Psychiatrische Versorgung im Strafvollzug

Dr. Gregor Groß

JVA Straubing

51. Arbeits- und Fortbildungstagung der Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e. V.
12.05.2025 inNürnberg

Übersicht

Epidemiologie

- Fazel et al. (2025): 130 Studien aus 34 Ländern mit über 60.000 Inhaftierten
  - Major Depression (ca. 23 % der Männer und 37 % der Frauen)
  - psychotische Störungen (3,5 % der Männer und 4,0 % der Frauen)
  - ADHS im Erwachsenenalter:
    - Fazel & Favril (2024) über 11 Studien: 8,3 %
    - Reanalyse von Baggio & Efthimiou (2024) über 28 Studien: 22,2 %
  - Substanzbezogene Störungen
    - 51 % bei männlichen und 49 % bei weiblichen Gefangenen (Fazel et al., 2017)
    - Bayern 2024: 51 % „problematisch"

4

Juristische vs. medizinische Kompetenz

allgemeine Aspekte

- Schweigepflicht
- therapeutische Vertraulichkeit mitunter durchbrochen, wenn Gespräche nur in Anwesenheit von Sicherungsbeamten gestattet werden
- Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen oder Vollzugslockerungen - primär an pauschalen Risikoabwägungen, weniger am individuellen Behandlungsfortschritt orientiert
- besondere Sicherungsmaßnahmen - Unterbringung in einem BGH oder Einzelhaft → nachweislich schädlich, insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen (Cloud et al., 2023)
- rechtliche Hürden und Unsicherheiten erschweren die Durchführung medizinisch dringend notwendiger Zwangsbehandlungen, selbst wenn diese im Einzelfall indiziert wären

27

Spezielle Angebote

- kaum Traumaambulanzen oder –therapieprogramme
- selten qualifizierte medizinische Entzugsbehandlungen mit anschließenden strukturierten Entwöhnungsprogrammen
- kaum therapeutische Wohngruppen bzw. spezialisierte Stationen für Inhaftierte mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen
- psychisch auffällige Gefangene = „Störer", „Simulanten" oder „Vollzugsproblem"
- Kliniken: lediglich „dissozial" oder „nicht therapierbar"

43

Prämissen

Umgang mit sozialem Fehlverhalten

- juristische Ansatz
  - Abschreckung (Primärprävention)
  - Bestrafung (Sekundärprävention)
  - Resozialisierung (Tertiärprävention)
- medizinische Ansatz
  - Linderung von Leiden
  - Reduktion von Rückfallrisiken durch therapeutische Interventionen

17

Äquvalenz-prinzip

- Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)
- besondere Schutzpflicht des Staates: StVollzG §§ 56-66
- Prinzipien der Achtung der Menschenwürde, Nichtschädigung und Gleichbehandlung.
- Europarat (Council for Penological Co-operation (2021) und die World Psychiatric Association (WPA, 2017)
- Psychisch kranke Gefangene müssen Zugang zu denselben diagnostischen Verfahren, Behandlungsstandards und zur stationären Versorgung haben müssen wie Personen außerhalb des Vollzugs.

30

International

- Norwegen; NHS England: Verantwortung = nationalen Gesundheitsdienst bzw. dem Gesundheitsministerium
- gleiche Qualitätsstandards, Leitlinien und Aufsichtsmechanismen wie im zivilen Gesundheitssystem
- Vorteile:
  - potenziell bessere Integration in allgemeine Versorgungsstrukturen (wichtig für die Nachsorge)
  - leichtere Rekrutierung von Fachpersonal
  - stärkere Orientierung an medizinisch-therapeutischen statt an primär sicherheitsorientierten Zielen
- Herausforderungen: Koordination mit den Justizbehörden bezüglich Sicherheitsaspekten und den spezifischen Anforderungen

52

Systembrüche zwischen Maßregel- und Regelvollzug

- rechtliche Trennung zwischen dem Regelvollzug und Maßregelvollzug suggeriert eine klare Aufteilung der Zuständigkeiten
- Nadelöhr: forensisch-psychiatrische Begutachtung
- fehlende Standards: Qualität, Schlussfolgerungen
- Reform des § 64 StGB: Verlagerung von komplex beeinträchtigter Klientel in den Regelvollzug
- § 63 StGB:
  - Trotz schwerer psychischer Störung keine ausreichende „Erheblichkeit"
  - verbleiben trotz hohen Behandlungsbedarfs und potenzieller Gefährlichkeit im Regelvollzug
- Haft → Maßregelvollzug aufgrund rechtlicher Hürden nicht umsetzbar

21

Personelle Aspekte

- Ärzte
  - Mangel an psychiatrisch qualifiziertem Personal, insbesondere an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Stellen bleiben vakant oder können nur durch externe Honorarkräfte überbrückt werden → Kontinuität der Behandlung ↓
  - erschwert strukturierte, interdisziplinäre Fallarbeit
  - keine systematische Diagnostik, keine leitliniengerechte Behandlungsplanung
  - keine fachliche Anleitung anderer Berufsgruppen

36

Forderungen

- Bedarfsermittlung
- fachärztlich qualifizierte psychiatrische Eingangsuntersuchung bzw. ein Screening
- Standardisierte Verfahren für Diagnostik und Dokumentation
- Zugang zu zeitnaher stationärer psychiatrischer Behandlung in geeigneten (externen oder internen) Einrichtungen
- flächendeckende psychiatrische Konsiliardienste und telemedizinische Angebote
- ausreichende und bedarfsgerechte therapeutische Angebote (z. B. Psychotherapie, Pharmakotherapie, Soziotherapie, spezifische Gruppen für Sucht, Trauma etc.) innerhalb der Haftanstalten
- evidenzbasierte Mindestpersonalschlüssel für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie sowie für psychiatrische Fachpflegekräfte

58

Populismus & Juridifizierung

- Populismus in Europa und Nordamerika:
  - Misstrauen gegenüber etablierten Institutionen
  - Zweifel am demokratischen Rechtsstaat
  - alleinige Vertreter des „wahren Volkswillens"
  - diskreditieren systematisch Parlamente, Gerichte und Verwaltung als inkompetent oder bürgerfern
- Ursachen
  - Wahrnehmung einer zunehmenden Juridifizierung vieler Lebensbereiche
  - Eindruck einer bevormundenden Bürokratie
  - Forderung nach einer „harten Hand“
  - Straftäter nicht auch noch im „Luxusvollzug“ behandeln
  - vs: „arme kriminelle Kranke“ werden im Justizvollzug „misshandelt“

→ Justizvollzug im Spannungsfeld

Epidemiologie

- Fazel et al. (2025): 130 Studien aus 34 Ländern mit über 60.000 Inhaftierten
  - Major Depression (ca. 23 % der Männer und 37 % der Frauen)
  - psychotische Störungen (3,5 % der Männer und 4,0 % der Frauen)
  - ADHS im Erwachsenenalter:
    - Fazel & Favril (2024) über 11 Studien: 8,3 %
    - Reanalyse von Baggio & Efthimiou (2024) über 28 Studien: 22,2 %
  - Substanzbezogene Störungen
    - 51 % bei männlichen und 49 % bei weiblichen Gefangenen (Fazel et al., 2017)
    - Bayern 2024: 51 % „problematisch“

