

# Psychiatrie im Strafvollzug

## Berichte und Empfehlungen der Expertenkommissionen

von Frank Wilde

### 1. Einleitung

Die Bundesregierung stellte im Jahr 2005, also noch ein Jahr vor der Föderalismusreform, fast lapidar fest: „Aus Sicht des Bundesministeriums für Justiz sind psychisch kranke Gefangene grundsätzlich nicht im Justizvollzug unterzubringen, da ihre Behandlung dort nicht möglich ist.“ (2005, S. 77) Die Realität sieht anders aus. Die Prävalenz von inhaftierten Personen mit psychischen Störungen ist hoch. Norbert Konrad, Leiter der psychiatrischen Abteilung im Berliner Justizvollzugskrankenhaus, spricht davon, dass im deutschen Justizvollzug vermutlich mehr psychisch Kranke im engeren Sinne untergebracht sind als im psychiatrischen Maßregelvollzug. Er geht anhand der vorliegenden Studien davon aus, dass „sicher mehr als die Hälfte der Gefangenen ... an einer psychischen Störung im Sinne des ICD-10“ leiden. Bezüglich psychotischer Erkrankungen geht er von einer Prävalenz von 10 % aus. Bei 70.000 Inhaftierten wären dies 7.000 „Psychosekranken“ in deutschen Justizvollzugsanstalten (Konrad 2024, S. 45, 47; vgl. hierzu auch Verrel und Orlob in diesem Heft).

Menschen mit seelischen Behinderungen, deren Erleben und Verhalten sich von anderen unterscheidet, können ein ganz „normales“ Leben führen. Sie stehen aber auch in besonderer Gefahr, aus gesellschaftlichen Systemen herauszufallen. So sind Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker armutsgefährdet und von Einsamkeit betroffen und fallen auch aus den sozialen Sicherungssystemen heraus (Richter/Hoffmann 2017). Wohnungslose gelten bspw. als die psychiatrisch am stärksten belastete Bevölkerungsgruppe (Salize 2021, S. 18). Und, wie eingangs erwähnt, ist auch die Prävalenz im Strafvollzug deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Es ist somit nicht verwunderlich, dass sich die Personenkreise aus Wohnungsnotfallhilfe, Suchthilfe und Strafvollzug überschneiden. In der Berliner Gefängnispsychiatrie waren Ende Januar 2020 über 80 % der Patienten obdachlos (Fuß et al. 2021).

Den Strafvollzug stellt dieser Personenkreis vor besondere Herausforderungen. Hier ist alles geregelt und vorgeschrieben und folgt strikten Routinen. Auf Personen, die nicht ansprechbar sind, Dinge wahrnehmen, die andere nicht sehen oder hören,

sich in ihre Zelle zurückziehen und verwahrlosen oder die in ihrem Verhalten nicht berechenbar wirken und im Extremfall selbst- oder fremdgefährdend auftreten, ist der Vollzug nicht vorbereitet. Vollzugsbedienstete, so der Bundesvorsitzende der Strafvollzugsbediensteten René Müller, sind für eine solche „Psychiatrie light“ nicht ausgebildet (ntv 2024).

Aber Gefangene mit seelischen Behinderungen stören nicht nur den Ablauf. Sie bedürfen auch des besonderen Schutzes der Anstalt. In der nicht freiwillig gewählten Gemeinschaft besteht das Risiko von Übergriffen. Bei inhaftierten Personen mit einer psychischen Störung besteht zudem ein erhöhtes Suizidrisiko (Opitz-Welke 2021, S. 20). Dies gilt insbesondere in der ersten Zeit der Inhaftierung, wenn die Anpassung an die neue Lebenswelt einer Person viel abverlangt. Gefangene haben zudem Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung, die dem Stand außerhalb des Strafvollzugs angeglichen sein sollte. Gleichzeitig muss die Anstalt aber auch die Bediensteten und andere Gefangene vor gewalttätigen Übergriffen schützen.

Seit fast 10 Jahren wird mittlerweile darüber diskutiert, dass der Strafvollzug mit dieser Aufgabe überfordert ist.<sup>1</sup> Ausgangspunkt hierfür waren nicht wissenschaftliche Forschungen. Vielmehr wurden aufgrund von Todesfällen von der Politik Expertenkommissionen eingesetzt, die die JVAen besuchten, ihre Beobachtungen dokumentiert und Empfehlungen für die Politik und die Verwaltung formuliert haben.<sup>2</sup> Was wir aktuell also wissen, wissen wir im Wesentlichen dank dieser Berichte und Diskussionen. Im Folgenden sollen die Berichte und Empfehlungen kurz dargestellt und die Lösungsansätze abschließend diskutiert werden.<sup>3</sup>

1 Vgl. hierzu die Beiträge im Forum Strafvollzug mit dem Schwerpunkt „Psychisch krank“, Heft 4, 2016.

2 Aktuell führt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) eine bundesweite Erhebung über den Stand der psychiatrischen Versorgung im Strafvollzug durch. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Herbst 2024 veröffentlicht.

3 Das wichtige Thema des Übergangsmanagements und der Nachsorge wird in diesem Beitrag nicht behandelt. Vgl. hierzu die Beiträge in diesem Heft.

