

Informationsdienst Straffälligenhilfe

32. Jahrgang, Heft 1/ 2024

Dokumentation BAG-S Bundestagung 2023

„Brücken bauen«

Übergangsmanagement und Nachsorge
für Menschen mit seelischen
Beeinträchtigungen in Haft

Außerdem:

- Interviews
- Stellungnahmen
- Aktionstage Gefängnis

IN EIGENER SACHE

Stellungnahme zur Anpassung von Mindeststrafen BAG-S e.V.	4
Erfolgreiches Konzept „Therapie statt Strafe“ sichern! Stellungnahme von DHS e.V. und BAG-S e.V.	5
Stellungnahme zum Nationalen Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit BAG-S e.V.	6

AUS DEN MITGLIEDSVERBÄNDEN

Stellungnahme zu den Eckpunkten des BMJ Deutscher Caritasverband e.V. und KAGS	8
Haftvermeidung zur Tilgung einer Geldstrafe Forderungspapier des DBH-Fachverband e.V.	11
Resozialisierung und Gefangenenvergütung Der Paritätische Gesamtverband	13

EINFÜHRUNG IN DEN SCHWERPUNKT:

Psychiatrie im Strafvollzug Von Frank Wilde	16
---	----

SCHWERPUNKT: BAG-S BUNDESTAGUNG

„Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“ Von Alexandra Weingart	24
Psychisch kranke Strafgefangene – Situation, Daten und Fakten Zusammenfassung des Vortrags von Torsten Verrel	26
Sozialrechtliche Ansprüche nach der Haftentlassung im Rahmen des SGB IX Von Mignon Drenckberg	29
Der EVB-Pool: Vermittlung von Menschen mit besonderem Hilfebedarf aus der JVA Bremen Von Tobias Beleke	32
Chancen nutzen, Hindernisse überwinden: Lösungsansätze der Überführung Von Tim Plondzew, Nadine Engel und Sebastian Hämmerle	36
Diskriminierung nichtdeutscher Gefangener und Haftentlassener Von Christine Graebisch	39
Die besonderen Bedarfe psychisch erkrankter Frauen in Haft Von Birte Steinlechner	43
Welche Änderungen sind für eine bessere Gesundheitsfürsorge in Haft und nach der Haft notwendig? Von Stefan Orlob	47

Zusammenfassung der Podiumsdiskussion	52
--	----

PRAXIS UND PERSPEKTIVEN:

Die psychiatrischen Abteilung der JVA Neumünster Interview mit Carina Thoms und Frithjof Staude-Müller	57
--	----

Projekt „Wiedereingliederung psychisch auffälliger Gefangener“ Von Florian Dir	64
--	----

Transformation des Strafvollzugs? Interview mit Ulrich Lewe	67
---	----

Zusammenfassung und Ausblick Von Christina Müller-Ehlers	70
--	----

AKTIONSTAGE GEFÄNGNIS

Rückblick auf die Aktionstage Gefängnis 2023	71
---	----

TAGUNGSBERICHTE:

Abschlussveranstaltung Justice for All Von Melanie Schorsch und Christine Graebisch	72
---	----

RUBRIKEN

Editorial	3
Termine	76
Vorschau	77
Impressum	78
Über uns	78

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

am 27. und 28. November 2023 kamen knapp 200 Personen in Berlin zu unserer Bundestagung „Brücken bauen – Übergangsmanagement und Nachsorge für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen“ zusammen. Die überraschend hohe Beteiligung war ein Beleg dafür, dass dieses Thema vielen Menschen unter den Nägeln brennt – sowohl Kolleg:innen aus dem Strafvollzug als auch der freien Straffälligenhilfe. Viele kennen schwierige Situationen aus eigenem Erleben: Inhaftierte, die unter einer psychischen Störung leiden und im System Strafvollzug nicht angemessen untergebracht sind. Die aber auch im Übergang in die Freiheit nur unzureichend begleitet werden können, weil das nachsorgende System bei der Aufnahme scheitert. So trifft man gerade bei den Kurz- und Ersatzfreiheitsstrafler:innen auf einen Personenkreis, der sowohl in der Wohnungslosenhilfe, der Psychiatrie, der Sucht- und Eingliederungshilfe als auch im Strafvollzug bekannt ist und dort mit und auch gegen den Willen wechselnd „betreut“ wird.

Strafvollzug und Psychiatrie sind und waren noch nie getrennte Welten. Als im 16. und 17. Jahrhundert die ersten Arbeits- und Zuchthäuser errichtet wurden, waren diese Orte Sammelbecken für alle möglichen Personengruppen: Bettler, Arme, Fremde, Diebe, Verrückte, ungezogene Diener usw. Erst an der Wende zum 19. Jahrhundert trennten sich die Anstalten in Psychiatrien, Zuchthäuser (als Strafanstalten) und Einrichtungen der Armenfürsorge auf, während sich gleichzeitig auch die Wissenschaften von Psychiatrie und Strafrecht/Kriminologie herausbildeten. Doch trotz aller Differenzierung bei den Einrichtungen und ihrer Wissenschaft führen die fließenden Übergänge von auffallendem und deviantem Verhalten zu Unklarheiten der Zuständigkeit bei der staatlichen Reaktion.

Heute ist der Befund bezogen auf den Strafvollzug zunächst eindeutig: Es fehlt an psychologisch/psychiatrischen Behandlungsangeboten. Aber was ist die Lösung? Brauchen wir mehr Psychiatrie im Strafvollzug oder gehören diese Personen gar nicht ins Gefängnis? Was wären dann die Alternativen? Kann im Gefängnis überhaupt eine psychiatrische Behandlung erfolgen, sodass im Anschluss an dem Vollzugsziel Resozialisierung gearbeitet werden kann? Und wie kann eine Entlassungsbegleitung erfolgen, die mit den wechselnden Zuständigkeiten der getrennten Rechtsbereiche von Justiz, Gesundheit und Sozialem zurechtkommt?

Wir freuen uns, dass viele Referent:innen ihren Vortrag ver-schriftlich haben und wir ihn in dieser Ausgabe veröffentlichen



können. Man findet darin viele weitergehende Fragen – aber auch viele Anregungen und Lösungsansätze für die Zukunft. Dies ermöglicht auch allen, die nicht dabei waren, in die Diskussion einzusteigen. Gleichzeitig haben wir die Beiträge erweitert. Auf der Tagung wurde die psychiatrische Abteilung der JVA Neumünster mehrfach als gutes Beispiel aus der Praxis benannt. Wir haben ein Interview mit der leitenden Ärztin Frau Thoms und dem Vollzugsleiter Dr. Staude-Müller zu der Arbeit der Station geführt. Florian Dirr stellt ein neues Pilotprojekt aus Baden-Württemberg vor, das ein spezielles Übergangsmanagement für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen anbietet. Abschließend sprechen wir mit dem Psychologen Dr. Lewe über weitergehende Transformationspotentiale des Strafvollzuges.

Damit wollen wir auch gleich unterstreichen: An dem Thema gilt es dranzubleiben. Wir planen in diesem Jahr mehrere kleine digitale Veranstaltungen, die Einblicke in die Arbeit von Projekten bieten sollen. Wir möchten uns bei allen Teilnehmer:innen für die anregenden Diskussionen und bei den Referent:innen für ihre informativen Beiträge bedanken! Wir bedanken uns ebenfalls bei Dominique Kleiner, die die beiden Tage bildlich zusammengefasst und visualisiert hat. Die Illustrationen finden Sie in diesem Heft.

Jetzt wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre des Infodiens-tes. Auch möchten wir Sie ermutigen, sich an den nächsten Ausgaben aktiv zu beteiligen: Die zweite Ausgabe wird sich Mitte des Jahres mit der Finanzierung und den Strukturen der freien Straffälligenhilfe beschäftigen. Haben Sie dazu Anregungen oder Fragen? Mit welchen Problemen haben Sie zu kämpfen? Was möchten Sie aus den anderen Bundesländern und von den anderen Trägern erfahren? Schreiben Sie uns gern und lassen Sie uns dazu in Austausch kommen.

Ihre Christina Müller-Ehlers und Frank Wilde

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Mindeststrafen des § 184b Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 des StGB - Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Inhalte

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe (BAG-S) bedankt sich beim Bundesministerium für Justiz für die Übermittlung des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Anpassung der Mindeststrafen des § 184b Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 des StGB und für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Ziel dieses Gesetzesentwurfs ist es, eine Revision der im Jahr 2021 in Kraft getretenen Strafrahmenerhöhung vorzunehmen. Dies soll durch die Herabsetzung der Mindeststrafen gemäß § 184b Abs. 1 (von einem Jahr auf sechs Monate) und Absatz 3 (von einem Jahr auf drei Monate) StGB sowie der damit einhergehenden Herabstufung als Vergehen erreicht werden.

Die BAG-S begrüßt grundsätzlich alle Bemühungen Kinder und Jugendliche vor sexuellen Übergriffen zu schützen. Mit der Neufassung des Straftatbestands der Verbreitung, des Erwerbs und des Besitzes kinderpornographischer Inhalte, welcher im Juli 2021 in Kraft trat, wurden einige Aspekte nicht hinreichend berücksichtigt. Bereits im Gesetzgebungsverfahren 2021 wiesen Expert:innen darauf hin, dass die Verschärfung in der Praxis mehr Probleme verursachen könnte. Auch die Justizminister:innen der Länder machten in der Herbstkonferenz der JUMIKO 2022 auf die Notwendigkeit der Anpassung des Strafrahmens des § 184b StGB aufmerksam.

Die Regelungen in § 184b StGB haben dazu geführt, dass Staatsanwaltschaften und Gerichte nicht mehr die Möglichkeit haben, bei geringfügigen Delikten auf die geringe Schuld der Täter:innen zu reagieren. Die Einstufung des Besitzes von Kinderpornographie als Verbrechen lässt die Möglichkeit der Anwendung der §§ 153 und 153a StPO, also der Einstellung des Verfahrens und das Absehen der Verfolgung, nicht mehr zu.

Zudem entspricht die strafrechtliche Verfolgung von Eltern und Lehrkräften, die kinderpornographisches Material besitzen bspw. aus Gründen der Sicherung von Beweisen nicht der Intention des Gesetzes. Dies kann zu erheblichen Nachteilen

führen, insbesondere der Stigmatisierung der Personen und möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen.

Aus diesen Gründen befürwortet die BAG-S, dass der Gesetzgeber die Frage der Verhältnismäßigkeit der Mindeststrafe von einem Jahr Freiheitsstrafe bei diesen Personen aufgreift, und dies durch die Änderung der Mindeststrafe anpasst.

Abgesehen davon vertritt die BAG-S die Überzeugung, dass der Strafvollzug nur als letztes Mittel in Betracht gezogen werden sollte. Vielmehr setzt sie sich für eine vorbeugende Unterstützung von Menschen ein, die Straftaten begehen, indem sie bereits im Vorfeld von strafrechtlichen Konsequenzen begleitet. Die freie Straffälligenhilfe verfolgt dabei das Ziel, durch umfassende Beratungsstrukturen dazu beizutragen, dass Menschen, die in Gefahr stehen straffällig zu werden, die notwendige Hilfe und Unterstützung erhalten. Dafür sind der Ausbau von Beratungsangeboten zur Prävention sowie eine stabile langfristige Finanzierung der Angebote notwendig.

Insbesondere im Kontext von sexuellen Übergriffen ist die präventive Arbeit von entscheidender Bedeutung. Durch eine frühzeitige Begleitung und umfassende Beratung sollen potenzielle Straftaten vermieden werden. Die BAG-S setzt sich somit nicht nur für die Interessen der Straffälligen ein, sondern auch dafür, die Ursachen von Straftaten zu adressieren und präventive Maßnahmen zu stärken.

Kontakt

Christina Müller-Ehlers
Geschäftsführerin BAG-S e.V.
mueller-ehlers@bag-s.de

Erfolgreiches Konzept „Therapie statt Strafe“ sichern!

Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen (BR-Drs. 629/23): „Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende“

Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) begrüßen ausdrücklich die Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen, die bestehende Gesetzeslücke im Sozialgesetzbuch II (SGB II) zu schließen, die aktuell die Umsetzbarkeit des bewährten Ansatzes „Therapie statt Strafe“ verhindert. Die geplante Änderung betrifft § 7 SGB II, der regelt, wer nach diesem Buch Leistungen erhält, und wer von diesen Leistungen ausgeschlossen ist. Von diesem Ausschluss sind aktuell auch Menschen betroffen, die auf Grundlage des § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in stationären Einrichtungen zur Therapie untergebracht sind.

In § 35 BtMG ist die Zurückstellung der Strafvollstreckung geregelt. Im Rahmen des Ansatzes „Therapie statt Strafe“ wird die Möglichkeit geschaffen, die Vollstreckung von Freiheitsstrafen oder Strafresten von nicht mehr als zwei Jahren für betäubungsmittelabhängige Verurteilte zurückzustellen, sofern sie sich in einer ihrer Rehabilitation dienenden Behandlung befinden oder zusagen, sich dieser zu unterziehen. Die Voraussetzung für die Gewährleistung der Therapie ist die Kostenzusage des zuständigen Trägers.

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 05. August 2021 (B 4 AS 58/20 R) hat jedoch klar gestellt, dass Personen, die aufgrund ihrer Betäubungsmittelabhängigkeit in Therapieeinrichtungen gemäß § 35 BtMG untergebracht sind und bei denen eine Behandlungsdauer von länger als sechs Monaten vorgesehen ist, keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II (gemäß § 7 Absatz 4 Satz 1 SGB II) haben. Da die Kostenübernahme durch die Träger der Sozialhilfe nach SGB XII nicht gesichert ist, bedeutet dies Unsicherheiten beim Krankenversicherungsschutz und bei der Übernahme von Leistungen für Therapie-nebenkosten. Die Vermittlung in notwendige und im Sinne des

Resozialisierungsauftrags sinnvolle Therapien wird dadurch faktisch unmöglich.

Der seit Jahrzehnten erprobte und erfolgreiche Ansatz „Therapie statt Strafe“ ist damit gefährdet, obwohl Menschen mit substanzbezogenen Störungen im Strafvollzug ein Recht auf Behandlung und Resozialisierung haben.

BAG-S e.V. und DHS e.V. unterstützen nachdrücklich die Bestrebungen des Landes Nordrhein-Westfalen, § 7 Absatz 4 SGB II so zu ändern, dass der Aufenthalt in einer stationären Therapieeinrichtung im Sinne des § 35 BtMG nicht mehr zu einem Leistungsausschluss führt. Damit wird die notwendige rechtliche Grundlage geschaffen, um den Erfolg des Ansatzes „Therapie statt Strafe“ zu gewährleisten.

Wir appellieren an alle Verantwortlichen, diese wichtige Initiative zu unterstützen und die entsprechenden Gesetzesänderungen umgehend voranzutreiben.

Kontakt

Christina Müller-Ehlers
Geschäftsführerin BAG-S e.V.
mueller-ehlers@bag-s.de

Christina Rummel
Geschäftsführerin DHS e.V.
rummel@dhs.de

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) zum Nationalen Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit 2024

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe (BAG-S) dankt dem Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen für die Übermittlung des Nationalen Aktionsplanes gegen Wohnungslosigkeit 2024 und für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Das erklärte Ziel dieses Plans, die Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Deutschland bis 2030 zu überwinden, wird von der BAG-S unterstützt. Insbesondere begrüßen wir die Verpflichtung der Bundesregierung, in partnerschaftlichem Agieren mit allen relevanten Akteuren dieses wichtige Ziel zu verfolgen.

Es ist erfreulich, dass der Aktionsplan als Instrument zur Bewältigung der Wohnungslosigkeit auf umfassende Leitlinien setzt. Die Anerkennung und Integration unterschiedlicher Perspektiven und Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen ist ein positiver Aspekt des Aktionsplans. Die Ausgestaltung sieht weiterhin vor, dass durch Datenerhebungen und wissenschaftlichen Studien eine Grundlage für die Ausgestaltung von konkreten Angeboten geschaffen wird. Es ist weiterhin zu begrüßen, dass sich der Aktionsplan verpflichtet, sicherzustellen, „dass Entlassungen aus Einrichtungen wie Justizvollzugsanstalten oder dem Krankenhaus nicht in Wohnungslosigkeit münden“ (S. 23).

Dennoch möchten wir darauf hinweisen, dass Menschen mit Haftverfahren nicht explizit als spezielle Zielgruppe im Rahmen des NAP-W ausgewiesen werden.

Die Tatsache, dass jährlich 90.000 bis 100.000 Personen aus der Haft entlassen werden und viele von ihnen mit Wohnungslosigkeit konfrontiert sind, erfordert eine gezielte Berücksichtigung in diesem Aktionsplan. Inhaftierungen sind oft, so auch im Aktionsplan anerkannt, Ursache für Wohnungsverlust (S. 11), insbesondere auf einem angespannten Wohnungsmarkt gestaltet sich die Wohnungssuche nach der Haft schwierig. Haftentlassene Menschen tragen ein hohes Risiko, langfristig von Wohnungslosigkeit betroffen zu sein. Unter den vielen ver-

schiedenen Gründen, die zum Wohnungsverlust führen, wird Inhaftierung bei den akut untergebrachten wohnungslosen Menschen mit einem Anteil von 9 % am häufigsten genannt. Bei den verdeckt Wohnungslosen und den wohnungslosen Menschen ganz ohne Unterkunft beträgt der Anteil 13 Prozent die Inhaftierung als Grund für ihren Wohnungsverlust angeben.¹ Betroffene und Angehörige sind in vielen Fällen nicht über ihre Rechte zum Wohnungserhalt bei einer Inhaftierung informiert.² So entstehen Mietschulden oder die Wohnung wird gekündigt. Aber nicht nur Inhaftierung führt häufig in die Wohnungslosigkeit.

»Die BAG-S fordert daher nachdrücklich, dass haftentlassene Personen als besondere Zielgruppe innerhalb des Nationalen Aktionsplanes ausgewiesen werden.«

Umgekehrt sind Menschen ohne festen Wohnsitz auch stärker der Gefahr ausgesetzt, verhaftet und zu Gefängnisstrafen verurteilt zu werden. Wenn sie in einem Verfahren keine Anschrift angeben können, droht die Untersuchungshaft. Wenn sie nicht

1 GISS 2022: Empirische Untersuchung zum Gegenstand nach § 8 Absatz 2 und 3 Wohnungslosenberichterstattungsgesetz https://www.giss-ev.de/file-storage/publikationen/fb-605-empirische-untersuchung-zum-wohnungslosen-berichterstattungsgesetz_titel_bmas.pdf

2 Diakonie Deutschland, EBET, Caritas, KAGS 2019: Wohnungsverlust infolge von Inhaftierung verhindern – Ansprüche wirksam umsetzen. https://www.ebet-ev.de/wordpress/wp-content/uploads/2023/09/2019_Position_Mietkosten_bei_Inhaftierung.pdf

über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, droht ihnen aufgrund nicht gezahlter Geldstrafen die Ersatzfreiheitsstrafe. Geschätzt fast jede fünfte wegen einer Ersatzfreiheitsstrafe inhaftierte Person hat bereits bei Aufnahme in den Strafvollzug keinen festen Wohnsitz.³

Die BAG-S fordert daher nachdrücklich, dass haftentlassene Personen als besondere Zielgruppe innerhalb des Nationalen Aktionsplanes ausgewiesen werden. Dies wäre ein wichtiger Schritt, um sicherzustellen, dass eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft nicht durch Wohnungslosigkeit behindert wird. Daneben möchten wir darauf aufmerksam machen, wie dringend notwendig eine umfangreiche Datenerhebung ist, die auch inkludiert, dass die Bundesländer belastbare Zahlen veröffentlichen, wohin die Menschen nach der Haft entlassen werden.

Im Konkreten empfehlen wir daher die Berücksichtigung nachfolgender Maßnahmen bei der fachlichen Ausgestaltung der Leitlinien:

- Die Betroffenen müssen bereits bei der Inhaftierung bzw. Untersuchungshaft über die Möglichkeit einer Antragstellung auf Mietkostenübernahme informiert und bei der Durchsetzung ihres Anspruchs unterstützt werden.
- Mietkosten sollen bei einer Inhaftierung grundsätzlich bis zu einem Jahr übernommen werden. Auch eine längere Übernahme der Mietkosten sollte durch die Einführung einer Härtefallregelung möglich sein, wenn Umstände vorliegen, die dies notwendig machen. Dies trifft auch für Angehörige zu, wenn der Haupt- und Nebenverdienst durch die Inhaftierung wegfallen und die Mietkosten nicht mehr gedeckt werden können.
- Es müssen alle Möglichkeiten der Wohnkostenübernahme im Falle von Inhaftierungen ausgeschöpft werden.

Bezahlbarer angemessener Wohnraum muss für alle verfügbar sein. Daher haben Bund, Länder und Kommunen die Verfügbarkeit von angemessenem, bezahlbarem Wohnraum sicherzustellen, insbesondere für Personen mit besonderem Hilfebedarf wie bspw. bei einer Entlassung aus dem Strafvollzug. Hierbei sind die spezifischen Problemlagen von straffällig gewordenen Frauen zu berücksichtigen

³ Lobitz, R. & Wirth, W. (2018). Wer ist inhaftiert und warum? Ersatzfreiheitsstrafe nach Aktenlage. Forum Strafvollzug, 16–18.

**COPE
JAHRESKONFERENZ**

Let's Talk to One Another:
cross-sectoral approach for children
with a parent in prison

13. Juni 2024

09:00–17:00 Uhr

Festsaal der Berliner Stadtmission
Lehrter Str. 68, 10557 Berlin

www.treffpunkt-nbg.de/cope-jahreskonferenz-2024

Weitere Informationen:

Logos: treffpunkt e.V., CHILDREN OF PRISONERS EUROPE, Co-funded by the European Union, kvi Netzwerk Kinder von Inhaftierten, Auridis Stiftung, CONNECTING HEARTS

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe appelliert an das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen, die genannten Aspekte in den Nationalen Aktionsplan aufzunehmen und somit einen bedeutenden Beitrag zur Lösung der Wohnungslosigkeitsproblematik in Deutschland zu leisten.

Kontakt

Christina Müller-Ehlers
Geschäftsführerin BAG-S e.V.
mueller-ehlers@bag-s.de

Stellungnahme zu den Eckpunkten des Bundesministeriums der Justiz zur Modernisierung des Strafgesetzbuchs

Deutscher Caritasverband e.V. und Katholische Bundes-Arbeitsgemeinschaft Straffälligenhilfe im Deutschen Caritasverband (KAGS)

Der Deutsche Caritasverband (DCV) bedankt sich für die Möglichkeit, zu den Eckpunkten des Bundesministeriums der Justiz zur Modernisierung des Strafgesetzbuches Stellung nehmen zu können. Dabei positioniert er sich nachfolgend zu ausgewählten Punkten, zu denen sich aus der praktischen Arbeit des DCV in Einrichtungen und Diensten eine besondere Kompetenz, Erfahrung oder Betroffenheit ergibt.

Zur Anpassung der Mindeststrafen des § 184b StGB verweist der DCV auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S).¹ Die in dem Kabinettsentwurf eingefügte Änderung zu § 184b Abs. 4 StGB erscheint konsequent und orientiert sich an der Rechtslage vor der Reform 2021.

I. Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, § 217 StGB

Im Sinne des § 217 StGB machte sich strafbar, wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt. Mit Urteil vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15) erklärte das Bundesverfassungsgericht § 217 StGB für nichtig, so dass die in den Eckpunkten vorgesehene Streichung der Norm aus Sicht des DCV lediglich klarstellenden Charakter hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom Februar 2020 nicht nur über die Nichtigkeit des § 217 StGB entschieden, sondern zugleich deutlich werden lassen, inwiefern sich mit dem Wegfall der Norm eine Neuregulierungsnotwendigkeit ergibt. Der DCV unterstreicht die Regulierungsnotwendigkeit. Es muss gewährleistet sein, dass niemand sich durch Angebote der Suizidhilfe unter Druck gesetzt sieht, sein Weiterlebenwollen begründen zu müssen, so unser zentraler Anspruch an die Neu-Regulierung, die auch fünf Jahre nach dem Urteil immer noch nicht gelungen ist. Wir erinnern daran, dass das Bundesverfassungsgericht auch eine Regulierung im Strafrecht ausdrücklich als zulässig angesehen hat.

Der DCV spricht sich, wie schon in seiner Stellungnahme zum Gesetzgebungsprozess des Deutschen Bundestags aus dem

Jahr 2023, weiterhin deutlich für eine gesetzliche Regulierung des Assistierte Suizids aus und fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah tätig zu werden. Eine sinnvolle Suizidprävention, wie sie mit dem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 6. Juli 2023 (Drucksache 20/7630), bis zum Sommer 2024 ein Suizidpräventionsgesetz vorzulegen, gefordert wird, wird ohne Regulierung der Suizidassistenz letztlich nicht gelingen.

»Der DCV spricht sich, ..., weiterhin deutlich für eine gesetzliche Regulierung des Assistierte Suizids aus und fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah tätig zu werden.«

II. Entziehung Minderjähriger, § 235 StGB

Strafbar macht sich gem. § 235 Abs. 2 StGB, wer ein Kind den Eltern, einem Elternteil, dem Vormund oder dem Pfleger entzieht, um es in das Ausland zu verbringen (Nr. 1.) oder im Ausland vorenthält, nachdem es dorthin verbracht worden ist oder es sich dorthin begeben hat (Nr. 2). Der EuGH erklärte die wortlautgetreue Anwendung von § 235 Abs. 2 StGB bei Angehörigen, die Unionsbürger sind, für unvereinbar mit dem Recht auf Freizügigkeit nach Art. 21 AEUV (Urt. v. 19. November 2020, C-454/19; Beschl. v. 16. Mai 2022, C-724/21). Eine dem Wortlaut des § 235 Abs. 2 Nr. 1 und 2 StGB entsprechende Anwendung liefe darauf hinaus, EU-Mitgliedsstaaten mit Drittstaaten gleichzusetzen („Ausland“). Dies widerspreche dem unionsrechtlichen Grundgedanken, der sich auf die Schaffung eines echten Rechtsraums, dem unabdingbaren Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung gerichtlicher Entscheidungen sowie auf den Grundsatz des gegenseitigen Vertrauens stützt. Um Kollisionen mit Unionsrecht zu vermeiden, wird § 235 Abs.

¹ <https://www.bag-s.de/materialien/stellungnahmen>

2 Nr. 1 und 2 StGB seither auf der Tatbestandsebene dahingehend reduziert, dass die Norm bei Kindesentziehungen oder Kindesvorenthaltungen innerhalb der EU durch Unionsbürger, die Angehörige des Kindes sind, ohne den Einsatz von Mitteln im Sinne des § 235 Abs. 1 Nr. 1 StGB (Gewalt, Drohung mit einem empfindlichen Über oder List) nicht angewendet wird (vgl. Hecker, JuS 2021, 467ff.). Grundsätzlich wird eine Übertragung der Tatbestandsreduktion in den Normtext befürwortet, um die Normenklarheit und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Dabei ist dabei zu beachten, dass der EuGH in seinen Entscheidungen anerkennt, dass bei einem Verbringen des Kindes nach außerhalb des deutschen Hoheitsgebiets seine Rückführung dorthin und zum Sorgeberechtigten ebenso wie die Anerkennung deutscher Gerichtsentscheidungen auf praktische Schwierigkeiten stoßen kann. Bei der Anpassung des Normtexts ist deshalb darauf zu achten, dass Taten mit Auslandsbezug weiterhin erfasst werden und das Schutzniveau des § 235 Abs. 2 StGB nicht über das unionsrechtlich erforderliche Maß beschränkt wird.

Auch wenn die Strafbarkeit der Entziehung Minderjähriger nicht generell in Frage gestellt werden soll, wäre es wünschenswert, wenn sich der Gesetzgeber bei dieser Gelegenheit der grundsätzlichen Problematik aus der Perspektive des Kindeswohls annehmen würde. Bei Taten mit Auslandsbezug vermengen sich Aspekte des Straf-, Migrations- und (internationalen² und/oder europäischen³) Zivilrechts. In Fällen der Entziehung oder Vorenthaltung Minderjähriger ist das Strafrecht in der Regel kein probates Mittel der Konfliktdeeskalation zwischen den Beteiligten, sondern kann die bestehenden Konflikte verschärfen und – mit insgesamt negativen Effekten für alle Beteiligten – eskalierend wirken. Aus Sicht des DCV bräuchte es hierzu eine gesellschaftliche Debatte über die Sinnhaftigkeit des Zusammenspiels der bestehenden rechtlichen Regelungen. Der DCV plädiert deshalb für eine grundsätzliche Überprüfung des gegenwärtigen rechtlichen Rahmens mit Fokus auf die Auswirkungen auf die betroffenen Minderjährigen. Dabei sollten kind- und jugendgerechte Möglichkeiten der Unterstützung bei der Traumabewältigung und bei Loyalitätskonflikten sowie Perspektiven der Aussöhnung innerhalb der Familie im Vordergrund stehen. Vor diesem Hintergrund würde es der DCV als eine verpasste Gelegenheit ansehen, wenn die grundsätzliche Problematik im Rahmen der Anpassung des § 235 Abs. 2 StGB nicht entsprechend angegangen und durchdiskutiert würde.

2 Haager Übereinkommen über die zivilrechtlichen Aspekte internationaler Kindesentführung (HKÜ) vom 25. Oktober 1980

3 Verordnung (EU) 2019/1111 (Brüssel IIb)

III. Erschleichen von Leistungen, § 265a StGB

Gemäß § 265a Absatz 1 Variante 3 StGB ist es strafbar, die Beförderung durch ein Verkehrsmittel in der Absicht zu erschleichen, das Entgelt nicht zu entrichten. Der DCV stimmt der Einordnung des Delikts durch das BMJ als Tat mit geringem Unrechtsgehalt in allen Punkten zu. Man könnte den zutreffenden Erwägungen hinzufügen, dass sich der Tatbestand, der damals v.a. eingeführt wurde, um den Missbrauch eines Münzfernsprechers strafrechtlich ahnden zu können, überlebt hat. Der Automatenmissbrauch galt in dieser Zeit als die „häufigste und volkswirtschaftlich gefährlichste Art der Leistungser schleichung. Das spielt heute keine Rolle mehr, bzw. in den üblichen Varianten wird es durch andere Tatbestände erfasst. Als Ausgleich für das „Unrecht“, das dem Fahren ohne Fahrschein zugemessen wird, ist die Möglichkeit, das erhöhte Beförderungsentgelt zu erheben, ausreichend.

Für die Streichung des § 265a StGB spricht auch, dass Fahren ohne Fahrschein dasjenige Delikt ist, bei welchem die Geldstrafe am häufigsten in eine Ersatzfreiheitsstrafe mündet. Jede siebte Person, die wegen § 265a StGB zu einer Geldstrafe verurteilt wird, tritt eine Ersatzfreiheitsstrafe an; bei Diebstählen ist es jede achte und bei Steuerdelikten gar nur jede 43. (Bögelein/Ernst/Neubacher, Vermeidung von Ersatzfreiheitsstrafen: Evaluierung justizieller Haftvermeidungsprojekte in Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 29). Jede vierte Person, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßt, tut das, weil sie wegen Fahrens ohne Fahrschein zu einer Geldstrafe verurteilt worden war. Insgesamt landen jedes Jahr rund 7.000 Menschen wegen Fahrens ohne Fahrschein im Gefängnis. Aus unseren Einrichtungen und Diensten sind viele Fälle bekannt in denen Menschen mit multiplen Problemlagen durch eine Ersatzfreistrafe, auch für Fahren ohne Fahrschein, ihre prekäre Situation noch weiter verschlechtert haben und ein noch größeres Elend entstanden ist. Daher setzen sich KAGS und DCV seit Jahren für die Reform der Ersatzfreiheitsstrafe ein (siehe: <http://kags.de/vermeidung-von-ersatzfreiheitsstrafen-bei-bagateldelikten-schwarzfahren-u-a/>).

Die strafrechtliche Verfolgung und der Vollzug der verhängten Strafen ist mit einigem Aufwand bei Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichten und im Justizvollzug verbunden. Dieser würde entfallen, wenn man den Straftatbestand streichen würde. Nicole Bögelein und Frank Wilde haben diesen Aufwand in ihrem Aufsatz in der KriPoZ 6/2023 online⁴, mit 114.491.692,16 EUR beziffert.

4 <https://kripoz.de/2023/09/20/der-rechtsstaat-und-das-fahren-ohne-fahrschein-%C2%A7-265a-stgb-was-kostet-die-verfolgung-eines-umstrittenen-straftatbestands>

Keinesfalls sollten, wie in den Eckpunkten hier vorgeschlagen, diese möglichen Einsparungen durch eine Umwandlung des Tatbestands in eine Ordnungswidrigkeit gefährdet werden. Denn

**»Es gibt im
Ordnungswidrigkeitenrecht
keine Möglichkeit, die soziale
und finanzielle Situation der von
Armut betroffenen Menschen mit
multiplen Problemlagen, die ohne
Fahrschein den ÖPNV nutzen, zu
berücksichtigen.«**

auch dort müssten die Bußgelder verhängt und vollstreckt werden, u.U. auch die Rechtsmittel gegen die Bescheide bearbeitet werden. Noch viel wichtiger wäre aber, dass die Menschen, denen man mit der Abschaffung des Straftatbestands helfen würde, Steine statt Brot erhalten würden. Es gibt im Ordnungswidrigkeitenrecht keine Möglichkeit, die soziale und finanzielle Situation der von Armut betroffenen Menschen mit multiplen Problemlagen, die ohne Fahrschein den ÖPNV nutzen, zu berücksichtigen. Es steht zu befürchten, dass diese Gruppe nicht in der Lage sein wird, die eigene Zahlungsunfähigkeit gegenüber der Behörde darzulegen, so dass sie von Erziehungshaft bedroht sein werden. Anders als durch Ersatzfreiheitsstrafe könnten sie aber durch die Erziehungshaft das Bußgeld nicht tilgen. D.h. sie werden im Ergebnis schlechter gestellt als jetzt. Das sollte unbedingt vermieden werden.

IV. Unerlaubtes Glücksspiel, §§ 284ff StGB

Die §§ 284 ff. StGB bestrafen das (behördlich) unerlaubte Veranstalten von Glücksspielen, Lotterien oder Ausspielungen. Während die §§ 284, 286, 287 StGB sich mit der Strafbarkeit des/der Veranstalter/s selbst befassen, richtet sich § 285 StGB gegen die Spieler*innen des illegalen Glücksspiels (sog. Beteiligung).

Soweit die Aufhebung die §§ 284, 286, 287 StGB betrifft, kann der DCV dem Eckpunktepapier des BMJ nicht zustimmen. Richtig ist, dass § 284 StGB u.a. die staatliche Kontrolle einer „Kommerzialisierung der natürlichen Spielleidenschaft“ (Fischer, § 284 StGB Rn.2a) sichern soll, dem weitgehend auch durch § 1 S. 1 Nr. 2 des Glücksspielstaatsvertrages entsprochen wird. Das staatliche Glücksspielmonopol soll jedoch auch der Suchtprävention und dem Jugendschutz dienen (vgl. BVerfG, Urteil vom 28. März 2006 – 1 BvR 1054/20001, NJW 2006, 1261 Rn. 96 ff). Insbesondere illegale Glücksspiele zeichnen sich durch hohe Geschwindigkeit, fehlende Einsatzobergrenzen sowie Sperrmöglichkeiten aus, weshalb sie ein besonderes Risiko für Spielsüchtige darstellen. Aufgrund der Gefahr für Spielende scheint es daher nicht angemessen, illegale Veranstaltungen lediglich durch Ordnungsbehörden verfolgen zu lassen.

Dagegen begrüßt der DCV die Entkriminalisierung der Beteiligung am unerlaubten Glücksspiel, § 285 StGB. Die Strafverfolgung des Spielenden lediglich von der staatlichen Erlaubnis des Betriebes abhängig zu machen, scheint angesichts des Ultima Ratio-Prinzips des Strafrechts fragwürdig. Die nachhaltige Bekämpfung von Suchterkrankungen im Bereich des Glücksspiels lebt primär von Prävention, nicht Repression. Zudem ist es nach Auffassung des DCV wahrscheinlicher, dass Spielende illegale Glücksspiele anzeigen, wenn sie selbst straffrei bleiben.

Eva Maria Welskop-Deffaa

Präsidentin Deutscher Caritasverband

Kontakt

Defne Keltek

Referentin für Sozial- und Rechtspolitik
Kontaktstelle Politik (DCV)

defne.keltek@caritas.de

Chris Bendix

Referent für Familien-, Kinder- und
Jugendpolitik und Engagement
Kontaktstelle Politik (DCV)

christoph.bendix@caritas.de

Alexandra Weingart

Geschäftsführerin der KAGS

alexandra.weingart@caritas.de

Forderungspapier:

Haftvermeidungsmöglichkeiten zur Tilgung einer Geldstrafe durch sozialarbeiterische und sozialpädagogische Angebote sind bundesweit zu erweitern!

DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.

Der DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. und seine Mitglieder sehen mit wachsender Sorge eine Zunahme an Vermittlungshemmnissen in Einsatzstellen, die nicht zuletzt mit der fehlenden Passgenauigkeit von Arbeitsleistungen für zu einer Geldstrafe verurteilten Personen mit multiplen Problemlagen, die in desolaten Lebensverhältnissen leben, begründet ist.

Die Geldstrafe stellt mit ca. 85 % der Verurteilungen die Hauptsanktion im Erwachsenenstrafrecht dar. Sie wird in über 90 % der Fälle bezahlt und hat sich im Allgemeinen bewährt. Nur 2 % werden wegen Rückfalltaten zu einer unbedingten Freiheitsstrafe verurteilt. Allerdings muss festgestellt werden, dass eine zunehmend problematische Gruppe von zu Geldstrafen Verurteilten weder die Geldstrafe bezahlen noch mit Angeboten gemeinnütziger oder „freier Arbeit“ (vgl. Art. 293 EGStGB) erreicht werden kann. Die Zahl der Personen, die bundesweit Ersatzfreiheitsstrafen (EFS) durch gemeinnützige Arbeit abwenden sinkt: Von 32.500 Personen (2013), über 30.566 (2016) auf 21.174 (2019). Die Anzahl der vermiedenen Tagessätze fiel in den Jahren 2013–2019 um 30 %. Ausschließlich durch gemeinnützige Arbeit wurden 2013–2015 2,4 % der Geldstrafen getilgt, ein sehr geringer Anteil, der je nach Bundesland variiert, von 1 % in Bayern bis zu 4 % in Sachsen.

Der bisherige Ablauf der Geldstrafenvollstreckung sieht vor, dass bei Nichtzahlung zunächst auf Ratenzahlungsmöglichkeiten hingewiesen und die EFS angedroht, sodann angeordnet wird. Erst mit der Anordnung erfolgt der Hinweis auf die Möglichkeit, die Tilgung durch Arbeitsleistung abwenden zu können. Verfolgt der Verurteilte diese Möglichkeiten nicht, tritt die Ersatzfreiheitsstrafe an die Stelle der Geldstrafe. Die Verhängung von Geldstrafen erfolgt in bis zu 90 % der Fälle durch Strafbefehl nach §§ 407ff. StPO. Im Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Prüfung alternativer Sanktionsmöglichkeiten – Vermeidung von Ersatzfreiheitsstrafen gemäß § 43 StGB“ ist nachzulesen, dass es sich bei den zu einer Geldstrafe verurteilten Personen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe ableisten müssten, um eine „randständige Personengruppe“ handelt, die „überwiegend (langzeit-)arbeitslos ist“, Sozialleistungen bezieht, (teils hoch)

verschuldet ist und unter gesundheitlichen Belastungen leidet. Weiterhin ist zu lesen: „(...)neben Arbeitslosigkeit und Verschuldung zeichnet die Gruppe der zur Vollstreckung einer Ersatzfreiheitsstrafe Inhaftierten nach den kriminologischen Untersuchungen vor allem häufig Isolation, Wohnungslosigkeit, eine fehlende abgeschlossene Schul- und/oder Berufsausbildung und Suchtprobleme aus“. Bei einem Strafbefehl handelt es sich um ein rein schriftliches Verfahren. Wie Mitarbeiter:innen unserer Mitgliedsvereine der freien Straffälligenhilfe vermehrt berichten, lesen Menschen, die wohnungslos sind, psychische Erkrankungen haben oder allgemein überfordert sind, Briefe häufig nicht oder holen diese erst gar nicht aus dem Briefkasten. Erschwerend kommt hinzu, wie vorliegende Forschungsergebnisse aufzeigen, dass eine individuelle Bemessung der Tagessatzhöhe aufgrund fehlender Kenntnis der wirtschaftlichen Verhältnisse der verurteilten Person häufig nicht erfolgen kann. Es ist davon auszugehen, dass die Tagessatzhöhe in den überwiegenden Fällen durch Schätzung der Einkünfte bestimmt wird. Trotz einer im Idealfall einkommensabhängigen Berechnung der Tagessätze, wiegt die Geldstrafe für verurteilte Personen mit niedrigem Einkommen tendenziell schwerer, als für solche mit mehr Einkommen. Im Grundsatz sieht § 40 Abs. 2 StGB vor, dass die Höhe der Geldstrafe sich nach dem Einkommen bemisst. Dies führt aber bei Personen, die am Existenzminimum leben zu besonderen Problemen, da sie weder etwas zur Begleichung der Geldstrafe ansparen noch ihren Lebensstandard absenken können. Die hier offensichtliche Ungleichbehandlung wurde bereits Mitte der 1980er Jahre mit der Aussage und in dem Buch „weil du arm bist, musst du sitzen“ kritisiert.

