soll körperliche oder geistige Krankheiten oder Beschwerden, an denen Gefangene möglicherweise leiden, aufdecken und behandeln.

40.5 Zu diesem Zweck müssen den Gefangenen alle erforderlichen ärztlichen, chirurgischen und psychiatrischen Einrichtungen auch außerhalb der Anstalt zur Verfügung gestellt werden.

89.1 Der Personalbestand muss so weit wie möglich eine ausreichende Anzahl an Fachleuten wie Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen, Lehrern/Lehrerinnen, Berufsausbildern /Berufsausbilderinnen sowie Sportlehrern/Sportlehrerinnen umfassen.

3.

Versorgungsanspruch II (national)

§ 43 StVollzG NRW

Gesundheitsfürsorge, Aufenthalt im Freien

(1) Für das körperliche, seelische, geistige und soziale Wohlergehen der Gefangenen ist zu sorgen.(...)

§ 44

Suchtmedizinische Behandlung

Für suchtkranke Gefangene sind Möglichkeiten der suchtmedizinischen Behandlung vorzuhalten.

§ 48

Medizinische Behandlung zur sozialen Eingliederung

Mit Einwilligung der Gefangenen sollen medizinische Behandlungen, die für die Eingliederung der Gefangenen erforderlich sind, ermöglicht werden. Die Kosten tragen die Gefangenen. Sind sie dazu nicht in der Lage, kann die Anstalt die Kosten in begründeten Fällen in angemessenem Umfang übernehmen.

§ 93 Organisation der Anstalten

(2) (...) Dabei ist sicherzustellen, dass in den einzelnen Anstalten unter Berücksichtigung der jeweiligen Vollstreckungszuständigkeit Behandlungsmaßnahmen zum Erwerb sozialer Kompetenzen, therapeutische Angebote, (...), Motivations- und Beratungsangebote für Suchtkranke sowie Schuldnerberatung angeboten werden. (...).

3.

Versorgungsrealität

Personalschlüssel im Vollzug des Landes NRW

	1967	1979	1990	2000	2010	2015	2020	2021	2022
höherer Vollzugs- und Verwaltungsdienst	1 : 384	1 : 126	1 : 121	1 : 120	1 : 193	1 : 182	1 : 166	1 : 116	1 : 108
gehobener Vollzugs- und Verwaltungsdienst	1 : 117	1 : 56	1 : 50	1 : 50	1 : 69	1 : 57	1 : 49	1 : 41	1 : 39
mittlerer Verwaltungsdienst (einschl. Vorzimmer-, Schreib- und Fernsprechdienst)	1 : 62	1 : 23	1 : 21	1 : 25	1 : 33	1 : 31	1 : 29	1 : 25	1 : 25
allgemeiner Vollzugsdienst (einschl. Krankenpflegedienst)	1 : 5,2	1 : 2,7	1 : 2,4	1 : 2	1 : 3	1 : 3	1 : 3	1 : 2	1 : 2
Werkdienst	1 : 180	1 : 59	1 : 39	1 : 29	1 : 34	1 : 28	1 : 26	1 : 26	1 : 16
gehobener Sozialdienst	1 : 279	1 : 63	1 : 63	1 : 61	1 : 70	1 : 71	1 : 64	1 : 51	1 : 31
pädagogischer Dienst	1 : 467	1 : 110	1 : 117	1 : 117	1 : 120	1 : 114	1 : 114	1 : 99	1 : 98
psychologischer/soziologischer Dienst	1 : 2160	1 : 1000	1 : 1000	1 : 1000	1 : 1000	1 : 103	1 : 84	1 : 62	1 : 59
seelsorgerischer Dienst	1 : 252	1 : 252	1 : 252	1 : 252	1 : 323	1 : 320	1 : 464	1 : 363	1 : 416
ärztlicher Dienst	1 : 289	1 : 266	1 : 256	1 : 291	1 : 283	1 : 267	1 : 260	1 : 202	1 : 202
sonstige								1 : 75	1 : 68
insgesamt	1 : 3,9	1 : 2,0	1 : 1,4	1 : 1,8	1 : 2,1	1 : 1,8	1 : 1,8	1 : 1,5	1 : 1,4