## 2. Die psychiatrische Versorgung in den Strafvollzugsanstalten

Im August 2014 führte der Tod eines psychisch auffälligen Gefangenen in Baden-Württemberg zu einer Diskussion über die Unterbringung. Durch den Justizminister wurde eine Expertenkommission eingesetzt, die im Jahr 2015 einen Bericht mit Empfehlungen vorlegte (BW 2015). Es folgte nur wenige Jahre später eine weitere durch den Ministerrat einberufene Expertenkommission, die die medizinische Situation im Strafvollzug insgesamt untersuchen sollte (BW 2021, S. 49). Auch in Nordrhein-Westfalen wurde 2018 nach einem Brand in einem Haftraum, an dem die inhaftierte Person verstarb, vom Landtag eine Expertenkommission eingesetzt. Ein Jahr später legte eine Expertenkommission zu den Themen Brandschutz, Kommunikation und psychische Erkrankungen ihre Ergebnisse vor (NRW 2019). Einen weiteren Bericht lieferte die Delegation des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT). Diese besuchte im Dezember 2020 Justizvollzugsanstalten in verschiedenen Bundesländern (CPT 2020).

Zu welcher Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung im Strafvollzug sind diese Untersuchungen gekommen?

### „Ambulante“ Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung von Personen mit seelischen Behinderungen, die im Strafvollzug untergebracht sind, erfolgt in erster Linie „ambulant“, in der Einrichtung, in der sie untergebracht sind. Die Behandlung erfolgt durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die in der Regel nicht in den Strafvollzügen dauerhaft vor Ort sind, sondern als „Besuchsarzte“ von außen kommen und für eine bestimmte Stundenanzahl in den Gefängnissen Sprechstunden anbieten (NRW 2019, S. 85). Dies sind externe Vertragskräfte, teils Klinikärzt:innen, teils niedergelassene und teils in Rente/Pension befindliche Ärzt:innen. Die Bestandsaufnahmen der Kommissionen bewerteten die Versorgungssituation als „knapp ausreichend“ in Nordrhein-Westfalen (ebd., S. 86) und unzureichend in Baden-Württemberg (BW 2015, S. 34). In dieser Struktur fehlt es an einem Krisen- oder Eildienst, der in akuten Fällen schnell und auch in der Nacht und an den Wochenenden intervenieren kann.

Die Delegation zur Verhütung von Folter (CPT) kritisiert in einer anderen großen JVA in Bayern, dass dort keine regelmäßigen Besuche eines/r Psychiaters/Psychiaterin stattfanden. So standen Personen, die als störend wahrgenommen wurden, in erhöhter Gefahr, unbehandelt in den besonders gesicherten Hafträumen untergebracht zu werden. Die CPT mahnte in ihrem Bericht,

*„dass die Freiheitsentziehung einer kranken Person nach der gefestigten Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte eine Frage nach Artikel 3 der Europäischen Konvention für Menschenrechte aufwerfen kann und dass das Fehlen einer geeigneten Gesundheitsfürsorge einer Behandlung gleichkommen kann, die dieser Bestimmung entgegensteht.“* (Rn. 71)

Artikel 3 behandelt das Verbot der Folter. Das Bemühen der Länderverwaltungen, die Versorgungslage zu verbessern, wurde von der Delegation anerkannt. Eine Behandlung müsse aber sichergestellt werden.

### Stationäre Versorgung

Wenn aus fachlicher Sicht die Erkrankung so schwer ausgeprägt ist, dass eine stationäre Behandlung notwendig wäre, haben die Gefangenen hierauf – anders als außerhalb der Haftanstalten – keinen Anspruch. Zwar gibt es in vielen Bundesländern mittlerweile psychiatrische Abteilungen, die sich in der Regel innerhalb der Justizvollzugskrankenhäuser befinden. Das Behandlungsangebot auf diesen Stationen entspricht nach der Einschätzung von Norbert Konrad, dem Leiter der Berliner psychiatrischen Abteilung, auch den allgemeinpsychiatrischen Standards, wobei die Personalausstattung schlechter gestellt ist (Konrad 2024, S. 45). Da die Kapazitäten allerdings nicht ausreichen, gibt es Wartelisten. Im Kommissionsbericht aus Nordrhein-Westfalen ist dokumentiert, dass Personen, die an einer akuten Psychose litten und wegen Eigen- und Fremdgefährdung im besonders gesicherten Haftraum untergebracht wurden, über Monate auf der Warteliste standen und teilweise bereits aufgrund des Haftendes entlassen wurden (NRW, S. 87). In Gesprächen stellte die Kommission weiter fest, dass aufgrund dieser Situation Bedienstete potenzielle Personen gar nicht mehr anmelden würden, da die Aufnahme erst nach der Entlassung erfolgen würde. Auch die Kommission in Baden-Württemberg stellte fest, dass „... die im Justizvollzug Baden-Württemberg vorhandenen Plätze zur stationären psychiatrischen Versorgung der Gefangenen derzeit nicht ausreichend sind.“ (BW 2021, S. 49)

Die Personen verbleiben trotz akuter psychischer Störung und stationärem Unterbringungsbedarf in der Anstalt. Bei Selbstgefährdung werden sie zu ihrem eigenen Schutz und bei Fremdgefährdung zum Schutz der Bediensteten und anderen Gefangenen in gesonderte Beobachtungsräume oder einen besonders gesicherten Haftraum gebracht. Was bedeutet die Unterbringung eines Gefangenen mit akuter psychischer Störung? Die Kommission hat dies eindrücklich geschildert:

„In nahezu allen von der Kommission besuchten Anstalten berichteten die Bediensteten von zumeist mehreren Gefangenen, die sich aktuell wegen einer akuten oder auch chronischen psychotischen Erkrankung in einer kameraüberwachten Schlichtzelle oder einem bgH befanden. Die Kommission hat sich beispielhaft jeweils die Krankengeschichte zumindest eines dieser Gefangenen berichten lassen und die entsprechenden Unterlagen eingesehen. Ferner hat sie 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.“ (NRW 2019, S. 88 f.)