Zwischenfazit:

1. Statistische Daten verzeichnen bei Personen, die zu einer Geldstrafe verurteilt wurden und eine Ersatzfreiheitsstrafe absitzen, einen Anstieg.
2. Zugleich ist ein Rückgang der Tilgungen von Geldstrafen durch Arbeitsleistung festzustellen.
3. Verurteilte Menschen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe absit-

zen, sind von multiplen Problemlagen betroffen und befinden sich in desolaten Lebensverhältnissen. Viele von ihnen können täglich vier bis sechs Stunden gemeinnützige oder freie Arbeit nicht leisten.

4. Die Verhängung einer Geldstrafe im Strafbefehlsverfahren berücksichtigt weder die wirtschaftlichen Verhältnisse der Betroffenen in ausreichendem Umfang noch deren Lebenssituation.
5. Die unzureichende Berücksichtigung der Einkommens- und Lebenssituation der Betroffenen führt zu einer Ungleichbehandlung.

Die Vollstreckung einer Geldstrafe, insbesondere durch einen Kurzstrafenvollzug, kann nicht gleichzeitig die multiplen Problemlagen der Klientel behandeln und sich den desolaten Lebensverhältnissen annehmen.

**»Die Probleme derjenigen,
die nicht zahlen können,
deuten auf eine soziale Aufgabe
hin, welches nicht mit den
Mitteln des Strafrechts zu lösen
ist. Zahlungsunfähigkeit darf kein
Grund für eine Inhaftierung sein.«**

Die Probleme derjenigen, die nicht zahlen können, deuten auf eine soziale Aufgabe hin, welches nicht mit den Mitteln des Strafrechts zu lösen ist. Zahlungsunfähigkeit darf kein Grund für eine Inhaftierung sein.

Der DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. und seine Mitglieder fordern daher:

1. Eine Änderung des Vollstreckungsablaufs. Die vom Deutschen Bundestag am 22.06.2023 verabschiedete Änderung von § 459e Abs. 2 StPO wird dahingehend begrüßt, dass bereits vor der Anordnung einer Ersatzfreiheitsstrafe die verurteilte Person auf die Tilgungsmöglichkeiten und Abwendung durch freie Arbeit hingewiesen wird. Dies ist unserer Ansicht nach nicht weitgehend genug und wird der hier dargestellten Problemlage nicht gerecht. § 459e Abs. 2 StPO ist dahingehend anzupassen, dass bei ausbleibender Zahlung der Geldstrafe die betroffene Person grundsätzlich

vor Androhung einer Ersatzfreiheitsstrafe an eine Einrichtung mit entsprechendem Beratungs- und Unterstützungsangeboten der freien Straffälligenhilfe zu vermitteln ist, um den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu ermitteln. Gleichzeitig sollte die Einrichtung durch die Vollstreckungsbehörde hierüber informiert werden, um proaktiv mit der verurteilten Person Kontakt aufzunehmen. § 459e StPO ist um einen Absatz 2a zu ergänzen, als notwendige Grundlage zur Übermittlung von personenbezogenen Daten an nichtöffentliche Einrichtungen.

2. Die Sicherstellung eines flächendeckenden Netzes von Beratungseinrichtungen und gemeinnützigen Arbeitsstellen sowie deren finanziellen Absicherung.
3. Eine Erweiterung von niedrigschwelligen Angeboten zur Ableistung einer Geldstrafe um sozialarbeiterische und sozialpädagogische Angebote, denn Art. 293 EGStGB sieht lediglich die Erbringung von Arbeitsleistungen zur Tilgung einer Geldstrafe vor. Diese, angesichts der im vorliegenden Forderungspapier hoch problembelasteten Personengruppe notwendigen Angebote, sollen durch nichtöffentliche Stellen erfolgen.
4. Eine Anpassung von § 459f StPO, dahingehend, dass Zahlungsunfähigkeit eine unbillige Härte darstellt und die Vollstreckung der Geldstrafe unterbleibt. Weiterhin ist unbillige Härte auch bei Auftreten veränderter Lebenslagen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes) anzunehmen.

Die Forderungen sind nicht neu. Positive Beispiele lassen sich in Baden-Württemberg oder auch Schleswig-Holstein finden. Ziel muss es sein, eine bundesweite und damit flächendeckende Hilfe- und Unterstützungsstruktur für zu einer Geldstrafe verurteilte Personen mit multiplen Problemlagen und desolaten Lebensverhältnissen aufzubauen, die durch die bisherigen Verfahrensweisen und Angebote nicht erreicht werden. Soziale Probleme lassen sich mit dem Strafrecht nicht lösen!

Wir freuen uns über Anmerkungen und Kommentare zum Forderungspapier, um die weitere Diskussion fortzuführen!

Kontakt

Daniel Wolter

Geschäftsführer DBH-Fachverband e.V.
kontakt@dbh-online.de

Positionspapier: Resozialisierung und Gefangenenvergütung

Der Paritätische Gesamtverband

Aktuell gibt es ca. 42.500 Strafgefangene in Deutschland.¹ In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Sachsen können Strafgefangene selbst entscheiden, ob sie arbeiten wollen. In den anderen zwölf Bundesländern besteht eine Arbeitspflicht.² Insgesamt gibt es zu wenig Arbeitsangebote für Menschen im Gefängnis. Inhaftierte, die arbeiten, erhalten für ihre Arbeit derzeit eine Vergütung von ein bis drei Euro Stundenlohn.³ Diese niedrige Vergütung steht im Widerspruch zur Idee, dass Arbeit im Strafvollzug nicht nur eine notwendige Tätigkeit ist, sondern auch eine positive und sinnstiftende Komponente im Leben der Gefangenen darstellen sollte. Arbeit im Strafvollzug bereitet die Inhaftierten auf ihre zukünftige Erwerbstätigkeit außerhalb des Gefängnisses vor. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass diese Arbeit angemessen vergütet wird, um die Resozialisierung der Strafgefangenen zu unterstützen.

Der Grundsatz, dass ein Gefangener bis auf den Freiheitsentzug nicht schlechter gestellt werden darf, wie es in § 4 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) festgelegt ist, unterstreicht die Bedeutung einer angemessenen Vergütung. Momentan ist die Realität jedoch weit von diesem Grundsatz entfernt. Angesichts dieser Herausforderungen ist es dringend erforderlich, die Gefangenenvergütung zu reformieren, um die Resozialisierung der Inhaftierten zu fördern und gleichzeitig die Prinzipien der Gerechtigkeit und Menschenwürde zu wahren.

Resozialisierung ist auch Bestandteil des Opferschutzes. Durch Prävention weiterer Straftaten und Reduzierung von Rückfällen erhöht sich die Sicherheit in der Gesellschaft. Eine angemessene

1 Destatis 2022, Stichtag 31.03.2022 (Strafgefangene und Sicherungsverwahrung in Deutschland).

2 Zwangsarbeit nur bei gerichtlich angeordneter Freiheitsentziehung zulässig (Art. 12 Abs. 2, 3 GG). Gefangene sind verpflichtet, zugewiesene, den körperlichen Fähigkeiten angemessene Arbeit [...] auszuüben, zu der sie körperlich in der Lage sind (§ 41 StVollzG).

3 Vergütung von Strafgefangenen orientiert sich an Eckvergütung: seit 2001 neun Prozent des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung; das entspricht einem Tagessatz von 14,21 Euro; je nach Qualifikation Abweichungen (§ 43 Absatz 2 und 3 i.V.m. § 200 StVollzG); ausgehend von Acht-Stunden-Tag: Stundenlohn von ein bis drei Euro.

ne Gefangenenvergütung ist ein wichtiger Faktor für das Gelingen der Resozialisierung.⁴

Der Paritätische fordert:

- eine (Erwerbs-)Arbeit während der Haftzeit mit einer adäquaten Vergütung unter möglichst „marktnahen“ Bedingungen, die auf eine echte Erwerbsarbeit in Freiheit vorbereitet.
- wirksame Resozialisierungskonzepte in den Ländern, die auf einem ganzheitlichen Ansatz basieren, um die soziale und materielle Teilhabe haftentlassener Menschen wiederherzustellen sowie die Voraussetzungen für ein straffreies Leben zu schaffen.
- in den Resozialisierungskonzepten (Aufgabe der Länder) die Ausgestaltung und Höhe der Vergütung so zu bemessen, dass die in den Konzepten festgeschriebenen Zwecke auch tatsächlich erreicht werden können.⁵
Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes muss die Höhe der Vergütung so gestaltet sein, dass Resozialisierung überhaupt möglich ist. Arbeiten Strafgefangene unter „marktnahen Bedingungen“, sollten sich die Landesgesetzgeber bei der Bemessungsgrundlage und Vergütungsstruktur⁶ – unter Berücksichtigung von Unterbringung und Versorgung – langfristig an Maßstäben orientieren, die mit der Erwerbsarbeit außerhalb des Strafvollzugs vergleichbar sind.

Darüber hinaus fordert der Paritätische, dass die Arbeit von Inhaftierten eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist

4 Der WEISSE RING (Verband zur Hilfe von Menschen, die von Straftaten betroffen sind; Mitglied beim Paritätischen Gesamtverband) dazu: Der WEISSE RING unterstreicht, dass gelingende Resozialisierung auch präventiver Opferschutz ist. Er sieht allerdings keine ausreichenden Belege dafür, dass eine Vergütungserhöhung zu einer solchen führt, und trägt die Forderung des Paritätischen deshalb in dieser Form nicht mit.

5 BVerfG (Zweiter Senat) 20.06.2023 – 2 BvR 166/16 [Gefangenenvergütung II], Ls. 4.

6 BVerfG (Zweiter Senat) 20.06.2023 – 2 BvR 166/16 [Gefangenenvergütung II], Rn. 216.

und daher erneut insbesondere den Einbezug der Strafgefangenen in die Rentenversicherung sowie die gesetzliche Verankerung der Gleichstellung in der Arbeitslosenversicherung.⁷

1. Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

In der Grundsatzentscheidung zur Gefangenenvergütung von 1998 formulierte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass die Gesetzgebung grundrechtlich verpflichtet ist, ein dem Strafvollzug zugrundeliegendes Resozialisierungskonzept zu entwickeln, wobei ihr ein umfassender Gestaltungsspielraum zusteht.⁸ Arbeit kann nur ein wirksames Mittel zur Resozialisierung sein, wenn sie angemessene Anerkennung findet. Wenn die Anerkennung hauptsächlich finanziell erfolgt, muss die Höhe geeignet sein, den Gefangenen aufzuzeigen, dass Erwerbsarbeit zur Herstellung einer Lebensgrundlage sinnvoll ist. Das BVerfG erklärte das damalige Entlohnungsmodell für verfassungswidrig.

Der Bundesgesetzgeber änderte daraufhin 2001 das Strafvollzugsgesetz und hob die Eckvergütung⁹ für die Arbeit von Gefangenen von fünf auf neun Prozent an.

25 Jahre später hat das BVerfG im Juni 2023 entschieden, dass die Regelungen zur Vergütung von Gefangenenarbeit in den Strafvollzugsgesetzen von Bayern¹⁰ und Nordrhein-Westfalen¹¹ mit dem Resozialisierungsgebot aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) unvereinbar sind.¹² In den Strafvollzugsgesetzen ist ein Gesamtkonzept zur Umsetzung des verfassungsrechtlichen Resozialisierungsgebots nicht erkennbar. Es ist nicht nachvollziehbar, welche Bedeutung dem Faktor Arbeit als Behandlungsmaßnahme – im Vergleich zu anderen Behandlungsmaßnahmen – zukommt, welche Ziele damit erreicht werden sollen und welchen Zwecken die vorgesehene Vergütung dienen soll. Die Höhe der Gefangenenvergütung kann nur aus dem Zusammenhang mit dem vom Landesgesetzgeber zu entwickelnden Resozialisierungskonzept beantwortet werden.

7 Siehe Paritätische Positionierung zur Arbeit und Beschäftigung von Strafgefangenen in Deutschland (2015), [http://infothek.paritaet.org/archive/a_fachinfos.nsf/0/9cc7a9e5cdc583fbc1257e440046b6e8/\\$FILE/Position_Straf_%20Paritaetischer%20GV.pdf](http://infothek.paritaet.org/archive/a_fachinfos.nsf/0/9cc7a9e5cdc583fbc1257e440046b6e8/$FILE/Position_Straf_%20Paritaetischer%20GV.pdf)

8 BVerfG (Zweiter Senat) 01.07.1998 – 2 BvR 441/90, Rn. 136.

9 Vergütung orientiert sich an Eckvergütung, die seit 2001 neun Prozent des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt (entspricht derzeit Tagessatz von 14,21 Euro); je nach Qualifikation gibt es Abweichungen (§ 43 Abs. 2, 3 i.V.m. § 200 StVollzG); ausgehend von Acht-Stunden-Tag: Stundenlohn von 1,33 bis 2,22 Euro.

10 Art. 46 Abs. 2 S. 2, Abs. 3, Abs. 6 S. 1 BayStVollzG.

11 § 32 Abs. 1 Satz 2, § 34 Abs. 1 StVollzG NRW.

12 BVerfG (Zweiter Senat) 20.06.2023 – 2 BvR 166/16 [Gefangenenvergütung II].

2. Existenz sichern und gestalten, Soziale Teilhabe erfahren

Das BVerfG fordert die Landesgesetzgeber auf, ein umfassendes, wirksames und in sich schlüssiges, am Stand der Wissenschaft ausgerichtetes Resozialisierungskonzept zu entwickeln.¹³

Während ihrer Inhaftierung sind die Betroffenen vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Die Konsequenzen tragen nicht nur sie, sondern auch ihre Angehörigen. Gelingende Wiedereingliederungsprozesse tragen zur Vermeidung von Rückfällen und somit sowohl zu einer höheren Sicherheit als auch zum Schutz potentieller Opfer bei.

Die Resozialisierung von Gefangenen und Haftentlassenen darf nicht nur als Aufgabe des Justizvollzugs, sondern muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Die Betroffenen müssen entsprechend ihrer individuellen Bedarfe bestmöglich in ihren Entlassungs- und Übergangsprozessen unterstützt und begleitet werden. Unabdingbar ist ein effektives Übergangsmanagement, an dem sowohl der Justizvollzug als auch externe Stellen mitwirken.

Eine angemessene Gefangenenvergütung ist dabei ein wesentlicher Bestandteil einer gelingenden Resozialisierung, insbesondere beim Übergang zwischen Inhaftierung und Haftentlassung. Trotz Arbeit in Haft bedeutet die bevorstehende Freiheit für Inhaftierte oft eine unsichere Existenz, weiterhin Schulden und unterbrochene soziale Beziehungen. Sie haben durch die Inhaftierung ihre Arbeit und/oder ihre Wohnung verloren und werden in prekäre Wohnverhältnisse und Arbeitslosigkeit entlassen.

Die folgenden Bereiche sind dabei besonders relevant:

- **Existenzsicherung:** Haftentlassene benötigen einen gültigen Identitätsnachweis und ein Bankkonto. Ihre Leistungsansprüche müssen bereits während der Haft geklärt werden.
- **Schuldenabbau:** Der Schuldenabbau ist eine wichtige Voraussetzung für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Eine niedrige Entlohnung kann zur Entstehung oder Verschärfung der Verschuldung beitragen. Haftentlassene brauchen bessere Startbedingungen (z. B. durch Ansparen von Geld) und die Möglichkeit, Angehörige finanziell zu unterstützen (z. B. Unterhaltszahlungen).
- **Bildung und Anbindung an den Arbeitsmarkt:** Haftentlassene sollen mit Schul-, Ausbildungs-, Arbeits- oder Beschäftigungsplatz entlassen sowie Fort- und Weiterbildungen

13 BVerfG (Zweiter Senat) 20.06.2023 – 2 BvR 166/16 [Gefangenenvergütung II], Ls. 1.

ermöglicht werden. Während der Haft begonnene Maßnahmen sollen nach der Haft fortgeführt werden. Arbeitsmarktpolitische Instrumente (Teilhabechancengesetz) sollen auch für Haftentlassene genutzt werden.

- **Wohnen:** Die Wohnung sollte während der Haft erhalten und Wohnungslosigkeit nach der Haftentlassung verhindert werden. Besonders marginalisierte Gruppen benötigen bezahlbaren Wohnraum. Die Angebote des Übergangswohnens sind auszubauen.
- **Gesundheit und Sucht:** Während der Haft sollen Inhaftierte in der bisherigen Krankenversicherung bleiben und Beitragsschulden geklärt werden. Medikamentöse Behandlungen inkl. Substitution sollen während und nach der Haft gesichert fortgeführt werden. Suchterkrankte und psychisch Erkrankte brauchen nach Entlassung eine sichere Anschlussbehandlung und -unterbringung.
- **Migration und ausländerrechtliche Aspekte:** 2022 hatten 35 Prozent der Gefangenen in Deutschland eine ausländische Staatsangehörigkeit.¹⁴ Bei der Entlassung sollen gültige Ausweisdokumente vorliegen und der Aufenthaltsstatus geklärt sein. Während der Haft braucht es aufenthaltsrechtliche Erstberatung, Integrationsberatung sowie den Ausbau und die Intensivierung von Deutschkursen.
- **Familie und Soziales Netzwerk:** Inhaftierte Eltern und deren Kinder brauchen Angebote und eine begleitete Rückkehr in die Familie unter Berücksichtigung des Kindeswohls. Kontakte zu den Familien und Freunden müssen insgesamt gefördert werden, um soziale Netzwerke aufrechtzuerhalten.
- **Teilhabe:** Inhaftierten mit Behinderungen muss die Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ermöglicht und entsprechende Leistungen zur Überwindung von Barrieren gewährt werden.
- **Wiedergutmachung:** Inhaftierte sollen sich mit der Straftat und deren sozialen und ökonomischen Folgen auseinandersetzen sowie ggf. entstandenen Schaden aus dem eigenen Verdienst regulieren und soziale Verantwortung für das eigene Handeln und für begangenes Unrecht übernehmen.¹⁵

¹⁴ Destatis 2022, Stichtag 31.03.2022 (Strafgefangene/Sicherungsverwahrte mit ausländischer Staatsangehörigkeit).

¹⁵ Der WEISSE RING dazu: Der WEISSE RING geht nicht davon aus, dass bei der Fülle an genannten Punkten, die mit der Gefangenenvergütung bedient werden sollen, für die Wiedergutmachung viel übrigbleibt, und bezweifelt deshalb, dass eine höhere Vergütung im Interesse der Opfer ist.

3. Bedeutung und Wirkung von Vergütung

Die stabilisierende Wirkung von Arbeit in Form einer sinnstiftenden, wertschöpfenden und damit wertvollen Beschäftigung auf die psychosoziale Verfassung eines Menschen ist unbestritten. Regelmäßige Arbeit sorgt für Tagesstruktur und unterstützt die Entwicklung spezifischer persönlicher Kompetenzen wie beispielsweise Pünktlichkeit, Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz, um nur einige zu benennen. Sobald eine Arbeitsleistung sozial aber auch monetär Wertschätzung erfährt, wird dem, der sie erbracht hat, auch persönlich diese Wertschätzung zu Teil. Das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein hin zu einem wertvollen Mitglied der Gesellschaft werden positiv beeinflusst.

Damit wird eine angemessen vergütete Arbeit zu einem zentralen Bestandteil gelingender Resozialisierung. Vergütung steigert die Attraktivität der Arbeit. Der Verzicht auf eine angemessene Vergütung der Arbeit Inhaftierter nimmt einer zentralen Resozialisierungschance die Wirkung.

Der monetäre Aspekt einer Beschäftigung, ob in Freiheit oder in Haft, wirkt gleichermaßen motivierend als auch positiv auf das persönliche Wert- und Wohlbefinden. Auch für inhaftierte Menschen können Arbeit oder Beruf zum „Rückgrat des Lebens“ werden, sofern es gelingt, sie an diese heranzuführen. Neben der eigenen Familie ist die geregelte Berufstätigkeit eine zentrale Komponente der zukünftigen Legalbewährung.

Alle Landesgesetzgeber sollten die Entscheidung des BVerfG zum Anlass nehmen, ihre Resozialisierungskonzepte und insbesondere die mit der Vergütung verfolgten Zwecke und deren Umsetzbarkeit einer überfälligen und kritischen Überprüfung unterziehen. Wichtige Bereiche der Existenzsicherung und Existenzgestaltung sowie der sozialen Teilhabe müssen in die Ziele der Resozialisierungskonzepte durch die Arbeit im Strafvollzug einbezogen und Strafgefangene dann entsprechend dieser Zwecke vergütet werden.

Kontakt

Angelina Bemb

Referentin beim Paritätischen Gesamtverband
jumis@paritaet.org

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.¹ 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.² 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.³

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.⁴ 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.⁵ 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.).⁶

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.⁷ 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.
- 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.
- Bayerischer Rundfunk 24 (2023): Suizidprävention in Gefängnissen: „Einfach nur verwahrt“. www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/suizidpraevention-in-gefaengnissen-einfach-nur-verwahrt,TvptNV7.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Jugendanstaltsleitungen und besonderen Vollstreckungsleitungen (2023): Positionspapier 2023. 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.
- 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.
- ntv (2024): Gewerkschaft beklagt Gewaltexzesse in Gefängnissen. Panorama 13.03.2024. 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.
- 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.
- Salze, Hans-Joachim (2021): Soziale Klasse und psychische Erkrankung. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* (51), Heft 2, S. 16 – 21.

„Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“

Grußwort zur Bundestagung „Brücken bauen“ der BAG-S vom 27./28.11.2023
von Alexandra Weingart

Liebe Kollegen und Kolleginnen, schön, dass Sie alle da sind. Schön für uns, aber auch für Sie. Schon jetzt kann ich sagen, dass diese Veranstaltung in die Geschichte der BAG-S eingehen wird. Es ist die erste BAG-S-Tagung, die in Berlin stattfindet. Hallo Berlin! Es ist die erste Tagung unter der Geschäftsführung von Christina Müller-Ehlers, die seit Juli zusammen mit Dr. Frank Wilde in der Geschäftsstelle arbeitet. Lieben Dank schon mal für die wertvolle Arbeit, die ihr für diese Tagung und die BAG-S geleistet habt! Und vor allem ist es die Tagung mit der höchsten Teilnehmerezahl! Damit machen Sie als Teilnehmende diese Tagung jetzt schon rekordverdächtig und geben dem Thema auch ordentlich Schwung.

Das Thema hat auch ordentlich Schwung verdient und nötig. „Brücken bauen“ – Übergangsmanagement und Nachsorge für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen in Haft.

In der täglichen Arbeit unserer Einrichtungen und Dienste werden wir immer wieder mit dem Thema und den damit verbundenen Problemen konfrontiert. Zwar fehlen konkrete Zahlen, wie groß das Problem genau ist, also wie viele Menschen in Haft psychiatrische Versorgung benötigen oder auch, in wie vielen Fällen in den vergangenen Jahren eine Verlegung in der JVA auf eine psychiatrische Station nötig gewesen wäre, aber nicht möglich war. Doch konkrete Zahlen dazu kann kein Justizministerium nennen. Diese Daten werden nicht erhoben.¹ Wir sind gespannt, ob Prof. Dr. Torsten Verrel in seinem Vortrag „Psychisch kranke Strafgefangene – Situation, Daten und Fakten“ mehr mitteilen kann, als dass die Datenlage unzureichend ist.

Das Anti-Folter-Komitee des Europarats hat, nachdem die Delegation in mehreren Bundesländern polizeiliche Einrichtungen, Justizvollzugsanstalten und psychiatrische Einrichtungen besucht hatte, in seinem Bericht vom 14. September 2022 festgestellt: Obwohl in den Einrichtungen „eine Reihe Gefangener mit schweren psychischen Störungen untergebracht waren, war die psychiatrische Betreuung offensichtlich unzureichend; auch hatten die Anstaltsleitungen in den Einrichtungen große Schwierigkeiten, Gefangene mit akuten psychischen Störungen

in eine geeignete therapeutische Umgebung zu verlegen. Dass mehrere über längere Zeit von allen anderen Gefangenen abgeordnete Personen in den besonders gesicherten Bereichen der Justizvollzugsanstalten Celle und Lübeck an schweren und anhaltenden psychischen Störungen litten und in der Justizvollzugsanstalt nicht adäquat versorgt werden konnten, ist besonders besorgniserregend. In diesen Einrichtungen sah sich die Leitung außerdem regelmäßig mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert, wenn sie Verlegungen in ein geeignetes therapeutisches Umfeld organisieren wollte, was in erster Linie an den mangelnden Kapazitäten geeigneter Krankenhäuser innerhalb und außerhalb des Justizvollzugssystems lag.“ (CPT 2022, S. 4 f.)

Der Einschätzung des Anti-Folter-Komitees, dass die psychiatrische Betreuung von inhaftierten Menschen offensichtlich unzureichend ist, wird hier niemand widersprechen.

Wie hoch ist der Anteil von inhaftierten Menschen, die psychiatrische Betreuung benötigen? Hierzu gibt es verschiedene Schätzungen. Prof. Dr. Johannes Fuß schätzt diese auf 86 % (BR 2023). Er war fünf Jahre lang Gefängnispsychiater. Jetzt leitet er das Institut für forensische Psychiatrie und Sexualforschung am LVR-Uniklinikum Essen. Fuß beruft sich auf Studien, die belegen, dass 86 % der Gefängnisinsassen schon einmal eine psychiatrische Erkrankung hatten. Aber in deutschen Gefängnissen sei das noch nicht angekommen, kritisiert Fuß. Das habe Folgen für die psychisch kranken Menschen. Sie würden „nur verwahrt und manchmal über Monate ihrer Erkrankung überlassen“ (ebd.). Michaela Schätz von der JVA Moabit in Berlin kann uns in ihrem Vortrag „Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Wie kann der Übergang gut gelingen?“ die Perspektive aus der JVA Moabit erklären.²

Die BAG-S hatte im März 2021 zu einem Expert:innengespräch eingeladen, um sich dem Thema zu nähern und zu klären, wie das Thema über die BAG-S vorangebracht werden kann. In dem Expert:innengespräch hat sich auch gezeigt, dass die Situation vor der Haft schon oft schwierig war. Die Haft verschlechtert die Situation noch mal immens und nach Haft gibt es auch nicht aus-

1 www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Not-im-Strafvollzug-Kein-Platz-fuer-psychisch-krank-Taeter,strafovollzug132.html

2 Frau Schätz konnte für dieses Heft leider keinen Artikel zur Verfügung stellen.

reichend passende Angebote. Es gibt immer wieder Held:innen und Held:innenprojekte, die aber letztlich nur die Fehlerhaftigkeit des Systems belegen. Ein System, das funktioniert, braucht keine Held:innen. Heute Nachmittag werden wir in Workshops Praxisbeispiele kennenlernen können, die eine Betreuung nach Haftentlassung anbieten. Ob Sie dort einen Helden oder eine Heldin kennenlernen, liegt in Ihrer Definitionsmacht.

Bei diesem Expert:innengespräch der BAG-S wurde auch festgestellt, dass die Betroffenen, wenn sie dann in Freiheit entlassen sind, nicht den Weg in die Einrichtungen der freien Träger finden, die nicht speziell der Straffälligenhilfe zugeordnet sind, aber ansonsten den vorhandenen Eingliederungsbedarf im Sinne von SGB IX decken könnten. Ob das an den Betroffenen, der Begleitung der Betroffenen durch den Sozialdienst, den Angeboten der Einrichtungen oder den Einrichtungen selbst liegt, konnte nicht geklärt werden. Dr. Mignon Drenckberg, Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., wird uns einen Überblick geben über sozialrechtliche Ansprüche nach der Haftentlassung im Rahmen des SGB IX. Danach können wir schauen, was es noch braucht, dass adäquate Hilfe angeboten werden kann.

Die offensichtlich unzureichende psychiatrische Versorgung in Haft hat noch weitere Aspekte des Unzureichenden bei spezifischen Gruppen. Und auch diese wollen wir in den Blick nehmen. Prof. Dr. Christine Graebisch von der Fachhochschule Dortmund wird uns am Dienstagvormittag die Situation für Menschen mit internationaler Familiengeschichte aufzeigen und Birte Steinlechner vom Sozialdienst katholischer Frauen Bayern die von Frauen. Danach wird uns Prof. Dr. med. Stefan Orlob zusammenfassen, welche Änderungen für eine bessere Gesundheitsfürsorge in Haft und nach der Haft notwendig sind und was im Nachsorgebereich aus seiner Sicht fehlt.

In der Podiumsdiskussion am Schluss werden Manuel Matzke, Gefangenengewerkschaft, Prof. Dr. Christine Graebisch von der Fachhochschule Dortmund, Daniel Wolter vom DBH und Vorstand in der BAG-S für die Vertretung der Freien Straffälligenhilfe sowie Dr. Ulrich Lewé, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., und Sven Wolf MdL, SPD Landtagsfraktion NRW, darüber diskutieren, wie Gefängnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen ausgestattet sein müssen, was die Justiz leisten kann, welchen Teil die freie Straffälligenhilfe beitragen kann.

Ein sehr volles Programm und ein schweres Thema, bei schwachen Ressourcen in Zeiten von ehrgeizigen Sparzielen. Da sehe ich schon Einzelne innerlich in die Knie gehen. Wie sind diese immensen Aufgaben von uns zu bewältigen?

Jetzt kommt es auf den letzten Satz an!

Als die Schriftstellerin Helga Schubert in dem Interview in der ZEIT vom 16.11.2023 gefragt wurde: „Was könnte ein passender letzter Satz für dieses Interview sein?“, hat sie geantwortet: „Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“ (ZEIT Online 2023) Ein Satz von Albert Schweitzer, dem Arzt, aber auch Philosophen, Theologen und Musiker aus dem Elsass. Sie hat das damit begründet, dass sie damit Mut und Hoffnung verbindet. Dass man etwas, das einem unüberwindlich scheint, trotzdem hinkommt. Das würde ich den Betroffenen und denen, die dies als Aufgabe haben, wünschen. Dass dieser Satz – „Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“ – Mut, Hoffnung und auch Kraft gibt, durchzuhalten.

Aber auch deutlich niedrigschwelliger – wir von der Straffälligenhilfe kennen uns mit niedrigschwelligem Angeboten aus – bedeutet dieser Satz für mich auch, dass wir hier mit dieser Tagung schon einen kleinen Baustein zur Verbesserung der Situation leisten, indem wir Unsichtbares sichtbar machen und uns auf die Suche nach Lösungen für scheinbar unlösbare Probleme machen.

Ich wünsche Ihnen in diesem Sinne eine stärkende, inspirierende und lehrreiche Veranstaltung mit vielen interessanten Inputs und Gesprächen!

„Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“

Kontakt

Alexandra Weingart

Referentin beim Deutschen Caritasverband e.V. und Vorstandsvorsitzende der BAG-S e.V.

alexandra.weingart@caritas.de

Literatur

Bayerischer Rundfunk 24 (2023): Suizidprävention in Gefängnissen: „Einfach nur verwahrt“. www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/suizidpraevention-in-gefaengnissen-einfach-nur-verwahrt,TVptNV7

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

ZEIT Online (2023): Hat Ihre Mutter Sie gelobt, Helga Schubert? „Erst kurz vor ihrem Tod, da war sie über 100“. www.zeit.de/2023/48/helga-schubert-schriftstellerin-psychologin-familie

„Psychisch kranke Strafgefangene – Situation, Daten und Fakten“

Zusammenfassung des Vortrags von Torsten Verrel

Dr. Torsten Verrel ist Professor für Strafrecht und Direktor des Kriminologischen Seminars sowie des Instituts für Medizinstrafrecht an der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bonn. Zu Beginn seines Vortrags¹ präsentierte er einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Vorkommen (Prävalenz) von psychischen Störungen bei Strafgefangenen.

Den Stand der wissenschaftlichen Forschung fasst er wie folgt zusammen:

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

Allerdings weist Verrel darauf hin, dass diese Ergebnisse vorsichtig zu bewerten sind:

- Es liegen kaum repräsentative Stichproben vor und bei den Studien handelt es sich häufig um geringe Fallzahlen → ∅ zentrale Datenerfassung,
- stark schwankende (Akut-/Lifetime-)Prävalenzraten,
- unklare/uneinheitliche Diagnoseinstrumente,

- Validität von Selbsteinschätzungen,
- unterschiedliches Störungsspektrum → Wer ist psychisch ‚krank‘?
- einzelne Items haftspezifisch verzerrt (z. B. paranoide PS),
- keine Erfassung/Operationalisierung von „Haftbedingungen/-klima“,
- bloße Korrelation
→ keine Ursache-Wirkungszusammenhänge.

Welche Erklärungsversuche gibt es für die hohen Prävalenzraten?

Das Verhältnis von psychischer Störung, der Straftat und der Inhaftierung ist sehr vielschichtig und lässt sich nicht in ein einfaches Ursache-Wirkungsverhältnis übertragen.

Bestand die psychische Störung bereits vor der Inhaftierung, stellt sich einerseits die Frage, welche Bedeutung diese für die Straftatbegehung hatte. Dabei wäre auch zu untersuchen, ob die Störung im Rahmen des Strafverfahrens angemessen berücksichtigt worden ist. Warum verbüßt die Person eine Freiheitsstrafe und nicht eine Maßregel? Wurde die Störung bei der Verurteilung nicht entdeckt? Sind die Schwellen für eine Schuldunfähigkeit oder eine verminderte Schuldfähigkeit zu hoch oder wollte man eine unbefristete Unterbringung vermeiden?

Der Freiheitsentzug stellt aber selber eine extreme psychische Belastung dar und kann zu psychischem Leid und psychischen Störungen führen („Haftschaden“). Die Inhaftierung kann aber auch eine psychische Störung verstärken, die bereits vorher vorhanden war. Die Ursachen für die hohen Prävalenzraten sind also vielschichtig.

Die Relevanz des Befundes hoher Prävalenzraten betont Verrel in vier verschiedenen Aspekten: Der hohe Anteil von Gefangenen mit psychischem Behandlungsbedarf verweist auf die Herausforderung, dem Anspruch Gefangener auf eine angemessene Gesundheitsfürsorge gerecht zu werden. Weiter gilt es die Auswirkung auf das Vollzugsverhalten der Gefangenen zu

¹ Die Präsentation vom 27.11.2023 ist online verfügbar unter: <https://www.bag-s.de/aktuelles/aktuelles0/willkommen-zur-bundestagung>

berücksichtigen (insb. Selbst-/Fremdschädigung). Auch können psychische Störungen einen Angriffspunkt für subkulturelle Einflüsse bedeuten. Die psychische Störung kann ein Hindernis für das Erreichen des Vollzugsziels darstellen und ebenfalls Einfluss auf kriminalprognostische Verfahren haben.

Die hohen Anteile an psychischen Erkrankungen haben somit einen erheblichen Einfluss auf den Vollzugsalltag. Bevor er die Frage beantwortet, ob die Praxis dieser Bedeutung angemessen begegnet, stellt er dar, dass, zumindest auf der normativen Ebene, einer guten Behandlung nichts im Wege steht.

Verrel zitiert die Empfehlungen des Europarates von 2006 zu den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen. Diese lauten (BMJ 2007):

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

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

89.1: Der Personalbestand muss soweit wie möglich eine ausreichende Anzahl an Fachleuten wie Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen, Lehrern/Lehrerinnen, Berufsbildnern/Berufsbildnerinnen sowie Sportlehrern/Sportlehrerinnen umfassen.

Vorkommen psychischer Störungen im Strafvollzug¹

Studie	Fallzahlen	Prävalenzraten
Frädrich/ Pfäfflin (2000)	90 männl. Gefangene der JVA Ulm im offenen Vollzug	Persönlichkeitsstörungen gesamt: 50 %, deliktsspezifisch 77,8 - 22,2 %
Konrad (2004)	100 Neuzugänge Ersatzfreiheitsstrafe in Berlin-Plötzensee	77 % Alkoholmißbrauch/ abh., 39 % Phobien, 21 % Dysthyma, 20% depressive Episoden, 10 % psychot. Merkm. (lifetime)
Missoni/Utting/Konrad (2006)	108 U-Häftlinge der JVA Berlin-Moabit	48 % affektive Störung, 20 % Angststörung, 13 % Alkoholabh., 6 % psychot. Störung
Schönfeld et al. (2006)	63 Frauen und 76 Männer der JVA Bielefeld (geschlossener Vollzug)	Achse I: 83,5 % ges., 81,6 m/ 85,7 % w; Substanz: 72,4/ 69,8 %; affektive Störung: 11,8/ 23,8 %, Angst.: 17,1/ 39,7 %, PTBS: 11,8/ 31,7 %; Achse II: 53,2 % ges., 43,4 m/ 65,1 % w, borderline: 5,3/ 42,9 %.
Dudeck et al. (2009)	102 Kurzstrafge (bis zu 3 Jahren) der JVA Stralsund	Achse I: 52 % akut, 83,3 % Lebenszeit, Substanz: 34,4/ 63,7 %, Angstst.: 16,7/ 22,5 %, 79,8 % Persönlichkeitsst., 72,7 % antisoz., 16,2 % Borderline
Kopp et al. (2011)	94 Kurz-/ 98 Langzeitstrafgefangene der JVA Stralsund	53 % auffällige psych. Gesamtbelastung (65 % Langzeit/ 40 % Kurzzeit), hohe Ausprägung Depressivität, Suizidversuche (45/ 14 %), Selbstverletzungen (34/ 53%)
Köhler et al. (2014)	51 Frauen einer nord-deutschen JVA	92,2 % krit. Substanzgebrauch, 70,6 % hohe Psychotizismusw., 86,3 % psych. auffällig belastet, 48,9 % dependente PA, 42,2 % Borderline-PA, 42,9/ 38,8 % ADHS

Die Bezeichnung Achse I und II bezieht sich auf die Einteilung in dem Diagnostikmanual DSM IV. Zu Achse-I-Störungen gehören z. B. Substanzinduzierte Störungen, psychotische und affektive Störungen. Zu Achse-II-Störungen gehören u. a. Persönlichkeitsstörungen.

