

## **Irre, Süchtige, Kranke, Dissoziale, Störende oder haben wir nur den falschen Blickwinkel?**

### **Vollzugsmedizinische Betrachtung zu psychisch auffälligen Insassen.**

Aus Sicht der Mitarbeiter wird gegenwärtig allgemein, fast unisono thematisiert, die psychisch Kranken werden immer mehr und die Gefangenen werden immer schwieriger, immer auffälliger. Länder entwickeln Konzepte und setzen diese um. Für mich stellt sich die Frage, ist diese zunächst subjektive Wahrnehmung auch durch Fakten unterlegt oder eine rein sozusagen empfundene Situation. Kann es nicht auch sein, dass nicht die Gefangenen, sondern das Personal verändert hat? Das unter dem Aspekt des fortschreitenden und weiterentwickelten Resozialisierungsvollzuges diese eben auffälligen Gefangene einfach in den Fokus gerückt sind. Vielleicht ist es so, dass wir im Rahmen der rückläufigen Gefangenenzahlen eine Konzentration der psychisch Auffälligen, die dem Vollzug erhalten geblieben sind, verwalten? Was sind überhaupt psychisch Auffällige? Sind es Menschen, die unter den gewohnten, bekannten Sozialisations- und Verhaltensmustern des Betrachters nicht „normal“ funktionieren. Und schon sind wir mitten im Thema. Wie beurteilen wir Migranten, gerade auch in der aktuellen Wanderungsbewegung, die im Laufe ihrer Vita und auch ihrer Flucht gelernt haben, Überlebenssicherung mit von uns nicht anerkannten Strategien und Verhaltensweisen durchzusetzen. Wenn denn dieses Verhalten auch noch zu Straffälligkeit führt, ist schnell das System Strafvollzug zuständig. Die entsprechenden Verhaltensmuster tauchen immer wieder und gerade jetzt im Vollzug auf, so beobachten wir gerade eine ausgeprägte Respektlosigkeit, insbesondere nordafrikanische Migranten gegenüber weiblichem Vollzugspersonal, aber auch zumindest gesprüht psychisch Traumatisierte und Dissoziale.

Natürlich sind es gerade die Bediensteten, die, die unmittelbar am Insassen arbeiten, die merken, wenn der Gefangene nicht richtig läuft, wenn es häufiger Ärger gibt. Stellt sich die Frage, haben wir mehr Vorkommnisse die dies tatsächlich belegen? Soweit mir Zahlen bekannt sind, haben wir in einigen Bereichen tatsächlich mehr Vorkommnisse, einem möglichen Indikator für Auffälligkeiten.<sup>1</sup>

Haben sich vielmehr nur die Rahmenbedingungen geändert. Nach der Föderalismusreform wurden bis heute ja in fast allen Bereichen die Strafvollzugsgesetze novelliert. Aus vielen Ländern ist bekannt, dass bei der Gesetzesfolgenabschätzung auf die Angabe von Mehrkosten verzichtet wurde. Demgegenüber wurde der Aspekt der Resozialisierung nicht selten, richtigerweise wie ich meine, und deutlich gestärkt. Zeiten außerhalb der Hafträume erweitert und Mehraufgaben an das Personal vergeben, auch um der aktuellen Rechtsprechung der Obergerichte zu genügen. Das heißt, es entsteht Arbeitsverdichtung.

Hat sich nicht auch der Personalkörper der Anstalten verändert? Die Bewerberzahlen sind rückläufig. Der Justizvollzug konkurriert massiv mit anderen Bereichen, aktuell speziell mit Polizei, Berufsfeuerwehren und Verwaltung und muss zum Teil seine Anforderungen an das Personal senken, und kann nicht mehr unter den Besten aussuchen und diese für sich gewinnen. Es kommt die Generation Y im Vollzug an. Diese aus dem Kreis der heutigen Zuhörer wohl junge Generation, die zumeist wir erzogen haben, tickt anders. Sie hat eine andere Auffassung von der Bedeutung von Arbeit in ihrem Leben und andere Sichtweisen zum eigenen Sicherheitsbedürfnis. Dieses muss erkannt und berücksichtigt werden. Die Führungskräfte wurden, wie heißt es so schön, weiterentwickelt, und die Führungskultur wandelt sich. Alte Modelle des vermeintlich guten patriarchalischen oder hierarchischen Führungsstiels sind quasi obsolet und auch der bürokratische Stil verblasst. Heute sind teamorientierte Führungsprozesse gefragt und

die ersten Mitarbeiter halten individualistische Führung für das Maß der Dinge. Können wir also bedenkenlos einstimmen, wenn es um den Slogan geht „Wir haben immer mehr psychisch auffällige Gefangene?“