---

### **»Über die Häufigkeit der Isolierung in Beobachtungsräumen oder besonders gesicherten Hafträumen (bgH) ohne Behandlung gibt es keine Untersuchungen.«**

---

Die Delegation des CPT, die verschiedene JVAen besuchte und viele Maßnahmen und Orte positiv bewertet, stieß aber in Bezug auf die psychiatrische Versorgung ebenfalls auf menschenunwürdige Zustände. Sie berichtet über mehrere Fälle, in denen Personen mit akuter psychotischer Störung isoliert und teilweise auch über Monate in dem besonders gesicherten Haftraum untergebracht waren und dort ihrer Krankheit überlassen wurden. Die Delegation fand eine Person in einer uringetränkten Decke in einem mit Kot verschmierten Haftraum wieder – eine andere stand schreiend in einem zerstörten und unter Wasser gesetzten Haftraum (S. 34 f.). Die Zustände waren nach Auffassung der Delegation unmenschlich und erniedrigend. Die Notwendigkeit einer dringenden Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus sahen auch die Anstaltsleitungen. Sie verwiesen auf gescheiterte Versuche, die Personen in eine Forensik zu verlegen. Eine Verlegung in die Allgemeinpsychiatrie könne erst nach Ende der Freiheitsstrafe erfolgen.

Über die Häufigkeit der Isolierung in Beobachtungsräumen oder besonders gesicherten Hafträumen (bgH) ohne Behand-

lung gibt es keine Untersuchungen. Dass sie für Menschen in psychischen Krisen nicht akzeptabel und auch für die Bediensteten eine nicht zumutbare Belastung darstellen, ist wohl unbestritten. Dies betont auch die Autor:innengruppe um den Psychiater Johannes Fuß. Aus ihrer Erfahrung führt die monatelange Unterbringung im bgH gewöhnlich zu einer Verschlechterung der Symptome, „... sodass es im Zeitverlauf vereinzelt zu schwergradigen Zustandsbildern mit Verwahrlosung, Denkzerfahrenheit und ausgeprägten inhaltlichen Denkstörungen der Patienten kommen kann.“ (Fuß et al. 2021, S. 29). Diese Praxis der Nicht-Behandlung entspricht nicht dem Äquivalenzprinzip. Die Autor:innen stufen diese Praxis vielmehr im Hinblick auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit und auf eine menschenwürdige Unterbringung als hochproblematisch ein und fragen sich (selbst), ob hier nicht der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung im Raum steht (ebd. S. 30). Denn statt der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfolgt hier die Isolation.

Die Anstaltspsychiatrie sieht sich hier in der Wahl zwischen Nicht-Behandlung und fachlich unzureichender Behandlung: Denn die psychiatrische Fachkraft ist in dieser Situation nicht federführend, sondern muss sich mit der Erwartungshaltung der Anstalt auseinandersetzen, so die Erfahrungen von Norbert Konrad, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung im Berliner Justizvollzugskrankenhaus, möglichst mittels einer psychopharmakologischen Behandlung einen geräuschlosen Alltagsbetrieb zu ermöglichen (Konrad 2024, S. 46). Psychiatrische Behandlung wird mit der Vergabe von Medikamenten, die ruhigstellen, gleichgesetzt. Demgegenüber werden andere, wissenschaftlich erprobte, außerhalb des Justizvollzugs etablierte Behandlungsmethoden nicht ermöglicht (ebd.). Dabei müsste die Behandlung wie in der Allgemeinpsychiatrie als multidisziplinäre Teamaufgabe verstanden werden, bei der die Umgebung eine wichtige Rolle spielt (ebd. S. 47).

Diese Berichte dokumentieren nur die Situation von männlichen Gefangenen. Über die Versorgung von Frauen liegen keine Kommissionsberichte oder Untersuchungen vor. Dabei dürfte die Situation keinesfalls einfacher sein, insbesondere weil nicht alle psychiatrischen Stationen Frauen aufnehmen (wie z. B. in Berlin).

Bezüglich der Situation im Jugendstrafvollzug hat jüngst die Bundesarbeitsgemeinschaft der Jugendanstaltsleitungen und besonderen Vollstreckungsleitungen festgestellt:

„Einer internen Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft anlässlich der 53. Praktikertagung im Mai 2023 durch die vertretenen Bundesländer zufolge weisen durchschnittlich mindestens

10-15 % der in einer Jugendanstalt untergebrachten Gefangenen kontinuierlich und dringend psychiatrischen Behandlungsbedarf auf. ... Die Jugendanstalten in Deutschland verfügen insgesamt aktuell jedoch über kein ausreichend adäquates Behandlungsangebot für die Gruppe der psychiatrisch stark behandlungsbedürftigen Gefangenen.“ (BAG 2023)

Zwar fehlt es an einer bundesweit wissenschaftlich fundierten Bestandsaufnahme. Die folgende Zusammenfassung der Kommission aus Nordrhein-Westfalen lässt sich nach aktuellem Kenntnisstand aber bundesweit übertragen: Diese stellt fest, dass

„... 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 [ist]. Dieser Mangel führt in vielen Einzelfällen zu medizin- und rechtsethisch nicht zu verantwortenden Zuständen.“ (NRW, S. 89)

### 3. Die Empfehlungen der Expertenkommissionen

Die Kommissionen berichteten nicht nur über die Situation im Vollzug, sondern formulierten insbesondere Empfehlungen zur Verbesserung. Diese werden hier kurz zusammengefasst (BW 2015, S. 34 ff.; NRW 2019, S. 89 ff.; BW 2021, S. 47 ff.).