¹Auszug aus der Präsentation von Torsten Verrel

Auch in den Strafvollzugsgesetzen ist die Gesundheitsfürsorge festgeschrieben. So heißt es bspw. im § 43 StVollzG NRW: „(1) Für das körperliche, seelische, geistige und soziale Wohlergehen der Gefangenen ist zu sorgen. (...)“

Verrel weist aber auf die Realitäten hin: Im Jahr 2019 verfügte keine Anstalt in NRW über eine/einen Fachärztin/-arzt für Psychiatrie. Ambulante Diagnostik/Therapie erfolgte ausschließlich durch externe Vertragskräfte. Er zitiert weiter aus dem Bericht einer vom Landtag Nordrhein-Westfalen eingesetzten Expertenkommission zu den Themen Brandschutz, Kommunikation und psychischen Erkrankungen im Justizvollzug aus dem Jahr 2019:

»Zusammenfassend ist also der Umgang mit akuten und schweren psychiatrischen Krankheitsbildern, die unverzüglich stationärer Versorgung bedürfen, nach den von der Kommission gewonnenen Eindrücken schon strukturell und quantitativ völlig unzureichend.«

„Ferner hat sie (i. e.: die Kommission) sich jeweils anhand der Kameraüberwachung einen Eindruck von den Gefangenen verschafft, die teils unruhig gespannt im Haftraum hin und her liefen, gestikulierten und offenbar mit ihren halluzinierten Stimmen sprachen, teils lagen sie kataton-gespannt auf dem Bett bzw. der Matratze. Teils waren die Räume notdürftig mit Bindemittel „sauber“ gehalten. Dies zu sehen war nicht einfach auszuhalten, wobei dies für die Kommission – anders als für die zuständigen Bediensteten – nur Momentaufnahmen waren. In vielen Fällen bestand diese, für die Gefangenen wie für die Bediensteten unzumutbare Situation bereits seit Monaten.“ (Expertenkommission 2019, S. 89)

Die Kommission kommt 2019 zu dem Ergebnis:

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

Um diesen Zustand zu verbessern, schlägt Verrel abschließend eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung vor:

1. Weitere Reduzierung von Ersatzfreiheitsstrafen!
2. Einführung bundeseinheitlicher Screening-/Diagnoseinstrumente als fester Bestandteil der Behandlungsuntersuchung in der Hand von Fachkräften
3. Ausbau der suchtherapeutischen Behandlungskompetenzen im Strafvollzug → Zunahme abhängiger Gefangener auch als Folge der Reform von § 64 StGB!

(BT-Drs. 20/5913.S. 48: „Gleichzeitig sollte auch im Strafvollzug im Interesse der Deliktprävention eine Weiterentwicklung dahingehend erfolgen, dass Inhaftierte mit Suchtproblemen so unterstützt werden, dass einer chronifizierenden Wirkung und sozialer Desintegration entgegengewirkt wird (...).“)

4. Einrichtung besonderer (zentralisierter?) Forensischer Abteilungen im Strafvollzug in Analogie zu SothA („FoAs“) zur Behandlung anderer psych. Störungen, Ausbau stat. Versorgung in JVK
oder: Wiederbelebung der Diskussion über eine vierte stationäre Maßregel (§ 65 StGB)?
-> Wer soll es stemmen: der Straf- oder/und der Maßregelvollzug?
5. Übergangsmanagement auch in Bezug auf eine psychiatr./psycholog. Anschlussbehandlung
6. einstweilen Lockerung der rigiden Handhabung von § 455 StPO?
7. Mehr Spurendurchlässigkeit, Möglichkeit des Wechsels in §§ 63, 64 auch ohne gleichzeitige Maßregelanordnung (juristisch anspruchsvoll!)

Literatur

- Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (2007): Europäische Strafvollzugsgrundsätze. Empfehlung des Europarates Rec (2006)2, Forum Verlag Bad Godesberg. www.bj.admin.ch/bj/de/home/sicherheit/smv/rechtsgrundlagen/international/europarat.html
- Expertenkommission Justizvollzug NRW (2019): Brandschutz, Kommunikation, psychische Erkrankungen. Bericht. www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-2291.pdf

Sozialrechtliche Ansprüche nach der Haftentlassung im Rahmen des SGB IX

von Mignon Drenckberg

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches innerhalb der letzten Jahre in Kraft getreten ist, ordnet nicht nur die Eingliederungshilfe (EGH) vollkommen neu, sondern verschafft auch den bisher schon im Sozialgesetzbuch neun (SGB IX) verankerten Passagen mit Aussagen zu Behinderung, Rehabilitation und Teilhabe mehr Geltung und regelt Aspekte des Schwerbehindertengesetzes neu. In diesem Artikel wird es in erster Linie um die Eingliederungshilfe gehen, weil dieser Teil im SGB IX neu die größten Veränderungen erfahren hat und für die Haftentlassenen die größte Relevanz bzgl. Leistungsansprüchen besitzt.

Grundsätzlich wurde das BTHG – wie so viele andere Gesetze auch – bereits mehrfach verändert und konkretisiert, zum Beispiel durch das Angehörigenentlastungsgesetz. Einige wesentliche Teile sind über Gesetze und Verordnungen der Länder bzw. der zuständigen Kostenträger zu regeln bzw. geregelt worden.

Zugang zur Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX)¹

Die letzten Teile der Regelungen zur EGH wurden bereits zu Anfang des Jahres 2020 als Teil 2 des Bundesteilhabegesetzes wirksam. Allerdings wurde der Zugang zur Eingliederungshilfe (§ 99) erst mit dem Teilhabestärkungsgesetz vom Juni 2021 neu geregelt. Dabei wurde zum einen die Sprachregelung analog der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angepasst und zum anderen auf die bestehende Eingliederungshilfe-Verordnung verwiesen. Diese Verordnung ist in ihrer letzten Fassung noch aus dem Jahre 2003 und wird gerade in einer Arbeitsgruppe auf Bundesebene neu erarbeitet. Dadurch wird dann erst der Zugang zur EGH endgültig geregelt.

§ 99 SGB IX Leistungsberechtigung, Verordnungsermächtigung (Auszug)

„(1) Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 und

2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.

(2) Von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind Menschen, bei denen der Eintritt einer wesentlichen Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

(3) Menschen mit anderen geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.“

Es muss also eine Aussicht auf Erfolg der EGH bestehen, um Leistungen zu erhalten. Gleichzeitig muss die Behinderung der Betroffenen aber noch nicht bestehen, sondern kann erst drohen und es besteht eine Öffnung im Absatz 3 für andere Beeinträchtigungen, sofern die Teilhabe eingeschränkt ist.

Bedarfsermittlung

Bei der Bedarfsermittlung ist zu beachten, dass für alle Rehabilitationsträger die Vorschriften zur Teilhabeplanung (§§ 19-22) gelten. Diese Reha-Träger können unter anderem Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter, Rentenversicherung und EGH-Träger (§ 6) sein, die dann entsprechend Leistungen zum Beispiel im Bereich medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Unterhaltssichernde Leistungen oder Soziale Teilhabe (§ 5) erbringen. Für die EGH ist die Gesamtplanung (§§ 117-122) verpflichtend, die wesentlich detaillierter beschrieben ist. In beiden Fällen kann die Ermittlung des Bedarfs rein schriftlich erfolgen, falls der/die Betroffene keine Konferenz einfordert oder diese mit einem unzumutbar hohen Aufwand verbunden wäre. Außerdem besteht eine Antragsforderung

¹ Alle zitierten Paragraphen beziehen sich in diesem Beitrag auf das SGB IX neu, sofern nicht anders angegeben.

„BRÜCKEN BAUEN“
27. November 2023

ÜBERGANGSMANAGEMENT & NACHSORGE FÜR MENSCHEN MIT SEELISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN HAFT

VORSTITZENDE BAG-S: A. Dingelde

EIN SYSTEM DAS FUNKTIONIERT, BRAUCHT KEINE HELD:INNEN.

DAS WENIGE, DAS DU TUN KANNST, IST VIEL.

Mein Hoffnungswort

PSYCHISCH KRANKE STRAFGEFANGENE

DOMINANZ SUBSTANZ-BEZOGENE STÖRUNGEN

• ALKOHOL
• BEM

HOHE PRÄVALENZ RÄTEN (ca. 80%)

GESCHLECHTSSPEZIFIK

VOR HAFT BEREITS IN BEHANDLUNG WARUM NICHT §§ 63, 64

WARTELISTE für BESONDERS GESICHERTEN HAFTRAHM (BGH)

KOMORBIDITÄT

WUNSCHZETTEL

- REDUZIERUNG ERSAZ-FREIHEITSSTRAFE
- Bundesärztliche SCREENING-/DIAGNOSE-INSTRUMENTE
- AUSBAU BEHANDLUNGS-KOMPETENZEN
- FORENSISCHE ABTEILUNG
- AUSBAU VERSORGUNG JVK
- ANSCHLUSSBEHANDLUNG
- SPURENDURCHLASSIGKEIT
- LOCKERUNG § 415 S. 2 PO

MÖGLICHKEITEN JUSTIZVOLLZUG

FALLBEISPIEL: Sozial veranlagt, straffällig seit 14 J., psychisch krank, in Gesellschaft nicht funktionsfähig

WAS KANN BEI KURZEN HAFT-STRAFEN GELEISTET WERDEN?

Durchlässigkeit DER SYSTEME

HILFE-NETZWERKE KÖNNTEN DREHTÜR-STRAFTÄTER UNTERSTÜTZEN, STRAFFREI ZU BLEIBEN.

ZWANGS-MEDIKATION

Lösungen: SONDEREINRICHTUNGEN für PSYCHISCH ERKRANKTE

HOUSING FIRST

VEREIN BREMISCHE STRAFFÄLLIGENBETREUUNG

STRAFFÄLLIGEN - HILFESYSTEM ALS NEUES DROGENHILFESYSTEM

- OHNE WEISUNG KEINE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG
- STRUKTURELLE EINFLUSSMÖGLICHKEITEN DOKUMENTATION & AUSTAUSCH
- VORZEITIGE ENTLASSUNG LEIDENSDRUCK VORURTEIL → CHANCE → FREIHEIT → ZUNIG

FORENSISCH THERAPEUTISCHE AMBULANZ

FUNKTIONIERT PSYCHOTHERAPIE als ZWANG?

- DOPPELFUNKTION-THERAPIE & KONTROLLE
- GOOD LIFE MODEL → DEM MENSCHEN MUSS ES GUT GEMEN FÜR VERÄNDERUNGEN

BEST PRACTICE

Workshop 1 REHABILITATIONS-ZENTRUM STADTRODA

Workshop 2 Besondere THÜRINGER

KOMMUNALISIERUNG → INTEGRIERTER TEILHABE-PLAN

WISSENSANEIGNUNG DER SOZIALARBEITER:INNEN

FRÜHZEITIGE KONTAKTAUFNAHME VON MRVZ/GB MIT KOSTENTRÄGER

HERAUSFORDERUNGEN:

- WÄHREND DAUERBEURLAUBUNG KEINE KRANKEN-VERSICHERUNG
- bei ÜBERGANG in EGH werden LEISTUNGSNEHMER zu KOSTEN herangezogen (GRUNDSICHERUNG, etc. → nur Taschengeld bleibt) im MAPREGELVOLLZUG kann volles EINKOMMEN erhalten werden

SOZIALRECHTLICHE ANSPRÜCHE

BTHG KONKRETISIERUNG: TEILHABEBESTÄRKUNGSGESETZ

EGH Leistungsberechtigung: EINSCHRÄNKUNG AN GLEICHBERECHTIGTER TEILHABE AN GESELLSCHAFT ODER DAVON BEDROHT

INDIVIDUELLE LEBENSFÜHRUNG ERMÖGLICHEN & TEILHABE FÖRDERN

BAG-S Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

DOMINIQUE KLEINER

für die Leistungen der EGH (§ 108), wobei diese nicht genauer definiert ist und die Vorgabe damit auch durch einen formlosen Antrag erfüllt werden kann.

Die Ermittlung des Bedarfs obliegt dem Kostenträger, sodass dieser entweder die Konferenz einberufen muss oder aber nach Aktenlage entscheidet, was voraussetzt, dass alle relevanten Informationen vorliegen, was bei inhaftierten Menschen häufig einen großen Unterstützungsbedarf voraussetzt. Da normalerweise auch eine ärztliche Stellungnahme eingefordert wird, müssen auch die Anstaltsärzte mit einbezogen werden.

Die Bedarfsermittlung in der Gesamtplanung hat nach den Bereichen der Aktivitäten und Teilhabe der ICF zu erfolgen, und die Instrumente wurden von den jeweiligen Kostenträgern in den einzelnen Bundesländern entwickelt und unterscheiden sich damit nicht nur nach den jeweiligen Leistungen, sondern auch regional. Für die Betroffenen müssen hier alle Möglichkei-

ten ausgelotet werden, wie zum Beispiel die Leistungsgewährung eines persönlichen Budgets.

Nach der Ermittlung des Bedarfs erfolgt die Bedarfsfeststellung und damit die Beschreibung der notwendigen Leistung für den/die Betroffene/n, die der Kostenträger in einem offiziellen Bescheid mitteilt. Nur gegen diesen kann dann – wenn notwendig – ein Widerspruch eingelegt werden. Der Kostenträger hat bei der Bedarfsermittlung das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen zu berücksichtigen (§ 8, § 104).

Grundlegende Vorgaben für die Fristen bei der Bearbeitung von Anträgen finden sich in den „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR von 2019. Zuständigkeitsklärungen für die Leistungsgewährung müssen innerhalb von zwei Wochen erfolgen. Bei Anträgen, die ohne Gutachten entschieden werden können, gilt es, eine Frist von drei Wochen zur Entscheidung über die Leistungsgewährung einzuhalten. Dies ist den Kostenträgern bei einem Fünftel der Anträge nicht gelungen (BAR 2022).

Soziale Teilhabe und Assistenzleistungen

Im allgemeinen Teil des SGB IX werden die Leistungen zur Sozialen Teilhabe definiert, die sich auch in der EGH wiederfinden.

§ 76 SGB IX, Absatz 1 (Auszug):

„Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen.“

Im §113, Absatz 2 werden unter anderem folgende Leistungen im Bereich der Sozialen Teilhabe aufgezählt:

- Leistungen für Wohnraum,
- Assistenzleistungen,
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Leistungen zur Förderung der Verständigung,
- Leistungen zur Mobilität.

Die Leistungserbringung im Bereich der sozialen Teilhabe soll über Assistenzleistungen erfolgen. Dabei wird im zweiten Absatz das Angebot der qualifizierten Assistenz definiert und es erfolgt eine nicht abschließende Aufstellung der Leistungen.

§ 78 SGB IX Assistenzleistungen (Auszug)

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.“

(2) Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme.“

Aus den Beschreibungen lässt sich entnehmen, dass es vielfältige Bereiche der Unterstützung gibt und der Bedarf gründlich erhoben und beschrieben werden muss, damit er sich in der Leistungsgewährung auch widerspiegelt.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die Betroffenen mit Sicherheit Hilfe und Unterstützung benötigen, um ihre Ansprüche durchsetzen zu können. Die Beschäftigung mit der Eingliederungshilfe als Leistungsrecht und den beschriebenen Möglichkeiten der in Frage kommenden Leistungen ist lohnend, damit diese auch für inhaftierte Menschen nach deren Haftentlassung zur Verfügung stehen. Im Sinne eines guten Übergangsmangements gilt es, Ansprüche bereits während der Haft zu eruieren und auf mögliche Kostenträger zuzugehen, damit die Bedarfsermittlung zeitnah vor der Haftentlassung erfolgen kann. Die EGH umfasst gute Angebote, die Haftentlassenen den Übergang erleichtern und die Teilhabe an der Gesellschaft sicherstellen können.



Dr. Mignon Drenckberg

Dipl.-Psychologin, Referentin für Sucht-, Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe in der Abteilung Spitzenverband und Fachqualität beim Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
mignon.drenckberg@caritasmuenchen.org

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (2019): Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX. Frankfurt/Main, Februar 2019. www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (2022): Teilhabeverfahrensbericht 2022. Frankfurt/Main. Online verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/4_THVB_2022.pdf

Der EVB-Pool: Vermittlung von Menschen mit besonderem Hilfebedarf aus der JVA Bremen

von Tobias Beleke

Der Entlassungsvorbereitungs-Pool vermittelt seit dem Jahr 2002 aus der Justizvollzugsanstalt Bremen in sogenannte ‚kostenpflichtige Anschlussmaßnahmen‘. Ich selbst bin seit 2014 über den Verein Bremische Straffälligenbetreuung in diesem Projekt tätig.¹ Das Ziel ist es, einen reibungslosen und möglichst frühzeitigen Übergang von der Haftanstalt in ein passendes Unterstützungssystem zu gewährleisten.

Scheinbar allgegenwärtig: ‚Psyche und Sucht‘

Medial habe ich das Thema ‚Straffälligkeit‘ zunehmend in Verbindung mit psychischen Erkrankungen und dem Konsum von Suchtmitteln wahrgenommen. So erklärte der Bremer Weser Kurier, vor allem die Polizei könne „ein Lied davon singen“, dass die Bremer Psychiatrie auf Gewaltlosigkeit statt Zwang setze (Michel 2023b). Laut Onlineausgabe der taz grassiere der Drogenhandel und -konsum am Bremer Hauptbahnhof (vgl. Dieker 2023). Auch würde die Zahl der Polizeieinsätze wegen psychisch kranker Menschen zunehmen und der Sozialpsychiatrische Dienst „in wirklich gefährlichen Situationen“ (Michel 2023a) kaum helfen können. Seelische Erkrankungen wurden auch auf dem 2023 in Bremen stattfindenden Treffen der ‚Anstaltsleitungen deutscher Gefängnisse‘ thematisiert, indem sich über bessere Bedingungen für psychisch erkrankte Insass:innen ausgetauscht wurde (vgl. Hirsinger 2023). In Bezug auf die zunehmende Relevanz synthetischer Cannabinoide warnte die Bremer Bundestagsabgeordnete Kirsten Kappert-Gonther vor deren Gefahr als „Trigger für eine psychotische Entwicklung“ (Lippert 2022) und hinsichtlich der zunehmenden Sichtbarkeit von Crack erklärte Beatrix Meier, die Leiterin der Ambulanten Suchthilfe Bremen: „Nach 15 Minuten Rausch kommen dann die negativen Stimmungen und der Drang nach Nachschub. Es können psychosenahe Erlebnisse auftreten“ (Patel 2023). Zuletzt möchte ich an dieser Stelle den Sprecher der Sozialsenatorin Bremens, Bernd Schneider, anführen, welcher 2022 die Versorgungslücke psychisch Erkrankter und von Obdachlosigkeit Betroffener wie folgt darstellte: Für die Psychiatrie seien sie „nicht fremdgefährdend genug; für alle anderen Orte sind sie es zu sehr“ (Drügemöller 2022).

Mit Fokus auf meine Vermittlungspraxis im ‚Strafvollzug für Männer‘ sind Abhängigkeitserkrankungen, welche bei etwa 90 % der Adressat:innen in den Jahren 2020 bis 2023 vorlagen, eines der zentralen Themen. Die Hälfte aller Klient:innen wurde substituiert. Zudem hatte statistisch jede zweite Person Erfahrung mit mindestens einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung gesammelt. Auch stieg der Anteil derer, deren Reststrafe sich unmittelbar an eine erledigte Maßregel nach § 64 StGB anschließt. Neben den Abhängigkeitserkrankungen ist zudem die steigende Relevanz anderer seelischer bzw. psychiatrischer Diagnosen zu nennen, welche zunehmende Gewichtung in der Vermittlungspraxis erfahren.

Der herausfordernde Weg zur vorzeitigen Entlassung

Durch die Vermittlung in Haftalternativen bzw. Anschlussmaßnahmen soll einer wiederholten Inhaftierung entgegenwirkt werden. Grundsätzlich stehen mir dafür drei Arten kostenpflichtiger Maßnahmen zur Verfügung. Zum einen das Wohnungslosen- und Straffälligenhilfesystem Bremens (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten), welches aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit besonders flexibel auf Herausforderungen haftentlassener Menschen reagieren kann. Durch den zunehmenden Fokus auf seelische Erkrankungen, absolute Abstinenzorientierung und damit einhergehende höhere Hürden bei der vorzeitigen Entlassung richtet sich der Blick zum anderen vermehrt auf Hilfesysteme wie dem der Eingliederungshilfe und den medizinischen Rehabilitationsbehandlungen für Abhängigkeitskranke.

Eingliederungsmaßnahmen zielen darauf ab, bestehende Lebensumstände zu verbessern sowie einer Verschlechterung dieser Verhältnisse vorzubeugen. Chronisch erkrankte und bereits mehrfach Inhaftierte wählen die sogenannten ‚besonderen Wohnformen‘, weil sie ihnen eine vollumfängliche Tagesstruktur bieten. Für Inhaftierte mit Fokus auf kurz- bis mittelfristiger Teilnahme am Arbeitsleben stehen ambulante Alternativen zur Verfügung. Zuletzt bieten ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsangebote, entweder finanziert durch den Rentenversicherungsträger, der Krankenversicherung oder dem Sozialamt, eine zielgerichtete und zeitlich begrenzte Suchtbehandlung.

¹ Weitere Informationen zum Verein Bremische Straffälligenbetreuung finden Sie online unter: www.vbs-bremen.de/

Den individuellen Weg durch die „totale Institution“ auch über die Diagnose hinaus zu betrachten, ergibt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung Sinn, denn die seelischen Erkrankungen stehen in Wechselwirkung mit dem sich durch Verwaltung auszeichnenden Strafvollzug. Für die meisten beginnt die Haftstrafe im geschlossenen Vollzug, weil sie oft kein Beschäftigungsverhältnis vorweisen können. Nicht selten werden sie aus der unmittelbaren Obdachlosigkeit heraus inhaftiert. Auch bezeugen positive Urinkontrollen den Konsum illegaler Substanzen, was sich negativ auf vollzugsöffnende Maßnahmen auswirkt. Symptome seelischer Erkrankungen haben nicht nur einen Krankheitswert, sondern können Interventions- oder Disziplinarmaßnahmen in Gang setzen. Da die Befürwortung einer vorzeitigen Entlassung seitens der Vollzugsanstalt auch mit der Bewertung des Haftverlaufs zusammenhängt, kann insbesondere bei Menschen mit seelischer Erkrankung die Aufnahme einer sich an die Haft anschließenden Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahme als Entlassungsbedingung formuliert werden.

»Es ist daher nicht überraschend, dass Absagen einen wesentlichen Teil der Einrichtungssuche darstellen.«

Eine umfassende Anamnese als Ausgangspunkt

Sowohl für meine Einzelfallarbeit als auch für die Leistungserbringer und Kostenträger ist die Identifikation von Erkrankungen notwendig, was jedoch mit Herausforderungen verbunden sein kann. Als besonders herausfordernd stellt sich die Identifikation bei Inhaftierten mit vorwiegender Negativsymptomatik heraus. Betreffende Personen fallen beispielsweise im Rahmen einer Schizophrenie nicht mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen auf, sondern verhalten sich zurückgezogen. Eine sorgfältige Anamnese ist insbesondere bei Menschen mit Fluchthintergrund in Bezug auf Traumafolgestörungen von Relevanz und kann nicht zuletzt durch Sprachbarrieren erschwert werden. Die Einordnung von Konsummustern ist für alle Beteiligten von eigenem Interesse. Ob zur Selbstmedikation einer psychiatrischen Grunderkrankung, als chronische Abhängigkeitserkrankung oder als Mittel zur Entspannung: Konsum beeinflusst den Vollzugsverlauf. Er kann dabei zu folgenreicher Verschuldung gegenüber Mitinhaftierten führen oder zu Abstinenzlügen, um beispielsweise disziplinarischen Ahndungen zu entgehen. Nicht ausschließlich der Konsum an sich, sondern auch positive Urinkontrollen oder der Verdacht auf Konsum können insbesondere

bei seelisch erkrankten Insass:innen zu besonderen Belastungen und Krisen führen.

Weitere Erschwernisse stellen Ermittlungsverfahren dar, welche sich sowohl auf die Erteilung vollzugsöffnender Maßnahmen auswirken als auch den Entlassungszeitpunkt gänzlich in Frage stellen können, was insbesondere bei einer tagesgenauen Entlassungsplanung hinderlich ist. Mit Blick auf Verbüßer:innen von Ersatzfreiheitsstrafen erschweren die kurzen Haftzeiten einerseits eine sorgfältige Anamnese. Andererseits sind nahtlose Übergänge gefährdet, da Insass:innen weiterhin auf Wartelisten verharren, bevor sie in Einrichtungen aufgenommen werden können. Die Folgen sind Haftentlassungen in die Obdachlosigkeit. Ein Thema, das in den letzten Jahren auch in Bremen zunehmend in den Fokus gerückt ist, sind sogenannte ‚aufenthaltsbeendende Maßnahmen‘. So besteht z. B. für Menschen mit Duldung die Gefahr, dass im Rahmen der Inhaftierung Maßnahmen zur Beendigung des Aufenthalts in Deutschland geprüft werden. Das wirkt sich nicht nur negativ auf die seelische Verfassung und die Lockerungs- und Entlassungschancen aus, sondern beeinflusst auch nachteilig die Erteilung von Kostenübernahmen von Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen und setzt damit eine regelrechte Abwärtsspirale in Gang.

Absagen sind nichts Ungewöhnliches

Selbst bei detaillierter Anamnese, einer von der inhaftierten Person akzeptierten Vorgehensweise und der Rückendeckung der Vollzugsanstalt kann der Vermittlungsprozess bei der Einrichtungssuche an seine Grenzen stoßen. Selbstverständlich schauen die Anschlussmaßnahmen genau auf ihre potenziellen Bewohner:innen. Es ist daher nicht überraschend, dass Absagen einen wesentlichen Teil der Einrichtungssuche darstellen. Die Verzahnung zwischen erfolgloser Einrichtungssuche, seelischen Erkrankungen und nicht-linearen Haftverläufen wird z. B. deutlich, wenn Inhaftierte als ‚nicht gemeinschaftsfähig‘ gelten. Wenn die ablehnenden Einrichtungen dabei auf ambulante Alternativen des Einzelwohnens verweisen, bleibt oft unberücksichtigt, dass diese aufgrund unzureichender Wohnfähigkeit und jahrelanger Obdachlosigkeit noch weniger geeignet sein könnten. Aber auch besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe stoßen an die Grenzen ihrer Aufnahmekriterien, vor allem wenn ein gewisser Grad an Krankheitseinsicht fehlt. Oftmals steht in diesem Zusammenhang das Vorhaben, die Einnahme verordneter Medikamente einstellen zu wollen.

Die zuvor genannten Faktoren erschweren sowohl die Vermittlung in ein primär psychiatrisch ausgerichtetes Hilfesystem als auch in ein auf Doppeldiagnosen ausgerichtetes. Suchterkrankungen müssen stets in die Überlegungen miteinbezogen werden, denn bereits der Konsum von Cannabis kann dazu führen,

dass vom psychiatrischen auf das Drogenhilfesystem verwiesen wird. Denn zuletzt stellt sich sowohl aus Leistungserbringer- als auch Kostenträgerperspektive die Frage, ob der Konsum ursächlich für die psychiatrische Erkrankung war oder umgekehrt.

Ein produktiver Umgang mit der Strafvollstreckungskammer

In Anbetracht intensiver Vorarbeit ist mit Blick auf die vorzeitige Haftentlassung gemäß § 57 StGB die Anhörung vor der Strafvollstreckungskammer von zentraler Bedeutung. Dabei unterstütze ich die Inhaftierten bereits bei der Antragsstellung, um das Landgericht über den aktuellen Stand der Entlassungsbestrebungen zu informieren. Zum Beispiel mit einem Aufnahme datum oder dem Nachweis einer Kostenzusicherung.

Die JVA teilt der Strafvollstreckungskammer spätestens im Rahmen der Stellungnahme ihre Perspektive auf den Sachverhalt mit. Wünschenswert ist dabei die Erwähnung sämtlicher Bemühungen seitens der antragsstellenden Person sowie aller beteiligten Träger. Sollte ich nicht davon ausgehen können, dass bestimmte Aspekte Erwähnung finden, finde ich es sinnvoll, die JVA proaktiv in Kenntnis über den aktuellen Sachstand zu setzen.

Trotz aller Bemühungen können gedruckte Informationen dennoch zu Unstimmigkeiten oder Missverständnissen führen. Nicht weil darin enthaltene Informationen nicht der Wahrheit entsprechen würden, aber oftmals, weil sie unterschiedlich interpretiert werden. Eine Teilnahme an der Anhörung, sofern die inhaftierte Person zustimmt, lohnt sich daher auch, um Kontext herzustellen. Konsum ist beispielsweise nicht in jedem Fall gleich zu betrachten, gerade wenn dieser mit seelischen Erkrankungen einhergeht. Es macht einen Unterschied, ob der Rückfall eines langjährig opiatabhängigen Menschen in Verbindung mit Cannabis oder Opiaten steht. Auch ist sowohl die Art und Weise des Umgangs mit einem Rückfall als auch die Umstände von nicht abgegebenen oder als ‚verweigert‘ angesehenen Urinkontrollen entscheidend.

Für den Fall, dass die Strafvollstreckungskammer einer vorzeitigen Entlassung nicht zustimmt, lassen sich aus der Begründung der Richter:innen konkrete Handlungsoptionen ableiten. Vom Landgericht geäußerte Bedingungen laufen jedoch Gefahr unterzugehen, vor allem wenn die Inhaftierten den Antrag auf vorzeitige Entlassung auf Anraten der Richter:innen zurückziehen. In diesen Fällen gäbe es keinen Beschluss, sodass sich nur auf mündliche Aussagen bezogen werden kann.

Zusätzlich sind weitere organisatorische Fragen von Bedeutung: Sind Freistellungstage auf das Entlassungsdatum anzurechnen? Ist der Übergang in die Nachsorgeeinrichtung sicher-

gestellt? Verzichtet die Staatsanwaltschaft auf Rechtsmittel? Für die Adressat:innen und Leistungserbringer ist es von zentraler Bedeutung, dass die Entlassung auf den Tag genau geplant wird. Denn meiner Erfahrung nach sind gerade für Menschen mit seelischen Erkrankungen die ersten Stunden nach der Entlassung die anspruchsvollsten.

Der nahtlose Übergang zwischen den Systemen

Für die unmittelbare Zeit nach der Entlassung sind die existenzsichernden Leistungen ein wichtiger Faktor. Der zuständige Kostenträger muss vor der Entlassung identifiziert und angehalten werden, Zugeständnisse zu machen. Auch ohne das Vorliegen eines Entlassungsbeschlusses oder Entlassungsscheins. Dabei ist das Mittel meiner Wahl das persönliche Telefonat mit den zuständigen Sachbearbeiter:innen. Sollten diese gar nicht erst erreichbar sein oder den möglichen Ermessensspielraum nicht ausschöpfen, wende ich mich an die Vorgesetzten. Zumeist kann so eine Einzelfallentscheidung zugunsten des nahtlosen Leistungsbezugs angeregt werden. Bestenfalls läuft dies auf einen datierten Bescheid oder eine andere Form der schriftlichen Kostenzusicherung hinaus. Die anschließende Durchsetzung eines tatsächlich nahtlosen und nachweislich vorliegenden Krankenversicherungsschutzes ab dem ersten Tag der Entlassung ist erst nach Klärung des Leistungsbezugs erfolgsversprechend. Im Hinblick auf eine unmittelbare medizinische Versorgung, wie im Falle einer Substitutionsbehandlung, ist dies jedoch unerlässlich.

Zudem müssen Fragen betreffend der finanziellen Barmittel geklärt werden. Insbesondere mit Blick auf Verbüßer:innen einer Ersatzfreiheitsstrafe stellt sich die Frage, ob diese überhaupt in Besitz von Bargeld sind, um sich bis zur tatsächlichen Gewährung von Leistungen mit dem Grundlegendsten versorgen zu können. Nicht zuletzt sind auch praktische Fragen zu klären: Transportieren die Entlassenen ihr Hab und Gut in einem Müllsack, oder besteht die Möglichkeit, kostengünstig eine Tasche zu besorgen? Sind die Betroffenen in der Lage, das Lösen eines Zugtickets zu bewerkstelligen?

Meine Ausführungen stellen eine Auswahl der für den EVB-Pool in Bremen relevanten Vermittlungsaspekte dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ich möchte nachdrücklich auf die Unmöglichkeit aufmerksam machen, alle tatsächlichen Herausforderungen vorherzusehen oder erfolgsversprechend darauf reagieren zu können. Gefangene Individuen mobilisieren unterschiedliche Ressourcen, jede Vollzugsstation kultiviert eigene Maßgaben, Richter:innen greifen auf ihre persönlichen Überzeugungen zurück, Leistungsträger erarbeiten sich eigene Aufnahmekriterien und Kostenträger nutzen ihre Ermessensspielräume unterschiedlich.

Abschließend möchte ich daher Handlungsoptionen darlegen, die mir helfen, meine Einzelfallarbeit auf eine stabile Basis zu stellen. Des Weiteren möchte ich betonen, die Potenziale Sozialer Arbeit zu nutzen, um auch auf strukturelle Herausforderungen zu reagieren.

Transparente Fallführung und Kooperation

Im Rahmen meiner sozialpädagogischen Grundhaltung ist mir insbesondere die transparente Vorgehensweise wichtig. Gerade im Kontext einer „totalen Institution“ wie dem Strafvollzug kann dadurch ein klarer Rahmen zwischen den Adressat:innen und mir gesteckt werden: Wie hoch ist der Grad der Freiwilligkeit? Worin besteht das gemeinsame Ziel? Welche Akten liegen mir vor? Welche Akteure tauschen sich über den Fall aus? Wem darf und muss ich Auskunft erteilen? Welche Aspekte sollen nicht Gegenstand der Zusammenarbeit sein und was kann dies für Folgen haben? Sollte es sprachliche Verständigungsprobleme geben, lohnt sich bereits ab hier die Zusammenarbeit mit Übersetzer:innen.

Neben den zuvor genannten Handlungsmöglichkeiten gegenüber der Strafvollstreckungskammer bietet auch die Haftzeit selbst Ansatzpunkte positiver Einflussnahme. Zur Verbesserung der sogenannten ‚Sozialprognose‘ ist die Einleitung flankierender Maßnahmen wie der Schuldenregulierung oder Möglichkeiten zur Berufsvorbereitung zu nennen. Sollte bereits ein:e Anwält:in im Entlassungsprozess involviert sein, so lohnt sich, wenn gewünscht, die Kontaktaufnahme. Vor allem, um gemeinsame Möglichkeiten zu besprechen und Überschneidungen bzw. einander entgegengesetzte Vorgehensweisen auszuschließen. Auch das Zurateziehen einer (kostenlosen) Rechtsberatung ist hilfreich. Vor allem wenn es um aufenthaltsrechtliche Fragen oder die Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche geht.

Soziale Arbeit kann Strukturen beeinflussen

Die Ebene struktureller Einflussmöglichkeiten sollte als ebenso wichtig betrachtet werden wie die des Einzelfallmanagements. Mit Betrachtung der Gruppe der seelisch erkrankten Inhaftierten ist es beispielsweise ratsam, auch bei erfolgloser Einrichtungssuche den Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe zu stellen. Erst durch diesen Prozess wird der Bedarf durch die Behörde erfasst, dokumentiert und gegebenenfalls auf systemische Lücken hingewiesen, welche langfristig zur Entwicklung neuer Einrichtungen im Hilfesystem beitragen können. Um sich dem Kern bestimmter Problemlagen zu nähern, ist es mir wichtig, die fallübergreifenden und sich wiederholenden Schwierigkeiten als strukturelle Faktoren zu identifizieren. Dadurch soll verhindert werden, dass diese Probleme nicht ausschließlich als einzelfallspezifische Defizite behandelt werden, sondern als Grundlage einer systematischen Auseinandersetzung dienen.

Die von mir im Text herausgestellten Aspekte können als Stichpunktgeber dienen, um Veränderungsvorgänge aktiv zu initiieren. Zudem ist positiv herauszustellen, dass auch die Wiederholung eigener bewährter Praktiken einen kontinuierlichen Einfluss auf die umgebenden Strukturen nimmt. Dazu gehört neben der direkt mit der Justiz verbundenen Arbeitspraxis die interdisziplinäre Vernetzung mit anderen Trägern. Gerade angesichts der zunehmend an den eigenen Leistungs- und Erfolgskriterien ausgerichteten Praxis ist das kooperative und vernetzte Denken als integrative Herangehensweise bedeutsam. Die Freie Straffälligenhilfe kann damit auf eine ihrer Kernkompetenzen zurückgreifen: das Leisten bedingungsloser Unterstützung im Rahmen ihrer Vermittlerrolle.



Tobias Beleke

B.A. Soziale Arbeit, M.A. Kriminologie, Mitarbeiter beim Verein Bremische Straffälligenbetreuung
beleke@vbs-bremen.de

Literatur

- Dieker, Ann-Christin (2023): Hilfe und Härte. In: taz vom 02.02.2023. www.taz.de/Drogenpolitik-in-Bremen/!5910941/
- Drügemöller, Lotta (2022): Viele fallen aus dem Kuckucksnest. In: taz vom 31.12.2022. www.taz.de/Bremer-Psychiatriereform/!5901353/
- Hirsiner, Hauke (2023): Gefängnisleiter aus ganz Deutschland treffen sich in Bremen. In: Radio Bremen vom 27.04.2023. www.butenunbinnen.de/videos/jva-anstaltsleitertreffen-bremen-rundgang-100.html
- Lippert, Laura (2022): Darum befürwortet ein Bremer Suchtmediziner die Cannabis-Legalisierung. In: Radio Bremen vom 31.10.2022. www.butenunbinnen.de/nachrichten/cannabis-legalisierung-folgen-100.html
- Michel, Ralf (2023a): Mehr Einsätze wegen psychisch Kranker in Bremen. In: Weser Kurier vom 14.06.2023. www.weser-kurier.de/bremen/politik/psychisch-krank-steigende-einsatzzahlen-der-polizei-in-bremen-doc7qmjhb8m61v1iqpf48m5
- Michel, Ralf (2023b): Gewaltlosigkeit statt Zwang: Wie Bremen mit psychisch Kranken umgeht. In: Weser Kurier vom 10.07.2023. www.weser-kurier.de/bremen/politik/gewaltlosigkeit-statt-zwang-wie-bremen-mit-psychisch-kranken-umgeht-doc7qt7k09n7jpmify03oy
- Patel, Verena (2023): Wie Crack zum Problem rund um die Drogenszene in Bremen-Vegesack wird. In: Radio Bremen vom 13.08.2023. www.butenunbinnen.de/nachrichten/crackszene-bremen-vegesack-100.html

Chancen nutzen, Hindernisse überwinden: Lösungsansätze der Überführung aus dem Strafvollzug in die Eingliederungshilfe

von Tim Plondzew, Nadine Engel und Sebastian Hämmerle

Insbesondere der Übergang von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen aus dem Strafvollzug in eine geeignete betreute Wohnform der Eingliederungshilfe stellt die Beteiligten fortwährend vor Herausforderungen. Der Prozess des Übergangs aus dem Maßregelvollzug ist im Vergleich dazu weitgehend gut strukturiert. Einige Aspekte dieses Prozesses könnten möglicherweise auch im Strafvollzug implementiert werden. Auch die Überleitung in eine betreute Wohnform der Wohnungsnotfallhilfe verläuft einfacher und kann Lösungsansätze liefern. Im Folgenden werden beide Vorgehensweisen anhand der in Berlin geltenden Maßgaben vorgestellt und Anregungen für Vorgehensweisen im Strafvollzug abgeleitet.

I. Überleitungen aus dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) in Maßnahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 99 SGB IX:

Gemäß § 63 StGB kann ein Mensch aufgrund einer rechtswidrigen Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit zu einer dauerhaften Unterbringung im Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) verurteilt werden. Dem Gericht obliegt eine jährliche Prüfung, ob die Unterbringung fortgeführt werden muss oder eine Entlassung geplant werden kann. Sofern eine Entlassung möglich ist, werden bereits im stationären Kontext erste Lockerungen eingeleitet. Diese umfassen begleitete Ausgänge mit dem Klinikpersonal und Belastungserprobungen in externen Einrichtungen. Der besonders organisierte Bereich für die Betreuung der extern Untergebrachten übernimmt dabei die Verantwortung für externe Patienten und ist dabei insbesondere auf die Ausgliederung und Entlassungsvorbereitung spezialisiert.

Bei positivem Behandlungsverlauf wird beschlossen, dass die Erprobung bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe fortgeführt werden soll. Hierfür wendet sich das KMV an das Steuerungsgremium Psychiatrie des zuständigen Bezirks unter Leitung der bezirklichen Psychiatriekoordination, um geeignete Leistungserbringer und Leistungstypen zu finden.

An den regelmäßig stattfindenden Steuerungsgremien Psychiatrie nehmen Vertreter aller Einrichtungen teil, die im jeweiligen Bezirk Maßnahmen in der Eingliederungshilfe anbieten.