TABELLE 4

Häufigkeit psychiatrischer Störungen in Haft

	Konrad 2003 (e21)	Missoni et al 2003 (e22)	von Schönfeld et al. 2006 (e23)	Müller- Foti et al. 2007 (e24)	Dudeck et al. 2009 (e25)	Schildbach 2010 (e26)
Methode	**Querschnittsuntersuchung**					
Gefangenengruppe	EFS	U-Haft	Strafgefangene	EFS	Strafgefangene	EFS
diagnostisches Instrument	DIA-X	DIA-X	SKID I u. II	DIA-X	SKID I u. II	DIA-X
N	100	N = 107	N = 139, (63 Frauen, 75 Männer)	N = 100	N = 102	N = 100 (Ersatzfreiheits-strafe)
Psychiatrische Störung nach ICD-10 in %						
Alkoholabhängigkeit und -missbrauch	77	43	43,2	51,0	20,6	34
Nikotinabhängigkeit	64	36	k. A.	86	k. A.	55
Polytoxikomanie	20	14	30,2	66	8,8	40
isolierte Phobie	39	14	6,4	73	13,8	43
Dysthymie	21	14	6,5	11	0	11
rezidivierende depressive Störung	20	40	12,9	11	3,9	15
psychotische Störungen (davon Schizophrenie)	10	6	7,9 (4,3)	4	0	0
Persönlichkeitsstörung (davon dissozial)	k. A.	k. A.	53,2 (31,7)	k. A.	79,8 (72,7)	k. A.

DIA-X, Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen; EFS, Ersatzfreiheitstrafe; k. A., keine Angaben;
SKID-I und SKID-II, strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; U-Haft, Untersuchungshaft

Opitz-Welke, Annette; Lehmann, Marc; Seidel, Peter; Konrad, Norbert; **Medizin im Justizvollzug;** Dtsch Arztebl Int 2018; 115(48): 808-14; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0808

TABELLE 4

Häufigkeit psychiatrischer Störungen in Haft

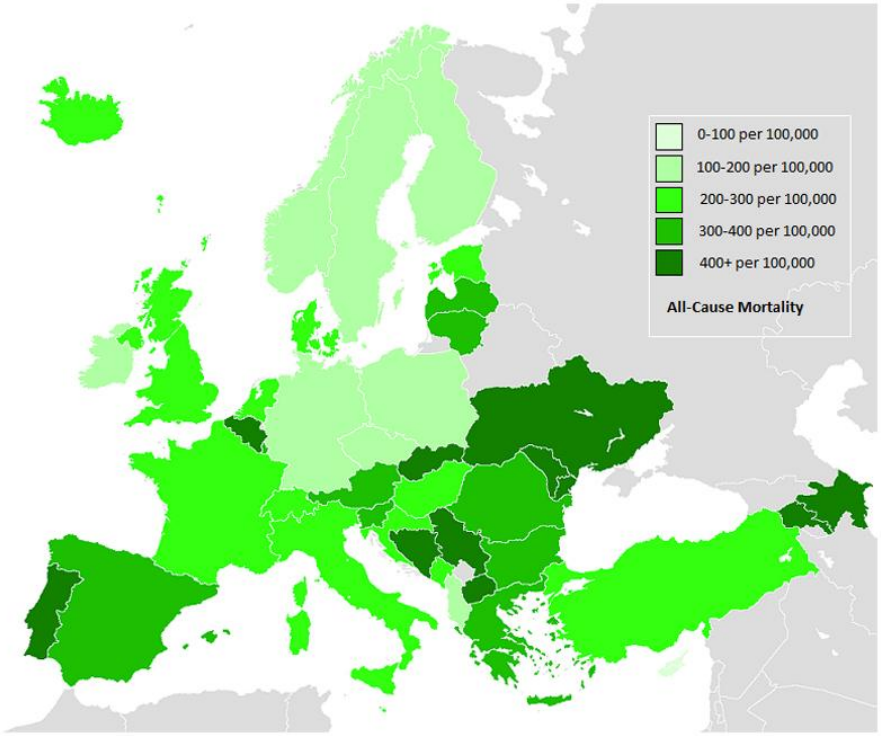
	Konrad 2003 (e21)	Missoni et al 2003 (e22)	von Schönfeld et al. 2006 (e23)	Müller- Foti et al. 2007 (e24)	Dudeck et al. 2009 (e25)	Schildbach 2010 (e26)
Methode	**Querschnittsuntersuchung**					
Gefangenengruppe	EFS	U-Haft	Strafgefangene	EFS	Strafgefangene	EFS
diagnostisches Instrument	DIA-X	DIA-X	SKID I u. II	DIA-X	SKID I u. II	DIA-X
N	100	N = 107	N = 139, (63 Frauen, 75 Männer)	N = 100	N = 102	N = 100 (Ersatzfreiheits-strafe)
Psychiatrische Störung nach ICD-10 in %						
Alkoholabhängigkeit und -missbrauch	77	43	43,2	51,0	20,6	34
Nikotinabhängigkeit	64	36	k. A.	86	k. A.	55
Polytoxikomanie	20	14	30,2	66	8,8	40
isolierte Phobie	39	14	6,4	73	13,8	43
Dysthymie	21	14	6,5	11	0	11
rezidivierende depressive Störung	20	40	12,9	11	3,9	15
psychotische Störungen (davon Schizophrenie)	10	6	7,9 (4,3)	4	0	0
Persönlichkeitsstörung (davon dissozial)	k. A.	k. A.	53,2 (31,7)	k. A.	79,8 (72,7)	k. A.

DIA-X, Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen; EFS, Ersatzfreiheitstrafe; k. A., keine Angaben; SKID-I und SKID-II, strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; U-Haft, Untersuchungshaft

Opitz-Welke, Annette; Lehmann, Marc; Seidel, Peter; Konrad, Norbert; **Medizin im Justizvollzug;** Dtsch Arztebl Int 2018; 115(48): 808-14; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0808

Mortalität in Haft

- Selbstmord und Selbstverletzung bei Gefangenen > Allgemeinheit
- Selbstmordrisiko männliche Gefangenen 3-6 x > Allgemeinheit, bei weibl. noch höher
- Unterschiede korrelieren nicht mit Inhaftierungs- oder Selbstmordraten in der Bevölkerung
- Selbstmordzahlen oft fehlklassifiziert (Unfälle, natürliche Todesfälle)
- Gesamtsterblichkeitsrate besserer Indikator für internationale Vergleiche
- Unterschiede zwischen West- und Osteuropa
- Hohe Selbstmordrate in französischen Gefängnissen
- Niedrigere Selbstmordraten in US-Gefängnissen, möglicherweise wegen höherem Anteil afroamerikanischer und hispanischer Gefangener.