Die Empfehlungen beinhalteten wesentlich einen Ausbau der psychiatrischen Behandlung im Strafvollzug. Hierzu wurde vorgeschlagen:

- Ausbau der Personalstruktur: Mehr Stellen auf allen Ebenen und bessere Besoldung, um der schweren Arbeit gerecht zu werden (BW 2015); bessere Vergütung der psychiatrischen Vertragsärzte (NRW); in größeren Anstalten sollen Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachpfleger:innen für Psychiatrie tätig werden (BW 2021).
- Ausbau der ambulanten Angebote: Vorgeschlagen wurde die Einrichtung eines landesweit zuständigen Eildienstes für psychiatrische Untersuchungen auch für Wochenende und Feiertag (BW 2015) sowie die Einrichtung einer Vor- und Nachsorgestation für psychisch auffällige Gefangene (NRW, BW 2021). Um das Angebot an Behandlungen zu erhöhen, sollte vermehrt Telemedizin eingesetzt werden (NRW, BW 2021).
- Die Unterbringung in besonders gesicherten Hafträumen soll vermieden werden. Hierzu sollen, wenn möglich, Krisenräume eingerichtet werden (BW 2021).

- Ausbau der stationären Behandlungsplätze: In BW durch den geplanten Neubau eines Justizvollzugskrankenhauses mit psychiatrischem Schwerpunkt (BW 2021) – in NRW durch Aufstockung der Behandlungsplätze im Justizvollzugs- krankenhauses. Plätze sollten für möglichst 1 % der Stichtags- belegung vorhanden sein – davon mindestens die Hälfte für akute Fälle.
- Verkürzung des rechtlichen Verfahrens bei einer medizinischen Zwangsmedikation, um den Aufenthalt im Haft- krankenhauses zu verkürzen (NRW).
- Bessere Kommunikation zwischen den Anstalten und dem Justizkrankenhauses bei der Übergabe von Gefangenen sowie transparentere Informationen zur Aufnahme und Wartel- listen (NRW); Supervision und Fortbildungen für Mitarbei- ter:innen sowie Fallbesprechungen mit externen Psychia- ter:innen (BW 2021).
- Dokumentation von psychischen Auffälligkeiten nach wis- senschaftlich anerkannten Kriterien (BW 2015).

### Weitere Empfehlungen:

- Schaffung weiterer stationärer Behandlungskapazitäten für Strafgefangene im Maßregelvollzug. Hierfür sind interminis- terielle Gespräche notwendig (NRW).
- Die Verhältnismäßigkeit muss gerade bei geringeren Straf- taten und psychisch kranken Kurzstrafern (< drei Monate Freiheitsstrafe und insbesondere Ersatzfreiheitsstrafen) überprüft und es müssen vollstreckungsrechtliche Lösungen gesucht werden (§ 455 StPO, § 459 f StPO, Gnadenentschei- dungen) (NRW).
- Vor der Vollstreckung von Ersatzfreiheitsstrafen, bei denen ein akuter medizinischer Behandlungsbedarf gegeben ist, soll die Vollstreckungsbehörde prüfen, ob die sofortige Voll- streckung im Justizvollzug möglich und erforderlich bzw. ein Aufschub der Vollstreckung geboten ist (BW 2021).

### 4. Initiativen der Landesregierungen

Die Kommissionberichte wurden in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen ernst genommen. In Baden-Württemberg wurden zahlreiche Neueinstellungen sowie Stellenhebungen nach 2015 veranlasst. Zudem wurde zwei „große“ Arbeitsgrup- pen eingerichtet, die sich mit der Umsetzung der Empfehlun- gen beschäftigten sollten (Landtag BW, Drs. 16/865). In NRW legte die Landesregierung ein Konzept vor, welches einen Aus- bau bis 2023 auf 53 stationäre Behandlungsplätze (davon 10 für Frauen) und einen Aufbau eines Behandlungsangebots in den JVAen in Anlehnung an ein tagesklinisches Modell vorsah (Landtag NRW, Drs. 17/11179). Zudem sollte in den Anstalten ein Beauftragter für die Organisation der Betreuung der psy-



chisch Kranken zuständig sein und bis 2023 das Angebot der Telemedizin in allen Anstalten verfügbar sein.

Weitere Eindrücke über bundesweite Aktivitäten lässt sich der Antwort der Bundesregierung auf den Bericht des CPT entnehmen. Da die Themen in der Regel in der Verantwortung der Bundesländer liegen, werden hier Antworten der Landesregierungen wiedergegeben (Bundesregierung 2022, S. 34 ff.):

1. Empfehlung CPT: Die Behörden sollen die notwendigen Maßnahmen ergreifen, „... um sicherzustellen, dass die aktuellen Regelungen für die Krankenhauseinweisung von Gefangenen mit schweren psychischen Störungen überprüft werden, damit ihre Behandlung in einer geeigneten therapeutischen Umgebung gewährleistet ist“ (Rn. 57).

Antwort der Bundesregierung: Überwiegend wird als angemessene Maßnahme bei akutem psychiatrischem Behandlungsbedarf die Verlegung in externe psychiatrische Kliniken angesehen. Hier gibt es aber Probleme, da sowohl allgemeinpsychiatrische Kliniken als auch die Forensik die Aufnahme häufig verweigern. Diesbezüglich gibt es in einigen Ländern mit diesem Thema beschäftigte Arbeitsgruppen (Niedersachsen) oder es wird ein fachlicher Austausch angestrebt mit dem Gesundheitsministerium (Bremen) bzw. ein Austausch zwischen Anstalts- und Klinikleitungen (Hessen). Lediglich das Saarland gibt an, dass Plätze im gesicherten Bereich der forensisch-psychiatrischen Einrichtungen vorgehalten werden und darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit kommunalen Einrichtungen bestehe, die zum Teil sogar über speziell gesicherte Patientenzimmer für den Strafvollzug verfügen.