Leider gibt es nur sehr begrenzt Zahlen die eine Entwicklung belegen. Dabei ist zu beachten, dass Vergleichbarkeit der Daten gegeben sein muss. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Klassifikations- und Diagnosesysteme weiterentwickelt wurden. Geht man auf größere Beobachtungszeiträume, spielen Aspekte wie die Wiedervereinigung mit der Zusammenführung zweier Systeme eine Rolle. Mir ist keine echte über zumindest einige Jahrzehnte laufende Datenerhebung bekannt, die sicher nachweist, dass psychische Störungen zunehmen. Ich möchte dennoch einige Aspekte hervorheben, die sich auch durch Zahlen belegen lassen. Zur Dimension des Problems verweise ich auf Daten von Prof. Nedopil<sup>2</sup>, präsentiert im Jan 2016 in Basel, wonach er für deutsche Gefängnisse von 77 % der Insassen, für 10 % Schizophrenie, 20 % affektive Störungen 25 % Anpassungsstörungen und 60 % Persönlichkeitsstörungen angibt. Mehrfachnennungen natürlich möglich. Herr Prof. Konrad beschreibt zur Psychiatrie im Justizvollzug die Gefängnispsychiatrie als junge Männer aus dem Blick der stationären Versorgung psychoselastig mit gehäuften Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.<sup>3</sup> Für den Bereich des Gefängnisinsassen verweist er auf Fazel und Seewald 2012<sup>4</sup> und verwendet noch im Herbst 2015 Daten aus 2003, was darauf hinweist, wie dünn die belastbare Datenlage zur aktuellen Wahrnehmung der Zunahme psychisch Kranker im Justizvollzug ist.<sup>5,6</sup> Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erkranken pro Jahr 0,4 % an einer Psychose, bei den Gefängnisaufnahmen sind 5,2 % Psychotiker. Außerdem gehören in der Allgemeinbevölkerung weniger als 1 % zur Gruppe mit hohem Entstehungsrisiko für eine Psychose und im Gefängnis 5 %.<sup>7</sup> Eine weitere belegbare Entwicklung betrifft den Bereich der Substanzabhängigen und damit auch den Anteil an Menschen mit Substanzmissbrauchsfolgen. Nachdem es im Dritten

Reich zu einem massiven Missbrauch von Methamphetaminen gekommen war<sup>8</sup> und diese Substanzen in der deutschen Öffentlichkeit über Jahre kaum relevant erschienen, erleben seit etwa 5 Jahren einen massiven Hype unter dem Begriff Crystal Meth<sup>9,10</sup> mit den daraus folgenden hochgradigen Verhaltensauffälligkeiten. Belegbar ist auch der Anstieg beispielsweise aktuell der Schleuserkriminalität mit spezifischen Verhaltensmustern und eben nicht von uns akzeptierten, oben bereits erwähnten Verhaltensweisen. Unstrittig und statistisch beschrieben ist der Rückgang der Gesamt-Gefangenzahlen in vielen Bereichen in den letzten Jahren. Konsekutiv die Konzentration der besonders Schwierigen im Vollzug, bei denen weiter vollstreckt wird. Nachweisbar ist der Anstieg der Belegung im Maßregelvollzug. Ganz aktuell ein Run auf die offenen Haftbefehle, mit dem konzentrierten Vollstrecken von Ersatzfreiheitsstrafen. Dies aus meines Erachtens politischen Gründen mit der Folge eines Abschöpfens einer schwierigen Klientel.

Offen aber bleibt, ob hierfür eine Veränderung im Anteil psychisch Kranker in der Bevölkerung ursächlich ist. Bereits vor Jahren versuchte das Buch: Irre, wir behandeln die Falschen<sup>11</sup> unseren Blick auf die Gesellschaft zu schärfen. Erstmals flächendeckend untersucht die Nationale Suchtstatistik im Justizvollzug an Hand festgelegter Kriterien den Anteil an Missbrauchen und Abhängigen von psychotropen Substanzen ohne Kaffee und Nikotin. Die Stichtagserhebung vom 31.03.16 ist gerade abgeschlossen und die Daten werden zusammengetragen. Konzeptionell ist es möglich, durch jährliche Erhebungen einen Blick in die Blackbox Substanzkonsum bei Gefängnisinsassen zu erlangen. Dieses setzt jedoch voraus, dass die Daten jetzt ausgewertet und vergleichbar weiter erhoben werden. Wollen wir uns ernsthaft mit der Klärung der Frage nach einem Anstieg psychisch Kranker befassen, benötigen wir eine deutlich bessere Datenlage. Dazu ein paar Hinweise, gerade die im Vollzug tätigen Psychiater sind häufig nicht gewillt, sich in klaren,

klassifizierbaren Diagnosen festzulegen. Wie soll der Verlust der Selbstkontrolle gemessen werden? Dies wäre jedoch eine wesentliche Voraussetzung für ein entsprechendes Monitoring. Das müsste dann regelmäßig wiederholt, genau wie bei der nationalen Suchtstatistik, möglichst für alle Gefangenen erhoben werden. Erst dann könnte unsere gefühlte Annahme belegt werden. Und ich möchte warnend ergänzen, die Schwierigkeiten der Datenerhebung sind dabei deutlich komplexer als bei der Suchtstatistik, die Aufwände größer und ein möglicher Konsens zwischen den Bundesländern wahrscheinlich minimalistisch. Einen belastbaren Beleg gibt es also bisher nicht, aber eine Reihe von Indizien.

