

Zur Versorgungslage psychisch belasteter Frauen im Strafvollzug

Ergebnisse einer Anfrage bei den Landesjustizministerien

Vom Fachausschuss Frauen der BAG-S

Inhalt

1. Frauen im Strafvollzug – eine vernachlässigte Minderheit?	1
2. Einführung in das Thema	2
3. Ergebnisse der Abfrage bei den Justizministerien der Länder	3
4. Zusammenfassung	10
5. Forderungen	11

Die wichtigsten Ergebnisse:

- » Es gibt bundesweit ca. 4.400 Haftplätze für Frauen. Im Jahr 2023 waren diese durchschnittlich zu 78 Prozent belegt.
- » Trotz hoher Belastung gibt es für Frauen nur wenige stationäre Psychiatrieplätze im Strafvollzug. Die Kapazitäten liegen bei gerade einmal 1,1 bis höchstens 4,0 Prozent zur Belegung.
- » Spezifische, auf psychisch belastete Frauen zugeschnittene Konzepte sind selten. Es gibt punktuell traumazentrierte Angebote, Suchtprogramme oder Mutter-Kind-Regelungen, aber kein flächendeckendes, geschlechtssensibles und traumasensibles Versorgungskonzept.
- » Notwendig sind daher verbindliche bundesweite Mindeststandards für Diagnostik, Behandlung und Dokumentation psychischer Erkrankungen von Frauen im Vollzug.
- » Geschlechtsspezifische und traumasensible Angebote müssen inklusive eines verlässlichen Übergangsmanagements ausgebaut werden.

1. Frauen im Strafvollzug – eine vernachlässigte Minderheit?

In Deutschland waren am 30.11.2025 insgesamt 3.461 Frauen in Justizvollzugsanstalten inhaftiert.¹ Innerhalb der Gefängnispopulation stellen sie eine Minderheit dar. Im Jahr 2025 betrug ihr Anteil an allen inhaftierten Personen rund 5,8 Prozent.² Frauen müssen gemäß der europäischen Strafvollzugsgrundsätze getrennt von Männern untergebracht werden. Es gibt nur wenige eigene Anstalten. Ihre Unterbringung erfolgt überwiegend in getrennten Abteilungen von Männervollzugsanstalten, obwohl dies eigentlich nur eine Ausnahme darstellen sollte. Denn wenn die überwiegende Mehrzahl der inhaftierten Personen männlich ist, orientiert sich das Angebot der Anstalt an den männlichen Inhaftierten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Bedürfnisse von Frauen nicht angemessen berücksichtigt werden.

Konkret lässt sich dies bereits bei dem Grundsatz der wohnortnahen Unterbringung feststellen. Inhaftierte Personen sollen möglichst in der Nähe ihres sozialen Umfeldes untergebracht werden, damit bestehende soziale Kontakte, sofern vorhanden, aufrechterhalten werden kann und die soziale Unterstützung positiv wirken kann. Aufgrund der geringen Anzahl der untergebrachten Frauen gibt es jedoch weniger Abteilungen/Anstalten, dadurch sind die Entfernungen deutlich höher als bei den Männern. Dies erschwert den Kontakt zu Angehörigen und steigert zudem für diese die Kosten bei Besuchen.

Auch die spezifische Lebenssituation und Bedarfe von Frauen im Freiheitsentzug gilt es zu berücksichtigen. Diese hat die WHO-Studie „Gesundheit von Frauen im Strafvollzug“ bereits 2009 deutlich herausgearbeitet. Signifikante Unterschiede zeigen sich zunächst bei den Anlassdelikten. Frauen werden deutlich seltener wegen Gewaltdelikten verurteilt,

¹ Statistisches Bundesamt (2025): Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzugs. (Interne Sonderauswertung)
² Ebd.

sondern überwiegend wegen Eigentumsdelikten, Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Diebstahl, Unterschlagung und Betrug. Gewalttätige Auseinandersetzungen spielen damit, anders als im Männervollzug, eine geringere Rolle, was auch die Gewichtung von Sicherheitsmaßnahmen in der Vollzugsgestaltung beeinflussen sollte.

Ein weiterer Unterschied ist, dass Frauen eher kurze Haftstrafen verbüßen. Die Fluktuation im Vollzug ist dementsprechend hoch.