Als alternative Modelle gibt es in der JVA Brandenburg und in der JVA Neumünster psychiatrische Abteilungen, in der die fachpsychiatrische Versorgung durch einen Kooperationsvertrag mit einer benachbarten nichtstaatlichen Fachklinik sichergestellt ist. Schleswig-Holstein und Sachsen verweisen auf den Neubau von vollstationären Stationen mit 25 und 50 Plätzen. In Rheinland-Pfalz wird die Versorgung von Gefangenen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen grundlegend überdacht. In Sachsen-Anhalt wird zunächst die Möglichkeit einer Verlegung in das Justizvollzugskrankenhaus Leipzig (Sachsen) geprüft.

2. Empfehlung CPT: Das Bemühen der Länderverwaltungen, die Versorgungslage zu verbessern, wird von der Delegation anerkannt. Gleichzeitig wird empfohlen „... ihre Bemühungen fortzusetzen, um sicherzustellen, dass Gefangene mit psychischen Störungen in einer geeigneten Umgebung eine angemessene Behandlung erhalten“ (Rn. 72).

Antwort der Bundesregierung: Das Land Bayern benennt als ein Problem die Schwierigkeit, Stellen mit Fachpersonal zu besetzen – insbesondere Psychiater:innen. Zur Verbesserung der Situation wurden Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit zwischen den JVAen und der Forensik ausgearbeitet. Zudem wird in dem Angebot der Telemedizin eine wichtige Ergänzung der medizinischen Versorgung gesehen. Geplant ist zudem eine dritte psychiatrische Abteilung in Bayern. In Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls der Ausbau der stationären Behandlungsplätze sowie die Einstellung von zusätzlichem psychiatrischem Fachpersonal geplant. Auch hier wird dem Ausbau der Telemedizin eine wichtige Rolle zugeschrieben. Des Weiteren wird ein zu einer Tagesklinik analoges Behandlungsprogramm umgesetzt. Dort können Gefangene nach einer stationären Behandlung betreut werden. Das Angebot gilt auch für Personen, die keiner stationären Behandlung bedürfen.

## 5. Diskussion der Lösungsansätze

### 5.1 Ausbau der psychiatrischen Behandlung im Strafvollzug

Die hohen Prävalenzraten von inhaftierten Personen mit einer psychischen Störung verweisen auf die Bedeutung der psychiatrischen Behandlung. Bezüglich einer geeigneten Versorgungsstruktur, die sich an den Bedarfen orientiert, lässt sich aus der Allgemeinpsychiatrie vieles übernehmen: Im ambulanten Bereich bedarf es des Zugangs zu psychologischen/psychiatrischen Sprechstunden. Diese können, um Versorgungsengpässe auszugleichen, auch per Telemedizin erfolgen. Hier müssen allerdings die Grenzen beachtet werden, denn schwer erkrankte Menschen brauchen, so der Psychiater Johannes Fuß, Personal vor Ort, das mit ihnen sprechen kann (BR 24, 2023). Auch ist die Versorgung nicht nur durch einen oder eine Psychiater:in gewährleistet: Es bedarf entsprechend der Behandlungsstandards räumlich einer therapeutischen Atmosphäre und eines multiprofessionellen Teams.

Eine wesentliche Verbesserung im Strafvollzug würde die Einrichtung eines „psychologischen/psychiatrischen Krisenteams“, welches auch nachts und am Wochenende interveniert, bedeuten. Frühzeitige Interventionen eines professionellen Teams können das Risiko einer Eskalation reduzieren und somit nicht nur für die Gefangenen, sondern auch für die Bediensteten und Mitgefangenen eine Entlastung bedeuten. Das Modell der Tagesklinik (siehe das Beispiel der JVA Neumünster in diesem Heft) stellt ein sinnvolles Angebot dar für den Personenkreis, der dem normalen Anstaltsalltag nicht folgen kann und mit psychologischen Gesprächen, Gruppenangeboten und Ergotherapie unterstützt und gesundheitlich gefestigt werden kann.

Für die stationäre Versorgung ist festzuhalten: Beobachtungsräume und besonders gesicherte Hafträume sind keine Unterbringungslösung für Menschen, die aufgrund von psychischen Störungen selbst- oder fremdgefährdend sind. Dieser Personenkreis benötigt eine professionelle Behandlung in einem klinischen Setting. Hierfür sind die Justizvollzugskrankenhäuser entsprechend auszustatten. Eine Warteliste ist, sofern eine sofortige Behandlung angezeigt ist, nicht mit der Fürsorgepflicht der Anstalten zu vereinbaren. Sollte die Behandlung nicht möglich sein, müssen Kooperationen mit anderen externen Einrichtungen geschlossen werden (s. u.).

Die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung sollte aber auch die Unterbringung der Frauen und der Jugendlichen erreichen.