An diesen Steuerungsgremien nimmt bei Bedarf auch das KMV teil – vertreten durch Bezugsbetreuer, Sozialarbeiter oder Ärzte – und stellt einen Klienten und seine spezifischen Bedürfnisse vor. Anschließend werden geeignete Leistungserbringer aus dem Steuerungsgremium gesucht, die den spezifischen Anforderungen an eine Betreuung gerecht werden können. Während des gesamten Prozesses bis zur Entlassung bleibt das KMV der Kostenträger für die Kosten der Unterkunft und der Eingliederungshilfe. Verläuft die Erprobung positiv, erfolgt in der Regel eine Entlassung aus dem KMV.

Der Wechsel des Kostenträgers vom KMV zum zuständigen Bezirksamt erfolgt nach der Entlassung. Ein Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) wird erstellt, der Ziele und Maßnahmen der Betreuung beinhaltet. Diese Phase ist entscheidend für die erfolgreiche Reintegration der Patienten in die Gesellschaft.

Nach der Entlassung aus dem KMV unterliegen die ehemaligen Patienten in der Regel einer fünfjährigen Führungsaufsicht. Diese umfasst individuelle Weisungen, die Anbindung an einen Bewährungshelfer bzw. eine Bewährungshelferin sowie die Verpflichtung, sich an eine nachsorgende Ambulanz wie beispielsweise die Forensisch-Therapeutische-Ambulanz, Forensisch-Psychiatrische-Ambulanz oder Psychiatrische Institutsambulanz anzuschließen. Es ist unabdingbar, regelmäßig stattfindende Helferkonferenzen zu organisieren und durchzuführen, um einen kontinuierlichen Austausch und eine effektive Unterstützung zu gewährleisten.

Die Darstellung lässt erkennen, dass die Unterbringung und Betreuung forensischer Patienten in Berlin auf effektiver Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen, einer präzisen Kontrolle der Maßnahmen und einer individuellen Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten basiert.

II. Überleitungen aus dem Strafvollzug in Maßnahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 99 SGB IX und der Wohnungsnotfallhilfe gemäß § 67 SGB XII:

Im Zuge der Entlassungsvorbereitung (EVB) erhalten Träger vom Sozialdienst der JVA Aufträge, die auch die Überleitung

eines Inhaftierten mit seelischen Beeinträchtigungen in eine geeignete betreute Wohnform beinhalten kann. Für die genannte Zielgruppe wäre die Vermittlung in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe geeignet. Allerdings wird häufig der Umweg über eine Maßnahme der Wohnungsnotfallhilfe gewählt, weil sich die Überleitung aus dem Strafvollzug einfacher und schneller gestaltet und einen nahtlosen Übergang in eine notwendige Betreuung gewährleistet. Die Unterschiede gestalten sich dabei wie folgt:

II.I Überleitungen aus dem Strafvollzug in Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Für die Umsetzung des Auftrags des Sozialdienstes ist es erforderlich, dass psychische Auffälligkeiten oder Diagnosen bekannt sind und Unterlagen wie beispielsweise ärztliche Gutachten über Erkrankungen vorliegen. Falls keine entsprechenden Unterlagen vorliegen und eine Überleitung in eine betreute Wohnform der Eingliederungshilfe erwogen wird, ist eine Begutachtung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi) des für den Klienten zuständigen Bezirks erforderlich. Der zuständige Bezirk wird anhand der letzten Meldeadresse des Klienten ermittelt.

»Im Vergleich lässt sich feststellen, dass der Übergang aus der Haft in eine betreute Wohnform der Wohnungsnotfallhilfe in der Regel deutlich schneller vonstattengeht.«

Zusätzlich ermittelt der zuständige Teilhabefachdienst (THFD, Kostenträger) unter Einsatz des Teilhabeinstruments Berlin (TIB) den notwendigen Bedarf. Im Rahmen eines sogenannten TIB-Gesprächs werden Ziele und Maßnahmen gemeinsam mit dem Antragsteller vereinbart. Die Durchführung einer Begutachtung oder eines TIB-Gesprächs setzt voraus, dass Ärzte und Teilhabefachplaner Inhaftierte in der Haftanstalt aufsuchen oder Inhaftierte im Rahmen von Vollzugslockerungen beim Teilhabefachdienst oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst vorsprechen können. Wird Hilfebedarf festgestellt, der die Aufnahme in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe begründet, erfolgt die Vorstellung des Klienten im bezirklichen Steuerungsgremium und die Auswahl eines geeigneten Leistungserbringers.

II.II Überleitungen aus dem Strafvollzug in Maßnahmen der Wohnungsnotfallhilfe

Für einen Antrag auf Aufnahme in eine Maßnahme der Wohnungsnotfallhilfe ist im Vorfeld lediglich die Kontaktaufnahme mit geeigneten sozialen Trägern der Wohnungsnotfallhilfe sowie eine Abstimmung mit dem zuständigen Sozialamt (Kostenträger) erforderlich. Die Betreuungsmaßnahme ist hierbei nicht bezirklich gebunden und ein Klient kann dementsprechend berlinweit von Trägern in die Betreuung aufgenommen werden. Lediglich die Zuständigkeit des Sozialamts (Kostenträger) begründet sich durch die letzte Meldeadresse des Klienten.

Nach Einreichung einer schriftlichen Hilfebedarfsermittlung des Trägers, in der Ziele und Maßnahmen der Betreuung benannt werden, sowie eines formlosen Antrages des Inhaftierten vereinbart der Kostenträger nach Sichtung der Unterlagen i.d.R. einen Termin für eine gemeinsame Helferkonferenz.

Erfahrungsgemäß kann eine Helferkonferenz zunächst auch telefonisch stattfinden und eine persönliche Vorsprache des Antragsstellers nach der Entlassung erfolgen. Bestenfalls erhält der Träger der Wohnungsnotfallhilfe bereits eine mündliche Kostenzusage ab dem Tag der Entlassung oder zumindest einen zeitnahen Termin für die persönliche Vorsprache. Sofern es noch keine mündliche Kostenzusage gibt, ist die persönliche Vorsprache des Klienten i.d.R. der direkte Betreuungsbeginn.

III. Vergleich der Überleitung in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe gemäß § 99 SGB IX und der Wohnungsnotfallhilfe gemäß § 67 SGB XII

Im Vergleich lässt sich feststellen, dass der Übergang aus der Haft in eine betreute Wohnform der Wohnungsnotfallhilfe in der Regel deutlich schneller vonstattengeht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der erforderliche anspruchsbegründende Bericht für den Antrag durch die Entlassungsvorbereitung oder durch den für die Betreuungsaufnahme vorgesehenen Träger ohne Einreichung weiterer Unterlagen selbst erstellt werden kann. Darüber hinaus ist es in der Regel möglich, den Beginn der Betreuung in Absprache mit dem Kostenträger entweder am Tag der Entlassung oder für kurz danach zu initiieren. Somit erhält der Klient bereits vor seiner Entlassung Unterstützung zugesprochen. Auch kann der Antragsteller soziale Träger eigenständig kontaktieren und diese unabhängig von einem Steuerungsgremium überbezirklich auswählen.

Beim Übergang aus der Haft in eine betreute Wohnform der Eingliederungshilfe liegen die Hürden oftmals in der Beschaffung von ärztlichen Unterlagen. Diese Beschaffung gestaltet sich als schwierig, langwierig und oft erfolglos. Die dann notwendigen Besuche beim Sozialpsychiatrischen Dienst oder

den Teilhabefachdiensten kommen nur selten zustande. Auch Vollzugslockerungen und begleitete Behördengänge sind die Ausnahme. Damit kann die Aufnahme in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe selten vor der Haftentlassung abschließend geklärt werden.

IV. Zusammenfassung

Es lässt sich ohne Weiteres feststellen, dass gute Vorgehensweisen existieren, um Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen einen besseren Übergang aus dem Strafvollzug in eine geeignete betreute Wohnform zu ermöglichen. Damit dies künftig auch in der Eingliederungshilfe besser gelingen kann, sollte die dafür notwendige Überleitung unter Abstimmung aller Beteiligten zusammengeführt und organisiert werden, sodass eine geeignete Hilfe nach der Haftentlassung auch für diese Zielgruppe gewährleistet werden kann.

Abschließend werden die wesentlichen Punkte nochmals stichpunktartig zusammengefasst:

- Hürden beim Übergang aus dem Strafvollzug in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe
- Erschwerte Rahmenbedingungen für die Antragsstellung,
- Lockerungen und begleitete Ausgänge kommen selten zustande,
- Termine mit den Sozialpsychiatrischen Diensten oder den Teilhabefachdiensten sind innerhalb der Haftanstalt selten möglich, da diese Institutionen weniger aufsuchende Termine wahrnehmen,
- Beschaffung von ärztlichen Gutachten ist zeitintensiv und schwierig,
- keine Erprobung im Rahmen der Inhaftierung möglich,
- bezirkliche Bindung bei der Auswahl eines Trägers der Eingliederungshilfe kann längere Wartezeit auf Betreuungsplatz bedeuten.

Zusätzlich erschwert die Verlegung von Inhaftierten den Prozess. Lösungsansätze beim Übergang aus dem Strafvollzug in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe

- Vereinfachte Antragsstellung ermöglichen:
 - mehr Lockerungen und begleitete Ausgänge,
 - feste Ansprechpartner beim Sozialpsychiatrischen Dienst oder den Teilhabefachdiensten für Haftanstalten organisieren,
 - mündliche Kostenzusagen unter Vorbehalt einführen,
- Erprobung im Rahmen der Inhaftierung ermöglichen,

- (bezirkliche) Bindung lockern und dadurch erweiterten Suchkorridor für Betreuungsplätze ermöglichen,
- Verbesserung der Zusammenarbeit beteiligter Institutionen im Falle einer Verlegung.

Zum Träger

Der Straffälligen- und Bewährungshilfe Berlin e.V. verfügt über langjährige Erfahrungen im Übergangsmanagement des Berliner Strafvollzugs und des Berliner Maßregelvollzugs. Wir sind in der JVA Tegel und JVA Plötzensee in der Entlassungsvorbereitung tätig und vermitteln Inhaftierte mit Bedarf zur Nachsorge in geeignete betreute Wohnformen oder andere Formen der weiterführenden Betreuung. Darüber hinaus bieten wir Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen an. In diesem Feld arbeiten wir intensiv mit dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs zusammen, um Patienten nach der Entlassung an unsere Einrichtung anzubinden. Sie erreichen uns via Mail unter info@sbh-berlin.de oder telefonisch unter 030 / 86 47 13 0. Besuchen Sie auch gerne unsere Webseite www.sbh-berlin.de.



Tim Plondzew

Heilerziehungspfleger
Bereichsleitung der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX,
sbh-service gGmbH
t.plondzew@sbh-service.de



Nadine Engel

Sozialarbeiterin B.A.
Teamleitung der Wohnungsnotfallhilfe nach § 67 SGB XII und Beraterin in der Entlassungsvorbereitung, sbh-service gGmbH
n.engel@sbh-service.de



Sebastian Hämmerle

Sozialarbeiter B.A.
Bereichsleitung der Beratungsstelle für Straffällige, sbh-Gefangenen-Fürsorge gGmbH
s.haemmerle@sbh-fuersorge.de

Diskriminierung nichtdeutscher Gefangener und Haftentlassener

von Christine Graebisch

Mit der obigen Überschrift wurde das eigentlich von der BAG-S angefragte Thema „Besondere Bedarfe von Menschen mit Migrationserfahrung“ ersetzt. Hintergrund dafür ist, dass es viel weniger die Migrationserfahrung als umso mehr die nichtdeutsche Staatsangehörigkeit ist, die den Haftalltag und besondere Bedarfe der Gefangenen prägt. Zwar können sich aus einer Migrationserfahrung, insbesondere im Fall traumatisierender Ereignisse im Kontext von Flucht, durchaus besondere Anforderungen an den Umgang mit diesen Gefangenen und Haftentlassenen ergeben. Auch gehen Migrationserfahrungen oft mit einem besonderen Bedarf an Unterstützung im Umgang mit der deutschen Sprache einher. Allerdings prägt bei Gefangenen und Haftentlassenen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit der rechtliche Rahmen die Situation in einer Weise, die als – rechtlich gewollte – Diskriminierung bezeichnet werden muss. Gerade um diese im Recht angelegte Diskriminierung soll es im Folgenden gehen. Gleichzeitig bestehen aber auch entgegenstehende Rechte der Betroffenen. An diese sollte Straffälligenhilfe anknüpfen, die sich an deren Bedürfnissen orientiert (hierzu ausführlicher Graebisch 2022, 2023).

Aufenthaltsrechtliche Folgen strafrechtlicher Verurteilung durch Gefangene

Im Ergebnis müssen alle Gefangenen, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, mit aufenthaltsrechtlichen Verfahren und Problemen rechnen, die bis hin zu einer Abschiebung aus der Haft herausgehen können, aber nicht notwendigerweise müssen. Bereits bei Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe ab zwei Jahren ist ein besonders schwerwiegendes Ausweisungsinteresse gegeben (§ 54 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG). Ein sog. schwerwiegendes Ausweisungsinteresse ist aber schon bei darunterliegender Strafhöhe gegeben und kann letztlich in Verbindung mit Straftaten immer angenommen werden (§ 54 Abs. 2 AufenthG). Ein Ausweisungsinteresse muss durch ein gewichtigeres Bleibeinteresse kompensiert werden, was keineswegs immer gelingt, andernfalls wird eine Ausweisung verfügt. Das kann beispielsweise die Geburt im Bundesgebiet oder Einreise während Minderjährigkeit sein, wobei aber hinzukommen muss, dass der Aufenthalt in den vorangegangenen mindestens fünf Jahren rechtmäßig war, d. h. eine Duldung genügt dafür nicht. Hatte man also seinen Aufenthaltstitel schon

zuvor, etwa aufgrund vorangegangener Straftaten, verloren, dann schützt auch die Geburt in Deutschland nicht vor einer Ausweisung. Im Übrigen braucht die Ausländerbehörde bei befristeten Aufenthaltstiteln, wie einer Aufenthaltserlaubnis, auch nicht unbedingt eine Ausweisungsverfügung zu erlassen, vielmehr kann für eine Nichtverlängerung eines ablaufenden Aufenthaltstitels schon das bloße Bestehen eines Ausweisungsinteresses genügen, unabhängig von der Abwägung mit Bleibeinteressen. Außerdem besteht in Bezug auf die Ausweisung die verwaltungsrechtliche Sondersituation, dass ihre Wirkungen (mit Ausnahme der Abschiebung und der Erlaubnis zu arbeiten, § 84 Abs. 2 AufenthG) selbst dann schon einmal eintreten, wenn man in einem gerichtlichen Eilverfahren die aufschiebende Wirkung eines eingelegten Rechtsmittels erwirkt hat.

»Allerdings prägt bei Gefangenen und Haftentlassenen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit der rechtliche Rahmen die Situation in einer Weise, die als – rechtlich gewollte – Diskriminierung bezeichnet werden muss.«

Die Folge einer Ausweisung und einer Nichtverlängerung des Aufenthaltstitels ist zunächst das Abrutschen in die Duldung – einem Status, der rechtlich gesehen, wie ihr Name schon sagt, eben gar keiner ist, sondern lediglich bedeutet, dass vorübergehend keine Abschiebung stattfindet (§ 60a Abs. 2 S. 1 AufenthG). Dieser rechtlich als „vorübergehend“ klassifizierte Zustand kann allerdings über Jahre oder Jahrzehnte andauern. Das nennt man Kettenduldung, zu deren Vermeidung immer wieder Bleiberechtsregelungen eingeführt werden (aktuell z. B. § 104c AufenthG), die allerdings Menschen mit Verurteilungen zu Freiheitsstrafen ausschließen. Mit der Duldung ist eine erhebliche Verschlechterung der Lebenssituation verbunden, die sich neben der beständig potenziellen Abschiebbarkeit auch in

niedrigeren Sozialleistungen und schwierigerem Zugang zum Arbeitsmarkt niederschlägt sowie räumliche Beschränkungen nach sich ziehen kann (§ 61 Abs. 1c Nr. 1 und 2 AufenthG).

Noch schlechter gestellt und ohne vorheriges Ausweisungsverfahren abschiebbar sind diejenigen, die von vornherein über keinen Aufenthaltstitel verfügten, sondern etwa über eine Duldung oder eine Aufenthaltsgestattung für ein Asylverfahren. Freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger:innen (§ 6 FreizügG/EU) und türkische Arbeitnehmer:innen sowie deren Nachfahren (Art. 14 Abs. 1 ARB 1/80) sind zwar etwas besser gestellt als Drittstaatsangehörige, aber auch ihnen droht nach strafrechtlicher Verurteilung tendenziell der Verlust ihres Rechts zum Aufenthalt in der Bundesrepublik.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass alle Nichtdeutschen aufenthaltsrechtliche Folgen zu befürchten haben und mehr oder weniger von Abschiebung bedroht sind. Dabei zeichnet sich ihre

Situation regelmäßig dadurch aus, dass im Einzelfall nicht klar ist, wie wahrscheinlich eine Abschiebung aus der Haft heraus oder nach der Entlassung ist.

Weiterhin ist für die Betroffenen der Zeitpunkt einer eventuellen Abschiebung im Verfahren nach § 456a StPO faktisch nicht beeinflussbar. Nach einer Abschiebung sind sie dann im Herkunftsland frei, werden jedoch bei Wiedereinreise in die Bundesrepublik zur weiteren Strafvollstreckung direkt wieder inhaftiert. Gerade für Nichtdeutsche ohne starke Bindungen im Bundesgebiet kann daher eine Abschiebung und das damit einhergehende Absehen von der weiteren Vollstreckung erstrebenswert sein. Ob der Staat davon Gebrauch macht, hängt allerdings ebenfalls nicht von ihrem Willen ab.

Die Situation nichtdeutscher Gefangener lässt sich zusammenfassend als von weitgehender Ungewissheit hinsichtlich des Verbleibs im Bundesgebiet beschreiben. Zugleich lässt sich die-

BRÜCKEN BAUEN
ÜBERGANGSMANAGEMENT & NACHSORGE FÜR MENSCHEN MIT SEELISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN HAFT

28. November 2023

BESONDERE BEDARFE

MENSCHEN MIT MIGRATIONSERFAHRUNG

DIE RECHTE KNÜPFEN SICH AN DEUTSCHE STAATSBÜRGERCHAFT

RESOZIALISIERUNG
→ LOCKERUNGEN
→ BILDUNG (SPRACHEN, etc.)

UNSICHERHEITEN/UNKLARHEITEN VOR ABSCHIEBUNG

LÖSUNG:
• KOSTENLOSE RECHTSBERATUNG §

Mehr ARBEIT MIT DOLMETSCHER:INNEN STATT MIT GEFANGENEN

STRAFFÄLLIG GEWORDENE FRAUEN

REGELMÄßIGE BESUCHSZEITEN
→ KINDGERECHTE BEGEGNUNG
→ AUSGESTALTUNG BESUCHSRAUM

GEMEINSAME UNTERBRINGUNG MUTTER & KIND

BEHANDLUNG DER PSYCHISCHEN STÖRUNG

BEDIENSTETE: WISSEN UM TRAUMATA
→ KOMPETENTER HANDELN
GRUNDLAGE: SICHERHEIT

NACH DER HAFT:
• SCHUTZRAUM/WOHNUNG
• NAHTLOS IN THERAPIE, SUBSTITUTIONS-BEHANDLUNG
• KRANKEN-VERSICHERUNG
• GRUNDVERSORGUNG
• psychologisch/gesundheitslich
• KONTAKT FAMILIE
• unabhängige Lebensführung
→ ARBEIT

DURCHGÄNGIGE HILFE
→ ambulante SANKTIONSFORMEN

NOTWENDIGE ÄNDERUNGEN

WANDEL: MULTIKULTURELLES & ÄLTERES KUNDEL IM STRAFVOLLZUG

DEMENTZ, HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN

ZU WENIG FORSCHUNG IN DEUTSCHLAND

GEFÄNGNIS-PSYCHIATRIE
→ FACHLICHE DEFIZITE

KEINE GESAMT-ERFASSUNG PSYCHIATRISCHE VERSORUNG

SPANNUNGSFELD SICHERHEIT → KONTROLLE

GESUNDHEITSERZIEHUNG
→ Wo FINDET DAS STATT?
HAFT = GESUNDHEITS-RISIKO

Lösungen:
• WOHNGRUPPEN-VOLLZUG
• ARBEITSTHERAPIE
• BEWEGUNGSANGEBOTE

Wünsche:
• LANGFRISTIGE ÜBERWACHUNG
• BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT
• EVALUATION

CIRCLE of Violence

BAG-S
Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

DOMINIQUE KLEINER

se Situation kaum durch eigenes Entscheiden und Handeln beeinflussen, sondern zeichnet sich durch das Abwarten von Entscheidungen der Ausländerbehörde, von Staatsanwaltschaft und Gerichten aus.

Folgen der aufenthaltsrechtlichen Situation für den Vollzug

In einigen Bundesländern sind Gefangene, gegen die eine vollziehbare Ausweisungsverfügung vorliegt und/oder gegen die auch nur ein Ausweisungsverfahren läuft, per Gesetz in der Regel von vollzugsöffnenden Maßnahmen ausgeschlossen (§ 38 Abs. 5 S. 1 Nr. 3 SLStVollzG; § 45 Abs. 4 JVollzGB I LSA; § 13 Abs. 3 Nr. 5 und 6 HStVollzG). Nichtdeutsche Gefangene, die – wie oben dargestellt – fast immer zumindest ein Ausweisungsverfahren zu erwarten haben, werden hier mit solchen gleichgesetzt, die bereits aus dem laufenden Vollzug geflohen oder ausgebrochen sind oder sich an einer Gefangenenmeuterei beteiligt haben. Auch in Ländern, in denen Vergleichbares nicht im Gesetz steht, ergibt es sich aus Verwaltungsvorschriften und es existiert eine entsprechende Praxis. Auch wenn Ausnahmen vorkommen und der bloße Verweis auf die aufenthaltsrechtliche Situation als Versagungsgrund für Lockerungen spätestens vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand hätte¹, auch wenn es keine regelmäßig veröffentlichte Statistik gibt, lässt sich feststellen, dass nichtdeutsche Gefangene erheblich seltener an vollzugsöffnenden Maßnahmen teilhaben oder in den offenen Vollzug verlegt werden. Exemplarisch wird dafür – weil es dort immerhin einmal veröffentlichte Statistiken gibt – auf das Land Sachsen im Jahr 2016 verwiesen, wo 1,93 % der nichtdeutschen, aber 32,30 % der deutschen Gefangenen Lockerungen gewährt wurden und sich 0,38 % der nichtdeutschen, aber 6,66 % der deutschen Gefangenen im offenen Vollzug befanden.² In der Praxis ist weiterhin zu beobachten, dass auch Ausbildungen und die Teilnahme an sonstigen längerfristigen, der Resozialisierung dienlichen Maßnahmen bei knappem Angebot lieber an deutsche Gefangene gegeben werden, bei denen der Aufenthalt bis zum Ende der Maßnahme besser gewährleistet scheint. Im Ergebnis erfahren nichtdeutsche Gefangene dann eine Art ‚Abwartevollzug‘, in dem nicht nur sie auf das Ergebnis aufenthaltsrechtlicher Entscheidungen zu warten verdammt sind, sondern der Vollzug oftmals ein Gleiches tut. Es kommt erschwerend hinzu, dass dieses Warten viele Jahre in Anspruch nehmen kann, in denen die Ausländerbehörde an ihrer bekundeten Absicht abzuschieben festhält, auch wenn sie diese aus unterschiedlichen rechtlichen Gründen nicht umsetzen kann, der Vollzug sich jedoch weiterhin an dieser Absichtsbekundung orientiert. Letztlich kann dies dazu führen, dass de facto die

1 BVerfG, Beschluss vom 11.06.2002, 2 BvR 461/02.

2 Sächsischer Landtag, Drs. 6/10008, S. 3; vgl. auch LT-Drs. Drs. 6/10857.

Ausländerbehörde über die Vollzugssituation entscheidet, obwohl rechtlich kein Zweifel daran besteht, dass der Vollzug eine eigenständige Entscheidung treffen muss.

Nichtdeutsche Gefangene geraten so in einen Teufelskreis, da die Frage, ob sie in Deutschland bleiben dürfen, aufenthaltsrechtlich wiederum davon abhängt, ob sie erfolgreiche Resozialisierung während des Vollzugs nachweisen können. Gleiches gilt für eine Reststrafenaussetzung zur Bewährung. In Bezug auf Letztere wird zudem oft im Zusammenwirken von Ausländerbehörde und Staatsanwaltschaft eine Abschiebung kurz vor dem Zweidritteltermin vollzogen. Würde die Zweidrittelentscheidung hingegen noch getroffen und würde sie positiv ausfallen, so wäre diese günstige Prognose auch aufenthaltsrechtlich kaum hintergebar.³

Der Diskriminierung entgegenstehende Rechte

In der Praxis hört man öfter die Argumentation, solange über die Abschiebung nicht entschieden sei, wisse man ja auch nicht, in welche Gesellschaft diese Gefangenen resozialisiert werden sollten. Dem liegt jedoch ein unzutreffendes Verständnis des Resozialisierungsprinzips zugrunde, das unabhängig von der Staatsangehörigkeit gilt.⁴ Es erfordert auch schon deswegen nicht zu wissen, in welchem Land sich der/die Gefangene später aufhalten (dürfen) wird, weil es eine Vielzahl der Resozialisierung dienlicher Maßnahmen gibt, die davon vollkommen unabhängig sind. Dabei ist zunächst an die bereits erwähnten vollzugsöffnenden Maßnahmen und den offenen Vollzug zu denken, die allen Gefangenen unter anderem dazu verhelfen, einer günstigen Prognose näherzukommen. Weiterhin gilt dies etwa für Ausbildungen oder Sprachkurse, die auch im Zielstaat einer Abschiebung bei der Eingliederung hilfreich sind. Dementsprechend wählen die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze⁵ und die seit 2012 geltenden Empfehlungen des Europarats für ausländische Gefangene einen völlig anderen Ansatz. Sie fordern, die überall vorzufindende Diskriminierung ausländischer Gefangener aktiv durch Gegenmaßnahmen zu kompensieren, so etwa die Ausweitung von Telefon- und Videokonferenzzeiten für Gefangene, deren Angehörige entfernungsbedingt nicht zu Besuch kommen können, notwendigenfalls mit Kostenübernahme durch den Vollzug. Zudem muss die Verständigung im Vollzug durch Sprachmittlung, Übersetzung wichtiger Dokumente und die Möglichkeit zu Sprachkursen ermöglicht werden – all dies ist in der Praxis keineswegs überall selbstverständlich.⁶

3 BVerfG, Beschluss vom 06.12.2021 – 2 BvR 860/21 –, Rn. 19, juris.

4 BVerfG Beschl. v. 10.10.2012 – 2 BvR 2025/12.

5 Nr. 37 der European Prisons Rules in der Fassung vom 01.07.2020 und Nr. 38 zu ethnischen und linguistischen Minderheiten.

6 CM/Rec (2012)12 Foreign national prisoners.

Bei Gefangenen mit psychischen Beeinträchtigungen tritt als Spannungsfeld hinzu, dass solche aufenthaltsrechtlich Grundlage für die Feststellung von Abschiebungshindernissen sein können. Im Vollzug sind die Gefangenen dann aber auf die Feststellung durch den medizinischen Dienst als Zwangsansprechpartner angewiesen. Problematisch ist hier das Zusammenwirken mit Ausländerbehörden, wenn etwa im vorausseilenden Gehorsam eine während des Vollzugs durchgeführte Substitution im Angesicht bevorstehender Abschiebung herunterdosiert wird, statt sich mit der Frage auseinanderzusetzen, ob die Substitution medizinisch geboten ist und ob und ggf. wie sie im Zielstaat der Abschiebung erreichbar ist – oder eben andernfalls die Abschiebung unterbleiben muss.

Dauert die Ungewissheit hinsichtlich einer Abschiebung bis zum Endstrafzeitpunkt an, so entfällt regelmäßig auch die Entlassungsvorbereitung.

Nach der Entlassung

Erfolgt eine Entlassung und (erst einmal) keine Abschiebung, setzt sich die gesetzlich implementierte Diskriminierung Nichtdeutscher fort. So ist etwa nach Entlassung mit einer Duldung, was aus den oben genannten Gründen eine regelhafte Situation darstellt, Eingliederungshilfe zunächst einmal ausgeschlossen (§ 100 SGB IX i.V.m. § 1 Abs. 1 Nr. 4 AsylbLG), ebenso Leistungen nach §§ 67 f. SGB XII (§ 23 Abs. 2 SGB XII i.V.m. § 1 Abs. 1 Nr. 4 AsylbLG). Für Unionsbürger:innen gelten ohnehin weitgehende Ausschlüsse aus Sozialleistungen (§ 23 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB XII).

Es gibt aber Ausnahme- und Härtefallregelungen, die im Einzelfall die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung oder etwa die Unterbringung auch in einer Einrichtung für Haftentlassene ermöglichen können, so kommt z. B. über § 6 AsylbLG für Geduldete durchaus auch Psychotherapie, betreutes Wohnen oder stationäre Unterbringung in Betracht (wenn „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“), bei Unionsbürger:innen über Überbrückungs- (§ 23 Abs. 2 S. 3 SGB XII) und Härtefallleistungen (§ 23 Abs. 3 S. 6 SGB XII). Allerdings müssen solche Leistungen in aufwändiger Weise juristisch erkämpft werden (z. B. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 14. Juni 2023 – L 2 SO 1789/22).

Resümee

Die Benachteiligung nichtdeutscher Gefangener und Haftentlassener ist im Gesetz angelegt und also politisch gewollt, obwohl allseits bekannt ist, dass permanente Schwebestände und prekarierte Lebensverhältnisse gewiss nicht der Resozialisierung förderlich sind. Der migrationsrechtliche Ansatz, diese Menschen um jeden Preis loswerden zu wollen, dominiert und

konterkariert hier die ohnehin bereits bei Deutschen viel zu schwach ausgeprägten Anstrengungen für eine Wiedereingliederung. Dem ließe sich durchaus öfter im Einzelfall entgegenwirken, denn es gibt auch in allen Bereichen einige entgegenstehende Rechte der Betroffenen. Da allerdings die Exklusion als Regel konzipiert ist, setzt dies sowohl fundierte rechtliche Kenntnisse als auch erhebliches Engagement voraus, das bei ohnehin knappen Ressourcen derjenigen, die in der Straffälligenhilfe tätig sind, häufig nicht geleistet werden kann, sodass dann der politische Regelwille zum Ausschluss Platz greift.

Gerade im Falle psychischer Beeinträchtigungen führt all dies durchaus nicht selten zu einer erheblichen Zustandsverschlechterung. Zwar könnte diese nun wieder selbst ein Abschiebungshindernis darstellen und auf diese Weise doch noch oder wieder in einen verfestigten Aufenthalt münden. Allerdings bedarf es auch dafür wiederum eines supererogatorischen Einsatzes für die Betroffenen. Denn auch hier wurden in den vergangenen Jahren die Regelungen erheblich verschärft. Den Schutz vor Abschiebung auf Grundlage einer notwendigen psychiatrischen Behandlung erreichen zu wollen, setzt ärztliche Bescheinigungen voraus, die hohen Anforderungen genügen müssen, die einer zunächst geltenden gesetzlich konstatierten Gesundheitsvermutung entgegengehalten werden müssen (§ 60a Abs. 2c AufenthG).⁷



Bildrechte: FH Dortmund

Prof. Dr. Christine Graebisch

Dipl. Kriminologin, Professorin für Recht der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Dortmund und Leiterin des Strafvollzugsarchivs.

christine.graebisch@fh-dortmund.de

Literatur

- Graebisch, Christine (2022): Teil VII, Kap. 3, Ausländische Gefangene. In: Feest, J./Lesting, W./Lindemann, M. (Hrsg.): Strafvollzugsgesetze. Kommentar, 8. Auflage. Hürth: Carl Heymanns Verlag/Wolters Kluwer, S. 1173-1234.
- Graebisch, Christine (2023): Resozialisierung bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. In: Cornel, H./Ghanem, C./Kawamura-Reindl, G./Pruin, I. (Hrsg.): Resozialisierung, 5. Aufl., Baden-Baden: Nomos-Verlag, S. 437-450.
- Graebisch, C./von Borstel, M. (2021): Drohende Abschiebung. Handlungsmöglichkeiten und Rechtsschutz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, allerdings gab es inzwischen wieder erhebliche Verschärfungen.

⁷ Näher zum Ganzen Graebisch/ Borstel (2021), allerdings gab es inzwischen wieder erhebliche Verschärfungen.

Die besonderen Bedarfe psychisch erkrankter Frauen in Haft

von Birte Steinlechner

Ausgangslage

Am 30. Juni 2023 waren laut Statistischem Bundesamt 58.299 Menschen in den insgesamt 172 Strafanstalten in Deutschland inhaftiert (Destatis 2023). Davon waren 3.404 Frauen (5,8 %). Dieser Anteil von ca. fünf Prozent Frauen ist seit Jahrzehnten konstant (Kawamura-Reindl 2021, S. 353). Daher stellen Frauen eine Minderheit im Strafvollzug dar, der sich daher hauptsächlich an männlich Problemlagen und Bedarfen orientiert. Dies führt dazu, dass die besonderen Problemlagen und Bedarfe von Frauen, außer im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt, weniger Beachtung finden (Endres/Wittmann 2020). Dies spiegelt sich auch in den wenigen repräsentativen Studien über psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen von Frauen in Haft wider. In der Regel liegen den Studien nur kleine Stichproben zugrunde, die meist auf Freiwilligkeit basieren und den Sprachkenntnissen unterworfen sind. Daher nehmen häufig Personen an den Studien teil, die bereits über eine Krankheitseinsicht verfügen bzw. bereits in Behandlung waren. Besonders der nicht diagnostizierte Personenkreis, der aber psychische Auffälligkeiten vorweist, wird bei Studien auf freiwilliger Basis nicht erfasst.

Zahlen, Daten, Fakten

In der Gesamtgesellschaft leiden mehr Frauen (33,5 %) als Männer (22,1 %) an psychischen Störungen (Jacobi et al. 2016, S. 89). Dies zeigt sich nochmals in einem stärkeren Verhältnis bei den inhaftierten Personen. Gerade im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung [11,8 % (m) zu 31,7 % (w)] und der Borderline-Störung [5,3 % (m) zu 42,9 % (w)] sind weibliche Inhaftierte deutlich häufiger betroffen. Auch die Angststörungen sind mit 39,7 % bei weiblichen Inhaftierten weiterverbreitet als bei männlichen. In der Studie von Köhler et al. an 51 inhaftierten Frauen in einem norddeutschen Gefängnis (2014, S. 138 ff.) weisen 92,2 % einen kritischen Substanzkonsum auf, 86,3 % sind psychisch auffällig, 42,2 % leiden an einer Borderline-Störung und bei 38,8 % wurde ADHS diagnostiziert. Die Frauen weisen eine starke Komorbidität auf und es ist eine hohe Korrelation mit Kindheitstraumatisierungen nachzuweisen.

Die substanzbezogenen Störungen bei Frauen in Haft liegen bei 69,8 % äußerst hoch, wovon 60,3 % eine Opiatabhängigkeit auf-

weisen (Studie aus der JVA Bielefeld-Brackwede I aus dem Jahr 2002, zitiert nach Endres/Wittmann 2020, S. 229). Daher ist bei Haftantritt ein sofortiger Zugang zu Substitutionsprogrammen unabhängig von der Haftdauer sinnvoll und notwendig.

Frauen in Haft leiden nicht nur häufiger an psychischen Störungen, sondern auch die psychosozialen Belastungsfaktoren sind deutlich höher als in der Normalbevölkerung: kein Schul- oder Berufsabschluss, vor Inhaftierung erwerbslos, problematische Herkunftsfamilien, viele inhaftierte Frauen haben in der Kindheit physische, psychische oder sexualisierte Gewalt erfahren. Eine schon etwas länger zurückliegende Studie aus dem Jahr 2009, deren Ergebnisse aber noch Geltung beanspruchen dürften, zeigt, dass unter inhaftierten Frauen bis zu 75 % Trennungs-, Sucht- und Gewalterfahrungen gemacht haben (Kawamura-Reindl 2017). Bis zu 50 % schilderten Missbrauchserfahrungen.

Die Schwere der Delikte bei Frauen unterscheidet sich in der Regel von derjenigen bei Männern. Frauen werden im Schnitt zu Freiheitsstrafen von 9 Monaten verurteilt. Die kurzen Haftzeiten führen allerdings dazu, dass in der Vollzugsplanung die psychiatrische und therapeutische Versorgung nicht ausreichend Berücksichtigung findet. Auch wenn eine längere psychiatrische und therapeutische Behandlung prognostisch günstiger ist, können mithilfe von Kurzzeitinterventionen bereits gute Grundlagen für die Resozialisierung geschaffen werden. Um die Interventionen nachhaltig wirksam zu gestalten, muss eine nahtlose Anbindung im Rahmen des Übergangsmanagements an eine psychiatrische und therapeutische Behandlung nach der Haft gewährleistet und begleitet werden.

Mütter in Haft

Mehr als die Hälfte der inhaftierten Frauen sind Mütter (Scheffler 2009, S. 47). Jede Vierte ist Mutter von drei und mehr Kindern. Die Inhaftierung einer Frau und Mutter trifft häufig die ganze Familie und wirkt sich besonders auf die Entwicklung und Erfahrung der Kinder aus (ebd.), daher sollte für Frauen und insbesondere Mütter über alternative Haftformen nachgedacht werden, da eine Trennung von der Mutter und die damit verbundene Fremdunterbringung der Kinder bei Verwandten,

Partner:in, Pflegefamilie oder im Heim immer mit Auswirkungen auf die Kinder verbunden ist. Auch die Frauen geben die Trennung von ihren Kindern als größten Belastungsfaktor an. Hierzu die EntschlieÙung des Europäischen Parlaments: „Die Sorge um ihre Kinder wird von den Frauen im Gefängnis als einer der wichtigsten Faktoren für Depressionen und Ängste bis hin zu selbstzerstörerischen Handlungen genannt“ (EntschlieÙung des Europäischen Parlaments vom 13. März 2008).

»Insgesamt haben in diesem Zeitraum 250 Geburten von Kindern innerhalb des Strafvollzugs stattgefunden... Es wird geschätzt, dass jährlich etwa 42 Kinder im Strafvollzug zur Welt kommen.«

Mutter-Kind-Vollzug

Damit eine Trennung besonders von Babys und Kleinkindern von ihren Müttern verhindert werden kann, stehen deutschlandweit nach einer aktuellen Abfrage des Fachausschuss Frauen der Bundesarbeitsgemeinschaft Straffälligenhilfe e.V. im Jahr 2023 106 Haftplätze im Mutter-Kind-Vollzug zur Verfügung (BAG-S i.V.). Die aktuelle Abfrage des Fachausschuss Frauen wollte weiter von den Bundesländern wissen: „Wie viele Entbindungen von Inhaftierten haben im Zeitraum 2017 bis 2022 stattgefunden?“ Das Ergebnis: Insgesamt haben in diesem Zeitraum 250 Geburten von Kindern innerhalb des Strafvollzugs stattgefunden. Diese Gesamtzahl gibt jedoch nicht das vollständige Bild wieder, da einige Bundesländer keine genauen Aufzeichnungen über Entbindungen im Strafvollzug führen. Es wird geschätzt, dass jährlich etwa 42 Kinder im Strafvollzug zur Welt kommen. Es ist zu beachten, dass die Erfassung von Entbindungen im Strafvollzug nicht einheitlich in allen Bundesländern erfolgt. Einige Länder geben Schätzungen für die Anzahl der Geburten an (zum Beispiel Baden-Württemberg). Die Angaben der Bundesländer sind teilweise dahingehend unklar, ob sie sich nur auf Entbindungen von Müttern beziehen, die in der Mutter-Kind-Abteilung (beispielsweise Nordrhein-Westfalen) untergebracht sind, oder ob sie alle inhaftierten Frauen umfassen, die in dem Bundesland während der Haftzeit entbunden haben. Um ein gesichertes Bild zu erhalten, sollte eine bundesweite Vereinheitlichung der Erfassung der Geburten bei inhaftierten Frauen vorgenommen werden.