Fazel et al, 2016

Suizid	Beinahe tödliche Selbstverletzung	Selbstverletzung	Gefängnisgewalt	Körperliche Viktimisierung
Suizidgedanken	Weiße Ethnizität	Junges Alter	Jüngeres Alter	Psychische Störung
Einzelzelle	Keine schul. Bildung	Weiße Ethnizität	Minderheitenethnie	Jüngeres Alter
Suizidversuch	Vorherige Haftstrafe	Straflänge <12 Mo.	Weniger Bildung	Weiße Ethnizität
Psychiatrische Diagnose	< 30 d im Gefängnis	Lebenslänglich	Kürzere Strafe	Sexualstraftat
Psychotrope Medikation	Stimmungsstörungen	Untersuchungshaft	Gangzugehörigkeit	Früh. Viktimisierung
Untersuchungshaft	Angststörungen	Vorh. Gewalttat (♀)	Vorh. Festnahmen	Gangbeteiligung
Lebenslänglich	Psychosen		Vorh. Inhaftierung	Unzufriedenheit
Mord/Totschlag	Drogengebrauchs-störung		Schlechte Anpassung in früherer Haft	
Gewaltstraftat	Frühere psych. Behandlung		Aggression	
Alkoholprobleme	Frühere Selbstverletzung		Psychopathologie	
Früh. Kontakt mit psych. Gesundheitsdiensten	Frühere Selbstverletzung		Weniger soziale Unterstützung	
Vorher verheiratet	2+ psy. Störungen		Schwerwiegende psychische Krankheit	
Schutzfaktoren			Psychopathie	
Schwarze Rasse/Ethnizität			Substanzmissbrauch	
Straflänge <18 Monate			Doppeldiagnose	

Fazel et al, 2016

Epidemiologie

(sexuelle) Gewalt

- Gefangene mit psychischen Störungen sind überproportional an Gefängnisverstößen und Gewaltvorfällen beteiligt.
- USA: jeder zwölfte männliche Gefangene mit psychischer Störung = sexuelle Viktimisierung durch einen anderen Gefangenen innerhalb von sechs Monaten.
- psychische Störungen erhöhen auch das Risiko physischer Viktimisierung.

Epidemiologie

- 2023 wurden von rund 60.000 Gefangenen 4.411 Inhaftierte psychiatrisch behandelt (< 8 %; DGPPN 2024).
- Bundesweit nur 32,3 vollzeitäquivalente Facharztstellen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Betreuungslast von 136,56 Gefangenen pro Facharzt innerhalb von vier Wochen
- psychiatrische Versorgung überwiegend durch externe Honorarärztinnen und –ärzte
- 11 von 131 erfassten Anstalten berichten eine regelhafte fachärztlich-psychiatrische Eingangsuntersuchung

(DGPPN, 2024)

Versorgungs-lage

- 2023
  - psychiatrische Zwangsbehandlungen in 20 von 135 Anstalten
  - 208 medikamentöse Zwangsmaßnahmen bei 74 Gefangenen
- 5.812 Unterbringungen in besonders gesicherten Hafträumen (BGH) (DGPPN, 2024)
  - < 3 Tage: 4.225 Unterbringungen
  - 3 Tage bis 1 Woche: 989 Unterbringungen
  - > Woche bis 1 Monat: 164 Unterbringungen
  - > 1Monat: 11 Unterbringungen

  75-95% aufgrund psych. Störung

(DGPPN, 2024)

Versorgungs-lage

- **159 Fixierungen bei 131 Anstalten**
- Dauer:
  - < 30 Minuten: 32
  - 30 Minuten bis 1 Stunde: 27
  - > 1 Stunde bis 1 Tag: 99
  - > 1 Tag bis 3 Tage: 23
  - > 3 Tage bis 1 Woche: 8
  - < 1 Woche bis 1 Monat: 6
  - > 1 Monat: 6

(DGPPN, 2024)

Versorgungs-lage

		Stichtag		Durchschnitt	
	Suizide	Belegung	Rate	Belegung	Rate
2000	117	–	–	–	–
2001	104	–	–	–	–
2002	79	–	–	–	–
2003	84	81.176	103,5	–	–
2004	94	81.166	115,8	–	–
2005	93	80.410	115,7	–	–
2006	75	78.581	95,4	–	–
2007	71	75.756	93,7	–	–
2008	66	75.056	87,9	–	–
2009	64	73.592	87,0	–	–
2010	60	72.052	83,3	–	–
2011	53	71.200	74,4	–	–
2012	59	67.671	87,2	–	–
2013	48	64.414	74,5	–	–
2014	55	65.710	83,7	–	–
2015	67	63.627	105,3	–	–
2016	77	64.397	119,6	–	–
2017	82	64.193	127,7	–	–
2018	59	62.194	94,9	–	–
2019	43	65.750	65,4	–	–
2020	77	59.450	129,5	–	–
2021	92	57.832	159,1	–	–
2022	79	55.889	141,4	56.447	140,0
2023	96	–	–	57.944	165,7
Summe	1.794	—	—	—	—
Mittel	74,8	69.005,8	102,2	57.195,5	152,8

Meischner-Al-Mousawi, M., Hartenstein, S. & Hinz, S. (2024). *Suizide von Inhaftierten in Deutschland. Verlaufsstatistik über die Jahre 2000 bis 2023.* Verfügbar unter: https://www.justiz.sachsen.de/kd/veroeffentlichungen-4184.html