---

**»Der CPT weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich in Europa ein Trend dahingehend abzeichnet, die medizinische Versorgung in Justizvollzugsanstalten entweder größtenteils oder vollständig in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums zu legen.«**

---

Dabei ist grundsätzlich zu überlegen, ob es nicht effektiver und sinnvoller ist, psychiatrische Stationen des Strafvollzugs an Kliniken der Allgemeinpsychiatrie anzudocken bzw. das medizinische Personal von diesen betreiben zu lassen (Bsp. Schleswig-Holstein, Brandenburg). Der CPT weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich in Europa ein Trend dahingehend abzeichnet, die medizinische Versorgung in Justizvollzugsanstalten entweder größtenteils oder vollständig in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums zu legen (2022, Rn. 63). Der CPT unterstützt diesen Trend im Grundsatz. Er ist insbesondere überzeugt, dass eine umfassendere Beteiligung der Gesundheitsministerien in diesem Bereich (einschl. Anwerbung von medizinischem Personal, dessen Ausbildung, Evaluierung der klinischen Praxis, Zertifizierung und Überwachung) eine qualitativ hochwertige Gesundheitsfürsorge für Gefangene fördern wird und zur Umsetzung des allgemeinen Grundsatzes beiträgt, dass die Gesundheitsfürsorge im Vollzug mit der Fürsorge außerhalb des Vollzugs gleichwertig sein sollte.

Grundlage für eine angemessene Planung ist eine Erhebung des Bedarfs. Hierfür wäre bundesweit ein einheitlicher Standard bezüglich der Diagnostik und Erhebung von Daten notwendig. Die Einschätzung aus Nordrhein-Westfalen, man bräuchte 1 % der Stichtagsbelegung, kann dann auch begründet werden.

### **5.2 Verlegung in die Forensik oder die Allgemeinpsychiatrie**

Das Verfahren, Personen mit psychischen Störungen bei akutem Handlungsbedarf in die Forensik zu verlegen, ist in einigen Bundesländern auch in der Vergangenheit gängige Praxis gewesen, obwohl es rechtlich nicht einheitlich geregelt ist (Lindemann 2022, Rn. 36). Doch die Kliniken sind mittlerweile selbst in einer Weise überlastet, dass diese Möglichkeit zunehmend ausfällt. Die forensisch-psychiatrische Klinik in Hamburg sprach Anfang 2020 einen Aufnahmestopp für Personen aus dem Strafvollzug aus (Fuß et al. S. 32). Stefan Orlob ordnete diese Option auf der Bundestagung auch als wenig praktikabel ein: Es ist, als ob sich der eine Ertrinkende am anderen Ertrinkenden hochziehen und retten wollte. Er verwies auch darauf, dass in der Forensik eine andere Behandlungslogik vorherrsche, die auf langfristige Behandlung ausgerichtet ist. Nicht umsonst liegt die durchschnittliche Unterbringungsdauer aktuell bei 10 Jahren.

Wenn eine inhaftierte Person einen Schlaganfall erleidet, wird sie umgehend in ein externes Krankenhaus verbracht, das diesen Notfall behandeln kann. Bei einer akuten psychischen Störung, die nicht im Vollzug behandelt werden kann, sollte dies nicht anders sein. Aber hier wird von großen praktischen Problemen berichtet. Einerseits bedeutet dieses Verfahren, dass eine personalintensive Bewachung der Gefangenen notwendig ist, die den Vollzug bei Personalknappheit belastet. Andererseits wird berichtet, dass die Psychiatrien die Aufnahmen ablehnten. Hierbei ist unklar, ob die Gefährlichkeit eine Rolle spielt oder sie durch die Aufnahme der Gefangenen und/oder die Anwesenheit von uniformiertem Personal ihr therapeutisches Klima gefährdet sehen. Laut den vorliegenden Berichten wird dieses Verfahren nur in Ausnahmefällen vollzogen (BW 2021, S. 49).

In beiden Fällen scheint ein Austausch der Justiz mit dem zuständigen Gesundheitsministerium sowie mit den Akteuren der regionalen Gesundheitsversorgung zweckdienlich, mit dem Ziel, verbindliche Kooperationen auch vor dem Hintergrund des knappen Personals herzustellen. Über die bereits bestehende Kooperationen (Saarland) und die aktuell stattfindenden Fachgespräche und Arbeitsgruppen in den Bundesländern (s. o.) sollte informiert werden, um auch eine bundeseinheitliche Vorgehensweise anzustreben.

### 5.3 Haftunterbrechung

Die Bundesregierung sprach sich noch 2005 deutlich dafür aus, dass psychisch kranke Menschen nicht in den Strafvollzug gehören, sondern dass die Vollstreckung der Strafen nach § 455 StPO unterbrochen werden sollte (2005, S. 78). Man könnte sagen, dieser Vorschlag folgt dem gesunden Menschenverstand: Menschen in akuten Psychosen gehören nicht ins Gefängnis. Sie brauchen eine Behandlung. Eine Haftunterbrechung aufgrund einer akuten Psychose erscheint auch aus rechtlicher Perspektive mehr als angebracht, da in dieser Phase am Vollzugsziel der Resozialisierung nicht gearbeitet werden kann. Insbesondere bei Personen, die aufgrund einer nicht gezahlten Geldstrafe eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, aber auch bei kurzen Freiheitsstrafen, wäre zudem eine Haftverschonung nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu rechtfertigen.

Woran diese Möglichkeit scheitert, ist unklar: Teilweise wird angegeben, dass die Staatsanwaltschaften und Gerichte dem nicht zustimmen, teilweise würden die zuständigen Allgemeinpsychiatrien die Personen nicht übernehmen wollen. Die Gefährlichkeit aufgrund der ursprünglichen Straftat dürfte zumindest bei Personen mit einer Ersatzfreiheitsstrafe keine Rolle spielen. Hier fehlt es an genaueren Informationen und an Studien, die die Ursachen dieses Scheiterns untersuchen. Dann wäre auch zu prüfen, inwieweit legislative Änderungen notwendig sind, um andere Ergebnisse zu erzielen (vgl. Orlob in diesem Heft).