Dies führt mich zur der Abgrenzungsproblematik „psychisch Kranker“ im Justizvollzug. Rein formal sind Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen in beiden großen Klassifikationssystemen ICD<sup>12</sup> und DSM<sup>13</sup> dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen zugeordnet. Sie gehören jedoch nicht zu den psychischen Erkrankungen im engeren Sinn, die gem. § 63 StGB<sup>14</sup> einschlägig sind, sondern werden im § 64 STGB unter dem juristischen Begriff Hang eingeordnet. Auch wird, zumindest wenn es sich um Substanzen handelt, die dem Betäubungsmittelrecht<sup>15</sup> unterliegen, für diese Erkrankten über die §§ 35 ff ja gerade ein haftvermeidender Sonderweg eröffnet. Im Rahmen der medizinischen Facharztausbildung ist in der Musterweiterbildungsordnung<sup>16</sup> und den landesspezifischen Ausgestaltungen die Zuordnung ebenfalls nicht abschließend geregelt. Vor allem Internisten, Allgemeinmediziner als auch Psychiater sind zuständig. Festzustellen ist, dass die Gruppe der Missbraucher und Abhängigen zwar einen großen Teil der auffälligen Gefangenen stellen, aber diese nicht psychiatrisch krank im engeren Sinne sind.

Eine weitere Abgrenzung ist in Bezug auf Dissozialität und Psychopathen vorzunehmen. Gerade die Dissozialität bzw.

Antisozialität ist ja ein wesentlicher Grund in den Justizvollzug zu gelangen. Dissozialität variiert nach Konrad zwischen „kleinen Lügen und Betrug im großen Stil, Manipulation und parasitärer Ausbeutung, kleinen Sticheleien und Bedrohung bis hin zu offenen Tätlichkeiten und brutaler Aggression. Delinquenz ohne psychopathologische Auffälligkeiten bis hin zu schwer konflikträchtigen Verhaltensweisen, die in einem erkennbaren Zusammenhang mit psychopathologisch relevanten Auffälligkeiten der Persönlichkeit stehen.“<sup>17</sup> . „Als Psychopathie werden Persönlichkeitsabweichungen bezeichnet, die sich in Charakter, Willens und Gefühlsleben zeigen, an deren Abnormität der Betroffene selbst und die Gesellschaft leiden“.<sup>18</sup> Beide Personengruppen führen, wenn die auffälligen Verhaltensweisen auftreten, welche die Störung ausmachen, fast reflexartig zum Ruf nach dem Psychiater und wenn dieser nicht sogleich verfügbar ist, dem Arzt und zeigen das typische Muster der Medizinalisierung von Problemlagen im Justizvollzug. Nur allzu gern vergessen wird dabei, dass im Vollzug gerade für die Behandlung derartiger Störungsbilder bereits eine therapeutische Grundeinstellung erforderlich ist, und dass für ausgeprägte Fälle im Sinne des Resozialisierungsmanagements besonders ausgerichtete Abteilungen die Sozialtherapien errichtet wurden. Was nun kann die Psychiatrie mehr? Wann wird sie gebraucht? Gerade bei diesen Problemlagen ist es nicht zielführend die höchste Eskalationsstufe, die vollstationäre psychiatrische Versorgung inflationär zu verwenden. Vielmehr ist es geboten, zunehmend eskalierend mit klaren Regelsetzungen und das ist wichtig, mit der Überprüfung der Einhaltung und ggf. konsequentem Handeln sowie Tagesstrukturen zu begegnen. Bereits im Rahmen der Zugangsuntersuchung wird erstmals ein ärztlicher psychopathologischer Befund auf allgemeinmedizinischem Niveau erhoben und im Rahmen des Zugangsgesprächs werden durch den Sozialdienst Problemlagen evaluiert. Eskalierend kommen bei Auffälligkeiten die allgemeinen Sicherungsmaßnahmen, erziehende quasi pädagogische Eingriffe verbunden mit fachpsychiatrischer

ambulanter Diagnostik und ggf. medikamentöse Behandlung in Betracht. Die Sozialdienste sind in problemzentrierten Gesprächen gefordert. Erst danach kommen weitergehende Maßnahmen wie Disziplinarmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen stationäre Unterbringung psychiatrische in und sozialdienstliche Kriseninterventionen oder psychologische Betreuung in Betracht. Selbstverständlich können diese Schritte in Ausnahmefällen verkürzt oder sogar übersprungen werden, was zumeist aus meiner Sicht gut funktioniert. Aus medizinisch psychiatrischer Sicht relevant ist dabei eine den Regeln des Fachgebietes entsprechende Diagnostik, insbesondere auf psychiatrische Störungen im engeren Sinn, die Einleitung einer spezifischen zumeist medikamentösen Therapie, wobei diese die wesentliche Interventionsmöglichkeit des Fachgebietes betrifft und ggf. die Erzeugung einer Therapiemotivation. Als absolute Rarität darf hier noch die Zwangsbehandlung (s.u) in engsten Grenzen genannt werden.