Da gerade für psychisch belastete/erkrankte oder substituierte Frauen der Mutter-Kind-Vollzug die Möglichkeit bietet, in einem geschützten Rahmen mit Unterstützung von Fachkräften eine bedürfnisorientierte Mutter-Kind-Interaktion zu erlernen bzw. zu festigen, sollte aus frauenspezifischer Sicht unter Berücksichtigung des Kindeswohls eine wohlwollende Prüfung einer Aufnahme durch das Jugendamt stattfinden. Leider werden Inobhutnahmen, die in der Vergangenheit liegen, oder der Suchtmittelkonsum, wie auch eine psychische Erkrankung zu oft als Ausschlusskriterium herangezogen, ohne sich ein Bild der aktuellen Situation – nicht basierend auf der Aktenlage – zu verschaffen.

Besuchskontakte

Der Artikel 6 des Grundgesetzes sieht vor, dass Ehe und Familie unter dem besonderen Schutze der staatlichen Obhut stehen. Auch das Bundesverfassungsgericht führt in seinem Urteil vom 23. Oktober 2006 aus, dass dem Schutz der Familie auch im Haftvollzug besondere Bedeutung zukommen muss.¹

Aufgrund der geringen Zahl inhaftierter Frauen werden diese in der Regel in einer zentralen Justizvollzugsanstalt untergebracht, was zum Teil zu sehr langen Anfahrtswegen führt. Dieses bedeutet für die Familienangehörigen und die Kinder eine große physische, psychische, aber auch finanzielle Belastung, die nicht von allen getragen werden kann. Regelmäßige Besuchszeiten sind für die Aufrechterhaltung der Mutter-Kind-Beziehung enorm wichtig. Das bedeutet auch, dass die Zeiten so gestaltet sein müssen, dass die Familienangehörigen und die Kinder diese gut in ihren Alltag integrieren können. Zudem ist eine kindgerechte Abwicklung der Begegnungen zwischen Mutter und Kind(ern) während der Besuchskontakte von hoher Bedeutung. Dies betrifft sowohl die Zugangskontrollen, den Besuchsrahmen sowie die Ausgestaltung der Besuchsräume. Wenn die Besuchskontakte zu beidseitigem Stress führen, kann es dadurch zu Krisen und Kontaktabbrüchen kommen, die sowohl die Kinder wie auch die inhaftierten Mütter stark destabilisieren können. Diesem gilt es durch familienfreundliche Ausgestaltung der Besuchskontakte zwingend entgegenzuwirken. Bekanntlich sind beständige familiäre Kontakte ein wichtiger Faktor für eine gelingende Resozialisierung nach der Haftentlassung.

¹ Urteil des BVerfG vom 23.10.2006, Az BvR 1797/06. www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2006/10/rk20061023_2bvr179706.html

Spezielle Bedarfe in Haft

Umgang im Vollzug

Allen Mitarbeiter:innen im Frauenvollzug muss das Ausmaß der psychischen Störungen/Erkrankungen und deren Konsequenzen auf das Verhalten der inhaftierten Frauen gegenüber anderen Inhaftierten sowie gegenüber den Bediensteten klar sein. Wie an anderer Stelle ausgeführt, haben inhaftierte Frauen überproportional häufig physische, psychische und sexualisierte Gewalt erfahren. Diese Traumatisierungen führen zu einem erhöhten Suizidrisiko, ausgeprägten Selbstverletzungstendenzen und spiegeln sich im Ausüben oder Erleiden von Gewalt im Haftalltag wider. Besonders Traumafolgestörungen, wie die posttraumatische Belastungsstörung, die Borderline-Störung und der Zusammenhang mit Suchterkrankungen und delinquentem Verhalten, sollten den Mitarbeiter:innen im Strafvollzug bekannt sein. Dieses Wissen hilft den Mitarbeiter:innen, Verhaltensweisen von betroffenen Frauen besser einschätzen und traumasensibel handeln zu können. So kann auch eine Retraumatisierung in Haft vermieden werden.

»Die Behandlung der psychischen Störung(en) bildet die Grundlage einer gelingenden Resozialisierung und dient der Prävention von neuen Straftaten und der Gesundheitsfürsorge.«

Psychiatrische und therapeutische Versorgung in Haft

Die Behandlung der psychischen Störung(en) bildet die Grundlage einer gelingenden Resozialisierung und dient der Prävention von neuen Straftaten und der Gesundheitsfürsorge. Häufig werden die meist „kurzen“ Haftstrafen von im Schnitt 9 Monaten als Begründung herangezogen, dass in der Vollzugsplanung die psychiatrische und therapeutische Versorgung kaum bis gar nicht vorgesehen ist. Besonders Frauen, die den Vollzugsalltag nicht stören oder mit denen aufgrund der Sprachbarriere nur wenig Verständigung möglich ist, werden oft mit ihrem hohen Bedarf an psychiatrischer und therapeutischer Versorgung übersehen. Zudem wirkt sich auch in diesem Bereich des Strafvollzugs der Fachkräftemangel deutlich aus.

Aus therapeutischer Sicht sind auch bei kurzen Haftstrafen Kurzzeitinterventionen sinnvoll und notwendig und können eine gute Grundlage für eine weiterführende Behandlung nach

der Haft bilden. Zudem muss auch eine Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung bei kürzeren Haftstrafen möglich sein, da auch diese durch einen gut vorbereiteten und begleiteten Übergang nach der Haft weitergeführt werden kann.

Spezielle Bedarfe beim Übergang und nach der Haft

Damit eine nahtlose psychiatrische, therapeutische und gesundheitliche Versorgung für die haftentlassenen Frauen gewährleistet werden kann, sollte im Rahmen des Übergangsmangements und der Entlassvorbereitung alles Notwendige dafür veranlasst werden. Kontaktaufnahmen und erste begleitete Gespräche mit den weiterbehandelnden Stellen sollten bereits aus der Haft im Rahmen von Ausgängen stattfinden, da die Frauen in der Regel eine längere Zeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung benötigen. Zur Gewährung des nahtlosen Übergangs der Behandlung ist ein Krankenversicherungsschutz, der sofort nach der Haftentlassung greift, zwingend erforderlich. Leider gestaltet sich genau diese so wichtige Schnittstelle zwischen der Heilfürsorge und den Krankenkassen aufgrund bürokratischer Hürden häufig schwierig.

Ein weiterer wichtiger Bedarf ist die Klärung des Wohn-/Schutzraumes nach der Haftentlassung. Viele Frauen waren entweder vor der Inhaftierung bereits wohnungslos oder haben in prekären Abhängigkeits- und Wohnverhältnissen gelebt. Andere haben aufgrund der Inhaftierung ihren Wohnraum verloren. Eine Haftentlassung in die Wohnungslosigkeit reduziert die Chancen auf eine gelingende Resozialisierung. Trotz der Ratifizierung der Istanbul Konvention im Jahr 2018 bieten die Notunterkünfte der ordnungsrechtlichen Unterbringung in der Regel den Frauen keinen separaten Schutzraum. Sie sind dadurch einem erhöhten Risiko erneuter physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt ausgesetzt. Frauenspezifische Einrichtungen nach § 67 SGBXII oder im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX gibt es nur sehr begrenzt und wenn nur vereinzelt in Großstädten.

Falls es vor oder während der Haft zu einem Kontaktabbruch mit der Familie bzw. den Kindern gekommen ist, benötigen die Frauen häufig beratende Unterstützung und Begleitung, um diese Kontakte wiederaufzunehmen. Eine gelingende Kontaktaufnahme und ein Beziehungsaufbau können maßgeblich zu einer psychischen Stabilisierung beitragen und die Resozialisierung positiv beeinflussen.

Schon im Rahmen der Vollzugsplanung sollte eine Perspektive für eine Erwerbsarbeit für eine unabhängige Lebensführung entwickelt werden. Neben der Tagesstruktur und dem Einkommen ist eine Tätigkeit für das Erleben von Selbstwirksamkeit und Unabhängigkeit wertvoll und sinnstiftend.

Die Besonderheiten der frauenspezifischen Straffälligenhilfe

Frauenspezifische Straffälligenhilfe muss eine durchgehende Hilfe sein, die vor, während und nach der Haft Unterstützung und Begleitung anbietet. Besonders traumatisierte Frauen benötigen eine Ansprechpartnerin, die sie kontinuierlich begleitet. Um eine vertrauensvolle Basis für eine Zusammenarbeit herzustellen, benötigen die Frauen Zeit. Traumatisierungen wirken sich in der Regel auf die Bindungsfähigkeit der betroffenen Person aus, sodass die Mutter-Kind-Bindung im Rahmen der frauenspezifischen Straffälligenhilfe besondere Aufmerksamkeit erfährt. Weitere wichtige Themen in der Beratung sind existenzsichernde Maßnahmen für die familiäre Versorgung, Gesundheitsfürsorge und Freizeitgestaltung. Ein niedrigschwelliger und kostenloser Zugang für haftentlassene Frauen zum Hilfe- und Unterstützungssystem ist eine Grundvoraussetzung in der freien Straffälligenhilfe.

Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

- Überprüfung alternativer Straf-/Haftformen für delinquente Mütter,
- standardisiertes Vorgehen zur flächendeckenden Information und Aufklärung von straffälligen Frauen mit Babys und Kleinkindern zum Mutter-Kind-Vollzug,
- Mutter-Kind-Vollzug als Chance sehen, durch die fachliche Unterstützung eine gelingende Mutter-Kind-Bindung im geschützten Rahmen aufzubauen und eine bedürfnisorientierte Mutter-Kind-Interaktion zu erlernen,
- bundesweite Vereinheitlichung der Erfassung der Geburten bei inhaftierten Frauen,
- familienfreundliche Ausgestaltung der Besuchskontakte,
- Schulungen der Mitarbeiter:innen des Frauenstrafvollzugs im Bereich „Umgang mit psychiatrischen Krankheitsbildern und im Speziellen im Umgang mit traumatisierten Frauen“ mit dem Ziel eines traumasensiblen Frauenstrafvollzugs,
- Anbindung an psychiatrische Versorgung, Durchführung von therapeutischen Kurzzeitinterventionen sowie die Substitutionsbehandlung in Haft auch bei kurzer Haftdauer,
- nahtloser Krankenversicherungsschutz nach der Haftentlassung zur Weiterführung der Behandlungen,
- Ausbau von Wohnformen für haftentlassene Frauen und deren Kinder,
- Umsetzung der Istanbul Konvention in Notunterkünften der ordnungsrechtlichen Unterbringung und der Wohnungsnotfallhilfe,
- bedarfsgerechte Finanzierung der frauenspezifischen Freien Straffälligenhilfe.



Birte Steinlechner

R SKF Landesverband Bayern
Referentin Gefährdetenhilfe, Häusliche Gewalt,
Wohnungslosenhilfe
steinlechner@skfbayern.de

Literatur

- BAG-S (in Vorbereitung): Fachausschuss Frauen: Herausforderungen und Perspektiven im Mutter-Kind-Vollzug des deutschen Strafvollzugssystems.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2023): Bestand der Gefangenen und Verwahrten in deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs. Januar bis Juni 2023.
- Endres, Johann; Wittmann, Johannes (2020): Psychische Störungen bei inhaftierten Frauen. In: *Forschung und Entwicklung*, Nr. 4, S. 227-278. www.researchgate.net/profile/Johann-Endres
- Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13. März 2008 zur besonderen Situation von Frauen im Gefängnis und die Auswirkungen der Inhaftierung von Eltern auf deren Leben in Familie und Gesellschaft. BR-Drucksache 265/08. <https://dserver.bundestag.de/brd/2008/0265-08.pdf>.
- Jacobi et al. (2016): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit in Deutschland. Erratum zu: *Psychische Störungen*. In: *Nervenarzt* 2016, S. 88 -90. DOI 10.1007/s00115-015-4458-7, S. 89.
- Kawamura-Reindl, Gabriele (2017): *Resozialisierung*, Handbuch. 4. Auflage, S. 365.
- Kawamura-Reindl, Gabriele (2009): *Besondere Zielgruppen und Problemlagen*. In: *Cornel, Heinz et al.: Resozialisierung*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 3. Auflage, S. 353.
- Köhler, Denis; Lindner, Alex; Norton, Vanessa; Kursawe, Janet; Simon, Kateline E. & Christian Huchzermeier (2014): *Psychische Gesundheit von inhaftierten Frauen. Eine klinische Untersuchung zu der psychischen Belastung, der Persönlichkeit, ADHS-Symptomen und Traumatisierung*. In: *Praxis der Rechtspsychologie*, Jg. 24, Nr. 1, S. 138-162.
- Scheffler, Gabriele (2009): *Inhaftierte Mütter – „Stiefkinder“ des Strafvollzugs?* In: *Bewährungshilfe*, Jg. 56, Nr. 1, S. 45-51.
- Zolondek, Juliane (2007): *Lebens- und Haftbedingungen im deutschen und europäischen Frauenvollzug*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Welche Änderungen sind für eine bessere Gesundheitsfürsorge in Haft und nach der Haft notwendig?

von Stefan Orlob

Einleitung

Die Notwendigkeit einer effektiven Gefängnispsychiatrie, die sich um die psychische Gesundheit von Gefangenen kümmert, wird immer deutlicher. Eine umfassende Betrachtung dieses Themas erfordert die Berücksichtigung verschiedener Aspekte, angefangen bei den Herausforderungen in der psychischen Versorgung von Straftäter:innen bis hin zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Versorgungsalltag im Gefängnis. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat auf ihrer Tagung im November 2022 die Notwendigkeit einer systematischen Erfassung der Situation von psychisch kranken Straftäter:innen in Justizvollzugsanstalten betont und eine Task-Force „Gefängnispsychiatrie“ (DGPPN 2022) eingerichtet. Das Thema Gefängnispsychiatrie stieß nicht nur auf der folgenden Gefängnispsychiatrietagung im Mai 2023 in Mühlhausen bei Fachvertreter:innen auf großes Interesse, sondern auch in der Öffentlichkeit. Am 13. Februar 2024 lud die DGPPN zum runden Tisch „Gefängnispsychiatrie“ nach Berlin ein. Themen waren unter anderem die Versorgung psychisch kranker Gefangener durch die Allgemeinpsychiatrie, die Notwendigkeit der Novellierung der normativen Bestimmungen zur Vollstreckungsfähigkeit bei chronischen psychischen Erkrankungen und der Umgang mit fremdgefährdenden psychisch Kranken im Vollzug. Es fand ein Erfahrungsaustausch über die Implantierung psychiatrischer Vollzugsabteilungen in Straf- und Jugendvollzugsanstalten statt. Zukünftige Forschungsvorhaben sollen Möglichkeiten zur Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Menschen im Gefängnis identifizieren.

Standortbestimmung der Gefängnispsychiatrie in Deutschland

Die Gefängnispsychiatrie, auch als Haftpsychiatrie bezeichnet, unterscheidet sich von der forensischen Psychiatrie (sog. Maßregelvollzug) durch ihre Fokussierung auf die Versorgung von inhaftierten Personen mit psychischen Störungen, unabhängig von den straffälligen Handlungen. Im Gegensatz zur forensischen Psychiatrie, die sich mit Menschen befasst, die aufgrund ihrer psychischen Störung straffällig geworden sind, können psychische Probleme bei Gefangenen auch erst im Zusammenhang mit der Inhaftierung auftreten oder sich verschärfen. International gilt die Gefängnispsychiatrie als ein wichtiges Feld

der Gesundheitsversorgung in Justizvollzugsanstalten. Sie ist Bestandteil der sog. intramuralen Medizin (Tag/ Hillenkamp 2008). Von Seiten der Gefängnismedizin (Göttinger/Lütkehölder 2018) wird der Versorgung psychisch kranker Gefangener eine große Bedeutung beigemessen.

In der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie nimmt die Gefängnispsychiatrie nur eine Randstellung ein. Selbst in renommierten psychiatrischen Fachbüchern (Dörner et al. 2019; Falkai et al. 2022; Möller et al. 2018) findet man nur selten ein spezielles Kapitel dazu.

Der Europarat hat im Jahr 2020 die „Europäischen Strafvollzugsgrundsätze“ (Council of Europe 2020) aktualisiert und dabei den Leitgedanken der humanen Behandlung von Gefangenen betont. Dabei spielen die Auswirkungen der Haft und besonderer Sicherungsmaßnahmen wie Isolation auf die physische und psychische Gesundheit der Inhaftierten eine besondere Rolle. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit sind folgende Grundsätze bzw. Empfehlungen enthalten:

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 inhaftiert werden.

12.2 Werden solche Personen dennoch ausnahmsweise in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht, so ist ihrer rechtlichen Stellung und ihren Bedürfnissen durch Sonderregelungen Rechnung zu tragen.

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.

47.2 Der anstaltsärztliche Dienst hat für die psychiatrische Behandlung aller Gefangenen, die einer solchen Behandlung bedürfen, zu sorgen und besonderes Augenmerk auf die Verhütung von Selbstmord zu richten.

Ein Bericht des Europarates im September 2022 (Ärzteblatt 2022) zeigte ernste Bedenken hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung in deutschen Anstalten auf. Es wurde festgestellt, dass Gefangene mit schweren psychischen Störungen unzureichend psychiatrisch betreut wurden. Zudem gab es erhebliche Schwierigkeiten, Inhaftierte mit akuter psychischer Störung in geeignete therapeutische Umfelder zu verlegen. Personen mit schweren und anhaltenden psychischen Störungen wurden hingegen wiederholt in besonders gesicherten Hafträumen isoliert. Schon im Jahr 2007 hatte eine im Auftrag des Europarats durchgeführte Untersuchung (Salize et al. 2007) auf einen allgemeinen Mangel an Behandlungsoptionen, Personal, Organisation und Infrastruktur für die Betreuung psychisch kranker Personen in Gewahrsam in Deutschland hingewiesen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Forderungen des Positionspapiers der World Psychiatric Association (Forrester/Piper 2020) zur Gesundheitsversorgung im Strafvollzug verwiesen.

»Die Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für die Gefängnispsychiatrie sind entscheidend, um die Qualität und Wirksamkeit der psychiatrischen Versorgung in Haftanstalten sicherzustellen.«

Die Umsetzung der genannten Versorgungsgrundsätze variiert erheblich zwischen den verschiedenen Bundesländern in Deutschland. Einige von ihnen haben ein gestuftes System mit voll- und teilstationären Behandlungsplätzen sowie Ambulanzen mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen. Andere Länder sind ausschließlich auf Vertragsärzte für psychiatrische Konsultationsdienste angewiesen und bieten lediglich die Möglichkeit einer zeitweisen stationären Behandlung in Einzelfällen in einer forensischen Psychiatrie im Wege der Amtshilfe an. Im Gegensatz zur Sozialtherapie im Strafvollzug (Moosburner 2022) gibt es keine aktuellen Erhebungen zur Situation der Gefängnismedizin im Allgemeinen und der Haftpsychiatrie im Speziellen.

Rechtlicher Rahmen der Gefängnispsychiatrie

In Deutschland unterliegen psychisch kranke Personen besonderen rechtlichen Bestimmungen (z. B. §§ 20, 21, 63 und 64

StGB; §§ 81, 126a und 455 StPO). In jüngerer Zeit wurde dies vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention wiederholt kritisiert (Di Tolla 2017). So forderte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im Jahr 2022 eine Abschaffung des forensisch psychiatrischen Maßregelvollzugs in seiner derzeitigen Form (Kammeier 2024).

Im Hinblick auf die Vollstreckungsfähigkeit (Haftfähigkeit) gibt es die nachfolgende spezielle gesetzliche Regelung bezüglich des Auftretens von psychischen Krankheiten vor Antritt oder während der Vollstreckung einer Haftstrafe.

Strafausstand wegen Vollstreckungsuntauglichkeit (§ 455 StPO)

„(1) Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt. [...] (4) Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrechen, wenn 1. der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt, [...] und zu erwarten ist, dass die Krankheit voraussichtlich für eine erhebliche Zeit fortbestehen wird. Die Vollstreckung darf nicht unterbrochen werden, wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen.“

Die Entscheidung, die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufgrund einer psychischen Erkrankung aufzuschieben oder zu unterbrechen, erfordert eine schwierige Abwägung zwischen den individuellen Rechten der betroffenen Gefangenen und den Interessen der öffentlichen Sicherheit. Besonders bei Verurteilten zu langjährigen Haftstrafen und gleichzeitigem Auftreten einer schwerwiegenden, chronischen oder fortschreitenden psychischen Erkrankung kann dies sehr schwierig sein.

Die Gesundheitsfürsorge für Gefangene wird während der Freiheitsentziehung nach dem Äquivalenzprinzip (§§ 56 ff StVollzG) finanziert. Das bedeutet, dass der Staat die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der inhaftierten Personen übernimmt. Die Leistungen entsprechen dabei den Standards und dem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung.

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen im Justizvollzug

Stand März 2021 befanden sich in Deutschland etwa 53.000 Personen in Justizvollzugsanstalten (Bundesamt 2021). Nach Schätzungen aus einzelnen Studien (Dudeck et al. 2009) leiden bis zu 88 % dieser Personen an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen. Ein bemerkenswertes Phänomen dabei ist die hohe Prävalenz traumatischer Erfahrungen unter den Insassen (Kopp et al. 2009), insbesondere bei jenen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrungen. Auch international

wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass Insass:innen in regulären Gefängnisssystemen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger von psychischen Erkrankungen und traumatischen Erfahrungen betroffen sind (Hopkin et al. 2018). Obwohl es keine umfassende Untersuchung zu den Häufigkeiten psychischer Erkrankungen unter Insass:innen von Justizvollzugsanstalten in Deutschland gibt, kann von einem hohen Bedarf an psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgung und Behandlung ausgegangen werden (Wulf 2016).

Die häufigsten Gründe für psychiatrische Konsultationen in Justizvollzugsanstalten umfassen Substanzkonsumstörungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, affektive Störungen und paranoid-halluzinatorische Syndrome (siehe Tab. 1).

Tab. 1 Die häufigsten mittels DIA-X ermittelten ICD-Diagnosen, nach Konrad (2009)

Diagnose	Ersatzfreiheitsstrafe	Untersuchungs- gefangene
Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit	77 %	43 %
Nikotinabhängigkeit	64 %	36 %
Spezifische Phobie	39 %	14 %
Dysthymia	21 %	6 %
(rezidiv.) depressive Episode(n)	20 %	40 %
Drogenabhängigkeit	20 %	14 %
Psychotische Störungen	10 %	6 %

Die häufigsten Gründe für die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung bei Aufnahme im Vollzug sind Entzugssyndrome oder Substanzintoxikationen. Dabei bedarf es nicht selten einer dringenden Entscheidung über die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Die psychiatrische Betreuung der Insass:innen erstreckt sich ebenso auf Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störungen. Oftmals stehen Anpassungsstörungen bis hin zu Suizidalität in direktem Zusammenhang mit der besonderen Situation des unfreiwilligen Aufenthalts in einer Haftanstalt. Diese kann für Inhaftierte viele Belastungen mit sich bringen, wie beispielsweise die Einschränkung der Freiheit, Fremdbestimmung im Alltag, Unsicherheit, Gewalterfahrungen, Schädigung des Selbstwertgefühls und Isolation.

Der psychiatrische Versorgungsalltag im Justizvollzug

Die psychiatrische Arbeit im Justizvollzug erfordert die Auseinandersetzung mit einer Lebensrealität, die sich erheblich von

der außerhalb von Gefängnissen unterscheidet. Der Begriff „Anstaltsarzt“, der im Justizvollzug häufig verwendet wird, betont die herausfordernde Natur der medizinischen Arbeit im Rahmen von Justizvollzugsanstalten. Es gibt ein Spannungsfeld zwischen den Kontroll- und Sicherheitsbedürfnissen der Einrichtung und dem beruflichen Ethos des medizinischen Berufsstands. Beispielsweise besteht die Pflicht, Informationen offenzulegen, wenn im Verlauf der medizinischen Arbeit Tatsachen bekannt werden, die die Sicherheit der Person oder der Institution bzw. Dritter gefährden (§ 182 Abs. 2 Satz 3 StVollzG). Die Strafvollzugsgesetze der Bundesländer enthalten erweiterte Bestimmungen zur Offenlegung von Informationen zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit von Insass:innen, Dritten oder Anstaltspersonal (z. B. § 119 Abs. 2 und 3 BremStVollzG).

Die medizinische Versorgung innerhalb einer Justizvollzugsanstalt ist primärärztlich organisiert. Der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin fungieren als Hausarzt oder Hausärztin und sind die erste medizinische Anlaufstelle. Zeitnah zur Inhaftierung erfolgt eine medizinische Aufnahmeuntersuchung. Dabei werden u. a. die Vollzugstauglichkeit, die Arbeitsfähigkeit und das Suizidrisiko beurteilt. Es ist entscheidend, dass bei der ersten Untersuchung eine ausreichende Sensibilität gegenüber vorhandenen psychischen Problemen besteht, da diese möglicherweise zuvor noch nicht diagnostiziert wurden.

Suizidales Verhalten ist in Justizvollzugsanstalten ein erhebliches Problem (Opitz-Welke/Konrad 2021). Die Risikofaktoren für suizidales Verhalten unter Insass:innen sind vielschichtig und umfassen frühere Suizidversuche, eine Vorgeschichte von Selbstverletzungen, psychiatrische Diagnosen, die Schwere der Straftat und die Dauer der Gefängnisstrafe. Psychiater:innen, Psycholog:innen und andere Gesundheitsfachkräfte spielen eine wichtige Rolle bei der Identifizierung von Suizidrisiken und der Umsetzung von Präventivmaßnahmen. Dazu gehören angemessene psychiatrische Beurteilungen, Krisenintervention und kontinuierliche psychiatrische Betreuung. Die Schulung und Sensibilisierung des Personals in Justizvollzugsanstalten zur Erkennung von Anzeichen von psychischem Stress und suizidalem Verhalten sind wesentliche Bestandteile der Suizidprävention im Gefängnis. Bereits mit der Aufnahme müssen präventive Maßnahmen umgesetzt werden.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder (PsychKG) nicht ohne Weiteres auf den Justizvollzug übertragbar sind. Eine akute Eigengefährdung im Sinne von Suizidalität führt nicht automatisch zu einer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Stattdessen greift weitaus häufiger ein System aus vollzuglichen Sicherungs-

bzw. Zwangsmaßnahmen, in die regelmäßig der psychologische Dienst der jeweiligen Justizvollzugsanstalt eingebunden ist. Soweit Maßnahmen gegen den Willen eines oder einer Gefangenen erfolgen, regeln sich diese nach dem StVollzG des jeweiligen Bundeslandes.

Die Notwendigkeit leitlinienorientierter Behandlungsmaßnahmen im Vollzug

Die eingangs genannten „Europäischen Strafvollzugsgrundsätze“ (Europe 2020) betonen die Bedeutung evidenzbasierter Praktiken bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in Haftanstalten. Darüber hinaus unterstreichen die Regeln die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitsstrategie, die präventive Maßnahmen, Gesundheitsförderung und den Zugang zu Gesundheitsdiensten umfasst, die denen in der Gesellschaft entsprechen. Mittelknappheit oder fehlende personelle Ressourcen dürfen nicht als Rechtfertigung für unzureichende Versorgungsangebote herhalten. Im Justizvollzugsalltag ist die Umsetzung evidenzbasierter Praktiken entscheidend für die Bereitstellung einer wirksamen psychiatrischen Versorgung. Dies umfasst die Anwendung standardisierter Behandlungsrichtlinien, kontinuierliche berufliche Fortbildung und die Integration von Forschungsergebnissen in das tägliche Arbeitsfeld. Schon das Beispiel der nicht organischen Schlafstörungen (z. B. Insomnie oder Alpträume) zeigt, wie schwierig es ist, allgemeine Behandlungsstandards in den Vollzugsalltag zu übertragen. In kaum einer deutschen Justizvollzugeinrichtung dürfte die Empfehlung der entsprechenden Leitlinien (Riemann et al. 2017) zur Anwendung einer kognitiven Verhaltenstherapie als erste Behandlungsoption bei Insomnie bei Erwachsenen jeden Alters bisher umgesetzt worden sein.

Strategien für eine bessere Gesundheitsversorgung in Haft

Die Herausforderungen, denen sich Haftanstalten bei der Bereitstellung angemessener psychiatrischer Versorgung gegenübersehen, sollten mit einem vielschichtigen Ansatz bewältigt werden. Dazu gehören legislative Reformen, die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und die Verbesserung von Schulungsprogrammen für Gesundheits- und Justizvollzugsmitarbeiter:innen.

Eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Strafgefangener besteht in der Reform der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen. Legislative Reformen sollten Probleme wie die Bedingungen für den Aufschub oder die Unterbrechung der Vollstreckung einer Gefängnisstrafe aufgrund von psychischen Erkrankungen oder die Koordinierung der psychiatrischen Versorgung zwischen den Bundesländern angehen.

Die Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für die Gefängnispsychiatrie sind entscheidend, um die Qualität und Wirksamkeit der psychiatrischen Versorgung in Haftanstalten sicherzustellen. Diese Leitlinien sollten verschiedene Aspekte der spezifischen psychiatrischen Versorgung im Justizvollzug abdecken, einschließlich Diagnostik, Behandlungsplanung und Nachsorge. Hier kommt der Zusammenarbeit mit externen sozialen Diensten und Behandlern eine große Bedeutung zu.

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) betont die Bedeutung spezialisierter psychiatrischer Einrichtungen und Abteilungen innerhalb von Haftanstalten. Diese Einrichtungen sollten so ausgestattet sein, dass sie eine angemessene Behandlung für psychisch kranke Insass:innen sichern, einschließlich Zugang zu psychiatrischen Medikamenten, psychotherapeutischen Interventionen und anderen notwendigen Gesundheitsdiensten (Cernko 2014). Interdisziplinäre Teams, bestehend aus Psychiater:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Justizvollzugsbeamten:innen, sollten gemeinsam individuelle Behandlungspläne für psychisch kranke Insass:innen entwickeln. Die Koordination sollte über die Justizvollzugsanstalt hinausgehen, um eine kontinuierliche Versorgung während und nach dem Vollzug zu gewährleisten. Besonders effektiv und ressourcenschonend wären dabei die Implementierung von weiteren tagesklinischen Angeboten nach dem Beispiel der JVA Neumünster (Ostermann/Huchzermeier 2019).

Letztlich ist die regelmäßige Evaluierung von Programmen und Dienstleistungen der Gefängnispsychiatrie entscheidend, um Bereiche zur Verbesserung zu identifizieren und sicherzustellen, dass die implementierten Strategien mit den sich entwickelnden Bedürfnissen der Insassenpopulation übereinstimmen. Dies umfasst die Überwachung der Prävalenz von psychischen Erkrankungen, die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen und die Ergebnisse von Interventionen. Die zukünftigen Ziele bestehen darin, die Defizite in der Versorgung psychisch erkrankter Insass:innen in deutschen Justizvollzugsanstalten zu erfassen und Strategien zu deren Überwindung zu entwickeln.

Zusammenfassung

Der aktuelle Stand der Entwicklung der Gefängnispsychiatrie in Deutschland verdeutlicht sowohl Herausforderungen als auch Möglichkeiten zur Verbesserung. Die hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter Insass:innen unterstreicht den dringenden Bedarf an umfassender und effektiver psychiatrischer Versorgung in Haftanstalten.

Die Bewältigung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Insass:innen erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Hierbei sind legislative Reformen, die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien, verbesserte Schulungsprogramme, Zusammenarbeit und Koordination zwischen Interessengruppen sowie kontinuierliche Forschung und Evaluation notwendig. Durch die Priorisierung der psychischen Gesundheit von Inhaftierten kann auf ein Justizvollzugssystem hingearbeitet werden, das nicht nur bestraft, sondern auch rehabilitiert und das allgemeine Wohlergehen seiner Insass:innen unterstützt. Durch gemeinsame Anstrengungen und einen Fokus auf kontinuierliche Verbesserung können die mentalen Gesundheitsergebnisse von Insass:innen positiv beeinflusst werden. Dies trägt zur erfolgreichen Reintegration in die Gesellschaft bei und verbessert das Justizvollzugssystem insgesamt. Die weitere Entwicklung der Gefängnispsychiatrie muss von Prinzipien der Menschlichkeit, evidenzbasierter Praktiken und dem Engagement für die Rechte und Würde jedes und jeder Einzelnen innerhalb des Justizvollzugsystems geleitet werden.

Gefangene mit anhaltenden psychischen Störungen sind für die Erreichung ihrer Vollzugsziele und eine erfolgreiche soziale Reintegration nicht ausreichend erreichbar. Eine Reduzierung der Rückfallgefahr und somit die Erfüllung des eigentlichen Vollzugauftrags wird dadurch verhindert. Das Delinquenzrisiko der Betroffenen bleibt unverändert. Bei unzureichend behandelten psychischen Störungen und weiteren Risikofaktoren kann es bereits kurz nach der Entlassung zu neuen Straftaten kommen. Die Gefängnispsychiatrie hat somit auch eine wichtige, möglicherweise bisher unterschätzte Aufgabe hinsichtlich eines effektiven Risikomanagements nach der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.



Prof. Dr. med. Stefan Orlob
Professor an der Universität Greifswald,
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
stefan.orlob@uni-greifswald.de

Literatur

- Ärzteblatt (2022): Europarat kritisiert psychiatrische Versorgung in einigen deutschen Haftanstalten. www.aerzteblatt.de/nachrichten/137398/Europarat-kritisiert-psychiatrische-Versorgung-in-einigen-deutschen-Haftanstalten
- Cernko, Daniela (2014): Die Umsetzung der CPT-Empfehlungen im deutschen

Strafvollzug. Duncker & Humblot: Berlin.

- Council of Europe (2020): Empfehlung Rec (2006) 2-rev des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze. search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=0900001680a346cb
- Di Tolla, Patricia (2017): Rechte psychisch erkrankter Menschen durchsetzen. Soziale Psychiatrie, H. 3, S. 4-6.
- Dudeck, Manuela/Kopp, Daniel/Kuwert, Philipp/Drenkhahn, Kirstin/Orlob, Stefan/Luth, Johannes Holger & Carsten Spitzer (2009): Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. Psychiatrische Praxis 36, H. 5, S. 219-224. doi.org/10.1055/s-0028-1090217
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas & Frank Wendt (Hrsg.) (2019): Irren ist menschlich. 25. Auflage, Psychiatrie Verlag: Köln.
- Falkai, Peter/Laux, Gerd/Deister Arno & Hans-Jürgen Möller (2022): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7. Auflage, Thieme: Stuttgart.
- Forrester, Andrew/Piper, Mary (2020): The WPA's prison health position statement and curriculum. World Psychiatry 19, H. 1, S. 125. [doi: 10.1002/wps.20711](https://doi.org/10.1002/wps.20711).
- Göttlinger, Georg/Lütkehöller, Martina (2018): Medizinische Versorgung in Justizvollzugsanstalten: Die Besonderheiten anhand von Fallbeispielen nachvollziehen. Springer: Berlin. doi.org/10.1007/978-3-662-57432-4
- Hopkin, G./Evans-Lacko, S./ Forrester, A./ Shaw, J. & Thornicroft, G. (2018): Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 45, H. 4, S. 623-634. doi.org/10.1007/s10488-018-0848-z
- Kammeier, Heinz (2024): Die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Abschaffung des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 18, H. 1, S. 4-15. doi.org/10.1007/s11757-023-00805-4
- Konrad, Norbert (2009): Psychiatrie. In: Keppler, Karl/Stöver, Heinz (Hrsg.): Gefängnismedizin. Thieme; Stuttgart, S. 208-227.
- Kopp, D./Spitzer, C./Kuwert, P./Barnow, S./Orlob, S./Lüth, H. & M. Dudeck (2009): Psychische Störungen und Kindheitstraumata bei Strafgefangenen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 77, H. 03, S. 152-159.
- Moosburner, Maeve (2022): Sozialtherapie im Strafvollzug 2022. Kriminologische Zentralstelle: Wiesbaden.
- Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd & Hans-Peter Kapfhammer (2018). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage, Springer: Berlin.
- Opitz-Welke, Annette/Konrad, Norbert (2021): Suizide im deutschen Strafvollzug: Häufigkeit, Risikofaktoren und Prävention. Bundesgesundheitsblatt. doi.org/10.1007/s00103-021-03460-4 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03460-4#citeas>
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03460-4#citeas>.
- Schulte Ostermann, Michael/Huchzermeier Christian (2019): Gefängnispsychiatrie zwischen Bedarf und Wirklichkeit: Die psychiatrische Tagesklinik in der JVA Neumünster. Rechtspsychologie 5, H. 1, S. 42-60. DOI: 10.5771/2365-1083-2019-1-42.
- Riemann, D./Baum, E./Cohrs, S./Crönlein, T./Hajak, G./Hertenstein, E./Spiegelhalder, K. (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Somnologie 21, H. 1, S. 2-44. doi.org/10.1007/s11818-016-0097-x
- Salize, Hans-Joachim/Dreßing, Harald & Christine Kief (2007): Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Mannheim: Central Institute of Mental Health Retrieved from ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
- Tag, Britta/Hillenkamp, Thomas (2008): Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Springer: Berlin.
- Wulf, Rüdiger (2016): Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen: Empfehlungen einer Expertenkommission in Baden-Württemberg. Bewährungshilfe 63, H. 2, S. 139-151.
- World Psychiatric Association (WPA) (2019): WPA Position Statement on Prison Public Health.

Wie müssen Gefängnisse für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ausgestattet sein? Und was kann die Justiz leisten?

Zusammenfassung der Podiumsdiskussion vom 28.11.2023

Zur aktuellen Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Haft

Manuel Matzke leitet die Diskussion mit der Präsentation konkreter Fallbeispiele ein, um die Herausforderungen und Bedürfnisse von Gefangenen mit psychischen Erkrankungen zu verdeutlichen. Er berichtet von einem Fall während seiner Haftzeit, bei dem ein Mitgefangener, der sich zu Beginn normal verhielt, im Laufe der Zeit psychisch immer auffälliger wurde. Trotz medikamentöser Behandlung und gelegentlicher psychologischer Gespräche verschlechterte sich sein Zustand weiter. Die Justiz versuchte, Maßnahmen zu ergreifen, scheiterte jedoch. Der Gefangene wurde in die Psychiatrie überstellt, aber es dauerte lange, bis dies geschah. Dies zeigt die Schwierigkeiten im Umgang mit psychischen Erkrankungen im Strafvollzug. Ein ähnlicher Fall ereignete sich in einer JVA für Frauen, wo eine Insassin mit Agoraphobie und schweren Panikattacken trotz ärztlicher Feststellung der Haftuntauglichkeit inhaftiert wurde. Es gab Suizidversuche, und erst nach gerichtlichem Eingreifen und intensiver Unterstützung von vielen Menschen erhielt sie eine Haftunterbrechung und angemessene Behandlung außerhalb des Gefängnisses.

»Ich würde sagen, im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Gefangenen muss sich so ungefähr alles ändern.«

Christine Graebisch führt damit ein: „Ich würde sagen, im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Gefangenen muss sich so ungefähr alles ändern.“ Es ist notwendig, die Haltung und Perspektive im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Gefangenen zu ändern. Sie kritisiert, dass bei psychischen Beeinträchtigungen zumeist mit Sicherungsmaßnahmen reagiert werde und insbesondere mit Unterbringung in Einzelhaft, die laut Mandela Rules nicht länger als 15 Tage andauern dürfe. Auch die bestehenden Therapieangebote sollten sich auf die Bewältigung

der individuellen Probleme und Beeinträchtigungen der Gefangenen konzentrieren, anstatt nahezu ausschließlich auf Risikoreduktion zu fokussieren.

Daniel Wolter spricht über die Herausforderungen der freien Straffälligenhilfe im Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen insbesondere in der Nachsorge. Hier ist es entscheidend, Kooperationen einzugehen, da in der Straffälligenhilfe in der Regel keine Psycholog:innen oder Psychiater:innen arbeiten. Es muss also ein Netzwerk aufgebaut werden mit den ärztlichen Einrichtungen und der Gemeindeversorgung vor Ort, auf die man dann zurückgreifen kann. So ist beispielsweise in Baden-Württemberg im Sommer 2023 das „Modellprojekt zur Wiedereingliederung von psychisch auffälligen Gefangenen“ gestartet.