### 5.4 Zwangsmedikation

Die medikamentöse Zwangsbehandlung bedeutet einen besonders schweren Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit und Selbstbestimmung. Die Person muss fixiert werden und erhält zwangsweise ein Psychopharmakon gespritzt.<sup>4</sup> Dies kann schwer traumatisierend sein und möglicherweise die erwünschten positiven Effekte der Medikation überwiegen (Fuß et al. 2021, S. 32 f.). Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen die Anforderungen an eine solche Zwangsmaßnahme im Gesundheitssystem angehoben.<sup>5</sup> Diese sind auch auf den Strafvollzug übertragbar (Lesting 2024).

4 Der physische Zwang ist nicht unbedingt notwendig, wenn von einer Zwangsmaßnahme gesprochen wird. Diese liegt auch dann vor, wenn sich die betroffene Person – ohne ihre Ablehnung aufzugeben – nur deswegen in die Maßnahme fügt, weil sie die Aussichtslosigkeit eines körperlichen Widerstands erkennt.

5 So hatte zuletzt das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass eine Person im Maßregelvollzug, die zuvor im Rahmen einer Patientenverfügung eine Behandlung mit Neuroleptika abgelehnt hatte, nicht zum Schutz der Person selbst (Selbstgefährdung) zwangsbehandelt werden darf. Hier bestehe eine „Freiheit zur Krankheit“ (Beschluss vom 08. Juni 2021, 2 BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18).

Obwohl diese Maßnahme schwer in die Grundrechte eingreift, gibt es nur eine Studie zum Vorkommen der medizinischen Zwangsbehandlung im Strafvollzug. Julia Krebs und Norbert Konrad haben die Fälle in der psychiatrischen Abteilung im Berliner Justizvollzugskrankenhaus ausgewertet (Krebs/Konrad 2022). In den Jahren 2017 bis 2021 kamen sie auf 16 Behandlungsfälle im Krankenhaus, wobei es in vier Fällen nicht zu einer Anwendung kam. Die durchschnittliche Behandlungszeit dauerte 100 Tage. Überwiegend lag als Diagnose eine paranoide Schizophrenie der Behandlung zu Grunde. Die überwiegende Anzahl befand sich auch vor der Inhaftierung schon einmal (häufig mehrmals) in einer stationär-psychiatrischen Behandlung. Knapp ein Drittel verbüßte eine Ersatzfreiheitsstrafe aufgrund des Deliktes Erschleichen von Leistungen. Nur eine Person war nicht vorbestraft. Bei sechs Personen wurde in der Anamnese ein schweres Gewaltdelikt gefunden. Nur zwei Personen verfügten vor der Inhaftierung über eine eigene Wohnung.

Während es nach der Studie in Berlin in fünf Fällen zu einer medizinischen Zwangsbehandlung im Justizkrankenhaus im Jahr kommt, erfolgt im Justizvollzugskrankenhaus in Nordrhein-Westfalen jährlich in ca. 50 Fällen eine Zwangsmedikation (NRW 2019, S. 65). Ob damit alle medizinischen Zwangsbehandlungen erfasst sind, ist offen, da über Zwangsbehandlungen in den Beobachtungsräumen oder besonders gesicherten Hafträumen keine Studien vorliegen. Insgesamt fehlt es an einer bundesweiten Untersuchung. Vor allem fehlt es aber an allgemeinverbindlichen Standards. Fuß et al. weisen bspw. darauf hin, dass ein Beobachtungsraum oder besonders gesicherter Haftraum keine geeignete Umgebung für eine Zwangsmedikation darstellt. Diese sollte in einem Krankenhaus erfolgen, allein um zu zeigen, dass es sich um eine medizinische Behandlung handele und nicht um eine Strafe (Fuß et al. 2021, S. 32 f.).<sup>6</sup>

Verfassungsrechtlich bedenklich ist der Umstand, dass, anders als in der Allgemeinpsychiatrie, in den meisten Bundesländern kein Richtervorbehalt gilt. Nur in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein ist eine medizinische Zwangsbehandlung ausschließlich mit richterlicher Entscheidung zulässig (§ 80 Abs. 3 JVollzGB; § 86 Abs. 4 LStVollzG SH) (Fuß et al. 2021, S. 31). In Berlin bspw. ist die Zwangsbehandlung möglich auf Anordnung und unter Leitung der/des Ärzt:in und bedarf der Zustimmung der Anstaltsleitung sowie der Aufsichtsbehörde (§ 75 Abs. 4

6 In der Allgemeinpsychiatrie wäre eine solche „ambulante Zwangsbehandlung“ rechtswidrig. Diese darf nur im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus stattfinden, in dem die gebotene medizinische Versorgung, einschließlich der Nachbetreuung, sichergestellt ist (§ 1832 BGB Abs. 1 Nr. 7).

StVollzG Bln). Betroffene sind nur darüber zu belehren, dass sie eine gerichtliche Prüfung beantragen können (Abs. 5). Eine externe Prüfung ist somit, anders als in der Allgemeinpsychiatrie, nicht vorgesehen.

Alle Bemühungen in der Allgemeinpsychiatrie zielen darauf, Zwangsmedikationen durch eine gute Krisenintervention, bauliche Maßnahmen und ein therapeutisches Setting zu vermeiden. Dies sollte auch die Maxime für den Strafvollzug sein.