Hier nun öffnet sich das Konfliktfeld. Aus der subjektiven Wahrnehmung des einzelnen Bediensteten ergeben sich Schwierigkeiten im Umgang mit dem einzelnen Gefangenen. Er wird unsicher und fühlt sich gegebenenfalls überfordert oder hat sogar Angst, auch Angst Fehler zu machen. Zugleich muss am Ende der Befehlskette die Folgen einer problematischen Personalpolitik und Ressourcenmangel kompensieren. Was bleibt ihm übrig als sich der Probleme im Sinne der Eskalation zu entledigen. Genau dieses nachvollziehbare Verhalten führt nun zu einem chronischen Behandlungs- und Belegungsdruck im Bereich der Psychiatrie und einer vorsichtig genannten „Zurückhaltung“ bei der Bereitschaft zur Versorgung und Übernahme dieser Patienten. Auch hier sind die Kapazitäten begrenzt und im Sinne der Priorisierung werden richtigerweise die schwersten und komplexesten Fälle zuerst behandelt. Dieses wiederum führt zu einem deutlich spürbaren Unverständnis der Mitarbeiter an der Basis und einer negativen Sicht

auf die Psychiatrie. Würde die Personalausstattung qualitativ und quantitativ besser sein, könnten mehr Probleme an der Basis gelöst werden, der Ruf nach Psychiatrie leiser werden und das Spannungsfeld deutlich entspannt werden. Erwartete konkrete Folgen waren dann unter anderem auch bessere Gesundheitsquoten.

Das subjektive Empfinden der Bediensteten, wobei die objektive Belastung nur schwer zu erfassen ist, lenkt auf Erledigung der Kernaufgaben diejenigen, die die Mitarbeiter führen. Dieses besonders auch vor dem Hintergrund, dass anhaltend hohe Krankenstände zusätzlich Veranlassung bieten das Thema weiter zu beleuchten. Sind für die Arbeitsplätze die nach Arbeitsschutzrecht erforderlichen Gefährdungsanalysen wirklich professionell durchgeführt und die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Oder wird hierbei doch eher schnell die entsprechende Zeile mit ein paar Phrasen gefüllt und übergangen. Sind die betreuenden anspruchsvollen Aufgaben ohne Zeitdruck mit ausreichend Personal zu erledigen? Ist das betriebliche Gesundheitsmanagement wirklich aufgebaut und in der Lage, Coping-Strategien im Umgang mit schwierigen Gefangenen zu liefern? Werden die Mitarbeiter in ihrer Tätigkeitsausübung gestützt, gefordert und auch fortgebildet? Ein klares Ja ließe mich auf Grund der permanenten Sparzwänge und Haushaltsdefizite sehr zweifeln und die Durchsicht der mir bekannten Unterlagen deutet eher auf ein Verständnis der Aufgabenerledigung in diesem Bereich im Sinne „der Pflicht Genüge tun“ denn des Verstehens der dahinterliegenden Notwendigkeiten. Es gilt hier auch die Ausbildungsregelung in Bezug auf das Aufgabengebiet zu hinterfragen. Auch der Aufbau eines funktionierenden und jederzeit einsetzbaren Konflikt- und Krisenmanagementsystems nach belastenden Ereignissen gehört in diesen Aufgabenkatalog. Der Gedanke, dass es sich hier um Nebenaufgaben, die die Verwaltung abarbeiten soll, ist grundverkehrt. Hier sind Sie, die Anstaltsleitungen maximal gefordert. Stellen Sie sich bitte jeden Tag die Frage, habe ich



diese Aufgaben erledigt oder könnte ich hier noch mehr tun. Hier liegen die Lösungsansätze für das mir aufgegebenes Thema. Dieses gilt es durch uns alle auch der ressourcenzumessenden Politik zu verdeutlichen. Dies ist das Kerngeschäft eines jeden Vorgesetzten. Aber auch wir brauchen die Zeit zum Führen.

In Bezug auf die Qualifikation der Bediensteten ist zu klären, wie viele Stunden mit welchem Ziel, Inhalt und Qualifikation sollen sie in Bezug auf die Thematik haben. Kann es ein Zusatzmodul zum Umgang mit psychisch Auffälligen geben oder sollen es unspezifische Kurse im Rahmen der Fortbildung sein. Wird die Ausbildung in diesem Feld Pflichtkomponente und Prüfungsrelevant? Wird endlich ein detailliertes inhaltliches Curriculum erstellt? Praktisches Training, Hospitationen im Bereich der Forensik als Tätigkeitsvoraussetzung vorausgesetzt? Ist bereits im Bereich der Personalauswahl die Bereitschaft zur Auseinandersetzung und die Fähigkeit und Belastbarkeit im Umgang mit psychisch auffälligen Menschen ein entscheidendes Kriterium?

Aus einem Vortrag zu Rolle der Österreichischen Volksanwaltschaft<sup>19</sup> habe ich folgende Patientenrechte in Haft notiert: Behandlung lege artis, das Recht auf Selbstbestimmung, Recht auf würdevollen Umgang, Recht auf Achtung der Intimsphäre und Schutz der körperlichen Integrität. Ich erlaube mir dies einmal für die Mitarbeiter zu fordern. Hier ist die Anwendung der Arbeitsschutzregeln allzu oft rudimentär, die Mitwirkung im hierarchischen System begrenzt, der Umgangston untereinander nicht selten fragwürdig und die körperliche und vor allem seelische Integrität auch nicht verbrieft, sondern eher mit der Pflicht als Beamter aktiv werden zu müssen, belastet.