Die Zum Stichtag 30.11.2025 verbüßten 50 Prozent der inhaftierten Frauen eine Freiheitsstrafe von maximal einem Jahr, bei Männern lag dieser Anteil bei 37 Prozent.

Die Lebenslagen der Frauen sind häufig von mehrfachen Belastungen geprägt. Oft kommen sie aus benachteiligten Verhältnissen und haben vor ihrer Inhaftierung Erfahrungen mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt, Armut sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit gemacht. Hieraus resultieren häufig gesundheitliche Probleme, die häufiger auftreten als bei Männern. Dabei handelt es sich auch um einen erhöhten Anteil an chronischen und psychischen Erkrankungen³. Neben den gesundheitlichen Herausforderungen sind viele inhaftierte Frauen Mütter und häufig die wichtigsten oder einzigen Bezugspersonen für ihre Kinder. Die Inhaftierung bedeutet daher nicht nur für sie selbst, sondern auch für ihre Familien eine besonders schwere psychische Belastung. Unter bestimmten Bedingungen besteht für Mütter die Möglichkeit, im sogenannten Mutter-Kind-Vollzug mit ihren Kindern im Gefängnis zu leben.⁴

Diese kurze Darstellung macht deutlich, dass die angemessene Unterbringung straffällig gewordener Frauen und insbesondere ihre Gesundheitsversorgung eine große Herausforderung darstellen. Weiblichen Strafgefangenen stehen

dieselben Rechte zu wie männlichen. Nach Einschätzungen aus der Praxis könnte der Zugang zu diesen Rechten eingeschränkt sein, insbesondere zu einer angemessenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.

Aus diesem Grund hat der Fachausschuss Frauen der BAG-S im Frühjahr 2025 eine Umfrage an die Justizministerien der Bundesländer gerichtet, um Informationen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Frauen im Strafvollzug zu erheben. Ziel der Abfrage war es, sowohl ein ausführliches Bild einer differenzierten Datengrundlage zu psychisch beeinträchtigten Frauen im Strafvollzug als auch zu Versorgungsstrukturen zu gewinnen, um daraus Handlungsempfehlungen für Praxis und Politik ableiten zu können. Insgesamt wurden 20 Einzelfragen gestellt.⁵ Bevor die Ergebnisse vorgestellt werden, wird zunächst ein kurzer Überblick über Prävalenzen und Versorgungsstruktur außerhalb des Strafvollzugs gegeben. Im Anschluss wird ein Einblick in die allgemeinen Besonderheiten der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug gewährt.

2. Einführung in das Thema

2.1 Zur Prävalenz und Versorgungsstruktur bei psychischen Störungen außerhalb des Strafvollzugs

Psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind ein bedeutendes Thema in der Gesundheitsversorgung und betreffen Menschen unabhängig vom Geschlecht. Laut Studien spielen psychische Störungen bei Frauen jedoch eine besondere Rolle. Insbesondere Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf als bei Männern⁶. Schätzungen zufolge leiden etwa 10–20 Prozent der Frauen in Deutschland im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Psychische Beeinträchtigungen können sich in verschiedenen Symptomen zeigen, darunter Schlafstörungen, Erschöpfung, Angstzustände, depressive Verstimmungen und psychosomatische Beschwerden. Sie wirken sich erheblich auf die Lebensqualität, das soziale Umfeld, die Arbeit und das allgemeine Wohlbefinden aus⁷.

3 WHO Regionalbüro für Europa & United Nations Office on Drugs and Crime (2009). Gesundheit von Frauen im Strafvollzug: Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern im Strafvollzug. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. <https://iris.who.int/handle/10665/349845> (zuletzt abgerufen am 22.07.2026)

4 Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) (2024). Herausforderungen und Perspektiven im Mutter-Kind-Vollzug des deutschen Strafvollzugssystems. <https://bag-s.de/mutter-kind-vollzug-in-deutschland-2> (zuletzt abgerufen am 22.07.2026)

5 Wir danken allen Beteiligten herzlich für die aufwendige Bearbeitung der Anfrage und das damit verbundene Engagement. Uns ist bewusst, dass die Beantwortung einen erheblichen Aufwand bedeutete.