Suizidrate Allgemeinbevölkerung: 12,2 /100.000

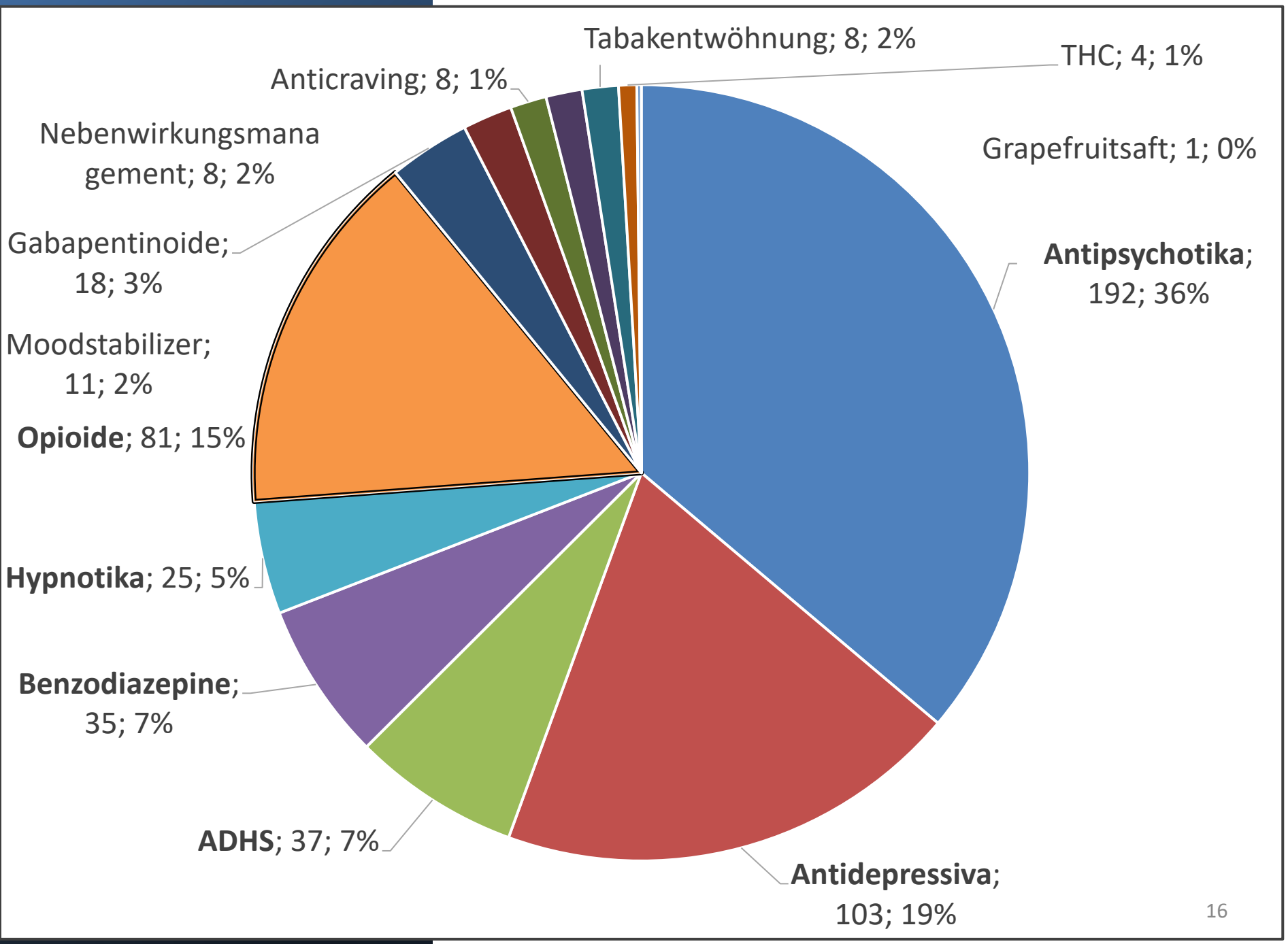
Versorgungs-lage

- von 1.527 Inhaftierten mit Indikation für vollstationäre psychiatrische Behandlung konnten 727 tatsächlich in ein externes psychiatrisches Krankenhaus verlegt werden
- häufigste Ursache: fehlende Aufnahmekapazitäten in den Kliniken

(DGPPN, 2024)

Versorgungs-lage

- JVA Straubing (01.02.2025):
- 242 Gefangene mit Psychopharmaka behandelt (39 % von 611)
- hiervon ca. 20 stationär
- 22 in Tele-Psychotherapie (43,2% mit Therapiebedarf)
- + x% Therapieverweigerer, dennoch behandlungsbedürftig (in Einzelhaft, in Verwahrlosung, im Arrest, im sozialen Rückzug etc.)


Tabakentwöhnung; 8; 2%
THC; 4; 1%
Anticraving; 8; 1%
Nebenwirkungsmanagement; 8; 2%
Grapefruitsaft; 1; 0%
Gabapentinoide; 18; 3%
Antipsychotika; 192; 36%
Moodstabilizer; 11; 2%
Opioide; 81; 15%
Hypnotika; 25; 5%
Benzodiazepine; 35; 7%
ADHS; 37; 7%
Antidepressiva; 103; 19%

Prämissen

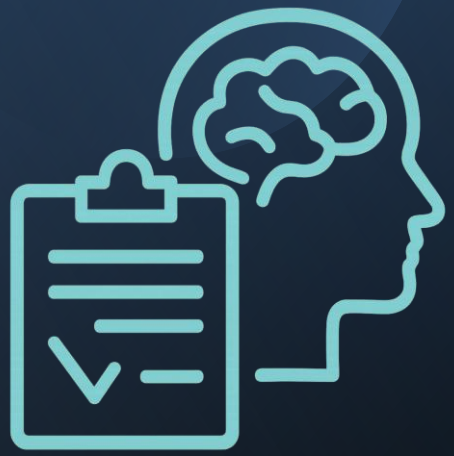
Umgang mit sozialem Fehlverhalten

- juristische Ansatz
  - Abschreckung (Primärprävention)
  - Bestrafung (Sekundärprävention)
  - Resozialisierung (Tertiärprävention)
- medizinische Ansatz
  - Linderung von Leiden
  - Reduktion von Rückfallrisiken durch therapeutische Interventionen

Die Ausgrenzung des Irrationalen

- Kant (1784): Mut zum öffentlichen Gebrauch der Vernunft, Annahme eines autonomen, rational handelnden Subjekts
- „Vernunftlose“ im 18. und 19. Jahrhundert in Anstalten abgesondert (Foucault; 1961)
- Neurowissenschaften: Zweifel am „freien Willen“ → Abschaffung des Schuldstrafrechts (Singer, 2004, Pauen & Roth, 2008, Merkel & Roth, 2018)

Psychiatrische Begutachtung



- forensisch-psychiatrische Begutachtung: keine etablierten Standards (Habermeyer & Leygraf, 2020);
- oftmals keine Prüfung der Schuldfähigkeit (Freiheitsersatzstrafe, minderschwere Delikte)
- Wechsel zwischen Haft und MRV nur eingeschränkt möglich
- Umgang mit sozial abweichendem Verhalten = normativ (Gotteslästerung, Gewalt in Ehe/Erziehung, Homosexualität, Cannabis)
- Dichotomie zwischen „Vernünftigen“ und „Vernunftlosen“ nicht empirisch belegbar

historische Einordnung

- römischer Recht
  - furiosus (Rasender) oder non compos mentis (nicht bei Verstand)
  - fehlender Vorsatz (dolus)
  - Konsequenzen: Straffreiheit, ggf. Bestellung eines Kurators
- europäisches Mittelalter
  - Uneinheitlich, stark von lokalen Gebräuchen und religiösen Überzeugungen geprägt
  - Gerichte berücksichtigten oft den Geisteszustand bei der Strafzumessung
  - Verantwortung für psychisch kranke Personen lag häufig bei der Familie oder der Dorfgemeinschaft
- Aufklärung (18. Jh)
  - Wahnsinn = Verlust der Vernunft = medizinisches Problem
  - Rechtlich: fehlende Vernunft schließt die Schuldfähigkeit aus
  - Konsequenzen: dauerhaften Unterbringung in Asylen

Systembrüche zwischen Maßregel- und Regelvollzug

- rechtliche Trennung zwischen dem Regelvollzug und Maßregelvollzug suggeriert eine klare Aufteilung der Zuständigkeiten
- Nadelöhr: forensisch-psychiatrische Begutachtung
- fehlende Standards: Qualität, Schlussfolgerungen
- Reform des § 64 StGB: Verlagerung von komplex beeinträchtigter Klientel in den Regelvollzug
- § 63 StGB:
  - Trotz schwerer psychischer Störung keine ausreichende „Erheblichkeit“
  - verbleiben trotz hohen Behandlungsbedarfs und potenzieller Gefährlichkeit im Regelvollzug
- Haft → Maßregelvollzug aufgrund rechtlicher Hürden nicht umsetzbar

Durchlässigkeit zwischen den Systemen

- erhebliche administrative Hürden
- Zuständigkeitskonflikte zwischen Justiz- Sozial- und Gesundheitsbehörden
- Fehlende Verzahnung → Brüche in Behandlungsverläufen
- keine flexible, am individuellen Bedarf orientierte Platzierung und Versorgung
- Forensisch-psychiatrische Institutsambulanzen (fPIAs) stehen für regulär aus dem RV entlassene psychisch kranke Straftäter in der Regel nicht zur Verfügung
- → ineffiziente Ressourcenallokation
- → vermeidbares Leid
- Resozialisierung und Schutz der Allgemeinheit?