Ulrich Lewe gibt einen Einblick in die Situation im Maßregelvollzug, die sich negativ entwickelt hat. Die Anzahl der Menschen im Maßregelvollzug hat sich im Vergleich zu den 1990er-Jahren verdreifacht, die Dauer der Unterbringung hat sich fast verdoppelt. Durchschnittlich sind heute dort Personen 9 bis 10 Jahre untergebracht. Hierbei handelt es sich um eine Fehlentwicklung. Das Ziel, die Menschen möglichst schnell wieder in die Gesellschaft zu integrieren, wird nicht erreicht. Dies liegt auch daran, dass Therapien in totalen Institutionen nicht effektiv sind. Veränderungen im Maßregelvollzugssystem sind dringend notwendig. Er hat hierfür ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie mitverfasst.

Sven Wolf spricht als politischer Vertreter über Maßnahmen, die in Nordrhein-Westfalen zur Verbesserung der Situation ergriffen wurden. Dabei weist er auf die Einführung eines stufenweisen Übergangsmanagements für Gefangene hin (B5). Auch hat innerhalb des Justizvollzugskrankenhauses ein Ausbau der Behandlungsplätze für Inhaftierte mit psychischen Erkrankungen stattgefunden und wird auch weiter politisch diskutiert. Das hilft bei akuten Fällen und entlastet die Anstalten. Er fordert, dass alle beteiligten Akteure, vom AVD über die Fachdienste bis zur freien Straffälligenhilfe, vielmehr partnerschaftlich zusammenarbeiten müssen, um erfolgreich arbeiten zu können.

28. November 2023

„BRÜCKEN BAVEN“
 ÜBERGANGSMANAGEMENT & NACHSORGE FÜR MENSCHEN MIT SEELISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN HAFT

WIE MÜSSEN GEFÄNGNISSE FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN/BEEINTRÄCHTIGUNGEN AUSGESTATTET SEIN?
Was kann die Justiz leisten?

PODIUMSDISKUSSION

PERSPEKTIVWECHSEL / ÄNDERUNG HALTUNG
 Fallbeispiel: ABSETZEN ANTIDEPRESSIVA BEI HAFTANTRITT
 → SCHULD ANNEHMEN

VERANTWORTUNG
 DER VOLLZUG MUSS VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

DURCHLAUFENDER VERSICHERUNGSSCHUTZ

HOUSING FIRST
 → BEZAHLBARER WOHNRAUM

SICHERHEIT DURCH BEZIEHUNG → VERTRAUEN DER GESELLSCHAFT

INNOVATIVE IDEEN DURCH WISSENSCHAFT

KOOPERATIONSPARTNER FINDEN
 WO SIND MEINE GRENZEN

NRW: VOLLZUGS-KRANKENHAUS
 → GROßE PSYCHIATRIE

Wunsch:
 BUNDESWEITE ORGANISATIONEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DES ÜBERGANGES

BAG-S
 Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

DOMINIQUE KLEINER

Speziell bei dem Thema der psychischen Erkrankung ist für ihn wichtig, dass schon im Verfahrensprozess die Frage der Schuldunfähigkeit der Menschen in den Blick genommen wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen eine gute Verteidigung an ihrer Seite. Und zum Thema Ersatzfreiheitsstrafe formuliert er eindeutig: „Das ist totaler Quatsch.“

Der Übergang von der Haft in die Freiheit und die Nachsorge

Manuel Matzke sieht ein großes Problem in den niedrigen Ausgaben für die medizinische Versorgung im Justizvollzug. Im Vergleich zu den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind diese deutlich niedriger (Ausnahme: Saarland). Dies ist ein Ergebnis einer Untersuchung der GG/BO aus dem Jahr 2019 zu den Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Versorgung in den Bundesländern. Dabei haben Menschen im Strafvollzug aufgrund ihrer Problemlagen einen höheren Bedarf an medizinischer Versorgung. Es muss zukünftig mehr Geld für die medizinische Versorgung bereitgestellt werden, da die Ärzt:innen und Fachdienste im Vollzug eine wichtige Aufgabe leisten. Medika-

mente zur Ruhigstellung bekommt man ohne Probleme – aber an Fachärzt:innen und entsprechender Behandlung mangelt es. Aber nicht nur Geld ist notwendig. Auch müssten Inhaftierte in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden und im Vollzug die Möglichkeit haben, die Ärzt:innen frei zu wählen. Denn das Misstrauen gegenüber den Ärzt:innen und Psycholog:innen als Teil des Systems ist groß und schadet der Gesundheit. Es geht aber auch um eine Haltung gegenüber den Gefangenen: „Gefangene sind Menschen und als das sollen sie auch betrachtet werden und nicht als Buchnummer.“ Wenn der Vollzug es nicht schafft, die notwendige medizinische Versorgung zu stemmen, muss er Verantwortung übernehmen und sich für externe Angebote öffnen: d. h. mehr Ausführungen insbesondere in spezifischen Bereichen, wie der Suchtberatung.

Christine Graebisch greift die Aussage von Matzke zur Verantwortungsübernahme auf und kritisiert, dass der Vollzug von den Gefangenen immer wieder fordert, Verantwortung für ihre Taten zu übernehmen, gleichzeitig aber selbst keine Verantwor-

tung übernehmen will, wenn es um Vollzugslockerungen geht. Diese seien in den letzten Jahren bundesweit zurückgegangen. Dabei wissen wir alle, dass es auch schädliche Auswirkungen in Bezug auf den Rückfall haben kann, wenn die Entlassung nicht vorbereitet wird. Der Vollzug muss sich also öffnen – auch für wissenschaftlich fundierte Kritik. Dafür muss der Vollzug sich aber auch für Forschung öffnen, wie jüngst das BVerfG wieder klargestellt hat. Ihre eigenen Anfragen zu Interviews mit Bediensteten wurden aber aus Kapazitätsgründen abgelehnt. Nach der Inhaftierung sieht sie als größtes Problem den fehlenden Wohnraum – insbesondere für den Personenkreis, der aus der Sicherheitsverwahrung kommt oder aufgrund von Sexualdelikten inhaftiert wurde oder keinen deutschen Pass besitzt.

Daniel Wolter spricht sich für einen durchgehenden Sozialversicherungsschutz aus, d. h. eine durchgehende Mitgliedschaft der Inhaftierten in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Damit ließe sich einerseits sicherstellen, dass Inhaftierte während der Freiheitsstrafe Anspruch auf die gleichen Leistungen hätten. Andererseits würde es die aktuellen Schwierigkeiten bei der Entlassung beheben und die Möglichkeit schaffen, dass bspw. therapeutische Maßnahmen lückenlos fortgesetzt werden können. Er betont die Bedeutung einer strukturierten Übergangsgestaltung und schlägt vor, bundesweit Koordinierungsstellen einzurichten, die den Übergang in die Freiheit begleiten, was auch eine Aufgabe der freien Straffälligenhilfe sein könnte. Diese müsste jedoch mehr unterstützt werden. Die häufig nur befristete Finanzierung von Projekten führt zu einer regional sehr unterschiedlichen Angebotsstruktur. Es sollte aber nicht von dem Ort abhängen, ob notwendige Angebote bestehen oder nicht.

Ulrich Lewe verweist auf gute Beispiele aus der Praxis. So sind Nachsorgeambulanzen sinnvolle Einrichtungen im Übergang. Er selbst hat in einer solchen in Nordrhein-Westfalen gearbeitet. Ca. 6 Monate vor Entlassung wurde im Gefängnis der Kontakt zu den Personen gesucht. Das Angebot wurde vorgestellt und die Teilnahme war freiwillig. Sie mussten also um die Personen werben. Das hat alles gut funktioniert. Ein anderes Beispiel ist die Neustrukturierung des Maßregelvollzuges in Italien. Dort wurden die großen Maßregelvollzüge geschlossen und stattdessen regional kleinere mit maximal 40 Plätzen geschaffen. Eines der Prinzipien: Jeder Gefangene hat nach 6 Monaten eine Aktivität draußen, also Sportverein oder Praktikum oder Lehre oder Arbeitsplatz. Um das zu erreichen, muss er nach draußen begleitet werden. „Sie schaffen so Sicherheit nicht durch Mauern, sondern durch Beziehung.“ Und das funktioniert nach seinen Angaben.

Sven Wolf betont den Erfolg des Übergangsmagements in Nordrhein-Westfalen. Ein geordneter Übergang sei absolut notwendig, damit die Gefangenen nicht mit dem Koffer in der Hand alleine dastehen. In diese Richtung muss weitergearbeitet werden. Das muss auch in die Köpfe aller Bediensteten rein. Auch bei den Lockerungen müsste viel mehr möglich sein. Aber es gilt auch darauf zu schauen, was während der Haftzeit erledigt werden kann, wie z. B. eine Schuldenregulierung oder das Absolvieren einer Ausbildung. Zur Frage des Einbezugs in die gesetzliche Krankenversicherung betont er das Kostenargument: Den Vollzug würde ein anderer Kostenträger natürlich erheblich entlasten. Das Justizministerium oder die Haushaltsgesetzgeber würde das nach seiner Einschätzung sehr freuen.

Gesprächsbeiträge aus dem Publikum

Im Anschluss daran wurden einige Anmerkungen und Fragen aus dem Publikum gesammelt. Ein Teilnehmender aus Sachsen betont die Vorteile einer Gesundheitsversorgung durch die Justizkasse. Er hebt die schnellere Finanzierung von Therapien sowie die geringeren Standards (bspw. durch die Möglichkeit des Einsatzes von pensionierten Ärzt:innen) hervor, die durch den Einbezug in die gesetzliche Krankenversicherung verändert werden müssten. Auch bestehe die Möglichkeit, Behandlungen so lange durchzuführen, wie sie nötig seien.

Eine Anstaltsleiterin einer JVA aus Nordrhein-Westfalen plädiert dafür, regelhaft über den offenen Vollzug zu entlassen. Das Risiko müsse von der Gesellschaft getragen werden, weil nur so Inhaftierte erfolgreich wieder in die Gesellschaft zu integrieren sind. „Der geschlossene leistet viel, aber freischwimmen kann ich nur im offenen und darum ist das Plädoyer von mir, dass man über den offenen Vollzug entlässt.“

Dieser Aspekt wird von einem weiteren Teilnehmenden aus Sachsen-Anhalt unterstützt. Er betont, dass die Zurückhaltung bei der Nutzung des offenen Vollzuges viel damit zu tun habe, dass große Bedenken bestünden, was Ausbrüche und Rückfälle betrifft. In einem offenen Vollzug bei ihm vor Ort sind von 50 Plätzen nur 8 Plätze belegt.

Abschließend betont eine Teilnehmerin aus Sachsen den akuten Wohnungsmangel sowie das Fehlen von Substitutionsbehandlungen nach der Haftentlassung als großes Hindernis beim Übergangsmangement.

Abschlussrunde: Was steht auf dem Wunschzettel?

Sven Wolf betont die Notwendigkeit eines Resozialisierungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen, das im Koalitionsvertrag von Schwarz-Grün vereinbart wurde. Er hofft auf konstruktive Vorschläge aus dem Justizministerium. Zum Thema offener Voll-

zug unterstreicht er, dass es auf die Kapazitäten ankommt. Der Grundsatz sei, dass Personen mit Arbeitsplatz im offenen Vollzug ihre Strafe dort absitzen sollten. Aber die Plätze würden nicht ausreichen, alle über den offenen Vollzug zu entlassen. Er hält eine gesellschaftliche Debatte über die Ängste bei Lockerungsentscheidungen für notwendig. Abschließend weist er darauf hin, dass die Feinde der Demokratie mittlerweile in den Parlamenten sitzen und dies auch die Debattenkultur unter den demokratischen Fraktionen schwieriger gemacht hat.

Daniel Wolter wünscht sich eine bundesweite Strategie zum Umgang mit psychisch Erkrankten im Strafvollzug. Er betont die Bedeutung der medizinischen Versorgung und hebt an dieser Stelle hervor, dass auch Gesundheitsdienste in die Verantwortung genommen werden müssen. „Warum nehmen wir nicht die Gesundheitsverwaltungen in Verantwortung, auch sicherzustellen, dass es bestimmte Versorgungsstrukturen nach der Haftentlassung oder sogar in der Haft gibt?“ Darüber hinaus geht er auf die Problematik des fehlenden Wohnraums nach der Haft ein und fordert hier die politischen Entscheidungsträ-

ger auf, ausreichend Wohnraum zur Verfügung zu stellen.

Ulrich Lewe spricht sich dafür aus, kleinere Einheiten zu schaffen. Kleinere Hafthäuser, gemeindenah, vielleicht auch spezialisiert, in denen dann Hospitalisierungsschäden vermieden werden können. Mit gutem Willen lasse sich das umsetzen.

Christine Graebisch betont die Bedeutung von Überzeugungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Das Resozialisierungsprinzip steht ganz oben und lässt sich auch gut verteidigen. Ein konkreter Vorschlag ist, Studierende viel mehr in die Haftanstalten zu lassen. Wenn sie dort Kontakt bekommen, dann fangen sie auch an, sich zu interessieren und über den Bereich nachzudenken. Schließlich sind sie auch das Fachpersonal der Zukunft.

Manuel Matzke unterstreicht die Notwendigkeit eines politischen Umdenkens, weil hier darüber geredet werden kann, was notwendig ist – aber die wirklichen Entscheidungen treffen andere Menschen.



Podiumsteilnehmende

Prof. Dr. Christine Graebisch ist Juristin und Kriminologin. Sie ist Professorin im Bereich angewandte Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Dortmund. Sie ist außerdem die Leiterin des Strafvollzugsarchives. Ihr Schwerpunkt liegt auf strafrechtlichen Sanktionen, Freiheitsentziehung, Migrationsrecht, Kriminologie.

Dr. Ulrich Lew ist Psychologe und hat im stationär geschlossenen Maßregelvollzug sowie in einer Ambulanz für psychisch kranke Haftentlassene gearbeitet. Darüber hinaus ist er Mitglied des Fachausschusses Forensik und des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).

Manuel Matzke ist Sprecher der Gefangenengewerkschaft (GG/BO), die sich vor allem für die Arbeitsrechte von arbeitenden Gefangenen einsetzt. Neben dem Einbezug in den gesetzlichen Mindestlohn und die sozialen Leistungssysteme (Rente sowie die Gesetzliche Krankenkasse) wird die volle Gewerkschaftsfreiheit hinter Gittern gefordert.

Sven Wolf ist Jurist und Abgeordneter der SPD-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Er war sieben Jahre lang rechtspolitischer Sprecher der Fraktion und setzt auch in dieser Legislatur die Arbeit im Rechtsausschuss fort.

Daniel Wolter ist Geschäftsführer des DBH – Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V., Soziologe und Kriminologe und vertritt den Fachverband im Vorstand der BAG-S. Der DBH Fachverband engagiert sich für eine soziale Strafrechtspflege und Kriminalpolitik durch Weiterbildungen, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit.

Elke Bahl moderiert die Podiumsdiskussion. Sie war bis zu ihrem Ruhestand Geschäftsführerin des Vereins Bremische Straffälligenbetreuung. Sie war darüber hinaus jahrelang aktiv in Initiativen der Straffälligenhilfe mit einer abolitionistischen Perspektive und zuletzt auch für den Paritätischen Gesamtverband Mitglied im Vorstand der BAG-S.



Bundesarbeitsgemeinschaft
Schuldnerberatung e.V.



Schuldnerberatung in der Straffälligenhilfe Paragrafen und Pragmatisches

Themen der Veranstaltung

- Unterhaltsforderungen während der Haftzeit
- Anwartschaftsversicherung der Krankenkassen
- Forderungen aus unerlaubter Handlung/Tateinzahlung
- Überblick und Behandlung in der Insolvenz

Termin der Online-Veranstaltung

Freitag, 8. November 2024, 9.00-16:15 Uhr

Moderation

Miriam Ernst

Referierende

Kanzlei Allemand Kemperdick,
Melanie van Luijn, Maja Calustian

Teilnahmegebühr

BAG-SB-Mitglieder	171,50 Euro p.P.
Nicht-Mitglieder	227,50 Euro p.P.

Anmeldung und weitere Infos unter
www.bag-sb.de/veranstaltungen



Die psychiatrische Abteilung der JVA Neumünster

Interview mit Carina Thoms und Dr. Frithjof Staude-Müller

Carina Thoms ist Psychiaterin des Zentrums für integrative Psychiatrie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Dr. Frithjof Staude-Müller ist Psychologe und Vollzugsleiter der psychiatrischen Abteilung der JVA Neumünster.

BAG-S: Herzlich willkommen Frau Thoms und Herr Staude-Müller. Vielen Dank, dass Sie für ein Interview zur Verfügung stehen.¹ Im vergangenen November behandelte die BAG-S auf ihrer Bundestagung die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Strafvollzug und bei der Entlassung. Über zwei Tage hinweg wurde intensiv diskutiert. Die hohe Teilnehmerszahl zeigte deutlich, dass das Thema für die Aktiven vor Ort, sowohl im Vollzug als auch in der freien Straffälligenhilfe, ein drängendes Thema ist. Mehrfach wurde das Modell „Neumünster“ als Lösungsmöglichkeit genannt, bei dem eine Tagesklinik für Inhaftierte mit psychiatrischem Behandlungsbedarf eingerichtet wurde. Wir möchten gern zunächst erfahren, worum es bei Ihnen geht und wie die psychiatrische Tagesklinik aufgebaut ist.

Fr. Thoms: Die psychiatrische Abteilung in der JVA Neumünster existiert seit 2016. Das Spannende an dem Projekt ist, dass eine Zusammenarbeit von zwei ganz verschiedenen Bereichen besteht. Wir haben auf der einen Seite den Vollzug und auf der anderen Seite das medizinische Personal, das bei uns arbeitet. Wir vom medizinischen Personal gehören zum Zentrum für Integrative Psychiatrie in Kiel, genauer gesagt zum Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und sind als Externe hier vor Ort tätig.

Wir sind eine normale Abteilung innerhalb der JVA. Das würde man bei dem Namen ‚Tagesklinik‘ erst einmal gar nicht erwarten. Da wird davon ausgegangen, dass der Patient morgens kommt, abends wieder geht und im eigenen Bett schläft. Das ist bei uns nicht der Fall. Wir haben eine Abteilung mit 20 Haftplätzen und alle unsere Patienten sind hier regulär als Gefangene auf der Abteilung untergebracht. Der Begriff Tagesklinik kommt daher, weil wir vom medizinischen Personal zu ‚tagesklinischen Zeiten‘ anwesend sind. Wir verfügen über mich als Oberärztin, eine Assistenzärztin, drei Psychologinnen, zwei Ergotherapeu-

ten, sechs Pflegekräfte und wir sind von unseren Arbeitszeiten her vormittags bis nachmittags vor Ort. Wir haben keine Nachtdienste und auch an den Wochenenden nur eine reduzierte Besetzung, wo wir stundenweise für Visiten vorbeikommen. Der Begriff Tagesklinik kommt daher, dass wir keine medizinische Rund-um-die-Uhr-Versorgung anbieten.

»Wir haben eine Abteilung mit 20 Haftplätzen und alle unsere Patienten sind hier regulär als Gefangene auf der Abteilung untergebracht. Der Begriff Tagesklinik kommt daher, weil wir vom medizinischen Personal zu ‚tagesklinischen Zeiten‘ anwesend sind.«

Hr. Dr. Staude-Müller: Die psychiatrische Abteilung fügt sich in die Vollzugslandschaft von Schleswig-Holstein ein. Wir sind zuständig für alle Anstalten in Schleswig-Holstein mit der Aufgabe, Gefangene aufzunehmen und zu behandeln, die am Vollzugsalltag so nicht teilnehmen können. Das ist auch das Behandlungsziel, dass die Menschen wieder in den regulären Vollzug integriert werden können. Wir arbeiten eng mit den Psychiatern in den Anstalten vor Ort zusammen. Es gibt beispielsweise in Neumünster einen konsiliar-psychiatrischen Dienst, der zweimal pro Woche vor Ort ist und die Gefangenen mit psychischen Problemen sieht. Dieser gibt die Empfehlung bzw. die Überweisung hier in die Tagesklinik. Dies geschieht genauso in der JVA Lübeck oder der JVA Kiel. Wenn Menschen bzw. Gefangene gesehen werden, deren Bedarf ambulant nicht abgedeckt werden kann, dann werden sie uns zugewiesen mit einem Vollzugsbericht und einem Konsiliarbericht. Wir laden sie dann zu einem Gespräch ein und entscheiden, ob sie bleiben können. Das ist auch der Auftrag einer Tagesklinik draußen: Die Leute wieder fit zu machen. Diejenigen, die eigentlich funktionieren, aber am

¹ Das Gespräch hat am 20. Februar 2024 per Videokonferenz stattgefunden. Das Gespräch führten Christina Müller-Ehlers und Dr. Frank Wilde.

regulären Leben nicht so richtig teilhaben können, wieder einzuliedern. Und so ähnlich ist das hier.

»Wir sind aber dadurch, dass die Ärzte nicht rund um die Uhr vor Ort sind, auch dahingehend eingeschränkt, wen wir überhaupt aufnehmen können.«

Wir sind aber dadurch, dass die Ärzte nicht rund um die Uhr vor Ort sind, auch dahingehend eingeschränkt, wen wir überhaupt aufnehmen können. Wir haben einige Ausschlusskriterien. Die Gefangenen, die hierherkommen, müssen eine Behandlungsmotivation haben. Sie müssen therapiefähig sein und kooperieren wollen. Dann gibt es Leute, die aufgrund ihrer Störung sehr agitiert sind und in diesem Rahmen fremdgefährdend, aber auch hochgradig selbstgefährdend auftreten. Diese Patienten können wir in diesem Zustand hier nicht aufnehmen. Jemand, der rund um die Uhr überwachungspflichtig ist oder beispielsweise fixiert werden muss, können wir nicht aufnehmen. Dafür sind wir erstens räumlich nicht ausgestattet und zweitens geht das medizinische Personal abends nach Hause. Nachts sind dann lediglich Vollzugsbedienstete wie auf einer normalen Abteilung alleine vor Ort.

Wir bekommen öfter den Einwand zu hören: Ja, aber auf einer regulären Abteilung sind die Gefangenen ja noch viel schlechter untergebracht. Aber da ist es dann eben kein Etikettenschwindel. Hier sind die Ärzte für die Patienten verantwortlich und können nicht nach Hause gehen, wenn es kein medizinisches Personal im Nachtdienst gibt, dem sie eine vernünftige Übergabe machen können. So kommt es immer noch dazu, dass die wirklich schwer betroffenen Leute, die den Vollzug sehr belasten, und die auch selbst ein sehr schweres Leben haben, dann auch nicht hier aufgenommen werden können und in Sicherheitsabteilungen untergebracht werden müssen oder im Dauereinschluss auf ihren Abteilungen landen.

Das war damals auch der Grund, warum die Abteilung hier auf Betreiben des Justizministeriums eingerichtet wurde. Man hat gesehen, dass es sehr viele psychisch Kranke im Vollzug gibt. Und es entsteht auch der Eindruck, dass es immer mehr Gefangene werden, die psychisch krank sind, auch wenn man es nicht belegen kann. Das kann auch für die Mitarbeiter sehr belastend und gefährlich werden. Am liebsten hätte man natürlich eine

vollstationäre Einrichtung gehabt, mit medizinischer Präsenz rund um die Uhr und auch mit der Möglichkeit der Zwangsmedikation, damit genau diese schwer betroffenen Fälle, die den Vollzug an die Grenzen bringen, abgedeckt werden. Aber das war nicht machbar. Bislang.

Fr. Thoms: Der Bedarf ist sehr, sehr hoch. Das sieht man hier. Die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen ist deutlich höher als innerhalb der Allgemeinbevölkerung und wir sehen hier alle möglichen Krankheitsbilder. Wir arbeiten nicht störungsspezifisch, sondern bei uns werden alle psychiatrischen Erkrankungen behandelt, die wir sehen. Wir haben viele affektive Störungen, zum Beispiel Depressionen, die da eine Rolle spielen. Wir haben aber auch viele Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Wir behandeln auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder ADHS. Sucht ist auch ein ganz, ganz großes Thema. Da führen wir auch Entzüge durch. Aber wir haben auch viele Patienten, die Suchterkrankung als Nebendiagnose mitbringen. Das heißt, wir sind hier immer sehr bunt durchmischt, was die Klientel angeht. Das ist ein relativ wilder Mix und wir versuchen, da allen gerecht zu werden. Wir haben unterschiedlichste Angebote: Einzeltherapien, Gruppentherapien und die Begleittherapien wie z.B. Ergotherapie oder diverse Sportgruppen und Entspannungsverfahren.

BAG-S: Das heißt, der Zugang zu Ihnen erfolgt auf freiwilliger Basis? Die Personen kommen auf Weisung des Anstaltsarztes oder des Psychiaters zu Ihnen, führen mit Ihnen ein Gespräch. Dann wird eine Vereinbarung über die Aufnahme getroffen und die Personen können jederzeit sagen: „Ich breche ab und gehe wieder zurück auf meine Zelle.“?

Hr. Dr. Staude-Müller: Ja. Meistens ist der erste Schritt, dass jemand im Vollzugsalltag durch ein Verhalten, das in irgendeiner Weise komisch wirkt, auffällt. Oder aber, dass auch die Gefangenen selber äußern: „Mensch, ich habe ein Problem, mir geht es nicht gut, ich möchte eine Behandlung.“ Vielleicht hat vorher auch schon eine Therapie stattgefunden. Dann geht der Weg entweder über den konsiliar-psychiatrischen Dienst oder über den Anstaltsarzt, dass uns jemand gemeldet wird. Wir laden diese Gefangenen dann zu einem Indikationsgespräch ein, in dem besprochen wird: „Was sind gerade die Beschwerden?“ Und wir entscheiden dann, ob wir mit einer Behandlung hilfreich sein können. Wenn wir das feststellen, bieten wir die Aufnahme an, die auch zeitlich begrenzt ist. Wir sind keine Endstation im Vollzug, sondern wir wollen immer, dass nach der Behandlung auch die Rückkehr auf die Abteilung, von der die Gefangenen gekommen sind, möglich ist und erfolgen kann.

Unser Konzept sieht aber auch vor, dass wir einzelne Plätze an Personen vergeben können, die nicht an der Behandlung teilnehmen. Das erfolgt, um zu motivieren. Da wird dann das Gespräch gesucht und versucht, diejenigen anzubinden. Die Freiwilligkeitsschwelle ist in solchen Fällen sehr gering. Da reicht es mir aus, wenn sich die Gefangenen ohne unmittelbaren Zwang hierher verlegen lassen, mit der Maßgabe, dass sie eben nicht an der Therapie teilnehmen müssen. Meistens ist es dann so, dass die Leute dann doch merken: „Das ist ja doch ganz interessant. Was machen die anderen denn hier?“ Und sich dann später doch einbinden lassen. Das machen wir relativ selten. In der Regel lehnen wir die Leute ab, die sagen: „Ich habe gar kein Problem. Ich weiß nicht, warum der Anstaltsarzt mich hiergeschickt hat. Außerdem würde ich lieber arbeiten und meine Playstation, die hätte ich auch gerne.“

Denn man muss wissen: Die Gefangenen sind hier in gewisser Weise freizügiger, aber auch eingeschränkter, was zum Beispiel die Hafttraumausstattung oder auch den Arbeitseinsatz angeht. Die Behandlung findet vormittags und am frühen Nachmittag statt. Da kann man nicht weiter der Arbeit nachgehen. Man ist krankgeschrieben, und das gefällt den meisten Leuten nicht. Dann ist der Leidensdruck, der mit der Störung einhergeht, offenbar noch nicht so groß und das Funktionsniveau noch nicht so eingeschränkt, als dass eine Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt unbedingt notwendig wäre.

»Wir haben uns als Ziel gesetzt, dass wir eine Behandlungsdauer von 6 bis 8 Wochen anbieten wollen, analog zu einer Tagesklinik außerhalb des Gefängnisses.«

BAG-S: Wie lange ist denn die Verweildauer bei Ihnen und was ist mit den Gefangenen mit kurzen Freiheitsstrafen?

Fr. Thoms: Das ist ganz unterschiedlich. Wir haben uns als Ziel gesetzt, dass wir eine Behandlungsdauer von 6 bis 8 Wochen anbieten wollen, analog zu einer Tagesklinik außerhalb des Gefängnisses. Da stoßen wir aber regelmäßig an unsere Grenzen, weil wir viele Patienten haben, wo der Behandlungsbedarf einfach noch deutlich größer ist. In der kurzen Zeit kann es auch sein, dass die Personen noch nicht fit genug sind, um in den regulären Vollzug zurückverlegt werden zu können. Da können

wir die Behandlungsdauer dann schon individuell gestalten und Ausnahmen machen. Wir haben einige Patienten bei uns, die uns wirklich schon wesentlich länger begleiten. Wenn jemand kürzer in Haft ist, ist das kein Ausschlusskriterium. Wir haben regelmäßig auch Patienten, die nur einen Monat verbüßen müssen.

Natürlich nehmen wir auch Gefangene mit Ersatzfreiheitsstrafen auf, obwohl wir wissen, dass derjenige jederzeit ausgelöst werden kann. Das macht das Übergangsmanagement nicht so einfach.

BAG-S: Sie haben 20 Plätze. In der JVA Neumünster gibt es über 400 Haftplätze. Wie groß ist da die Warteliste?

Fr. Thoms: Es gibt eine Warteliste, die wir führen und man muss sagen, es ist schwankend. Es gibt Phasen, da werden ganz viele Patienten auf einmal angemeldet. Wir sind relativ gut darin, dass wir diese auch sehr schnell zum Indikationsgespräch zu uns einladen können. Es gibt keine monatelangen Wartezeiten. In der Regel schaffen wir es innerhalb von 1 bis 2 Wochen, jemanden, der bei uns angemeldet ist, auch zu sehen, um eine schnelle Aufnahme zu ermöglichen. Und dann gibt es auch immer mal Phasen, wo es weniger Anmeldungen gibt – nach dem Motto ‚Sommerloch‘. Wir haben relativ konstant eine Patientengröße, die die Option offen lässt, auch Notfälle aufzunehmen. Wir belegen die 20 Plätze nicht komplett voll, um Kapazitäten für Fälle zu haben, wo ein ganz schnelles Handeln erforderlich ist.

Hr. Dr. Staude-Müller: Wir haben etwa 1.300 Haftplätze in Schleswig-Holstein und sind für alle Haftanstalten im Land zuständig. Gerade in den großen Anstalten sind die ambulant tätigen Psychiater vor Ort. Vieles wird ambulant behandelt. Von unseren Patienten sind 3/4 hier aus Neumünster und die anderen kommen aus Kiel, Lübeck, Flensburg, Itzehoe und Schleswig.

BAG-S: Sie hatten vorhin das Stichwort Übergangsmanagement angesprochen. Bei den Ersatzfreiheitsstrafen haben Sie die Schwierigkeit angesprochen, wohin sie entlassen werden. Wie findet bei Ihnen das Übergangsmanagement aus der Tagesklinik heraus statt?

Fr. Thoms: Das ist ganz unterschiedlich. Wir haben die Gefangenen, die hier eine längere Haftstrafe verbüßen, die für den Aufenthalt zu uns kommen und dann wieder auf die reguläre Abteilung zur weiteren Haft zurückkehren. Viele sehen wir mehrfach während ihrer Haftzeit. Es gibt Patienten, die wurden für einige Wochen oder Monate bei uns behandelt, danach zurückverlegt und dann gibt es vielleicht ein halbes Jahr später

noch einmal eine Krise oder einen Rückfall zum Beispiel mit Drogen, der noch einen Aufenthalt bei uns notwendig macht. Da haben wir auch aktuell ein paar Gefangene, die sind zum zweiten, dritten oder vierten Mal bei uns.

Es gibt aber auch andere Fälle, wo der Weg nicht zurück auf die eigentliche Abteilung führt. Einige Gefangene planen im Anschluss eine Therapie und das wird von uns in die Wege geleitet, bspw. dass die Patienten hierherkommen, um abstinent zu bleiben und mit einem negativen Drogenscreening in der nächsten Klinik anzukommen. Da ist es in vielen Fällen so, dass kurz vorher nochmal der Weg über uns gegangen wird.

Und es gibt natürlich auch Gefangene, die von unserer Abteilung heraus entlassen werden. Bei einigen ist auch der Behandlungsbedarf noch sehr, sehr hoch, oder wir sehen zum Beispiel, dass ein betreutes Wohnen notwendig ist, oder eine gesetzliche Betreuung. Das sind Sachen, die dann von hier aus mit angeregt werden. Und da muss man sagen, haben wir ein riesiges Problem. Unsere Patienten sind in der Regel nicht die Wunschkandidaten in Wohneinrichtungen. Das heißt, es braucht dann schon einen großen Arbeitsaufwand, mit den Einrichtungen zu kommunizieren und sozusagen Werbung für unsere Patienten zu machen, damit sie eine Chance haben, irgendwo genommen zu werden. Das kann funktionieren, aber es gibt auch Fälle, in denen wir es nicht schaffen, einen Platz in einer Einrichtung zu organisieren.

»Diejenigen, die bei uns entlassen werden, sind zwei Wochen später in der Psychiatrie oder sie kommen aus der Psychiatrie und sind kurz darauf in Haft.«

Hr. Dr. Staude-Müller: Und die gehen dann in eine zentrale Beratungsstelle oder eine andere Obdachlosenunterkunft. Wir kündigen sie dort vorher an und geben dem Sozialpsychiatrischen Dienst vor Ort Bescheid. Mehr können wir dann häufig nicht mehr machen. Wir können ihnen noch raten in eine Klinik zu gehen, aber auch die sind auch oft voll. Und wir müssen uns nichts vormachen, die Klientel überschneidet sich. Diejenigen, die bei uns entlassen werden, sind zwei Wochen später in der Psychiatrie oder sie kommen aus der Psychiatrie und sind kurz darauf in Haft. Wir kümmern uns mit den Psychiatrien um dieselben Personen. Sie sind mal hier, mal da und können eigent-

lich nirgendwo richtig ankommen. Einige möchten das aber auch nicht wirklich. Sie sind nicht in der Lage, sich an Regeln zu halten. Dafür braucht es ganz bestimmte Einrichtungen, die auf diese Menschen eingestellt sind und die gibt es fast gar nicht.

BAG-S: Auf unserer Bundestagung wurde von verschiedenen Redner:innen beklagt, dass es wenig verlässliche Zahlen über die Prävalenz von psychischen Störungen im Vollzug gibt. Sie haben angesprochen, dass die Anzahl hoch ist und zunimmt. Wie erfolgt eigentlich die Diagnostik im Strafvollzug und können Sie sagen, warum die Datenlage so ungenau ist?

Fr. Thoms: Wenn wir unsere Patienten aufnehmen, dann ist schon mal irgendjemandem vor uns aufgefallen, dass da überhaupt ein Problem besteht. Es gibt sehr viele Gefangene und viele davon haben auch psychische Probleme. Nicht alle werden damit immer offen umgehen und das dem Vollzug kundtun.

Wir haben viele Patienten, die schon vor dem Gefängnis eine psychiatrische Vorgeschichte aufweisen. Da gab es auch vorher schon Erkrankungen und mit der Inhaftierung geht es den Leuten dann nicht besser mit ihren schon bestehenden Störungen. Es gibt aber auch Erkrankungen, die vorher noch nicht festgestellt wurden und wo auch die Situation der Inhaftierung einfach einen vermehrten Stress ausgelöst hat, der natürlich noch begünstigt, dass psychiatrische Erkrankungen sich dann auch präsentieren können. Eine Inhaftierung ist eine Situation, die für niemanden leicht ist und die für die Gesundheit einen Risikofaktor darstellt. Deswegen sehen wir sowohl Menschen, die schon länger erkrankt sind, als auch Menschen, bei denen das jetzt wirklich erst in Inhaftierung aufblüht. Das ist alles vertreten.

Hr. Dr. Staude-Müller: Man kann natürlich solche Konzepte der psychiatrischen Eingangsdiagnostik betrachten. Jeder Gefangene wird bei Zugang ins Gefängnis gesehen. Aber manche Sachen sind da überhaupt noch nicht ersichtlich. Es kommt meistens einige Tage oder Wochen später, dass sich das ganze Ausmaß der Persönlichkeit zeigt. Oftmals kann aber auch schon im ersten Gespräch in der Aufnahmeabteilung entschieden werden, dass eine Person zum Psychiater soll. Es findet durchaus eine Art Vorselektion statt.

Wir haben in der JVA Neumünster mal einen Screening-Fragebogen an alle Gefangenen ausgegeben. Das hat sich aber nicht bewährt. Die Zahlen, die da kursieren, sind Zufallsfunde. Wie viele Gefangene werden beim Psychiater vorstellig und welche Diagnosen existieren? Das kann man auswerten, aber das ist ähnlich wie draußen auch, nur das Hellfeld. Die Deutsche

Gesellschaft für Psychiatrie (DGPPN) will jetzt eine bundesweite Umfrage zu psychischen Erkrankungen in Gefängnissen machen. Das ist über die Justizministerkonferenz beschlossen worden.

Ich hätte jetzt gesagt, es sind 20 Prozent der Gefangenen betroffen. Das hängt aber natürlich auch daran, wo man die Schwelle setzt. Werden Suchterkrankungen mit einbezogen, steigen die Zahlen. Jeder, der dreimal im Gefängnis war, ist ein sehr guter Kandidat für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Dann hat man schon einen großen Teil der Gefangenen abgedeckt. Also muss man bei der Interpretation der Daten auch aufpassen. Was für Störungen sind das? Und die Störungen, die die Menschen wirklich kaputt machen, sind eben affektive und psychotische Störungen. Viele haben eine Anpassungsstörung in der Haft – als eine Art Haftchock. Das betrifft die, die auf der Straße verhaftet werden, vielleicht das erste Mal in Haft sind und mit der Situation einfach nicht zurechtkommen. Denen geht es in den ersten Wochen wirklich schlecht und sie haben suizidale Gedanken oder werden aggressiv. Das lässt sich aber gut behandeln. Der Schwerpunkt sind aber auch Trauma- und Traumafolgestörungen. Deswegen haben wir auch lange Liegezeiten. Die Patienten kommen mit einer depressiven Erkrankung oder Zwängen zu uns und dann stellt sich heraus, dass Missbrauchserfahrungen vorhanden sind. Und da wird geschaut, ob die Traumabehandlung noch angefangen wird oder ob sie sich draußen kümmern. Und wir haben auch traumatisierte Flüchtlinge, die im Gefängnis total freidrehen und man weiß gar nicht warum. Es stellt sich dann unter Umständen heraus, dass das mit Flashbacks in traumatische Situationen zusammenhängt.

BAG-S: Sind bei Ihnen Sprachbarrieren ein Problem?

Fr. Thoms: Sprachbarrieren sind schon ein Problem. Für die Teilnahme an der Therapie ist es erforderlich, dass wir mit den Leuten auch reden und uns verständigen können. Es ist aber kein Ausschlusskriterium. Es gibt keine Alternative für Menschen, die nicht ausreichend deutsch sprechen. Von daher schauen wir immer, dass wir auch dem Einzelfall gerecht werden können. Wir nutzen die Hilfe von Dolmetschern. Die Indikationsgespräche führen wir mit externen Dolmetschern, für weitere Gespräche nutzen wir Videodolmetscher, für Flur-Konversationen haben wir ein Übersetzungsgerät. Gerade die Teilnahme an gruppentherapeutischen Angeboten ist nicht möglich, wenn man auf einen Dolmetscher angewiesen ist. Es geht gut in Fällen, wo zum Beispiel primär eine Psychose im Vordergrund steht und wir viel auch über eine Medikation machen können. Aber in den Fällen, wo es wirklich um das reine Miteinander sprechen geht, stoßen wir schon an unsere Grenzen. Und das ist etwas, was uns den Alltag auch schwierig macht.