6 Robert Koch Institut (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. S. 65 ff

7 Ebd.

Die Ursachen für die höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen sind vielfältig. Neben biologischen Faktoren, wie hormonellen Schwankungen, spielen auch psychosoziale Faktoren eine Rolle. Frauen sind häufiger von Belastungen durch soziale Rollen, Doppelbelastungen im Beruf und Haushalt sowie durch familiäre Konflikte betroffen. Zudem sind Frauen häufiger Opfer von häuslicher Gewalt und/oder sexualisierter Gewalt sowie von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. All dies erhöht das Risiko für psychische Störungen. Weitere Risikofaktoren sind prekäre Lebenslagen, die sich durch Armut, soziale Isolation oder fehlenden Zugang zu Gesundheitsdiensten auszeichnen. Für die Unterstützung ist es wichtig, die Belastungen frühzeitig zu erkennen und mögliche Behandlungen zu besprechen. Hierzu stehen verschiedene Angebote zur Verfügung, darunter ambulante Psychotherapie, ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung oder auch Selbsthilfegruppen⁸.

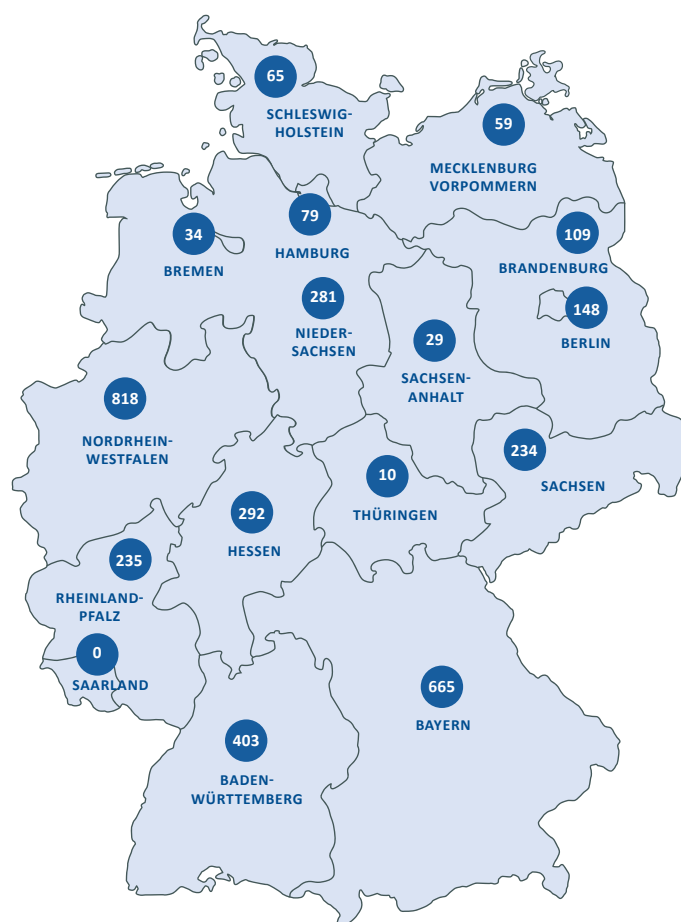
2.2 Behandlungsmöglichkeiten im Strafvollzug

Die Gesundheitsversorgung von inhaftierten Personen in Deutschland unterliegt einer besonderen rechtlichen und organisatorischen Struktur. Die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung liegt beim Justizministerium des jeweiligen Bundeslandes.⁹ Die Versorgung in den JVA erfolgt an drei Orten: Ambulante Behandlung innerhalb der Anstalt (hausärztliches Versorgungsprinzip, ggf. fachärztliche Versorgung), Verlegung in Justizvollzugskrankenhäuser sowie Rückgriff auf externe medizinische Einrichtungen. Primär übernehmen hauptamtliche Ärzt*innen sowie qualifiziertes Pflegepersonal diese Aufgaben. In kleineren Einrichtungen ohne eigenen ärztlichen Dienst werden diese Aufgaben von benachbarten Anstalten übernommen. Teilweise werden die professionellen Dienste auch ergänzt durch speziell geschulte Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes.¹⁰ Die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung variiert nach Bundesland und Größe der Anstalt.