## 6. Schluss

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass Fälle, wie sie von den Kommissionen beschrieben wurden, in einem modernen Strafvollzug nicht vorkommen dürfen. Menschen haben auch im Vollzug ein Recht auf Behandlung. Eine erforderliche Behandlung darf auch nicht aufgrund unzureichender Ausstattung mit sachlichen personellen oder finanziellen Mitteln scheitern.<sup>7</sup> Die reine Isolierung ist für Menschen mit psychischen Störungen menschenunwürdig. Dem können sicherlich alle zustimmen. Gleichzeitig wiederholen sich diese Fälle vermutlich aktuell in Deutschland. Die Häufigkeit dieses Vorkommens erfordert weitere Forschungsarbeiten, ebenso wie eine Bewertung der Auswirkungen der vielfältigen Initiativen der Bundesländer auf die Situation.

Die Verantwortung für diese Situation liegt aber nicht allein beim Strafvollzug. Wer dort untergebracht wird und wann die Person entlassen wird, darüber entscheiden die Gerichte und Staatsanwaltschaften. Und für Möglichkeiten der alternativen Unterbringung und besseren Behandlung trägt die regionale Gesundheitsversorgung eine Verantwortung. Die Bewältigung dieser Zustände bedarf also vielfältiger gemeinsamer Anstrengungen und Initiativen der unterschiedlichen Akteure und nicht zuletzt die finanziellen Mittel der politischen Entscheidungsträger.

## Kontakt

### Dr. Frank Wilde

Referent der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

wilde@bag-s.de

7 BVerfG NStZ-RR 2013, 224 [OLG Hamm 26.02.2013 - 4 Ws 42/13]

## Literatur

- Baden-Württemberg – Justizministerium (2015): Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen. Abschlussbericht der Expertenkommission. [www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/jum/abschlussbericht.pdf](http://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/jum/abschlussbericht.pdf).
- Baden-Württemberg – Ministerium der Justiz und für Europa (2021): Medizinische Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug. Abschlussbericht der Expertenkommission. [www.justiz-bw.de/Lde/Startseite/Ministerium/Justizvollzug\\_+Expertenkommission+Medizinkonzept](http://www.justiz-bw.de/Lde/Startseite/Ministerium/Justizvollzug_+Expertenkommission+Medizinkonzept).
- Bayerischer Rundfunk 24 (2023): Suizidprävention in Gefängnissen: „Einfach nur verwahrt“. [www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/suizidpraevention-in-gefaengnissen-einfach-nur-verwahrt,TVptNV7](http://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/suizidpraevention-in-gefaengnissen-einfach-nur-verwahrt,TVptNV7).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Jugendanwaltschaften und besonderen Vollstreckungsleitungen (2023): Positionspapier 2023. [resoportal.de/wp-content/uploads/2024/03/Positionspapier-BAG2023--Endfassung-29-12-2023.pdf](http://resoportal.de/wp-content/uploads/2024/03/Positionspapier-BAG2023--Endfassung-29-12-2023.pdf).
- Bundesregierung (2005): Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen, Kommentaren und Auskunftersuchen des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Strafe (CPT) anlässlich seines Besuchs vom 20. November bis 2. Dezember 2005.
- Bundesregierung (2022): Response of the German Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its periodic visit of Germany from 1 to 14 December 2020 (CPT/Inf (2022) 19).
- Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2022): Bericht an die deutsche Bundesregierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT) vom 1. bis 14. Dezember 2020. [rm.coe.int/1680a80c61](http://rm.coe.int/1680a80c61).
- Fuß, Johannes/Marquardt, Inga/Briken, Peer/Konrad, Norbert (2021): Zwangsmedikation psychisch erkrankter Menschen im Justizvollzug. Situation in Deutschland und Empfehlungen für die Praxis. In: *Der Nervenarzt* (92), Heft 1, S. 27 – 35.
- Konrad, Norbert (2024): Wie geeignet ist der Strafvollzug für die Aufnahme psychisch kranker Rechtsbrecher? In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* (18), Heft 1, S. 43 – 50.
- Krebs, Julia/Konrad, Norbert (2022): Medikamentöse Zwangsbehandlungen im Justizvollzug – eine empirische Bestandsaufnahme. In: *Recht und Psychiatrie* (40), Heft 4, S. 200 – 212.
- Lesting, Wolfgang (2024): Voraussetzungen medizinischer Zwangsbehandlung im Strafvollzug. Empfehlung, Regelung, Änderungsbedarf. In: *Forum Strafvollzug* (73), Heft 1, S. 44 – 46.
- Lindemann, Michael (2022): Psychisch kranke Strafgefangene. In: Feest, Johannes/Lesting, Wolfgang/Lindemann, Michael: *Strafvollzugsgesetze*. Kommentar. 8. Aufl., Carl Heymanns Verlag.
- Nordrhein-Westfalen – Ministerium der Justiz (2019): Expertenkommission: Justizvollzug. Brandschutz, Kommunikation, psychische Erkrankungen. Bericht. [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf).
- ntv (2024): Gewerkschaft beklagt Gewaltexzesse in Gefängnissen. Panorama 13.03.2024. [www.n-tv.de/panorama/Gewerkschaft-beklagt-Gewaltexzesse-in-Gefaengnissen-article24803440.html](http://www.n-tv.de/panorama/Gewerkschaft-beklagt-Gewaltexzesse-in-Gefaengnissen-article24803440.html).
- Opitz-Welke, Annette/Konrad, Norbert (2022): Suizide im deutschen Strafvollzug. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (65), S. 18 – 24. [doi.org/10.1007/s00103-021-03460-4](https://doi.org/10.1007/s00103-021-03460-4).
- Richter, Dirk/Hoffmann, Holger (2017): Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (28), Heft 4, S. 427 – 435. [doi.org/10.1017/S2045796017000786](https://doi.org/10.1017/S2045796017000786).
- Salize, Hans-Joachim (2021): Soziale Klasse und psychische Erkrankung. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* (51), Heft 2, S. 16 – 21.