Ökonomie der Unterversorgung

- Die chronische Unterfinanzierung
  - Inhaftierte = politisch marginalisierte Gruppe, ohne Wahlrecht (je nach Bundesland und Haftstatus) und ohne effektive Lobby
  - im Verteilungskampf um knappe öffentliche Ressourcen systematisch benachteiligt
  - Ausgaben für den Justizvollzug konkurrieren mit anderen gesellschaftlich populäreren Aufgabenbereichen
  - Investitionen in die Behandlung von Straftätern stoßen in der öffentlichen Meinung oft auf geringe Akzeptanz
  - Forderung nach einer dem Äquivalenzprinzip ist politisch schwer vermittelbar

Ökonomie der Unterversorgung

- Budgets für die Gesundheitsversorgung in Justizvollzugsanstalten vs. Sparzwänge der öffentlichen Haushalte
  - Bedarf unklar
  - Intransparenz erschwert bedarfsgerechte Planung
  - psychiatrische Versorgung = variabler Kostenfaktor

Ökonomie der Unterversorgung

- Folgen
  - Personalmangel bei Fachärzt*innen und Pflegekräften
  - fehlende oder unzureichende Therapieangebote
  - lange Wartezeiten
  - übermäßige Belastung des vorhandenen Angebots
  - therapeutische Defizite durch (vermeintlich kostengünstigere) Sicherheitsmaßnahmen
  - Kosten unbehandelter psychischer Erkrankungen in Haft → höhere Rückfallraten, Belastung des öffentlichen Gesundheitssystems

Ökonomie der Unterversorgung

- **Forderungen**
  - Gesellschaftliche Wahrnehmung: Der entlassene Straftäter wird eines Tages Nachbar eines unbescholtenen Bürgers werden

Juristische vs. medizinische Kompetenz

allgemeine Aspekte

- Schweigepflicht
- therapeutische Vertraulichkeit mitunter durchbrochen, wenn Gespräche nur in Anwesenheit von Sicherungsbeamten gestattet werden
- Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen oder Vollzugslockerungen - primär an pauschalen Risikoabwägungen, weniger am individuellen Behandlungsfortschritt orientiert
- besondere Sicherungsmaßnahmen - Unterbringung in einem BGH oder Einzelhaft → nachweislich schädlich, insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen (Cloud et al., 2023)
- rechtliche Hürden und Unsicherheiten erschweren die Durchführung medizinisch dringend notwendiger Zwangsbehandlungen, selbst wenn diese im Einzelfall indiziert wären

Juritische vs. medizinische Kompetenz

psychisch kranke Gewalttäter

- Schutzbedürfnis der Allgemeinheit vs. Rechte des Betroffenen auf eine menschenwürdige und therapeutisch sinnvolle Behandlung
- primär psychiatrische Herangehensweise = nachvollziehbarer kausaler Zusammenhang zwischen psychischer Störung und gewalttätigen Verhalten
- medizinische Versorgung = multimodal = Pharmakotherapie & psychotherapeutische und milieutherapeutische Interventionen
- Ziel: Kontrolle akuter Symptome, Reduktion innerer Spannungen, die Förderung der Impulskontrolle und der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Programme wie „Safewards“ (Löhr et al., 2022)
  - Ziel: Konflikt- und Zwangsreduzierung

Zwangs-maßnahmen

- Zwangsmaßnahmen
  - Isolierung, Fixierung oder Zwangsmedikation = ultima ratio
  - mildere Mittel nachweislich ausgeschöpft
  - verhältnismäßig
  - erfordert multiprofessionell abgestimmtes Vorgehen, das sowohl Sicherheitsaspekte als auch therapeutische Notwendigkeiten integriert (Steinert & Hirsch, 2020).
  - Erfolg oder Misserfolg = Bedeutung für das Vertrauen der Öffentlichkeit.

Äquivalenz-prinzip

- Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)
- besondere Schutzpflicht des Staates: StVollzG §§ 56-66
- Prinzipien der Achtung der Menschenwürde, Nichtschädigung und Gleichbehandlung.
- Europarat (Council for Penological Co-operation (2021) und die World Psychiatric Association (WPA, 2017)
- Psychisch kranke Gefangene müssen Zugang zu denselben diagnostischen Verfahren, Behandlungsstandards und zur stationären Versorgung haben müssen wie Personen außerhalb des Vollzugs.

Äquivalenz-prinzip

Fachliche Standards

- zeitnahe Untersuchungen
- strukturierte Diagnostik
- dokumentierte, individuelle Behandlungsplanung
- multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team
- fachspezifische Behandlungsangebote
- strukturiertes Übergangsmanagement
- Verzahnung mit dem allgemeinen öffentlichen Gesundheitssystem

(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSPSY, 2021); Justizministerium Baden-Württemberg (2015); National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017); World Psychiatric Association (2022); World Health Organization (2014)

Äquivalenz-prinzip

Probleme bei der Umsetzung:

- kein verbindliches, bundesweit einheitliches und ausreichend finanziertes Versorgungsmodell
- Umsetzung variiert stark zwischen den Bundesländern und zwischen einzelnen Justizvollzugsanstalten
- keine systematische, bundeseinheitliche Qualitätssicherung
- fragmentierte Zuständigkeit zwischen Justizministerien, Gesundheits- oder Sozialministerien
- psychiatrische Versorgung wird oft wie eine 'freiwillige Zusatzleistung' behandelt – abhängig von Budgets und Prioritätensetzung

Äquvalenz-prinzip

Seit Föderalismusreform 2006 zunehmende Divergenz der Versorgungsmodelle:

- Personalstandards
- Anbindung an externe stationäre Einrichtungen
- Diagnostikverfahren
- Verfügbarkeit spezifischer Therapieangebote
- Telepsychiatrie
- Eingangsdiagnostik
- Kooperationsverträge

Äquivalenz-prinzip

- Fehlen verlässlicher, bundesweit vergleichbarer Versorgungskennzahlen
- Keine nationale Daten zu
  - psychiatrischen Diagnosen
  - Behandlungsverläufen
  - Wartezeiten
  - Verlegungsnotwendigkeiten
  - Einsatz von Zwangsmaßnahmen
- keine Qualitätssicherungsmechanismen
- keine Monitoring-Stellen
- evidenzbasierte politische Entscheidungen und Ressourcenallokation nicht möglich

Äquvalenz-prinzip

- Modellprojekte
  - Verbesserung der Schnittstellen zwischen Justizvollzug, Maßregelvollzug und externer Psychiatrie
  - Implementierung telemedizinischer Konsultationen
  - Suizidscreening
  - Trauma-Therapiestation
  - Entwöhnungsbehandlung
- lokal begrenzt und nicht Teil einer übergreifenden nationalen Strategie
- Versorgungssituation vom Zufall des Haftortes abhängig

Personelle Aspekte

- Ärzte
  - Mangel an psychiatrisch qualifiziertem Personal, insbesondere an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Stellen bleiben vakant oder können nur durch externe Honorarkräfte überbrückt werden → Kontinuität der Behandlung ↓
  - erschwert strukturierte, interdisziplinäre Fallarbeit
  - keine systematische Diagnostik, keine leitliniengerechte Behandlungsplanung
  - keine fachliche Anleitung anderer Berufsgruppen