Daneben bestehen die häufigen Besonderheiten der Gefängnisinsassen nach Nedopil: „Traumatische Lebenserfahrungen, geringe soziale Unterstützung, soziale Randständigkeit und Substanzmissbrauch“ ergibt sich ein hohes Risiko für psychische

Störungen. Dieses trifft nun auf einen knappen Personalansatz.

Interessant sind Vergleiche im Personalansatz im Vergleich zwischen forensischer Psychiatrie und Gefängnis, wobei ja die fließenden Übergänge in der Klientel schon Thema waren und weiter Tagungsthema sein wird. So liefert die Psychiatriepersonalverordnung<sup>20</sup> Zahlen für die Psychiatrie, die weit oberhalb der Ansätze im Vollzugsbereich liegen. Zu Recht besser aufgestellt sind die Sozialtherapien, aber die Ausstattung des deutschen Justizvollzugs mit Psychatriebetten ist problematisch. Muss sich nicht die Personalausstattung gemäß meinen zuvor gemachten Anmerkungen an der Belastung der Gefangenen mit psychischen Störungen orientieren. Wie weit sind wir dann denn von einer Psychiatrie entfernt.

Viele Bundesländer verfügen über gar keine vollstationären Psychatriebetten im Justizvollzug und selbst wenn ersatzweise Kooperationsvereinbarungen bestehen sind die Ressourcen an dieser Stelle extrem knapp und gedeckelt. Dies erschwert den Zugang zur Versorgung massiv. Gleichwohl wird die logische Konsequenz der Vollzugsuntauglichkeit wegen fehlender Behandlungsmöglichkeit nur sehr begrenzt zum Einsatz gebracht und die Umsetzung scheitert dann an der Hürde der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Und aus den oben geschilderten Verhaltensmustern der situativen Eskalation kommt es nicht selten zu Fehlbelegungen, denen es entgegenzuwirken gilt. Die Unterbringung in öffentlichen psychiatrischen Kliniken scheitert an der zumeist gegebenen Notwendigkeit der Bewachung. Wie soll unter einer Bewachungssituation schlimmstenfalls mit einer andauernden Fesselung eine psychiatrische Behandlung erfolgen. Die Unterbringung in gesicherten Kliniken des Maßregelvollzugs stößt einerseits auf Zuständigkeitsproblematiken und ist durch die steigenden Zahlen der Maßregelgefangenen, aber auch den

fehlenden Willen zur adäquaten Kompensation der Kosten durch den Justizvollzug behindert.

Untermauern lässt sich die Problematik mit einem Zitat aus der Erklärung von Delegationsleiter Anton VAN KALMTHOUT zum Abschluss des 6. regelmäßigen Deutschlandbesuchs des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT<sup>21</sup>) (25. November - 7. Dezember 2015):<sup>22</sup> In mehreren besuchten Justizvollzugsanstalten stellte die Delegation fest, dass die Anstaltsleitung wiederholt auf Schwierigkeiten stieß, wenn sie Gefangene, die an schweren psychischen Störungen litten, in eine Krankenhausumgebung (eine Vollzugsklinik oder eine psychiatrische Klinik) verlegen wollte.“ Wobei zu den Details auf den für Sommer 2016 angekündigten Bericht verwiesen wird. Wo kann der Änderungsbedarf noch deutlicher werden, als wenn ihn die Anstaltsleitungen selbst formulieren. Es muss klar sein, wenn nach dem Äquivalenzprinzip versorgt werden soll und muss, sollen auch die Personalstandards gelten. Nur dann ist es in den Abteilungen für Psychiatrie weitgehend möglich, auf spezielle Sicherungsmaßnahmen zu verzichten und eine fachgerechte psychiatrische Versorgung durchzuführen.

Dieser Ressourcenmangel ist auch vor dem Hintergrund eines bisher wenig beachteten Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts<sup>23</sup> zu sehen, der sich mit Amtshaftungsfragen nach einer Schädigung eines Gefangenen befasst. Aus dem Begründungstext ist zu zitieren: , dass es für die Erfüllung der der Jugendstrafanstalt obliegenden grundrechtlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG gegenüber den anderen Gefangenen nicht allein darauf ankommen kann, ob eine psychiatrische Prognoseentscheidung gültig getroffen worden ist, sondern dass bei der Alltagsorganisation einer Anstalt zur Vermeidung von Übergriffen unter den Gefangenen

auch besondere Vorkehrungen geboten sein können. Im vorliegenden Fall hätte sich den zuständigen Amtsträgern aufdrängen müssen, dass ein psychotischer Gefangener, der aufgrund seiner Wahnvorstellungen bereits mehrfach unvermittelt starke Gewaltausbrüche gezeigt hatte, sich im Anstaltsalltag nicht unbeaufsichtigt mit Zugang zu Werkzeug unter anderen Gefangenen bewegen durfte.