BAG-S: Wie sieht ein Tagesablauf bei Ihnen aus? Welche Gruppen- und Therapieangebote bieten Sie an? Geht es mehr um Gesprächstherapie oder eher um medikamentöse Behandlung?

Fr. Thoms: Wir gestalten für jeden unserer Patienten einen individuellen Wochenplan. Da sind alle Therapien festgehalten, die für ihn vorgesehen sind. Diese sind dann auch verpflichtend. Das geht los mit wirklich ganz basalen Dingen zur Tagesstrukturierung wie eine morgendliche Blutdruckkontrolle, die Teilnahme an der Morgen- und an der Nachmittagsrunde. Das Essen ist eine therapeutische Mahlzeit, die gemeinsam im Gruppenraum stattfindet. Es wird ergänzt um wöchentliche Einzelgespräche. Es gibt immer einen Bezugstherapeuten und dazu noch eine Bezugspflegekraft, die die Gespräche mit dem Patienten suchen. Dazu kommen die gruppentherapeutischen Angebote. Da haben wir ganz Unterschiedliches, je nachdem, wo der Bedarf ist. Wir haben für Patienten mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen Skills-Gruppen. Weiter existieren Problemlösetrainings, Stress- und Suchtgruppen und die Ergotherapie als ganz wichtiger Baustein. Wir machen Sport- und Bewegungsangebote und bieten von der Pflege begleitete Koch- und Backgruppen an. Das sind dann immer jeweils Kleingruppen, wo sich zusammen ein Rezept ausgesucht wird, das dann gemeinsam zubereitet und auch gemeinsam gegessen wird. Wir haben auch eine Musikgruppe. Da sind sehr engagierte Pflegekräfte, die mit den Patienten eigene Songtexte geschrieben und diese zusammen aufgenommen haben. Akupunktur, Entspannungsverfahren und Imaginationsgruppen haben wir auch. Wir haben ein relativ breites Spektrum und nicht immer passt alles für jeden. Wir stellen jede Woche einen neuen Therapieplan zusammen.

BAG-S: Wie werden diese verpflichtenden Angebote wahrgenommen? Ziehen die Personen mit? Und sind die Maßnahmen nach Ihrer Einschätzung dann auch erfolgreich, bezüglich einer Stabilisierung der Person?

Fr. Thoms: Ich finde schon, dass wir Erfolge verzeichnen können. Einmal aus der persönlichen Sicht, wenn man erlebt, wie die Menschen kommen: Zum Teil wirklich schwerst betroffen, im Vollzugsalltag gar nicht zurechtgekommen. Gerade bei Psychosen erlebt man den Unterschied. Da kommt es regelmäßig vor, dass jemand kommt, der keine Medikamente nimmt, dafür aber optische und akustische Halluzinationen hat und ganz wilde Geschichten erzählt. Der ist nach einigen Wochen mitunter ein anderer Mensch mit einem ganz anderen Vollzugsverhalten.

Es gibt natürlich auch Fälle, die kommen schlecht und die gehen schlecht. Gerade wenn die Therapiebereitschaft vielleicht

nicht so hoch war, wie man anfänglich dachte. Das zeigen auch die statistischen Auswertungen. Am Anfang sind die Symptome immer deutlich schwerwiegender und vielfältiger ausgeprägt als zum Ende der Behandlung. Da sieht man schon, dass die Behandlung etwas bewirkt. Aber man muss sagen, die Patienten gehen meistens nicht gesund bei der Entlassung von uns, sondern auch dann liegen immer noch Symptome vor. Sie sind aber nicht mehr so ausgeprägt wie bei der Aufnahme. Das Hauptziel ist, die Stabilisierung zu erreichen und da haben wir positive Ergebnisse vorzuweisen. Das heißt aber nicht, dass die Leute geheilt sind und nie wiederkommen.

Hr. Dr. Staude-Müller: Das heißt, der überwiegende Teil schließt die Maßnahme bis zum Ende ab. Es gibt aber auch Therapieabbrüche. Wir sind sehr streng, was Drogen angeht. Wir wollen das hier zur ‚Insel der Abstinenz‘ machen. Und wir sagen jedem bei Aufnahme: „Wenn Sie vorher konsumiert haben, ist das in Ordnung, aber wenn wir mitbekommen, dass Sie im Laufe der Behandlung bei uns hier erneut konsumiert haben oder Drogen auf die Abteilung bringen, dann sind wir nicht bereit, die Behandlung weiter fortzuführen.“ Dann entlassen wir auch disziplinarisch. Wir sind offen dafür, nach einem gewissen Zeitraum einen zweiten Versuch zu starten. Eine zweite Chance gibt es bei uns immer, aber Konsum führt zum Behandlungsabbruch, genauso wie Gewaltanwendungen. Es gibt auch Fälle, die von sich aus abbrechen. Aber der überwiegende Teil beendet die Behandlung regulär.

BAG-S: Sie sagten eingangs, dass Personen mit zu ausgeprägten Symptomen, insbesondere bei Selbst- und Fremdgefährdung, nicht bei Ihnen behandelt werden können. Nach den Berichten auf unserer Bundestagung ist dies bundesweit ein ungelöstes Problem: Inhaftierte Personen, die akut psychotisch sind, werden nicht behandelt und verbleiben im Normalvollzug.

Hr. Dr. Staude-Müller: Wir dehnen die Grenze aus. Wir wissen einfach, dass die Alternative zur Behandlung bei uns ist, dass keine Behandlung stattfindet und Betroffene einfach im regulären Vollzug verbleiben. Das wollen wir für niemanden. Unsere Patienten sind deutlich kränker, als man das von normalen tagesklinischen Patienten erwarten würde. Es gibt Viele mit multiplen Diagnosen, die schwer krank sind. Wir schauen immer, was wir mittragen können. Aber es gibt da eindeutig Grenzen und an die stoßen wir auch immer wieder. Es gibt Fälle, die sind zu schwer für uns. Eine Alternative gibt es noch nicht. Das ist ein Problem und da ist wirklich noch viel Luft nach oben für weitere Behandlungsmöglichkeiten. Wir versuchen alles abzudecken, was wir können und machen auch schon mehr, als unser eigentlicher Auftrag ist. Aber alle erreichen wir damit nicht und viele Betroffene fallen weiterhin durchs Raster.

BAG-S: Was ist aus Ihrer Sicht an dieser Stelle zu leisten, um eine angemessene Behandlung zu ermöglichen? Welche Veränderungen wären notwendig?

Fr. Thoms: Ich glaube, weitere Hilfsangebote sind ganz wichtig. In der JVA Lübeck ist eine vollstationäre psychiatrische Station in der Planung. Die befindet sich noch im Bau. Aber Ideen sind da. Solche Projekte finde ich unglaublich unterstützenswert und es wäre schön, so etwas in der Zukunft noch häufiger zu sehen.

Hr. Dr. Staude-Müller: Das Hauptproblem ist einfach, dass im Vollzug häufig keine unfreiwilligen Behandlungen durchgezo-

»Woran es besonders fehlt, sowohl für den Maßregelvollzug als auch den regulären Strafvollzug und die allgemeine Psychiatrie, sind geschlossene Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, die das entsprechende Personal haben und bereit sind, die Patienten nach der Entlassung aufzunehmen.«

gen werden können, die eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung mit medizinischem Personal erforderlich machen. Zumindest nicht in Schleswig-Holstein. Das wurde im Einzelfall auch schon gemacht: Im Rahmen einer Haftunterbrechung im Hinblick auf eine geschlossene Unterbringung in der Psychiatrie draußen. Aber wir haben auch schon Gefangene in einer Allgemeinpsychiatrie bewacht, damit eine Zwangsmedikation durchgeführt werden konnte. Das ist ungeheuer aufwendig und nicht gern gesehen in dem jeweiligen Krankenhaus. An vollstationären Einrichtungen geht der Weg einfach nicht vorbei.

Da steht der Vollzug dann am Pranger. Wenn die Europäische Kommission zur Verhütung von Folter diese Gefangenen in den Hafträumen sieht, dann muss sich die Landesregierung dafür rechtfertigen, was da mit den Menschen dort passiert. Sie werden angesprochen und haben auch Zugang zum Psychiater usw., aber wenn sie die Behandlung verweigern und sich wehren, dann ist das System einfach an seiner Grenze. Diese Fälle wurden früher in den forensischen Psychiatrien behan-

delt, in Krankenhäusern, die entsprechend gesichert sind. Die Möglichkeiten gibt es nicht mehr, weil die forensischen Psychiatrien selbst heillos überbelegt und überlastet sind. Auch weil sich die Rechtsprechung geändert hat. Durch Entscheidungen des Bundesgerichtshofs hat sich die Dauer von Unterbringungsbeschlüssen in der Allgemeinpsychiatrie verändert. Die Leute landen dann in der forensischen Psychiatrie, werden im Rahmen der Verhältnismäßigkeit entlassen und landen dann im Gefängnis. Alle Systeme sind überfordert. Also die einen, weil sie einfach zu viele Fälle haben und die anderen, weil sie für die Fälle einfach nicht ausgestattet sind.

Woran es besonders fehlt, sowohl für den Maßregelvollzug als auch den regulären Strafvollzug und die allgemeine Psychiatrie, sind geschlossene Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, die das entsprechende Personal haben und bereit sind, die Patienten nach der Entlassung aufzunehmen. Wir müssen unsere Patienten irgendwann entlassen, und dann gehen sie in die Obdachlosigkeit. Oder, wenn sie in der Psychiatrie sind, bleiben sie einfach dort und belegen stationäre Plätze. Oder, wenn sie im Maßregelvollzug sind, können sie nicht entlassen werden, weil die Sicherheit der Allgemeinheit ohne Anschlussbehandlung gefährdet würde. Mit dem Problem steht der Strafvollzug nicht allein da.

Fr. Thoms: Wir bräuchten da bessere Versorgungsstrukturen für alle Bereiche. Das zieht sich wirklich durch die ganze psychiatrische Landschaft hindurch. Es gibt zum Beispiel einen Mangel an Wohneinrichtungen, an Plätzen, wo die Menschen weiter versorgt werden. Und dann gibt es eben keinen Abfluss in den primär versorgenden Netzwerken.

Hr. Dr. Staude-Müller: Und unsere ambulante Versorgung der Gefangenen in Neumünster ist nicht schlecht. Wir haben Wartezeiten von etwa sechs Wochen, wenn es kein akuter Fall ist, da geht es dann deutlich schneller. Da finde ich die Versorgungsstruktur im Gefängnis, im Vergleich zu draußen, eigentlich noch ganz gut. Das Gefängnis an sich ist schon vergleichbar mit einer stationären Wohneinrichtung. Man ist untergebracht, bekommt Essen und saubere Kleidung und erlebt eine Tagesstruktur. Man erhält eine Beschäftigung und das Personal ist rund um die Uhr da.

BAG-S: Wie viele Plätze werden in Lübeck geplant? Und welche Möglichkeiten bestehen für Frauen in Schleswig-Holstein? Können die Frauen denn perspektivisch in Lübeck aufgenommen werden?

Fr. Thoms: Also tatsächlich sind deutlich weniger Frauen als Männer in Schleswig-Holstein im Vollzug. Aber eine äquivalen-

»Unsere ambulante Versorgung der Gefangenen in Neumünster ist nicht schlecht. Wir haben Wartezeiten von etwa sechs Wochen, wenn es kein akuter Fall ist, da geht es dann deutlich schneller.«

te Behandlung zu uns ist mir nicht bekannt. Das genaue Konzept von Lübeck steht noch nicht fest. Es sind 25 Plätze geplant, mit einem Bereich für akute Krisen und einem therapeutischen stationären Bereich. Dort können dann auch drei weibliche Patienten behandelt werden. Es wird dann natürlich eine enge Zusammenarbeit auch mit unserer Abteilung geben. Die Fertigstellung ist aber erst für 2027 geplant. Es ist also noch ein bisschen Zeit, die wir alleine überbrücken müssen.

BAG-S: Liebe Frau Thoms, lieber Herr Staude-Müller, vielen Dank für das Gespräch.



Carina Thoms

Psychiaterin des Zentrums für integrative Psychiatrie
am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Carina.Thoms@jvanm.landsh.de



Dr. Frithjof Staude-Müller

Psychologe und Vollzugsleiter der psychiatrischen
Abteilung der JVA Neumünster
Frithjof.Staude-Mueller@jvanm.landsh.de

Projekt „Wiedereingliederung psychisch auffälliger Gefangener“

von Florian Dirr

Das Projekt „Wiedereingliederung psychisch auffälliger Gefangener“ (WpaG) startete am 17.05.2023 und ist (vorerst) auf zwei Jahre angelegt. Mit dem Pilotprojekt soll die Wiedereingliederung psychisch auffälliger Gefangener in die Gesellschaft verbessert werden. Die Anzahl psychisch auffälliger Gefangener im Justizvollzug nimmt laut dem Abschlussbericht der

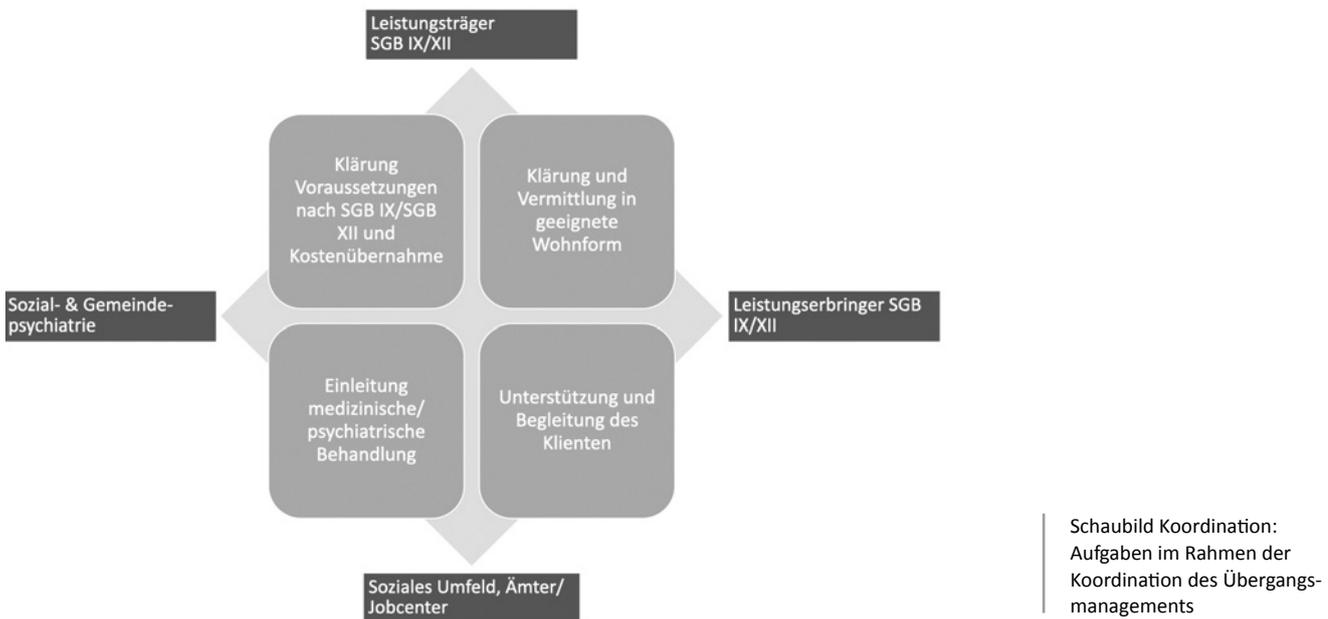
Expertenkommission zur medizinischen Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug stark zu. So stieg laut Expertenkommission die Anzahl der Gefangenen mit einer psychischen Störung in Baden-Württemberg kontinuierlich von 2.567 Fällen in 2008 bis auf 6.437 im Jahr 2019. Gerade bei dieser Zielgruppe gestaltet sich der Übergang vom Justizvollzug in die Freiheit besonders schwierig. Das Projekt richtet sich an Gefangene in den Projekt-Haftanstalten, deren Verhalten sich deutlich von anderen Gefangenen unterscheidet und Zweifel an der psychischen Gesundheit begründet.

Wichtige Projektziele

- Entwicklung, Dokumentation und Transfer von Modellen organisationsübergreifender Kooperationen und strukturierter Vernetzung mit zuständigen Fachdiensten des Vollzugs, Jobcentern, Krankenkassen und Medizinischem Dienst, Diensten und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, Einrichtungen der Hilfen nach BTHG/SGB IX und § 67 SGB XII, Pflegeheimen u. a. sowie Aufbau eines landesweiten Kooperationsnetzwerkes
- Entwicklung eines zielgruppen- und bedarfsorientierten Übergangsmanagements für Gefangene mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen
- Entwicklung und Implementierung einer landesweiten Nachsorge für die Zielgruppe
- (Weiter-)Entwicklung von methodischen Kompetenzen und Herangehensweisen im Umgang sowie in der Arbeit mit psychisch auffälligen Gefangenen



Schaubild Kernaufgaben: Die Projektbausteine „Koordination“ und „Nachsorge“ sowie der Aufbau eines Netzwerkes sind die drei wesentlichen Elemente der Klienten- und Projektarbeit.



Für diese Personen ist eine rechtzeitig einsetzende Entlassungsvorbereitung besonders wichtig. Hierfür ist vor allem ein spezifisches Fachwissen bei den Mitarbeitenden erforderlich. Die Projektmitarbeitenden in den spezialisierten Koordinierungsstellen an den Justizvollzugsstandorten Schwäbisch Gmünd, Stuttgart, Heimsheim und Bruchsal bereiten – in enger Abstimmung mit dem Sozialdienst der jeweiligen Vollzugsanstalt – die Haftentlassung gemeinsam mit den Gefangenen vor. Nach der Entlassung aus der Haft kann die Weiterbetreuung in Form einer Nachsorge am neuen Wohnort erfolgen. Die beiden Projektbausteine „Koordination“ und „Nachsorge“ verfolgen das Ziel, die landesweite Wiedereingliederung von psychisch auffälligen Gefangenen im Rahmen des Übergangsmanagements organisationsübergreifend zu unterstützen. Dadurch kann eine besonders intensive Betreuung und Nachsorge während der Zeit des Übergangs aus dem Vollzug in die Freiheit und darüber hinaus gewährleistet werden.

Erste Ergebnisse und Erkenntnisse

Um die Feststellung einer psychischen Erkrankung bzw. Störung in Haft zu ermöglichen, konnten die vorhandenen telemedizinischen Dienstleister genutzt werden. Da die Diagnostik in Haft für die Koordination und die Gestaltung der Entlassungssituation von großer Bedeutung ist, auch aufgrund der Anerkennung einer möglichen seelischen Behinderung, gilt sie als ein Kernprozess des Projektes.

Bei den im Projekt vorstellig gewordenen Gefangenen konnte erwartungsgemäß festgestellt werden, dass einige keine oder nur eine geringe Krankheitseinsicht aufzeigen. Bei einem größeren Teil der Teilnehmer:innen lagen die Diagnosen zum Gesprächszeitpunkt bereits vor. Dennoch besteht weiterhin die Annahme, dass eine große Gruppe der psychisch auffälligen Gefangenen noch nicht diagnostiziert wurde. Eine weitere, wichtige Erkenntnis ist, dass Strukturen, bewährte Abläufe und Vorgehensweisen aus anderen Projekten nicht ohne Weiteres angewandt werden können, da Klienten i. d. R. sehr lange benötigen, um das für die Zusammenarbeit notwendige Vertrauen und die notwendige Compliance zu entwickeln. Daher ist der Beziehungsaufbau das erste wichtige Ziel, für das die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Eine weitere, erwartungsgemäße Erkenntnis ist, dass der überwiegende Teil der Klienten durch die Mitarbeitenden des Sozialdienstes der Justizvollzugsanstalten ins Projekt vermittelt wird. Die Mitarbeitenden der Vollzugsanstalten regten im Zuge der Projektteilnahme der Inhaftierten in einigen Fällen die Bestellung eines Betreuers an und veranlassten ein Diagnoseverfahren. Der Großteil der Klient*innen wurde weniger als drei Monate vor Haftentlassung an die WpaG-Mitarbeitenden gemeldet.

Bei einigen Klienten war die Ausprägung der Symptome so massiv, dass eine Projektteilnahme (vorerst) ausgeschlossen werden musste. Ein weiterer Teil der Klienten lehnte die Hilfe durch die Projektmitarbeitenden ab oder gab an, nur in einem Bereich Hilfe und Unterstützung annehmen zu wollen.

Im Zuge der Klärung der Wohnsituation nach Haftentlassung zeichnete sich ab, dass die Zeiträume zwischen Beginn der Koordinierung des Übergangs bis zur Entlassung häufig nicht ausreichen, um eine Wohnung oder die Kostenbewilligungen für entsprechende Wohnangebote bzw. Maßnahmen nach dem SGB IX zu erhalten. Es bestand in einigen Fällen daher die Notwendigkeit, sie vorübergehend in eine ordnungsrechtliche Unterbringung oder in betreute Wohnangebote der Wohnungsnotfallhilfe bzw. der Straffälligenhilfe zu vermitteln. Ein Teil der Gefangenen konnte nahtlos in (Wohn-)Angebote innerhalb der Wiedereingliederungshilfe vermittelt werden.

Identifizierte Hürden und Herausforderungen

Bei der Koordinierung des Übergangs in Freiheit wurden Hürden identifiziert, die im weiteren Verlauf des Projektes in den Fokus genommen werden, um die Voraussetzungen für eine gelingende Wiedereingliederung der Gefangenen bestmöglich zu gestalten. Die wesentlichste Herausforderung innerhalb des Projektes ist die Anerkennung der seelischen Behinderung bereits in Haft sowie die Beantragung entsprechender Sozialleistungen gemäß SGB IX. Dies liegt unter anderem auch daran, dass sich die notwendige Einsicht und Bereitschaft für diese Angebote bei den Projektteilnehmenden häufig erst entwickeln und durch entsprechende Gespräche und Beziehungsarbeit unterstützt werden muss. In der Analyse der Fälle zeichnet sich ab, dass der Zeitraum zwischen Anerkennung der seelischen Behinderung, Antrag und Bewilligung der Sozialleistungen sehr lang ist, da die Kooperationen und Abläufe erst im Entstehen sind. Damit ist eine nahtlose Unterbringung/Vermittlung der Gefangenen in entsprechende Angebote nach der Haftentlassung sehr schwierig. Die Haftentlassenen können in dieser Zwischenzeit nicht adäquat betreut werden oder müssen vorübergehend in Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe/ordnungsrechtlichen Unterbringung untergebracht werden, was eine erfolgreiche Wiedereingliederung ggf. stark beeinträchtigt. Eine weitere Hürde ist, dass die nahtlose Verfügbarkeit der in Haft verordneten Psychopharmaka bzw. Medikamente im Zuge der Entlassung unterbrochen wird. Grund hierfür ist, dass die Klienten in Freiheit erst einen Psychiater oder Arzt (finden und) visiten müssen, um die verschreibungspflichtigen Medikamente zu erhalten. Ein weiterer Aspekt ist, dass einige Gefangene nicht nahtlos krankenversichert werden können, was die ärztliche Behandlung weiter verzögert. Als ein weiteres Hemmnis für ein erfolgreiches Übergangsmangement wurde der Umstand

identifiziert, dass bei Gefangenen bereits vor der Inhaftierung ein Betreuungsbeschluss erlassen wurde, dieser aber nicht vorliegt, oder bereits ein Betreuer bestellt wurde, aber kein Kontakt zu diesem besteht oder aufgenommen werden kann. In der Folge können wichtige Entscheidungen nicht getroffen, Verträge nicht unterzeichnet und Anträge nicht gestellt werden.

Ausblick und Zusammenfassung

Durch das Projekt Wiedereingliederung psychisch auffälliger Gefangener konnten schon wichtige Erkenntnisse generiert und praktische Lösungen erarbeitet werden, die bereits in Einzelfällen in der praktischen Umsetzung sind und umgesetzt wurden. Die Vernetzung mit den beteiligten Behörden, Fachstellen und -diensten sowie die Erarbeitungen von rechtskreis-übergreifenden Lösungswegen gelten als Schlüssel für ein gelingendes Übergangsmangement für psychisch auffällige Gefangene. Die ersten Monate des Projektes zeigten bereits, dass hier neue Wege beschritten werden konnten und künftig entsprechend verfestigt werden können. Finanziert wird das Projekt über die Baden-Württemberg Stiftung. Projektträger ist der Verein Projekt Chance e.V., der das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Straffälligenhilfe Baden-Württemberg GbR und den Mitgliedsorganisationen umsetzt. Das Netzwerk Straffälligenhilfe in Baden-Württemberg GbR ist ein Zusammenschluss von drei Dachverbänden, dem Verband Bewährungs- und Straffälligenhilfe Württemberg e.V., dem Badischen Landesverband für soziale Rechtspflege sowie dem Paritätischen Landesverband Baden-Württemberg. Die angeschlossenen Mitgliedsvereine der Dachverbände sind in der Straffälligenhilfe engagiert.



Florian Dirr

Dipl. Sozialpädagoge
Netzwerk Straffälligenhilfe Baden-Württemberg
und Leitung Bereich Krisenintervention
und Existenzsicherung
DER PARITÄTISCHE Baden-Württemberg
dirr@paritaet-bw.de

Transformation des Strafvollzugs?

Interview mit Dr. Ulrich Lewe

Dr. Ulrich Lewe ist Psychologe und hat unter anderem als Bezugstherapeut auf einer geschlossenen forensischen Station und in einer Ambulanz für psychisch kranke Haftentlassene gearbeitet. Darüber hinaus ist er Mitglied des Fachausschusses Forensik sowie des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und tritt für eine grundlegende Reform des § 63 StGB ein.

BAG-S: Sehr geehrter Herr Lewe, vielen Dank, dass Sie heute für ein Interview¹ zur Verfügung stehen. Bevor wir uns dem Strafvollzug widmen, würden wir Ihnen zunächst noch gerne zwei Fragen stellen. Folgt man den Studien zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen im Strafvollzug, so handelt es sich überwiegend um Menschen mit Suchterkrankungen, aber auch um Menschen mit Psychosen. Wie benennen wir dieses Phänomen? Die Weltgesundheitsorganisation spricht von Menschen mit seelischen Behinderungen, die Medizin von psychischen Störungen, Betroffene bezeichnen sich als Psychiatrie-Erfahrene, während in Presse und Politik häufig noch der Krankheitsbegriff verwendet wird. Welche Bezeichnung schlagen Sie vor?

Dr. Lewe: Zunächst muss man feststellen, dass die Begrifflichkeit auch immer die Position desjenigen widerspiegelt, der diagnostiziert oder therapieren will. Ich bevorzuge die Definition der WHO, die auch in der UN-Behindertenrechtskonvention niedergelegt ist: Diese spricht von psycho-sozialen Behinderungen. Das ist eine Erweiterung des Krankheitsbegriffes, durch die verdeutlicht wird, dass egal ob es sich um eine kognitive, eine intellektuelle oder auch eine psychische Behinderung handelt, man den Grad der Behinderung immer nur im Zusammenspiel sehen kann mit den sozialen und gesellschaftlichen Umständen, die das Ausmaß dieser Behinderung mit definieren. Ein einfaches Beispiel: Wenn ein Rollstuhlfahrer in der Großstadt lebt, wo es keine Hochbahnsteige gibt, dann kann er keine Straßenbahn oder U-Bahn fahren. Das Gleiche gilt natürlich auch für andere Behinderungsarten, so wie psychische Erkrankungen oder intellektuelle Behinderungen.

BAG-S: Die zweite Frage bezieht sich auf den aktuellen Stand der Behandlung von psychischen Krisen: Welche Therapieformen werden aktuell in der Psychiatrie angewandt?

¹ Das Interview führte für die BAG-S Frank Wilde. Es fand statt am 20.02.2024 als Video-Konferenz

Dr. Lewe: Man geht heute davon aus, dass mono-kausalen Therapien nicht ausreichend sind. Also nicht nur medikamentös oder nur Sozialtherapie. Vielmehr will man die Patienten oder Klienten zu einer persönlich zugeschnittenen Therapie beraten. Diese kann bestehen aus einem Mix von medikamentöser Behandlung, Psychotherapie oder einer Sozialtherapie. Und dann muss man ausprobieren, was hilft. Dies gilt auch für Menschen, die an Psychosen erkranken. Diese können ja sehr unterschiedliche Ausprägungen haben. Sie können relativ harmlos verlaufen, sodass die betroffenen Menschen weder die Umwelt noch sich selbst stark stören, z. B. die Hörer von Stimmen. Diese können sich irgendwann mit ihren Stimmen anfreunden und haben kein großes Problem. Die Psychosen können aber auch sehr starke soziale Folgen haben, sodass diese Menschen dann obdachlos oder arbeitslos werden, verwahrlosen und überhaupt keinen Kontakt mehr zu ihrer Umwelt aufnehmen können.

Also in diesem ganzen Spektrum spielt sich eine seelische oder psychische Erkrankung ab. Da muss man natürlich bei jedem Einzelnen, bei jedem Ausprägungsgrad auch dann unterschiedliche Möglichkeiten wahrnehmen können, wie man mit diesen Menschen umgeht. Das heißt bei dem einen, es gibt Menschen, die eine psychotische Erkrankung haben, wo zum Beispiel Neuroleptika sofort anschlagen, also sozusagen innerhalb von einer Woche. Aber es gibt auch Menschen, bei denen Neuroleptika überhaupt nicht anschlagen. Und so muss man eben für jede Therapiemöglichkeit, die zur Verfügung steht, dann auch wieder individuell auf den einzelnen Menschen zugeschnitten den richtigen Mix herausfinden.

BAG-S: Die Inhaftierung im Strafvollzug stellt eine besondere psychische Belastung für alle Menschen dar. Für Menschen, die an einer seelischen Behinderung leiden, kann sich diese Belastung potenzieren. Aber auch im Vollzug können sich psychische Krisen oder Psychosen entwickeln. Wie kann man aus Ihrer Sicht im Strafvollzug mit psychischen Krisen und seelischen Behinderungen bei inhaftierten Personen umgehen?

Dr. Lewe: Das ist eine komplexe Frage. Zuvor möchte ich aber auf den Grundwiderspruch von Strafvollzug und Maßregelvollzug eingehen, der meines Erachtens besteht. Zunächst werden die Leute entsozialisiert durch die Einsperrung. Zu mir hat ein Klient mal gesagt: „Ich bin da reingekommen und habe gemerkt, mir wird hier total der Stecker gezogen.“ Insbesondere

der „soziale Stecker“ wird gezogen. Und dann will die Institution am Ende versuchen, die Personen wieder zu resozialisieren. Diesen Widerspruch kann man gar nicht ganz auflösen. Das wird in diesen Großgefängnissen und Großkrankenhäusern nie gelingen. Allein aus diesem Grund, der Entsozialisierung, sind diese Institutionen nicht gut geeignet, um Menschen mit seelischen Behinderungen zu behandeln. Denn die Inhaftierung fördert Krankheitstendenzen oder kann auch Krisen auslösen. Also ich will jetzt nicht zu pessimistisch klingen. Ich bin trotzdem der Meinung, dass man innerhalb des Vollzugs und auch innerhalb der Unterbringung viele Möglichkeiten hat, auf den Menschen einzugehen. Man kann immer auch kreativ innerhalb dieser Strukturen agieren. Aber ausgehend von dem Grundwiderspruch müsste man eigentlich zunächst von der Institution verlangen, dass sie sich sozialisieren soll.

BAG-S: Was würde das bedeuten, den Strafvollzug zu sozialisieren?

Dr. Lewe: Wenn die Einrichtung mehr will als nur die Sicherung während der Zeit der Inhaftierung, wenn sie auch die Resozialisierung der Person erreichen möchte, dann muss sie selber sozial werden. Bisher ist sie das nur in geringen Anteilen, sage ich mal vorsichtig. Um Beispiele zu finden, kann man bezüglich des Strafvollzugs nach Norwegen oder wegen des Maßregelvollzugs nach Italien schauen. Da wird weitgehend versucht, die Desozialisierungstendenzen der Anstalten zu vermeiden, indem man von Beginn der Unterbringung an versucht, die tragenden sozialen Strukturen des Menschen nicht abbrechen zu lassen. Im Gegenteil will man diese von Beginn an fördern. Der erste Schritt für Deutschland wäre – und dabei handelt es sich natürlich um dicke Bretter – wir müssten alle Großgefängnisse und alle Krankenhäuser im Maßregelvollzug in kleine ortsnahe Einheiten auflösen. Ich bin fest davon überzeugt, dass das geht. Das würde den Strafvollzug auf andere Beine stellen. In diesen großen Gefängnissen gibt es so viele Faktoren, die der psychischen Gesundheit von Menschen abträglich sind. Da gibt es eigentlich nur einen Weg. Entweder man bleibt zynisch und macht so weiter wie bisher. Oder man versucht, diese Einrichtung so zu verändern, zu verkleinern, ihren Geist zu verändern, dass auch eine wirkliche Resozialisierung von Anfang an stattfinden kann. Wenn man dafür erstmal Feuer gefangen hat, dann macht das auch richtig Spaß. Ich habe selbst noch mitgewirkt an den Auflösungen der alten großen Psychiatrien im Rahmen der Psychiatriereform. Wenn die Politik da mitzieht, kann so eine Reform sehr viel Spaß machen – auch für die Mitarbeiter. Ich habe also einen gewissen historischen Optimismus.

BAG-S: Eine politische Bewegung oder auch gesellschaftliche Stimmung für eine große Strafvollzugsreform ist aktuell nicht zu sehen. Was wären denn kleinere Reformschritte hin zu einer besseren Behandlung?

Dr. Lewe: Also institutionelle Grenzen lassen sich nicht wegdiskutieren. Das Gefängnis hat eine Subkultur, wo viel Blödsinn passiert und auch viel Aggression. Aber natürlich kann man die Behandlung im Vollzug so gestalten, dass möglichst jedem das entsprechende Behandlungsmittel zugestanden wird. Dazu gehören dann auch psychiatrische Fachabteilungen in den Justizvollzugskrankenhäusern, von denen es noch zu wenige gibt. Aber wenn wir von dieser Definition ausgehen, eine psychische Behinderung ist immer ein Mix aus individueller und gesellschaftlicher Akzeptanz oder Nichtakzeptanz und gesellschaftlicher sozialer Getragenheit, dann sollte man die Behandlung möglichst in der Gemeindepsychiatrie machen lassen. Und zwar in der Gemeinde, wo der Mensch herkommt. Dann verliert er nicht den Kontakt zu seiner Familie und zu seinen Kindern. Da kann er Kontakt zu Sportskameraden halten oder zu ehemaligen Kollegen. Man müsste also versuchen, das ganze soziale Netz, das er später wieder braucht, aufrechtzuerhalten und nicht komplett abzureißen. Ich glaube, da gibt es auch innerhalb des Strafvollzuges Möglichkeiten, in diese Richtung zu arbeiten.

Hierzu sollte man auch die Modellprojekte einmal systematisieren. Ich will Ihnen ein Beispiel geben: In Nordrhein-Westfalen gibt es drei Ambulanzen für Haftentlassene, die sich an diesem Modell der rechtzeitigen Resozialisierung orientiert haben. Eines davon habe ich mit aufgebaut. Da konnten wir Monate vor der Entlassung von einem psychisch kranken Inhaftierten mit ihm im Gefängnis Kontakt aufnehmen und ein- bis zweimal pro Woche mit ihm sprechen. Er hatte so die Möglichkeit, uns kennenzulernen und zu schauen, ob er mit uns klarkommt. Kann ich denen vertrauen? Das ist sehr wichtig, dass die Leute Vertrauen zu uns, zum Therapeuten oder Sozialarbeiter, haben. Nach der Entlassung wurden sie dann in der Nachsorgeambulanz weiter behandelt. Da haben wir die Erfahrung gemacht, dass von 100 Leuten, die wir angesprochen haben, immerhin 2/3 mit uns nach der Entlassung in Kontakt geblieben sind. Ca. 50 % sind dann auch langfristig mit uns im Kontakt geblieben und keiner ist mit einem großen Gewaltdelikt wieder rückfällig geworden. Und das obwohl die Voraussetzung für die Teilnahme bei uns ein schweres Delikt und Führungsaufsicht war. Das halte ich für eine sehr gute Quote. Und das zeigt eigentlich auch, was möglich ist.

BAG-S: Lassen Sie uns abschließend auf das Positionspapier kommen, das Sie zusammen mit Ihren Kollegen Martin Feißt und Heinz Kammeier von der DGSP verfasst haben. Darin schlagen Sie die Abschaffung des Maßregelvollzugs vor. Der bisher nach § 63 StGB untergebrachte Personenkreis soll danach zukünftig eine zeitige Freiheitsstrafe erhalten, die im Strafvollzug verbüßt wird. Bezüglich der Gesundheitsversorgung schlagen Sie vor, dass zukünftig nicht mehr die Justiz, sondern die Gesundheitsfürsorge vor Ort, für die Behandlung der inhaftierten Personen zuständig wäre. Ohne jetzt auf die Kritik an der Maßregel einzugehen, wie müsste sich der Strafvollzug ändern, wenn diese Personengruppe, die einen erheblichen Bedarf an therapeutischen Maßnahmen hätte, im regulären Strafvollzug versorgt werden kann?

Dr. Lewe: Unser Vorschlag hat sehr unterschiedliche Reaktionen ausgelöst: von begeisterter Zustimmung bis zu empörter Ablehnung. Aber die Grundidee dieses Papiers ist folgende: Wir fordern nicht die Abschaffung des Maßregelvollzugs, sondern die Transformation von dem zweispurigen System mit Freiheitsstrafe und Maßregel hin zu einer Vereinheitlichung. Das ist ja erstmal eine juristische Frage. Ganz kurz gesagt: Nach unserer Einschätzung ist der Maßregelvollzug nicht mehr mit der UN-Behindertenrechtskonvention zu vereinbaren. Deshalb fordern wir die Abschaffung des § 63 und § 20 StGB. Wenn es nur noch eine Sanktionsform gibt, müssen sich aber beide aktuell bestehenden Systeme verändern. Es reicht nicht, den Maßregelvollzug einfach in ein Gefängnis umzuwandeln. Dann hätten wir zwar zeitige Strafen für die Personen, die bisher immer mit Prognoseentscheidungen aufgrund ihrer Gefährlichkeit zu tun haben. Aber sonst hätte sich nichts geändert. Was muss also passieren?

Ich will Ihnen ein Beispiel geben: In Italien wurde der Maßregelvollzug komplett verändert. Die alten großen Einrichtungen wurden aufgelöst. Stattdessen wurden regional Einrichtungen mit 20 bis 40 Plätzen geschaffen. Dies hat Folgen, die ich schon beschrieben habe. Die Behandlung konnte sich viel stärker in die Gemeinde mit dem Ziel der Wiedereingliederung ausrichten. So muss bspw. nach sechs Monaten jeder von den Inhaftierten einen Kontakt außerhalb haben, eine Arbeit oder einen Sportverein. Dort wird er dann von Mitarbeitern begleitet und persönlich betreut. Die Beziehungsarbeit ist wichtig. Therapeutische und soziale Maßnahmen verzahnen sich hier. Durch diesen Ansatz schaffen sie es, dass die Personen nur durchschnittlich zwei Jahre in diesen Einrichtungen inhaftiert sind. Also viel kürzer als in Deutschland. Das senkt natürlich auch die Kosten.

In Deutschland kann man auch so was machen. Und ich wohne ja in Bielefeld. Bielefeld zeichnet sich dadurch aus, dass dort Europas größte offene Haftanstalt ist. Ich glaube, 1.800 Menschen leben hier im offenen Vollzug. Es gibt zehn oder 15 kleinere Hafthäuser, die hier im Umkreis von Bielefeld verteilt sind. Diese sind teilweise spezialisiert, z. B. auf die Betreuung von Sexualstraftätern. Dort ist das nächste Haus geplant für psychisch kranke Häftlinge. Es gibt einen Kontakt mit der Ambulanz des psychiatrischen Krankenhauses in Gütersloh. Sowas lässt sich auch anderswo entwickeln. Ziel wäre es, die Großgefängnisse aufzulösen.

BAG-S: Sie fordern, dass der Vollzug sich hin zur Gemeinde öffnet. Aber will die Gemeinde das denn überhaupt? Gibt es nicht überall, wo in diese Richtung gearbeitet wird, Widerstand aus der Bevölkerung?