Personelle Aspekte

- Pflege
  - geringe Anreize für qualifizierte Fachpflegekräfte, in den Justizvollzug zu wechseln
  - wenig spezifische Entwicklungs-möglichkeiten (z. B. in forensischer Pflege, Deeskalationsmanagement, psychiatrischer Intensivpflege oder auch akademische Wege wie Advanced Nursing Practice),
  - Arbeitsalltag oftmals durch vollzugliche Sicherheitsroutinen geprägt
  - primär therapeutische Beziehungsgestaltung kaum möglich
  - Spannungsfeld zwischen ihrem medizinisch-therapeutischen Auftrag und den institutionellen Sicherheitsinteressen
  - ungelöste Rollenkonflikte

Personelle Aspekte

- Pflege
  - quantitative und qualitative Überlastung durch unzureichende Personalausstattung
  - hohen Fallzahl pro Fachkraft→ leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung
  - Komplexität der Fälle: Komorbidität von schweren psychischen Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, somatischen Leiden und sozialen Problemlagen
  - bürokratische Hürden, lange Dienstwege und Notwendigkeit ständiger Sicherheitsabwägungen binden zusätzliche Ressourcen.
  - hohe Raten von Burnout-Symptomen, Stresserleben und sekundärer Traumatisierung beim Personal im Justizvollzug (Schmidt & Keller, 2023)

Personelle Aspekte

- Pflege
  - geringere Bezahlung im Vergleich zu Kliniken oder Praxen (vor allem nach Qualifikation)
  - mangelnde fachliche Anerkennung
  - unzureichende Angebote für spezifische Fortbildungen oder Supervision
  - interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen medizinisch-therapeutischem Personal und den Vollzugsbeamten oft von Misstrauen, unterschiedlichen professionellen Kulturen und Kommunikationsbarrieren geprägt(Müller & Wirtz, 2021).

Aspekte der Betroffenen

- Gefangene
  - für psychisch kranke Menschen = Inhaftierung doppelte Belastung
  - Symptome der Grunderkrankung + spezifischen Stressoren der Haftumgebung
  - Verlust von Autonomie, räumliche Enge, Lärm, fehlende Privatsphäre, ständige soziale Kontrolle, potenzielle Bedrohung durch Mitgefangene
  - rigide, wenig individualisierte Tagesstrukturen können Symptome verschlimmern (Neumann, 2021)
  - Isolation (Einzelhaft oder durch sozialen Rückzug) wird von vielen Betroffenen als sehr leidvoll und krankheitsverstärkend beschrieben (Kleinert, 2023)

Aspekte der Betroffenen

Gefangene

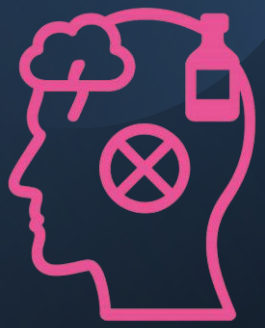
- Möglichkeit, Symptome zu kommunizieren, ist oft eingeschränkt
- Misstrauen gegenüber dem Personal, Angst vor negativen Konsequenzen (z. B. Verlegung in BGH, Verlust von Vergünstigungen) → psychische Krisen bleiben unbemerkt (Bauer & Fuchs, 2022).
- angebotene psychiatrische Versorgung teils als Unterstützung erlebt, teils rein medikamentös ausgerichtet
- Sorge, als „Simulant" abgestempelt oder primär als Sicherheitsrisiko betrachtet zu werden, untergräbt das für eine therapeutische Beziehung notwendige Vertrauen (Kleinert, 2023).

Aspekte der Betroffenen

Gefangene

- Stigmatisierung: „krank" und „kriminell → Ausgrenzung, Mobbing oder Ausbeutung
- Personal: psychische Auffälligkeit = Charakterschwäche, mangelnde Disziplin oder manipulatives Verhalten → Disziplinarmaßnahmen statt Behandlung
- Schamgefühle & sozialer Rückzug ↑
- positive soziale Unterstützungssysteme und gewohnte Bewältigungsmechanismen fallen weg → maladaptive Strategien (Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten, aggressive Durchbrüche, suizidale Krisen)

Spezielle Angebote



- kaum Traumaambulanzen oder –therapieprogramme
- selten qualifizierte medizinische Entzugsbehandlungen mit anschließenden strukturierten Entwöhnungsprogrammen
- kaum therapeutische Wohngruppen bzw. spezialisierte Stationen für Inhaftierte mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen
- psychisch auffällige Gefangene = „Störer“, „Simulanten“ oder „Vollzugsproblem“
- Kliniken: lediglich „dissozial“ oder „nicht therapierbar“

Vulnerable Gruppen

Intelligenzminderung oder Lernbehinderungen

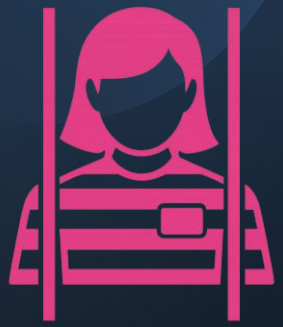
- selten standardisierte Intelligenz- oder Leistungstestungen
- häufig durch Anpassungsprobleme, Regelverstöße oder soziale Konflikte
- niedrigschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote fehlen
- gefährdet für soziale Isolation, psychiatrische Fehldiagnosen und ungerechtfertigte Disziplinarmaßnahmen

Vulnerable Gruppen

Migrationshintergrund und Sprachbarriere

- → gegenseitiges Misstrauen
- psychische Störungen werden übersehen, falsch interpretiert oder inadäquat behandelt
- Qualifizierte Dolmetscherdienste nur begrenzt verfügbar
- kultursensible diagnostische Instrumente oder Therapieansätze sind kaum etabliert
- gerade bei geflüchteten oder migrierten Inhaftierten ist die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen und affektiven Störungen besonders hoch (Fazel & Seewald, 2012).

Vulnerable Gruppen



Weibliche Inhaftierte

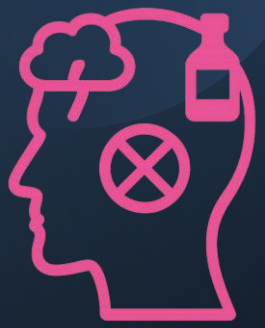
- Minderheit (ca. 5–7 %)
- signifikant höhere psychiatrische Morbidität auf als männliche Gefangene
- oft Traumafolgestörungen (v. a. Gewalterfahrung vor der Haft), Depressionen, Angststörungen und Substanzgebrauchsstörungen (Fazel & Seewald, 2012)
- unzureichende Anzahl frauenspezifischer Therapieangebote

Vulnerable Gruppen

Ältere Inhaftierte

- längere Haftstrafen, demografische Entwicklung
- zunehmende Prävalenz von kognitiven Störungen
- zunehmend chronische somatische Erkrankungen mit psychischen Problemen (z.B. Depressionen, Angst)
- kaum Angebot für geriatrische und gerontopsychiatrische Bedürfnisse
- → Isolation, Reizarmut oder Überforderung

Vulnerable Gruppen



komplexe Komorbidität

- multiple psychischen und/oder somatischen Erkrankungen (z. B. Doppeldiagnosen, Persönlichkeitsstörung und ADHS, schwere körperliche Erkrankungen und Depression).
- benötigen integrierte, multiprofessionelle und oft langfristige Behandlung und Unterstützung.
- schwer adäquat zu steuern, kaum integrierte Behandlungskonzepten oder funktionierenden sektorenübergreifenden Kooperationsstrukturen
- ohne nahtlose Nachsorge besonders hohe Rückfallgefahr