Weiter ist zu zitieren:“ ..., dass den zuständigen Amtsträgern auch ohne psychologische Vorbildung allein aufgrund ihrer dienstlichen Erfahrung hätte erkennbar sein müssen, dass in dieser Konstellation Gewalttaten zumindest nicht ausgeschlossen werden konnten und es dementsprechend geeigneter Maßnahmen zum Schutz der anderen Häftlinge bedurft hätte.

Dieses weist auf den zukünftig nötigen, hoch aufmerksamen Umgang mit psychisch auffälligen Insassen und untermauert die Forderung nach ausreichenden qualitativ und quantitativen Ressourcen, insbesondere wenn potentielle Gefährder nicht mehr unbeaufsichtigt alleingelassen werden dürfen.

Eine weitere emotionsbelastete Situation ergibt sich beim Umgang mit suizidalen Insassen. Selbstverständlich hat die Institution als Garant das Leben der anvertrauten Insassen intensiv zu schützen. Darf dieses aber mit allen Mitteln und um jeden Preis geschehen? Ist Suizidalität doch üblicherweise zunächst als Symptom einer psychischen Problematik, und ich vermeide hier bewusst den Begriff Krankheit zu sehen und damit rasch der Medizin zugeordnet. Diese hat dann den Auftrag,

schwere seelische Erkrankungen von erpresserischen oder agierenden anti- bzw. dissozialen Verhaltensweisen abzugrenzen. Dabei sind die zur Verfügung stehenden Instrumente deutlich bereits in Gesetzen beschränkt. Kommen einerseits Sicherungsmaßnahmen in Betracht, finden sich diese jedoch bedauerlicherweise in den Abschnitten, die eher disziplinierenden und strafenden Charakter haben. Die erforderliche Behandlung in einem psychiatrischen Intensivbehandlungszimmer oder Kriseninterventionsraum erfolgt unter quasi Fehlanwendung dieses Rechtes. Andererseits ist die Möglichkeit auf eine oft auch wirksame Behandlung im Rahmen einer Zwangsmedikation der facto durch die Rechtsprechung der Obergerichte verbaut. Hier wird die Rechtsprechung zur Umsetzung der Neuregelungen in den Strafvollzugsgesetzen, die die Aspekte der Urteile zwar gut aufgreifen aber die praktische Umsetzung fast unmöglich machen, abzuwarten sein. Ich würde sagen tolle Wortkonstrukte, aber völlig ungeeignet die Situation zu verbessern. Die an der Basis Arbeitenden werden mit dem Problem, ggf. längerfristig massive sichernde Maßnahmen durchführen zu müssen und nicht behandelnden zu dürfen, allein gelassen. Die Grenze zu Folter ist dann nah und wurde ja medienwirksam im Fall Middelhoff diskutiert.

Weiteres internationales Recht fordert die Akteure zum Handeln. Ich fokussiere hier insbesondere auf die UN Behindertenkonvention<sup>24</sup> und die europäischen Strafvollzugsgrundsätze<sup>25</sup>: In der Behindertenkonvention ist der vollständige Nachteilsausgleich festgelegt. In Bezug auf psychische Auffällige, ggf. Erkrankte, stellt sich die Frage, wann denn die Einhaltung dieser Vorgabe beeinträchtigt ist. Ich denke

hier nur an die schlechteren Chancen auf Lockerungen von psychisch Kranken im Vollzug. Klar sind viele Regeln bereits im nationalen Recht verankert. Die Rechte auf körperliche Unversehrtheit, Gesundheit oder das Verbot der Folter sind sicher anerkannt. Aber genau an den Grenzen der Fragen des Sicherens von hochgradig erregten, aggressiven und fremdgefährdenden Insassen tauchen entsprechende Fragestellungen auf. Und jeder in der Praxis tätige weiß, wie doch relativ leicht sichernde Maßnahmen letztendlich anzuordnen sind und wie schwer dann die Entscheidung ist einzuschätzen, wann diese wieder verantwortungsvoll und mit allenfalls kalkulierten Risiken wieder aufzuheben sind. Die Anordnung lässt sich letztendlich zumeist einfach begründen, ein Vorkommnis nach Aufhebung oder bei Nichtanordnung von sichernden Maßnahmen erfordert in der Abarbeitung eine umfassende Erklärung. Dem steht gegenüber auch vor dem Hintergrund des genannten Urteils des Verfassungsgerichts die Frage, wie lange eine Teilhabe, hier die Teilnahme am Regelvollzug, vertretbar ist. Wie eine Beteiligung an resozialisierenden Maßnahmen beispielsweise beim therapieunwilligen Psychotiker, verbunden mit dem Recht auf freie Willensbildung und Entscheidung dann unter dem Aspekt der Konvention umzusetzen ist.

Nach dieser Auseinandersetzung möchte ich, noch quasi wiederholend, die sich mit der psychiatrischen Versorgung befassenden Kapitel der europäischen Gefängnisregel betrachten, als Mediziner möchte ich sagen: sezieren.