2019: keine Anstalt in NRW verfügt über eine/einen Fachärztin/-arzt für Psychiatrie, ambulante Diagnostik/Therapie erfolgt ausschließlich durch externe Vertragskräfte

Quelle: 1967-1999: Kaiser/Schöch, Strafvollzug, 2003, 5. Aufl.; ab 2005: Justiz in Zahlen (https://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/zahlen_fakten/statistiken/justizvollzug/personal/personaluebersicht.pdf) eigene Berechnungen

Der Wunschzettel

1. Weitere Reduzierung von Ersatzfreiheitsstrafen!
2. Einführung bundeseinheitlicher **Screening-/Diagnoseinstrumente** als fester Bestandteil der Behandlungsuntersuchung in der Hand von Fachkräften
3. Ausbau der **suchtherapeutischer Behandlungskompetenzen** im Strafvollzug → Zunahme abhängiger Gefangener auch als Folge der Reform von § 64 StGB!
(BT-Drs. 20/5913.S. 48: „Gleichzeitig sollte auch im Strafvollzug im Interesse der Deliktprävention eine Weiterentwicklung dahingehend erfolgen, dass Inhaftierte mit Suchtproblemen so unterstützt werden, dass einer chronifizierenden Wirkung und sozialer Desintegration entgegengewirkt wird (...).“)
4. Einrichtung besonderer (zentralisierter?) **Forensischer Abteilungen im Strafvollzug** in Analogie zu SothA („FoAs“) zur Behandlung anderer psych. Störungen, **Ausbau stat. Versorgung in JVK** oder: Wiederbelebung der Diskussion über eine **vierte stationäre Maßregel** (§ 65 StGB)?
-> wer soll es stemmen: der Straf- oder/und der Maßregelvollzug?
5. Übergangsmanagement auch in Bezug auf eine **psychiatr./psycholog. Anschlussbehandlung**
6. einstweilen **Lockerung** der rigiden Handhabung **von § 455 StPO?**
7. Mehr **Spurendurchlässigkeit**, Möglichkeit des Wechsels in §§ 63, 64 auch ohne gleichzeitige Maßregelanordnung (juristisch anspruchsvoll!)

Der unbefriedigende Istzustand ist allen bekannt!

Expertenkommission: Justizvollzug NRW

Brandschutz, Kommunikation, psychische Erkrankungen

Bericht

Juni 2019

S. 89:

„Ferner hat sie (i.e.: die Kommission) sich jeweils anhand der Kameraüberwachung einen Eindruck von den Gefangenen verschafft, die teils unruhig gespannt im Haftraum hin und her liefen, gestikulierten und offenbar mit ihren halluzinierten Stimmen sprachen, teils lagen sie kataton-gespannt auf dem Bett bzw. der Matratze. Teils waren die Räume notdürftig mit Bindemittel „sauber“ gehalten. Dies zu sehen war nicht einfach auszuhalten, wobei dies für die Kommission – anders als für die zuständigen Bediensteten – nur Momentaufnahmen waren. In vielen Fällen bestand diese, für die Gefangenen wie für die Bediensteten unzumutbare Situation bereits seit Monaten.“

abrufbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf>

Der unbefriedigende Istzustand ist allen bekannt!

Expertenkommission: Justizvollzug NRW

Brandschutz, Kommunikation, psychische Erkrankungen

Bericht

Juni 2019

S. 89:

„Zusammenfassend ist also der Umgang mit akuten und schweren psychiatrischen Krankheitsbildern, die unverzüglicher stationärer Versorgung bedürfen, nach den von der Kommission gewonnenen Eindrücken schon strukturell und quantitativ völlig unzureichend. Dieser Mangel führt in vielen Einzelfällen zu medizin- und rechtsethisch nicht zu verantwortenden Zuständen.“

abrufbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf>

Brücken bauen - Bundestagung Freie Straffälligenhilfe - 27. bis -28. 11.2023

Psychisch kranke Strafgefangene – Situation, Daten und Fakten

Prof. Dr. Torsten Verrel

Kriminologisches Seminar und
Institut für Medizinstrafrecht der
Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bonn

Wo bleibt der
„Wumms“?