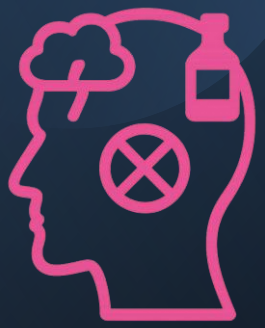
Suizidalität

- Zunahme = Hinweis auf Defizite
- frühzeitige Erkennung von Suizidrisiken bereits in vielen Anstalten etabliert, dennoch oft unzureichend
- Eingangsuntersuchungen durch psychiatrisch qualifiziertes Personal nur selten
- standardisierte Screening-Instrumente noch nicht flächendeckend
- Im Haftverlauf ist der Informationsfluss häufig lückenhaft
- Suizidprävention = primär Aufgabe einzelner Mitarbeiter*innen, nicht institutionell verankerter Schutzmechanismen
- Folge: Zwangsmedikation, Absonderung, Fixierung , BGH zur kurzfristigen, pragmatischen Krisenbewältigung
- Oft nicht in ein umfassendes therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet

Assistierter Suizid im Justizvollzug

- auch Inhaftierte haben ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben (BVerfG; 2020)
- kollidiert mit staatlicher Fürsorgepflicht, eingeschränkter Autonomie und möglichen Drucksituationen
- nicht, wenn Suizidabsicht Mittel zur Zielerreichung (z. B. Haftentlassung) ist, darf Lebensschutz Vorrang haben (BGH, 2023)
- Regelungsbedarf: Es braucht klare, ethisch-medizinisch fundierte Verfahren zur Abwägung zwischen Selbstbestimmung und staatlichem Schutzauftrag.

Suchtkranke Gefangene



- etwa die Hälfte aller Inhaftierten betroffen
- Großteil = Mehrfachabhängigkeit, oft Komorbiditäten
- Entzugssymptomatik, Rückfälle, Regelverstöße im Zusammenhang mit Substanzkonsum, Beschaffungsdelikte innerhalb der Anstalt und gesundheitliche Komplikationen
- adäquate suchtmedizinische und suchttherapeutische Behandlung Versorgungspraxis jedoch bundesweit äußerst heterogen
- Substitutionstherapie wird sehr unterschiedlich gehandhabt
- Übergangsmanagement zur Sicherstellung einer nahtlosen Weiterbehandlung zeigt oft erhebliche Defizite

International

- Norwegen; NHS England: Verantwortung = nationalen Gesundheitsdienst bzw. dem Gesundheitsministerium
- gleiche Qualitätsstandards, Leitlinien und Aufsichtsmechanismen wie im zivilen Gesundheitssystem
- Vorteile:
  - potenziell bessere Integration in allgemeine Versorgungsstrukturen (wichtig für die Nachsorge)
  - leichtere Rekrutierung von Fachpersonal
  - stärkere Orientierung an medizinisch-therapeutischen statt an primär sicherheitsorientierten Zielen
- Herausforderungen: Koordination mit den Justizbehörden bezüglich Sicherheitsaspekten und den spezifischen Anforderungen

International

- Portugal
  - Integration des Gefängnisgesundheitswesens in den Nationalen Gesundheitsdienst (SNS)
  - schrittweise Überführung aus dem Zuständigkeitsbereich des Justizministeriums ins Gesundheitsministerium
  - Jede Haftanstalt soll künftig Teil der regionalen Gesundheitsstruktur sein
  - Jedem Gefangenen steht die gleiche medizinische Versorgung zu wie der übrigen Bevölkerung (gemäß Nelson-Mandela-Regeln)
  - externe Qualitätskontrolle durch Fachärzte
  - Gefängniskrankenakten digitalisiert, mit nationalem System vernetzt
  - Zugriff auf das volle Angebot des SNS, z.B. Fachkliniken, Vorsorgeprogramme

International

Portugal

- Neben Gefängniskrankenhaus in Caxias weitere psychiatrische Kliniken angeschlossen
- Telemedizin-Sprechstunden
- dedizierte psychiatrische Einrichtungen, um psychisch kranke Gefangene fachgerecht unterzubringen
- psychosozialen Diensten werden weiter ausgebaut
- verstärkt Schulungsprogramme für medizinisches Personal in Haft

International

- Portugal
  - Personen, die nach der Haftentlassung eine Substitution fortsetzen möchten, werden an ambulante Suchthilfen angebunden
  - Nadel- und Spritzentauschprogramme wurden pilotiert, allerdings aufgrund geringer Nachfrage und Stigmatisierungsängsten der Gefangenen wieder eingestellt
  - Unidades Livres de Droga (ULD, „drogenfreie Einheiten“) mit bis zu 36 Monaten strukturiertem Programm mit Verhaltenstherapie, Suchthilfe und intensivem psychosozialen Training
  - Drogenkonsum wird disziplinarisch nicht mehr sanktioniert; stattdessen Vermittlungsangebot in Therapie

International

- Portugal
  - Schulungsprogramme für medizinisches Personal in Haft
  - kontinuierliche Fortbildung in Zusammenarbeit mit Universitäten und dem Nationalen Gesundheitsdienst, um Ausbildungsinhalte zu entwickeln, die Ärzte und Pflegepersonal auf den Einsatz im Gefängnis vorbereiten
  - Ausbau alternativer Strafvollzugsformen (offener Vollzug, elektronische Überwachung) geplant, um die Gefängnisse zu entlasten
  - laut WHO und UNODC Vorbildfunktion
  - Problem: ausreichende personelle Ausstattung mit Fachpersonal

International

Allgemein

- ähnliche grundlegende Herausforderungen:
- Mangel an qualifiziertem Personal
- Schwierigkeit, erfahrene Fachkräfte für die Arbeit im Vollzug zu gewinnen und zu halten
- hohe Prävalenz von Suchterkrankungen und Komorbiditäten
- Stigmatisierung psychisch kranker Inhaftierter
- Spannungen zwischen Behandlungsauftrag und Sicherheitsinteressen
- adäquate Versorgung vulnerabler Gruppen

Forderungen

- Bedarfsermittlung
- fachärztlich qualifizierte psychiatrische Eingangsuntersuchung bzw. ein Screening
- Standardisierte Verfahren für Diagnostik und Dokumentation
- Zugang zu zeitnaher stationärer psychiatrischer Behandlung in geeigneten (externen oder internen) Einrichtungen
- flächendeckende psychiatrische Konsiliardienste und telemedizinische Angebote
- ausreichende und bedarfsgerechte therapeutische Angebote (z. B. Psychotherapie, Pharmakotherapie, Soziotherapie, spezifische Gruppen für Sucht, Trauma etc.) innerhalb der Haftanstalten
- evidenzbasierte Mindestpersonalschlüssel für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie sowie für psychiatrische Fachpflegekräfte