Dort heißt es in Abs.12.1 **Personen, die psychisch erkrankt**

sind und deren psychischer Gesundheitszustand die Freiheitsentziehung in einer Justizvollzugsanstalt nicht zulässt, sollen in einer eigens hierfür geschaffenen Einrichtung untergebracht werden. Hier am ehesten im Maßregelvollzug. Und präzisierend dann in 47.1 **Für die Beobachtung und Behandlung von Gefangenen, die unter psychischen Störungen oder Anomalien leiden und die nicht notwendigerweise unter die Bestimmungen des Grundsatzes 12 fallen, müssen unter ärztlicher Leitung stehende spezialisierte Anstalten oder Abteilungen verfügbar sein.** Angewendet heißt dieses, es ist grundsätzlich festzustellen, dass eine Justizvollzugsanstalt für die Versorgung psychiatrischer Patienten, und hier benutze ich bewusst diesen Begriff, eher ungeeignet ist und allenfalls die Unterbringung in spezialisierten Behandlungsbereiche gem. 12.2, in dem es heißt **Werden solche Personen dennoch ausnahmsweise in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht, so ist ihrer rechtlichen Stellung und ihren Bedürfnissen durch Sonderregelungen Rechnung zu tragen** in Betracht kommen. Dies wird durch 40.5 der lautet: **Zu diesem Zweck (Gesundheitssorge) müssen den Gefangenen alle erforderlichen ärztlichen, chirurgischen und psychiatrischen Einrichtungen auch außerhalb der Anstalt zur Verfügung gestellt werden,** was in den Strafvollzugsgesetzen auch durchgängig verankert ist. . Hier verweise ich jedoch nochmals auf die vom CPT festgestellten Rahmenbedingungen. Auch wenn dies allgemein anerkannt und grundsätzlich umgesetzt wird, zeigt die Praxis, dass wir hier sowohl aus Gründen der Sicherheit als auch wegen Zugangsproblematiken letztendlich diese Möglichkeit gerade nicht nutzen, wie geplant nutzen können. Wenn in 47.2 geregelt

wird **Der anstaltsärztliche Dienst hat für die psychiatrische Behandlung aller Gefangenen, die einer solchen Behandlung bedürfen, zu sorgen und besonderes Augenmerk auf die Verhinderung von Selbstmord zu richten** so trennt dies scharf zwischen vollzuglichen und medizinischen Aufgaben. Nach den oben ausgeführten Erwägungen ist dieses jedoch zumeist unpassend und die bestehenden und von Vollzug als belastend empfundenen Faktoren liegen eben oft unterhalb der Schwelle der psychiatrisch medizinischen Behandlungsbedürftigkeit. Und dann muss der medizinische Dienst auch entsprechend aufgestellt und ausgestattet werden.

Wenn dann weiter 42.3 e) fordert auf **die Feststellung von psychischem oder sonstigen Stress der durch den Freiheitsentzug bedingt ist** durch ärztliches und pflegerisches Personal zu achten, so ist dies zwar gut gemeint, aber es führt bisher nicht zu Konsequenzen, sondern läuft ins Leere. Haft ist Stress! Tatsächlich wichtig und regelmäßig praktiziert ist ein Übergangsmanagement gerade für schwer Auffällige gemäß 42.3.i **Treffen von Vereinbarungen mit Einrichtungen außerhalb des Vollzuges über die Fortführung notwendiger ärztlicher und psychiatrischer Behandlungen nach der Entlassung soweit die Gefangenen dem zustimmen, nur müssen diese eben auch zustimmen.**

Die Forderungen zur Qualität und Quantität des Personals sind meiner Auffassung nach richtig, und schließen an das zuvor gesagte an. Nur wer stellt denn fest, was ausreichend und angemessen ist wenn 81.3 lautet **Vollzugsbedienstete, die mit besonderen Gruppen von Gefangenen arbeiten,**



**beispielsweise mit ausländischen Staatsangehörigen, Frauen, Jugendlichen oder psychisch Kranken usw., müssen für diese Tätigkeit eine besondere Ausbildung erhalten** und 89.1 aussagt **Der Personalbestand muss soweit wie möglich eine ausreichende Anzahl an Fachleuten wie Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen, Lehrern/Lehrerinnen, Berufsausbildern/Berufsausbilderinnen sowie Sportlehrern/Sportlehrerinnen umfassen.** Die Ausgestaltung der Personalzumessung in Qualität und Quantität erfolgt durch die Politik und nicht von Vollzugspraktikern.

Und schließlich darf nach 103.5 **Sozialarbeit, ärztliche Versorgung und psychologische Betreuung können ebenfalls als Behandlungsmaßnahmen des Strafvollzuges vorgesehen werden.** Wunderbar, es darf auch noch etwas Resozialisierung sein. Vielleicht bin ich etwas zynisch und habe mich an edlen Grundsätzen abgearbeitet. De facto sind wir jedoch in der Realität und dort sind diese Standards noch nicht flächendeckend erreicht.

Ich möchte Zusammenfassen:

In Bezug auf den Anstieg psychisch Kranker im Vollzug gibt es noch keine durch Studien belegte Datenlage, jedoch eine Reihe von Indikatoren, so dass eine entsprechende Studie bzw. regelmäßige statistische Erhebung dringend angezeigt ist.