Dr. Lewe: Ja, natürlich gibt es dieses Problem. Auch in Italien konnten Einrichtungen nicht eröffnet werden, weil es öffentlichen Protest gab. Dort wo Einrichtungen umgewandelt wurden, hatte man sich aber auch schon dran gewöhnt. Da ging es. Das ist schon kompliziert. Einerseits muss man Entscheidungen durchsetzen und auch Widerstand für eine Zeit aushalten. Andererseits muss man einen guten Weg der Kommunikation finden. In Deutschland gibt es ein breites Netz an Einrichtungen um den Maßregelvollzug herum. Als vor 40 Jahren eine erste Wohngruppe eingerichtet wurde, wurde dies noch geheim gehalten. Und natürlich muss man auch an die Mitarbeiter denken. Die muss man auch für einen Wandel gewinnen. Da bin ich mir aber ziemlich sicher, dass das gelingt, weil man immer Leute findet, die einen Schritt weiter gehen wollen. Es hängt da aber viel von den Personen ab, die in der Verantwortung sind. Haben die den Willen zu Veränderung?

BAG-S: Herr Dr. Lewe, vielen Dank für das Gespräch.



Dr. Ulrich Lewe

Dipl. Psychologe, Mitglied des Fachausschusses Forensik sowie des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
ULewe@t-online.de

Zusammenfassung und Ausblick

Von Christina Müller-Ehlers

Die Bundestagung „Brücken bauen – Übergangsmanagement und Nachsorge für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen“ beschäftigte sich mit der Situation von inhaftierten Personen mit seelischen Beeinträchtigungen im Strafvollzug und nach der Entlassung. Die hohe Teilnehmerszahl und die Diskussionen auf der Tagung verdeutlichten, dass das Thema eine hohe Relevanz hat. Dies gilt sowohl für Bedienstete des Strafvollzugs als auch für die Mitarbeitenden der freien Straffälligenhilfe. Die Veranstaltung bot eine Plattform zur Annäherung an das Thema und zeigte den aktuellen Stand und die bestehenden Herausforderungen.

Eine bundesweite Übersicht zu erstellen, stellt sich als nicht einfach dar, da die bestehenden Systeme in den Bundesländern nicht einheitlich sind. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die akute psychiatrische Behandlung im Strafvollzug nicht ausreichend ist. Es mangelt an Behandlungsmöglichkeiten für die inhaftierten Personen. Seitens der Anstalten mangelt es an Fachkräften. Der psychologische Dienst kann die vielfältigen Bedürfnisse nicht abdecken. Notwendig ist ein Ausbau der psychiatrischen Behandlungsangebote auf den Stationen (ambulant) als auch in den Justizvollzugskrankenhäusern. Es muss entsprechend der Versorgung außerhalb der JVAen die Möglichkeit geben, sowohl auf akute Krisen als auch auf längere Behandlungsräume einzugehen. Diskutiert wurden weiter die förderliche Rolle des offenen Vollzugs, bei dem der Personenkreis besser auf das Leben nach der Entlassung vorbereitet werden kann. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht durch den Einbezug in die Sozialversicherungssysteme insbesondere der Übergang in die Freiheit besser gestaltet werden könnte.

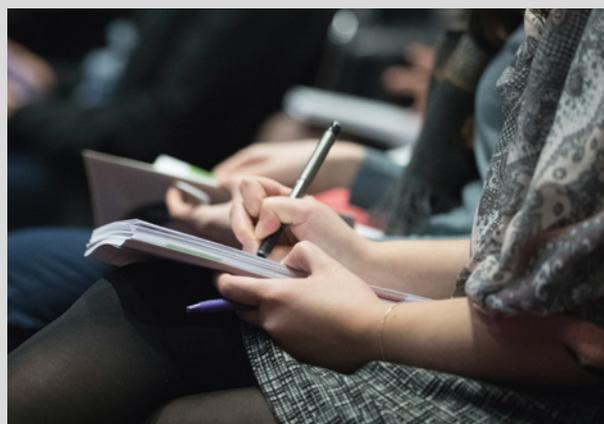
Denn auch beim Übergang und der Nachsorge gibt es erheblichen Verbesserungsbedarf. Die Einbindung der Eingliederungshilfe in die Nachsorge von Strafgefangenen scheidet zu häufig, obwohl sie der richtige Ort für eine angemessene Versorgung wäre. Hier bedarf es einer verstärkten Vernetzung mit den Gesundheitsdiensten. Diese müsse auch stärker in die Pflicht genommen werden. Auch sind spezielle Angebote im Übergangsmanagement für diese Personengruppe, die mittlerweile an einigen Orten existieren, sinnvoll.

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit weiter Verbesserungen sowohl im Strafvollzug als auch im Übergangs-

management und der Nachsorge für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu erreichen.

Die BAG-S plant, weiter an diesem Thema zu arbeiten und bietet im Jahr 2024 auf die Bundestagung aufbauende weitere digitale Informationsveranstaltungen an. Dabei soll gute Praxis vorgestellt und an konkreten Lösungen für Schwierigkeiten gearbeitet werden. Helfen soll dabei auch der Blick in andere europäische Länder.

Erste Veranstaltung in der BAG-S Reihe:



Webinar

Psychiatrie im Strafvollzug – Was ist für eine gute Versorgung notwendig?

Input: Carina Thoms und Dr. Frithjof Staude-Müller von der Tagesklinik in der JVA Neumünster

📍 Digital

📅 06. Juni 2024, von 10 bis 12 Uhr

🔗 www.bag-s.de

Rückblick auf die Aktionstage Gefängnis 2023

Die Aktionstage Gefängnis haben vom 1. November bis 10. November 2023 unter dem Titel **WOHNUNGSLOSIGKEIT | HAFT | WOHNUNGSLOSIGKEIT** stattgefunden. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf der Situation von Haftentlassenen, die häufig mit der Gefahr der Wohnungslosigkeit konfrontiert sind. Jährlich werden in Deutschland 90.000 bis 100.000 Personen aus der Haft entlassen. Vielen von ihnen droht Wohnungslosigkeit, denn auf einem angespannten Wohnungsmarkt gestaltet sich die Wohnungssuche nach der Haft schwierig. Haftentlassene tragen ein hohes Risiko, langfristig von Wohnungslosigkeit betroffen zu sein. Zu oft werden Menschen aus dem Gefängnis in die Wohnungslosigkeit entlassen, ohne dass angemessene Unterstützungsstrukturen vorhanden sind. Damit eine Wiedereingliederung von haftentlassenen Personen in die Gesellschaft gelingen kann, muss sichergestellt werden, dass sie nicht in die Wohnungslosigkeit entlassen werden.

Die Aktionstage Gefängnis 2023 zeigten eine Vielfalt von Veranstaltungen, sowohl in Präsenz als auch online, unter dem übergeordneten Thema „Wohnungslosigkeit | Haft | Wohnungslosigkeit“. Zu den Präsenzveranstaltungen gehörte unter anderem der Vortrag und die Diskussion zum Thema „Du kommst aus dem Gefängnis frei – Resozialisierung – Impulse aus Theorie und Praxis“. Diese Veranstaltung, die am 6. November 2023 in Freiburg stattfand, versammelte Expert:innen wie Tina Gröbmayr, Katharina Leniger, Matthias Scholze und Dr. Barbara Sieferle, um die Herausforderungen der Resozialisierung zu beleuchten.

Ein weiteres Highlight war die Lesung und Diskussion in Dortmund am 8. November 2023. Klaus Jünschke, Autor von „Gefangen und Wohnungslos“, beteiligte sich an einer Podiumsdiskussion mit Bastian Pütter, Prof. Dr. Christine Graebisch und RA Dr. Sven-Uwe Burkhardt. Gemeinsam thematisierten sie die Verbindung zwischen Wohnungslosigkeit und Haft. Unter dem Titel „Wir sind nicht Alle, es fehlen die Gefangenen? (K)Eine Lobby für Inhaftierte“ fand am 9. November 2023 in Hamburg eine Diskussionsveranstaltung mit Filmvorführung aus dem Jahr 1971 statt. Die Veranstaltung wurde begleitet von Manuel Matzke (GG/BO) und Cansu Özdemir (Die Linke).

Des Weiteren wurde durch den Fachtag „Alte Probleme, neue Impulse ...“ in Erfurt am 9. November 2023, organisiert von der Landesarbeitsgemeinschaft der Straffälligenhilfe im Freistaat Thüringen e. V., eine Podiumsdiskussion zu aktuellen Herausforderungen in der Straffälligenhilfe geführt und die Thematik

der Wohnungslosigkeit nach der Haft kontrovers diskutiert. Zusätzlich zu den Präsenzveranstaltungen gab es auch eine Reihe von Online-Beiträgen, darunter Kunstprojekte, Hörspielprojekte und persönliche Erfahrungsberichte von Gefangenen. Das breite Bündnis der Aktionstage Gefängnis 2023 strebte nicht nur eine kritische Auseinandersetzung mit der Problematik von Wohnungslosigkeit nach der Haft an, sondern initiierte auch einen konstruktiven Dialog für positive Veränderungen.

Ein Überblick über die Veranstaltungen der Aktionstage Gefängnis findet sich unter: www.aktionstage-gefaengnis.de.

Die Aktionstage Gefängnis werden mit dem Ziel, den Strafvollzug sowie seine Folgen stärker zum öffentlichen Thema zu machen, von einem vielfältigen Bündnis von Initiativen, Vereinen und anderen Gruppen sowie Personen organisiert. Konkret geht es dem Bündnis darum, Vorurteile gegen straffällig gewordene Menschen zu entkräften, die Rückkehr von Gefangenen in die Gesellschaft zu erleichtern, physische und psychische Auswirkungen von Freiheitsstrafe sichtbar zu machen, faire Arbeitsbedingungen innerhalb der Haft zu schaffen sowie die gesellschaftliche Funktion von Strafe und Gefängnis zu hinterfragen. Dabei werden jährlich verschiedene Schwerpunkte gesetzt.



Für das kommende Jahr stehen die Aktionstage Gefängnis 2024 unter dem Motto „WÜRDE – MITBESTIMMUNG – TEILHABE“.

Das Bündnis ruft alle Interessierten dazu auf, sich zu beteiligen, sei es durch Vereine, Institutionen, Aktionsgruppen oder auch als Einzelpersonen. Die Themen Würde, Mitbestimmung und Teilhabe sollen im Mittelpunkt stehen, um erneut auf wichtige gesellschaftliche Fragen aufmerksam zu machen und positive Veränderungen anzustoßen.

Abschlussveranstaltung Justice for All (J4A)

Ein Projekt über Untergebrachte und Gefangene mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen

von Melanie Schorsch und Christine Graebisch

Am 28. November 2023 fand in Berlin die deutschlandweite Abschlussveranstaltung des Forschungsprojekts „Justice for All“ statt. Im Mittelpunkt des Projekts stand die Lebenssituation Gefangener und Untergebrachter mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen sowie internationale und nationale Standards, die für ihren Freiheitsentzug gelten. Darüber hinaus wurde die Praxis der justiziellen Zusammenarbeit und der gegenseitigen Anerkennung in Strafsachen innerhalb der EU untersucht. Von Januar 2022 bis Dezember 2023 kooperierte die Fachhochschule Dortmund (Strafvollzugsarchiv) dabei mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Grund- und Menschenrechte (Österreich), Antigone (Italien) sowie den Organisationen Bulgarian Helsinki Committee (Bulgarien), Mental Health Perspectives (Litauen) und Peace Institute (Slowenien).

Am 26.03.2009 ratifizierte Deutschland das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ (UN-BRK). Die UN-BRK konkretisiert allgemeine Menschenrechte auf die Situation von Menschen mit Behinderungen und wird als Auslegungshilfe für die Grundrechte herangezogen (BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 -; Feißt, Lewe, Kammeier 2022). Ihre Mitgliedstaaten dürfen Menschen mit Behinderungen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entziehen und das Vorliegen einer Behinderung darf in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigen (Art. 14 UN-BRK). Im Jahr 2023 wurde die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland durch den UN-Fachausschuss für Rechte von Menschen mit Behinderung geprüft. Der Ausschuss bemängelte unter anderem, dass die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) bei Schuldunfähigkeit zu einer unbefristeten Unterbringung und damit zu einem deutlich längeren Freiheitsentzug als im regulären Strafvollzug führt (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2023). Laut Konvention zählen zu den Menschen mit Behinderung Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der

Gesellschaft hindern können (Art. 1 UN-BRK). So gilt die UN-BRK auch für Personen, die im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB untergebracht sind.

In seinem Vortrag „Vorbeugende Anhaltung – Fakten und kritische Anmerkungen zum Maßregelvollzug nach § 63 StGB“ verdeutlichte Ulrich Lewe, dass der unbefristete Freiheitsentzug dieser Personengruppe gegen den Gleichheitsgrundsatz sowie gegen Art. 14 Abs. 1 b) UN-BRK verstößt. Zwar beruhe die Unterbringung nicht direkt und allein auf einer psychischen Beeinträchtigung, sondern auf der konstatierten Gefährlichkeit. Diese werde aber wiederum aus der psychischen Beeinträchtigung abgeleitet. Ulrich Lewe führte weiter aus, dass es sich hierbei um ein Präventivstrafrecht handele, das den Freiheitsentzug auf eine vermutete Gefährlichkeit und eine psychosoziale und/oder intellektuelle Beeinträchtigung und nicht auf eine begangene Straftat stütze. Zudem zeigte er anhand einer Studie von Hein, Querengässer und Schiffer (2022), dass die Gefährlichkeitsprognosen keineswegs unfehlbar seien. Er plädierte für eine Verlagerung des Schwerpunkts von Gutachten und Prognosen hin zu umfassenden Resozialisierungsmaßnahmen zugunsten der Betroffenen.

In ihrem Vortrag „Strafrechtlicher Freiheitsentzug von Personen mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen: Internationale Ergebnisse“ betonte Melanie Schorsch, die Einschätzung der Gefährlichkeit im Zusammenhang mit der Behinderung spiele nicht nur in Deutschland, sondern auch in den Partnerländern des Projekts „Justice for All“, eine entscheidende Rolle für die Wahl der Unterbringungsform. Abhängig von prognostizierter Gefährlichkeit bei Personen mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen sei eine Unterbringung in einem Gefängnis oder/und eine andere Form der Sicherheitsmaßnahme möglich. Die Unterbringung zur Sicherung der Allgemeinheit, wie der deutsche Maßregelvollzug, sei somit eine Präventivmaßnahme, die von drei Elementen abhängt: der Begehung einer Straftat, der Feststellung einer psychosozialen/intellektuellen Beeinträchtigung und der Feststellung einer Gefahr für die Allgemeinheit. Unklarheiten

beständen hier vor allem hinsichtlich des Zwecks des Freiheitsentzugs im Zusammenhang mit präventiv begründeter Unterbringung, da die Grenzen zwischen medizinischen und sicherheitsrelevanten Belangen oft fließend seien.

Auch Ulrich Lewé kritisierte in seinem Vortrag diese Verknüpfung von Therapie und Sicherheit sowie Behinderung und Gefahr und unterzog den psychiatrischen Maßregelvollzug gem. § 63 StGB einem „Faktencheck“, angereichert mit Berichten aus seiner eigenen Tätigkeit als Bezugstherapeut auf einer geschlossenen forensischen Station. Ulrich Lewé beleuchtete neben der Diskriminierung von Menschen mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen und dem Konzept der individuellen Gefährlichkeit auch die Lockerungsentscheidungen der Kliniken. Lockerungsentscheidungen, so Ulrich Lewé, unterscheiden sich von Klinik zu Klinik sowie von Bundesland zu Bundesland erheblich – ein Hinweis darauf, dass eher die Klinikzugehörigkeit der verantwortlichen Mitarbeiter*innen als die objektive Beurteilung der Gefährlichkeit und anderer Merkmale der betroffenen Unterbrachten für die Lockerungsentscheidungen verantwortlich sei.

Christine Graebisch ging in ihrem Vortrag „Unsound mind: Sicherungsverwahrung und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte“ exemplarisch auf die Frage der zeitlich unbegrenzten Sicherungsverwahrung nach einer Freiheitsstrafe ein. Die Sicherungsverwahrung habe in den letzten Jahren eine rechtsdogmatische Metamorphose hin zu einer Therapieeinrichtung erfahren. In der Rechtssache M. ./Deutschland habe der EGMR die Sicherungsverwahrung als eine Form der Inhaftierung einer Person nach ihrer Verurteilung durch ein zuständiges Gericht (Art. 5 Abs. 1 a EMRK), also als Strafe im Sinne der Europäischen Menschenrechtskonvention, angesehen. Demnach galt dann für die Sicherungsverwahrung das Rückwirkungsverbot (Art. 7 Abs. 1 EMRK). Deutschland habe das Urteil des EGMR zum Anlass genommen, die rückwirkende Verlängerung der Sicherungsverwahrung in eine „therapeutische Verwahrung“ umzudeuten, die sich auf die Gefährlichkeit aufgrund einer „psychischer Störung“ (Art. 5 Abs. 1 e EMRK) stütze, damit der EGMR nicht mehr das für Strafen geltende Rückwirkungsverbot anwenden könne. Darüber hinaus habe das Bundesverfassungsgericht den Begriff der „psychischen Störung“ als eigenständigen Rechtsbegriff neu definiert, der nur an den psychiatrischen Begriff anknüpfe, sich aber von diesem unterscheide. Mit der Einführung der Gesetzesänderungen seien den Einrichtungen mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt worden, um eine Behandlung anbieten zu können. Bei Gerichtsverfahren müsse die Anstalt nun nachweisen, dass sie alles unternommen habe, um die Gefährlichkeit des einzelnen Gefangenen/Unterbrachten zu verringern. Christine Graebisch erläuterte, dass

die Anstalten häufig allein den Gefangenen die Schuld dafür geben, dass sie die Programme und Therapien noch nicht abgeschlossen hätten. Laut Anstalt würden die Gefangenen nicht für die nächsten Schritte oder auch nur für die erste Teilnahme an einer Therapie oder einem Programm in Frage kommen, solange sie nicht die Verantwortung für ihre Straftaten übernehmen. Diese extreme Form der Verantwortungszuschreibung führe dazu, dass Unterbrachte für das Scheitern der Behandlungsbemühungen verantwortlich gemacht würden. Daraus folge, so Christine Graebisch, für Betroffene ein „Catch 22“. Leugneten sie ihre Verantwortung, würden sie von der Anstalt weiterhin als gefährlich eingestuft. Sobald sie sich aber zu ihrer Verantwortung und ihren persönlichen Defiziten bekennen, stuft die Anstalt sie auf Grundlage dieses „Geständnisses“ ebenfalls als gefährlich ein.

Die Diskussion am Ende der Veranstaltung konzentrierte sich vor allem auf dieses beschriebene Dilemma der Unterbrachten und wurde von den Praxisberichten der Teilnehmer*innen und ihrer Interaktion mit den Gefangenen/Unterbrachten getragen. Diskutiert wurde vor allem, ob es überhaupt sinnvoll sei, während der Haft/Unterbringung über das frühere Verhalten und die Verurteilung zu sprechen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Entwicklung eines „Strafavatars“ (Crewe 2011) eingegangen. Dieses Konzept beschreibt den Einfluss der Anstalten auf die Selbstwahrnehmung der Unterbrachten/Gefangenen. Dabei prägen die Anstalten mit ihren Programmen und Maßnahmen deren Selbstbild im Sinne einer eigens geschaffenen (zusätzlichen) Anstaltsidentität. Sie passen sich an die Vorgaben der Anstalt an, aber die dabei erlernten Anpassungsmechanismen bieten keine Identität, die nach der Entlassung förderlich sein könnte.

Mit der Bedeutung von Resozialisierung setzte sich auch Melanie Schorsch in ihrem Vortrag „Personen mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen im deutschen Justiz- und Maßregelvollzug“ auseinander. Insbesondere ausländische Gefangene/Unterbrachte seien häufig von Isolation, Diskriminierung und Unsicherheit über ihren zukünftigen Aufenthaltsstatus betroffen. Die Verflechtung von Migrations- und Strafrecht und der Einfluss der Ausländerbehörden verringere dabei die Chancen auf Resozialisierung. Der Rahmenbeschlusses über Freiheitsstrafen ermögliche es den EU-Mitgliedstaaten, Gefangene und Unterbrachte in einen anderen EU-Mitgliedstaat zu überstellen und damit die Resozialisierung der Betroffenen zu unterstützen. Die dem zugrundeliegende Annahme, dass die Programme zur Resozialisierung innerhalb der EU vergleichbar seien, sei jedoch ein Trugschluss. Bei der Beurteilung der Eignung von Überstellungen müsse eruiert werden, so Melanie Schorsch, ob der andere Mitgliedstaat glei-

che oder bessere Möglichkeiten für die Resozialisierung biete. Die Entscheidung über die beste Umgebung könne jedoch nur im Einzelfall und nicht allein auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens zwischen den Mitgliedstaaten getroffen werden. Sprachbarrieren und föderale Strukturen seien Hindernisse, die eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit und Einzelfallanalyse behinderten.

In Deutschland wurde die Diskussion um die Punitivität des psychiatrischen Maßregelvollzugs, die bisherigen Reformen, die Resozialisierung und die Transformation des forensischen Maßregelvollzugs insbesondere durch die Veröffentlichung des Positionspapiers der DGSP (Feißt; Lewe; Kammeier 2022) neu entfacht. Auch der UN-Fachausschuss empfiehlt in seinem Bericht weitreichende Veränderungen, nämlich die Änderung bzw. Aufhebung von Gesetzen, die die Schuldfähigkeit von Menschen mit Behinderungen einschränken und zu härteren Maßnahmen gegen sie führen als gegen Menschen ohne Behinderungen.

Helmut Pollähne thematisierte in seinem Vortrag „Schuld(un)fähigkeit auf dem Prüfstand. Zur Reformbedürftigkeit des § 20 StGB, auch im Lichte der UN-BRK“ den Freispruch auf Grundlage von § 20 StGB (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen). Er verdeutlichte die Benachteiligung von Menschen mit psychosozialen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen. Im Gegensatz zum Freispruch aus anderen Gründen (z. B. § 17 StGB) werde der Freispruch gem. § 20 StGB im Bundeszentralregister eingetragen, auch wenn keine Sanktion verhängt werde. § 20 StGB sei jedoch auch „Türöffner“ für den § 63 StGB und für die unbefristete Unterbringung. Zudem könne die betroffene Person das Urteil des Gerichts nicht anfechten. Dies gelte sowohl für die festgestellte Begehung der Straftat als auch für die Annahme der Schuldunfähigkeit selbst. Bis Dezember 2020 enthielt § 20 StGB die Begriffe „Schwachsinn“ und „Abnormität“. Seit 2021 wird auf „Intelligenzminderung“ und „seelische Störung“ verwiesen. In der Rechtsprechung werde jedoch weiterhin der Begriff „Defekt“ verwendet, was eine Missachtung

28. NOVEMBER 2023

JUSTICE FOR ALL




Co-funded by
the European Union

Fachhochschule
Dortmund
University of Applied Sciences and Arts

MAßREGELVOLLZUG FAKTEN

Ulrich Lewe

VORBEUGENDE ANHALTUNG
PSYCHISCH KRANK UND IN ZUKUNFT GEFÄHRLICH

MRV IN STAATLICHER HAND

LOCKERUNGEN & BEURLAUBUNGEN
KEINE GLEICHBEHANDLUNG IN EINZELNEN BUNDESLÄNDERN

BIBEL DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

AUSLEGUNGS-SPIELRAUM ZUM SANKTIONSSYSTEM
Gleichheit vor dem Gesetz?

GEFÄHRLICHKEIT
GROSSE ROLLE IM MRV

DU BIST GEFÄHRLICH!
UNTERSUCHUNGEN: DAS KANN MAN INDIVIDUEN NICHT SAGEN → KONTEXT & EINFLUSS GESELLSCHAFT → BASISRATE BEI GESUNDEN & KRANKEN MENSCHEN GLEICH.

GESETZES ÄNDERUNG
ZAHLEN DER INSASSEN DER MRV SOLLTEN SINKEN

SICHERUNGSVERWAHRUNG

Christine Gratzsch

MINORITY REPORT
EINSPERREN BEVOR STRAFTATEN BEGANGEN WERDEN

DERZEIT 600 INSASSEN IN SICHERUNGSVERWAHRUNG
angenehme GEFÄHRLICHKEIT

voll VERANTWORTLICH GEHANDELT
GESUND, ABER BÖSE

CATCH 22

Perspektivischer Blick:
WIE MÖCHTE ICH LEBEN?

DOMINIQUE KLEINER

(Bildrechte: FH Dortmund)

der UN-BRK, der Betroffenen sowie der Gesetzesänderungen darstelle. Nach Ansicht von Helmut Pollähne sollte der bestehende Gesetzestext durch Streichung der Voraussetzung der Behinderung als Grundlage für die Schuldunfähigkeit überarbeitet werden. Eine Neufassung des § 20 StGB könne dann wie folgt lauten: „Ohne Schuld handelt, wer unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“. Dies würde auch ermöglichen, Gründe für Schuldunfähigkeit anzuerkennen, die nicht in einer Beeinträchtigung der Person angesiedelt werden.

In ihrem Vortrag zu den internationalen Ergebnissen des Projektes „Justice for All“ ging Melanie Schorsch vor allem auf das italienische System der REMS (Residenza Esecuzione Misura Sicurezza/Residenzen zur Durchführung von Sicherheitsmaßnahmen) und die Entwicklungen der Unterbringungsbedingungen für Menschen mit intellektuellen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen ein. Aufgrund der Verlagerung des Vollzugs in kleine Einrichtungen, in denen die Behandlung und Betreuung ausschließlich durch Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgt, sowie der Einführung einer zeitlichen Begrenzung werde das italienische System im europäischen Kontext als good practice wahrgenommen.

Melanie Schorsch berichtete, dass die REMS Teil der Entospitalisierung sind, die in Italien bereits 1978 mit der gesetzlichen Abschaffung der psychiatrischen Großanstalten zugunsten regionaler psychiatrischer Einrichtungen begann. Sie bieten, so Melanie Schorsch, individualisierte Behandlungen und Betreuung in kleinen Einheiten mit 20 Betten in Einzel- oder Doppelzimmern. Die Betreuung erfolge ausschließlich durch Personal aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Hierbei liege das Verhältnis von Personal und Untergebrachten bei 0,9:1. Die begrenzte Anzahl an Betten führe jedoch auch zu Wartelisten. Betroffene Personen verweilten entweder zu Hause oder würden in Einrichtungen untergebracht, die sie nicht adäquat versorgen könnten. Obwohl die Unterbringung in den REMS als ultima ratio anzusehen sei, gäbe es kaum Alternativen.

Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) im Fall Sy/Italien zeige deutlich eine Schwachstelle des Systems auf. Die betroffene Person mit psychosozialen Beeinträchtigungen sei in einem regulären Gefängnis inhaftiert worden, obwohl ein Gericht festgestellt habe, dass eine Inhaftierung mit der psychischen Gesundheit der betroffenen Person unvereinbar sei und eine Verlegung in ein REMS angeordnet hatte. Letztlich sei die Person fast zwei Jahre lang in einem Gefängnis untergebracht gewesen. Anträge auf Verlegung in ein REMS seien von der Anstalt gestellt worden, jedoch erfolglos geblieben. Der EGMR habe die italienische Regierung

für das Versäumnis, dass sie trotz finanzieller oder logistischer Schwierigkeiten die Gefängnisse nicht so organisiert habe, dass die Würde der Betroffenen nicht verletzt werde, u. a. wegen Verstoß gegen Art. 3 EMRK verurteilt. Sie sei vor allem dafür verantwortlich, ausreichend Plätze oder angemessene Alternativen zu schaffen. Für Deutschland bedeute dies, dass die Umgestaltung des psychiatrischen Krankenhauses mit der Umgestaltung des Strafvollzugs und der Schaffung echter Alternativen zum Freiheitsentzug einhergehen müsse.



Bildrechte: FH Dortmund

Prof. Dr. Christine Graebisch

Dipl. Kriminologin, Professorin für Recht der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Dortmund und Leiterin des Strafvollzugsarchivs.

christine.graebisch@fh-dortmund.de



Melanie Schorsch

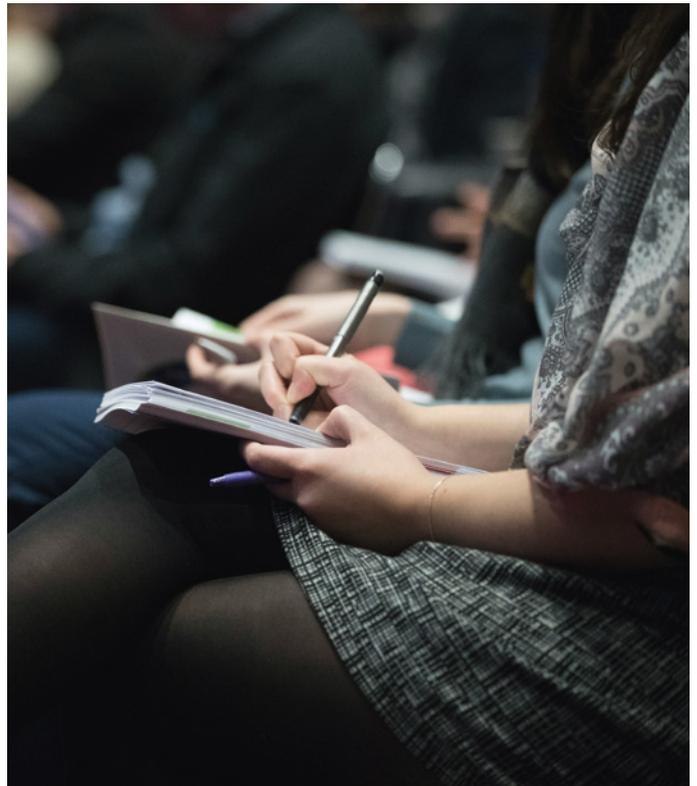
M.A. Kriminologie, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Dortmund und engagiert sich im Strafvollzugsarchiv

Literatur

- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2023): Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany. tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FDEU%2FCO%2F2-3&Lang=en.
- Feißt, Martin; Lewe, Ulrich; Kammeier, Heinz (2022): Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB. www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/transformation-der-massregeln.
- Hein, Nora; Querengässer, Jan; Schiffer, Boris (2022) Verhältnismäßigkeitserledigungen gem. § 67d Abs.6 StGB als Risikofaktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung? *Recht & Psychiatrie* 40 (3), 146 – 154.
- Crewe, Ben (2011): Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment, *Punishment & Society* 13(5), 509 – 529.

Konferenz**Europäische Konferenz zur Untersuchungshaft***Europäisches Forum für Kriminalprävention e.V.*📍 Berlin | 📅 18.-20. April 2024 | 🌐 www.europaforum-kriminalpolitik.org**Webinar Reihe****Künstliche Intelligenz in der Strafrechtspflege***DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.*📍 Digital | 📅 25.04. - 17.05.2024 | 🌐 www.dbh-online.de**Seminar****Einführung in das Good-Lives-Model (GLM)***DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.*📍 Berlin | 📅 03./04. Juni 2024 | 🌐 www.dbh-online.de**Kongress****Deutscher Präventionstag: Sicherheit im Wandel***DPT*📍 Cottbus | 📅 10./11. Juni 2024 | 🌐 www.praeventionstag.de**Fachtagung****Betreutes Wohnen nach der Haftentlassung***DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.*📍 Köln | 📅 10./11. Juni 2024 | 🌐 www.dbh-online.de**Konferenz****COPE Jahreskonferenz***Children of prisoners Europe*

📍 Berlin | 📅 13. Juni 2024

🌐 www.treffpunkt-nbg.de/cope-jahreskonferenz-2024**Tagung****Berliner Junitagung für forensische****Psychiatrie und Psychologie***Institut für Forensische Psychiatrie der Charité*📍 Berlin | 📅 17. Juni 2024 | 🌐 www.forensik-berlin.de/junitagung**Tagung****Zur Situation psychisch erkrankter und in****Obdachlosigkeit lebender Menschen***Institut für Kirche und Gesellschaft*📍 Schwerte | 📅 02./03. Juli 2024 | 🌐 www.kircheundgesellschaft.de/veranstaltungen/unsere-unberuehrbaren-2024-07-02-140000-4239/**Fachtagung****Entlassungs- und Übergangsmanagement***DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.*📍 Digital | 📅 04./05. November 2024 | 🌐 www.dbh-online.de**Austauschforum****Schuldnerberatung in der Straffälligenhilfe***Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e.V.*📍 Digital | 📅 08. November 2024 | 🌐 www.veranstaltungen.bag-sb.de**Fachwoche Straffälligenhilfe****Haltestelle Desistance – Wie der Ausstieg aus Kriminalität gelingen kann!***KAGS und EBET e.V.*📍 Köln | 📅 25. - 27. November 2024 | 🌐 www.fachwoche.de**Seminar****Interkulturelle Kompetenz***DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.*📍 Berlin | 📅 09. Dezember 2024 | 🌐 www.dbh-online.de

Der Wegweiser wird aktualisiert!



Der »Wegweiser für Inhaftierte, Entlassene und deren Familien« ist ein Ratgeber für Betroffene. Er wird auch von Fachkräften der Straffälligenhilfe als Nachschlagewerk genutzt. In der Broschüre erhalten Sie detaillierte Informationen zu sozialrechtlichen und aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen.

2024 wird die BAG-S den Wegweiser inhaltlich überarbeiten und aktualisieren. Wenn Ihre Adresse im Wegweiser oder im Verzeichnis auf unserer Website vorhanden ist, überprüfen Sie bitte die Angaben. Stimmt die Adresse noch? Oder sollten weitere Themen aufgenommen werden?

Bitte schicken Sie Ihre Anregungen und Korrekturen an: info@bag-s.de

Vorschau Infodienst 2/2024



Finanzierungsmodelle in der freien Straffälligenhilfe

Die zweite Ausgabe des „Informationsdienst Straffälligenhilfe“ im Jahr 2024 wird sich mit der Finanzierung der freien Straffälligenhilfe in Deutschland beschäftigen. In jedem Bundesland gibt es unterschiedliche Strukturen und Traditionen der Finanzierung. Wir wollen einen Austausch über die unterschiedlichen Modelle und über Strategien und Argumente für eine langfristige und stabile Finanzierung befördern.

Für den Infodienst 02/2024 freuen wir uns über Beiträge aus Praxis und Wissenschaft. Auch Buchrezensionen oder Berichte von Veranstaltungen nehmen wir gerne mit auf. Sie können diese einreichen bis zum 31. Mai 2024 an info@bag-s.de.

Impressum

Redaktion:

Christina Müller-Ehlers (V.i.S.d.P.)
Dr. Frank Wilde

Herausgeberin:

Bundesarbeitsgemeinschaft für
Straffälligenhilfe (BAG-S) e. V.
Kochhannstraße 6
10249 Berlin
Tel.: 030 2850 7864
E-Mail: info@bag-s.de
Satz/Layout: Elisa Noll
Druck: Susanne Fuhrmann
Auflage: 1.000 Expl.
Alle Urheberrechte sind vorbehalten.

Bezug:

Einzelheft: 6,35 Euro, Jahresabonnement: 16,65 Euro, ermäßigtes Abo für Gefangene, Empfänger:innen von Sozialleistungen, Schüler:innen, Studierende, Gefangenenzeitschriften:

9,15 Euro (jeweils inkl. Versand), Schriftentausch nach Vereinbarung. Auslandsabo 23,10 Euro.

Die Beiträge der Autor:innen spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e. V. wider. Vielmehr repräsentieren sie die Ansichten der Autor:innen.

Eigentumsvorbehalt: Das Heft bleibt Eigentum des Absenders, bis es der/dem Gefangenen persönlich ausgehändigt wurde. Bei Nichtaushändigung, wobei eine »Zur-Habe-Nahme« keine Aushändigung darstellt, ist es dem Absender unter Mitteilung des Grundes zurückzusenden.

Wir danken dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die freundliche Unterstützung.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe (BAG-S) e. V.

Spendenkonto: IBAN: DE90 3702 0500 0008 0887 00

BIC: BFS WDE 33 XXX (Bank für Sozialwirtschaft)

Vorsitzende: Alexandra Weingart (Deutscher Caritasverband e. V.), Geschäftsführerin: Christina Müller-Ehlers

Die BAG-S ist eine Fachorganisation, die die Hilfen für straffällig gewordene Menschen verbessern und erweitern will sowie überverbandliche Interessen der Straffälligenhilfe auf Bundesebene vertritt. Sie wurde 1990 gegründet und hat ihren Sitz in Bonn. Die Wohlfahrtsverbände und der Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik (DBH) e. V. haben sich in der BAG-S zusammengeschlossen. Die BAG-S wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Die BAG-S trägt dazu bei, die Einrichtungen der Mitgliedsverbände in der Straffälligenhilfe zu beraten, Arbeitsschwerpunkte untereinander abzustimmen und Konzepte weiterzuentwickeln. Dafür veranstaltet die BAG-S Fachtagungen und gibt dreimal pro Jahr diesen Informationsdienst heraus. Darin dokumentiert sie Fachliteratur, Presseberichterstattung und Entwicklungen in der Straffälligenhilfe, wertet Statistiken für die Praxis aus und weist auf zahlreiche Veranstaltungen im Bereich der Straffälligenhilfe hin.

Die BAG-S möchte das öffentliche Bewusstsein für die Aufgaben der Integration und Resozialisierung von straffällig gewordenen Menschen fördern. Deshalb berät und informiert sie die Medien bei Publikationen, Radio- oder Fernsehbeiträgen zum Thema Straffälligenhilfe. Sie führt Pressegespräche zu aktuellen Themen durch und vertritt die Anliegen der Straffälligenhilfe auf Fachtagungen, Foren und öffentlichen Veranstaltungen.

Die BAG-S engagiert sich sozial- und kriminalpolitisch, um der Diskriminierung und Ausgrenzung Straffälliger entgegenzuwirken sowie die Beiträge der Freien Straffälligenhilfe zur Prävention und sozialen Eingliederung sichtbar zu machen. Sie sucht die Zusammenarbeit mit allen Organisationen ähnlicher Zielsetzung und setzt sich für alle Belange und Forderungen der Straffälligenhilfe gegenüber Gesetzgebern, Ministerien, Parteien und Verwaltungen ein. Dafür erarbeitet die BAG-S in Facharbeitskreisen und auf bundesweiten Fachtagungen gemeinsame Stellungnahmen, Positionen und Reformvorschläge.

Mitglieder: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., DBH e.V. Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

DIE NEUE JUGENDBROSCHÜRE IST DA! »WENN JUGENDLICHE STRAFFÄLLIG WERDEN ...«



• JUGENDBROSCHÜRE IM NEUEN LOOK

Die Jugendphase ist eine Zeit des Aufbruchs und der Entwicklung, eine der spannendsten aber auch herausforderndsten Abschnitte im Leben. In dieser Zeit kommt es nicht selten vor, dass Jugendliche Straftaten begehen. Was kommt dann auf die Jugendlichen zu? Die BAG-S hat hierzu ihre Info-Broschüre vollständig überarbeitet.

Was erwartet Sie in der Broschüre?

In verständlicher Art und Weise werden das Jugendstrafrecht, das Strafverfahren und die Sanktionen bei Jugendlichen dargestellt. Warum gibt es überhaupt ein eigenes Jugendstrafrecht? Welche Akteure sind beteiligt? Was ist der Unterschied zwischen „Erziehungsmaßnahmen“ und „Zuchtmitteln“? Unsere praxisnahen Beispiele machen das Ganze lebendig und anschaulich! Zudem gibt es ein Kapitel über Jugendliche als Betroffene von Straftaten, sowie eine nützliche Übersicht über Hilfsangebote.

Bestellung

Die Broschüre kann für 5,00 Euro pro Stück plus Versand erworben werden. Bestellungen über: info@bag-s.de

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Straffälligenhilfe (BAG-S) e. V.
Kochhannstraße 6
10249 Berlin
Tel.: 030 2850 7864
E-Mail: info@bag-s.de
Internet: www.bag-s.de

ISSN 1610-0484