Forderungen

- bundesweit einheitliche Indikations-, Durchführungs- und Dokumentationsstandards für Zwangsmaßnahmen, die sich an aktuellen medizinisch-ethischen Leitlinien orientieren und eine engmaschige richterliche Kontrolle sowie fachärztliche Begleitung sicherstellen
- Schulung des Personals, um psychische Erkrankungen besser zu erkennen
- Einhaltung der psychiatrischen Standards bei Zwangsmaßnahmen, Diagnostik und ggf. Behandlung sowie pflegerischer Betreuung
- strukturierte und transparente Verfahren zur Entscheidung über stationäre Verlegungen
- strukturiertes Übergangsmanagement: Verbindliche Kooperationsvereinbarungen und standardisierte Prozesse zur Sicherstellung der nahtlosen Weiterbehandlung nach der Entlassung

Forderungen

- Ausbau dezentraler therapeutischer Wohneinrichtungen mit spezifischer forensischer Expertise als Alternative zur Haft oder zur Nachsorge
- Etablierung spezialisierter ambulanter Nachsorgezentren oder -programme
- Schaffung spezifischer Stationen oder Programme für Inhaftierte mit besonderen Bedürfnissen
- qualifizierter Suchtbehandlungsangebote
- unabhängige Instanz für Qualitätssicherung (analog z. B. zum IQTIG im Gesundheitswesen oder ggf. eine neu zu schaffende Bundesfachstelle für Gesundheitsversorgung im Justizvollzug)

Forderungen

- Reform des § 63 StGB, ggf. mit einer stärkeren Betonung der Verhältnismäßigkeit und möglicherweise einer an Kriterien gebundenen Überprüfung der maximalen Unterbringungsdauer bei bestimmten Deliktgruppen
- Schulung der Polizeiärzte bei der Beurteilung der Haftfähigkeit
- Vereinfachung der Regelungen zur Haftunterbrechung aus medizinischen Gründen bei psychischen Störungen
- Verbesserung der Durchlässigkeit und Kooperation zwischen Regelvollzug, Maßregelvollzug (§§ 63, 64 StGB) und externer Psychiatrie.
- Kompensation der problematischen Folgen der Reform des § 64 StGB durch Ausbau niedrigschwelliger und qualifizierter Suchtbehandlungsangebote im Justizvollzug

Forderungen

- Etablierung von universitären Lehrstühlen oder Sektionen mit Fokus auf forensische Psychiatrie und Gesundheitsversorgung im Justizvollzug
- Entwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungscurricula für alle im Justizvollzug tätigen Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflege, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Vollzugsbedienstete)
- Förderung wissenschaftlicher Forschungsprogramme zur Epidemiologie, Versorgungsqualität, Wirksamkeit von Interventionen und zu ethischen Fragen in diesem Bereich.
- Gefängnismedizinische Versorgung als verpflichtenden Weiterbildungsinhalt im Medizinstudium und der psychiatrischen Facharztausbildung
- Schaffung einer Schwerpunktbezeichnung „Gefängnismedizin“

Danke für Ihr Interesse. Bleiben wir im Gespräch.

Kontakt:

Dr. Gregor Groß – gregor.gross@jv.bayern.de
Tel: 09421-546-401

Literatur

Bauer, Anna, und Markus Fuchs. *Innenansichten: Subjektives Krankheitserleben und Bewältigungsstrategien psychisch kranker Männer im Strafvollzug*. Beltz Juventa, 2022.

Bundesgerichtshof. „Beschluss vom 27. Juni 2023 – StB 8/23“, 2023. https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=2023-6&nr=144554&pos=0&anz=1.

Bundesverfassungsgericht. „Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a.“, 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html.

Cloud, David H., Brie Williams, Regine Haardöerfer, Justin T. Hosbey, und Hannah L.F. Cooper. „Self-Injury and the Embodiment of Solitary Confinement among Adult Men in Louisiana Prisons“. *SSM - Population Health* 22 (Juni 2023): 101354. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101354.

Council for Penological Co-operation. „Prisons and probation: A Council of Europe White Paper regarding persons with mental health disorders“. Council of Europe, 2021. https://rm.coe.int/pc-cp-2021-8-rev-6-white-paper-regarding-persons-with-mental-health-di/1680a69439.

Fazel, Seena, Adrian J Hayes, Katrina Bartellas, Massimo Clerici, und Robert Trestman. „Mental Health of Prisoners: Prevalence, Adverse Outcomes, and Interventions“. *The Lancet Psychiatry* 3, Nr. 9 (September 2016): 871–81. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0.

Fazel, Seena, und Katharina Seewald. „Severe Mental Illness in 33 588 Prisoners Worldwide: Systematic Review and Meta-Regression Analysis“. *British Journal of Psychiatry* 200, Nr. 5 (Mai 2012): 364–73. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370.

Foucault, M. *Histoire de la folie à l'âge classique [Wahnsinn und Gesellschaft]*. Paris: Plon, 1961.

Kant, I. „Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?“ *Berlinische Monatsschrift*, Dezember 1784, 481–94.

Kleinert, Ronja. „‚Man fühlt sich wie eine Nummer': Qualitative Interviews zur Wahrnehmung psychiatrischer Versorgung durch inhaftierte Frauen“. *Psychiatrische Praxis* 50, Nr. 3 (2023): 135–42. https://doi.org/10.1055/a-xxxx-xxxx.

Konrad, Norbert, und Stefanie Lau. „Psychisch kranke Straftäter im Justizvollzug: Zur Umsetzung psychiatrischer Versorgungspflichten im Vollzugssystem“. *Recht & Psychiatrie* 18, Nr. 2 (2000): 55–63.

Löhr, Michael, Michael Schulz, und André Nienaber. *Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu*. 3., Vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 2022. https://psychiatrie-verlag.de/product/safewards-2/.

Merkel, Reinhard, und Gerhard Roth, Hrsg. *Freiheitsgefühl, Schuld und Strafrecht*. Nomos, 2018.

Müller, Jonas, und Gabriele Wirtz. „Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Justizvollzugsanstalt: Herausforderungen an der Schnittstelle von Behandlung und Sicherheit“. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 15, Nr. 2 (2021): 112–20. https://doi.org/10.1007/s11757-021-xxxxx-x.

Neumann, Christoph. *Der Raum als Strafe: Psychologische Auswirkungen der Haftumgebung auf vulnerable Inhaftierte*. Pabst Science Publishers, 2021.

Pauen, Michael, und Gerhard Roth. *Freiheit, Schuld und Verantwortung: Grundzüge einer naturalistischen Theorie der Willensfreiheit*. Suhrkamp, 2008.

Schmidt, Thomas, und Susanne Keller. „Burnout und sekundäre Traumatisierung bei Gesundheitsfachkräften im deutschen Justizvollzug: Eine empirische Untersuchung“. *Journal of Occupational Health Psychology* 28, Nr. 1 (2023): 45–58. https://doi.org/10.1037/ocp0000xxx.

Singer, Wolf. „Verschaltungen legen uns fest: Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen“. In *Hirnforschung und Willensfreiheit: Zur Deutung der neuesten Experimente*, herausgegeben von Christian Geyer, 30–65. Suhrkamp, 2004.

Steinert, Tilman, und Stefan Hirsch. „S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. *Der Nervenarzt* 91, Nr. 7 (2020): 611–16. https://doi.org/10.1007/s00115-019-00801-2.

- World Psychiatric Association. „Prison public health: WPA position statement“, 2017. https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/144586/1/WPA%20prison%20public%20health%202017%20.pdf.