Die Zahl und der Ausbildungsstand der Bediensteten sind für die Aufgabenstellung der Betreuung und Resozialisierung dieser

Personengruppe unzureichend, hier wäre eine klare und weitreichende diesbezüglich Inhalts- und Aufgabenbeschreibung ein wichtiger Schritt.

Führungskräfte bzw. Vorgesetzte im Justizvollzug werden noch deutlich mehr Aufwand in die Personalführung investieren müssen, um die Veränderungen bei Bediensteten und Gefangenen aufzufangen und die Aufgaben aus den „neuen“ Strafvollzugsgesetzen zu bewältigen. In Bezug auf die Arbeitsverdichtung durch die veränderten Aufgaben ist mit einer gezielten Aufgabenkritik und mit angemessener Personalzumessung zu reagieren.

Das Äquivalenzprinzip bleibt Grundlage der medizinischen und damit auch psychiatrischen Versorgung, wo diese geboten und erforderlich ist, ist auf Umsetzung zu drängen. Eine Medizinalisierung vollzuglicher Probleme ist jedoch abzulehnen. Entsprechende Versorgungsmodelle sind zu stärken, weiterzuentwickeln oder aufzubauen.

---

<sup>1</sup> Gespräch Kratz Lehmann, Vorkommnisse JVA Moabit April 2016

<sup>2</sup> Nedopil N; Vortrag im Rahmen Gesund in Haft 2016 Basel

<sup>3</sup> Konrad N; Psychiatrische Probleme im Justizvollzug §.397 in Hrsg. Förster K Dreßing H. Psychiatrische Begutachtung Urban & Fischer München 5. Aufl. 2009

<sup>4</sup> Fazel S, Seewald; Serial mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 Surveys, BrJPsychiatry, 200:364-373, 2012

<sup>5</sup> Konrad N; Umgang mit psychisch Kranken im Justizvollzug in Hrsg. Koop B, Kappenberg B, Weichen gestellt für den Justizvollzug? Wiesbaden 2016

<sup>6</sup> Konrad N; Psychische Störungen/Erkrankungen in Haft in Lehmann M, BehrensM, Drees H; Gesundheit und Haft, Pabst Verlag, Lengerich 2014

<sup>7</sup> Jarett et al. 2015

<sup>8</sup> Ohler N., Der totale Rausch, Drogen im Dritten Reich, Kiepenheuer & Witsch, Köln 2015

<sup>9</sup> Härtel-Petri R; Haupt H; Crystal Meth Wie eine Droge unser Land überschwemmt, Rivara München 2014

<sup>10</sup> Baumgärtner M; Mario Born, Bastian Pauly Cristal Meth Produzenten, Dealer, Ermittler, Christoph Links Verlag Berlin 2015

- 
- <sup>11</sup> Lütz N; Irre! - Wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen, Goldmann Gütersloh 2009
- <sup>12</sup> Weltgesundheitsorganisation WHO, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aktuelle Version 10, deutsche Version GM
- <sup>13</sup> American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, aktuell Version 5
- <sup>14</sup> Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2218) geändert worden ist
- <sup>15</sup> Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. November 2015 (BGBl. I S. 1992) geändert worden ist
- <sup>16</sup> Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015
- <sup>17</sup> Konrad N, Der psychisch kranke Rechtsbrecher S. 424 in Hrsg. Förster K Dreßing H. Psychiatrische Begutachtung Urban & Fischer München 5. Aufl. 2009
- <sup>18</sup> Schreiber H-L, Rosenau H; Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung S.93 in Hrsg. Förster K, Dreßing H. Psychiatrische Begutachtung Urban & Fischer München 5. Aufl. 2009
- <sup>19</sup> Kastner P; Patientenrechte und Patientenvertretung in Haft (Volksanwaltschaft, A-Wien) Konferenz Gesund in Haft, Basel, 2016
- <sup>20</sup> Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), die zuletzt durch Artikel 16c des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist
- <sup>21</sup> [www.cpt.coe.int/german.htm](http://www.cpt.coe.int/german.htm) Zugriff 15.04.2016
- <sup>22</sup> Zitat aus der deutschen Übersetzung
- <sup>23</sup> Bundesverfassungsgericht 2 BvR 2503/14 vom 05.10.2015
- <sup>24</sup> Die UN-Behindertenrechtskonvention, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, unverbindliche deutsche Übersetzung, [https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile), Zugriff 17.04.16
- <sup>25</sup> FREIHEITSENTZUG EUROPÄISCHE STRAFVOLLZUGSGRUNDSÄTZE DIE EMPFEHLUNG DES EUROPARATES REC(2006)2 [http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/StudienUntersuchungenFachbuecher/Freiheitsentzug\\_Empfehlung\\_des\\_Euoparates\\_europaeische\\_Strafvollzugsgrundsuetze2006.pdf;jsessionid=D0711E4C1C6FE85C0749BCFEDCD5A183.1\\_cid297?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/StudienUntersuchungenFachbuecher/Freiheitsentzug_Empfehlung_des_Euoparates_europaeische_Strafvollzugsgrundsuetze2006.pdf;jsessionid=D0711E4C1C6FE85C0749BCFEDCD5A183.1_cid297?__blob=publicationFile&v=3) Zugriff 17.04.16