Inhaftierte Personen sind aufgrund der Zuständigkeit der Justiz während ihrer Haftzeit nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert und haben keine

freie Ärzt*innenwahl. Die medizinische Versorgung soll sich aber entsprechend der Strafvollzugsgesetze am Leistungsstandard der GKV orientieren. Grundlage ist zudem das sogenannte Äquivalenzprinzip, das die Gleichwertigkeit der Gesundheitsversorgung innerhalb und außerhalb des Vollzugs verlangt.¹¹ In Europa wird daher zunehmend eine Integration der Gefängnismedizin in die Verantwortung der

11 World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. (2003). Declaration on prison health as part of public health: adopted in Moscow on 24 October 2003. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/352130>; Council of Europe (CoE) (2006). European Prison Rules. <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>; United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC) (2015). The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-book.pdf



Grafik 1: Überblick Anzahl inhaftierter Frauen nach Bundesland, Stichtag 30.11.2025

8 Ebd., S. 203 ff.

9 Van Hout MC, Klankwarth UB, Fleißner S, Pont J, Stöver H. (2024). State of transition to Ministry of Health governance of prison healthcare in the Council of Europe region. Public Health 229:151-159.

10 Opitz-Welke, A., Lehmann, M., Seidel, P., & Konrad, N. (2018). Medizin im Justizvollzug. Deutsches Ärzteblatt International, 808-814; Stöver, Heino (2012). Strukturelle Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung Gefangener. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/beitraege/strukturelle-rahmenbedingungen-der-gesundheitsversorgung-gefangener/>

nationalen Gesundheitssysteme angestrebt.¹²

Das Angebot der psychiatrischen Versorgung ist nach aktuellem Wissenstand nicht ausreichend. Zahlreiche Kommissionen stellen in unterschiedlichen Regionen einen drastischen Mangel an Behandlungskapazitäten im Strafvollzug in Deutschland fest.¹³ Dies gilt sowohl für die „ambulante“ Behandlung in den Anstalten als auch für die Plätze für eine stationäre Unterbringung.¹⁴ Dies steht im deutlichen Kontrast zu der hohen Prävalenz an psychischen Störungen bei inhaftierten Personen. Der Berliner Gefängnispsychiater Norbert Konrad geht anhand der bekannten 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.¹⁵

In all diesen Berichten und Untersuchungen wurde die spezifische Situation von Frauen nicht explizit behandelt.

12 Van Hout MC, Klankwarth UB, Fleißner S, Pont J, Stöver H. (2024). State of transition to Ministry of Health governance of prison healthcare in the Council of Europe region. Public Health 229:151-159. doi: 10.1016/j.puhe.2024.01.020

13 Vgl. Wilde, F. (2024). Psychiatrie im Strafvollzug. Berichte und Empfehlungen der Expertenkommissionen. In: Informationsdienst Straffälligenhilfe, Heft 1, S. 16-23.

14 Vgl. hierzu auch die Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat im Jahr 2024 eine Befragung aller deutschen Justizvollzugsanstalten durchgeführt, um einen Überblick über die psychiatrische Versorgung zu erhalten. <https://bag-s.de/umfrage-psychiatriische-versorgung>

15 Konrad, N. (2024). Wie geeignet ist der Strafvollzug für die Aufnahme psychisch kranker Rechtsbrecher? In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (18), Heft 1, S. 43 – 50.

3. Ergebnisse der Abfrage bei den Justizministerien der Länder

Im Frühjahr 2025 hat der Fachausschuss Frauen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) eine schriftliche Anfrage an die Justizministerien der Bundesländer gerichtet, um Informationen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Frauen im Strafvollzug zu erheben. Ziel war es Angaben zur Vollzugspraxis zu erhalten, um die Frage zu klären, ob die aktuelle Angebotsstruktur ausreicht. Insgesamt wurden 20 Einzelfragen gestellt.

Alle Bundesländer haben geantwortet.¹⁶ Die Länder Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen konnten nur eingeschränkt antworten, da sie keinen eigenen Frauenvollzug haben und Vereinbarungen zur Vollstreckung mit Nachbarländern geschlossen haben. Die Länder Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein lieferten keine Daten, so dass sich die Auswertung auf die Antworten von elf Ländern stützt. Auch hier schränkt eine sehr heterogene und teils unvollständige Datenlage die Ergebnisse erheblich ein und lässt einen Vergleich der Bundesländer kaum zu.

Die Fragen gliedern sich in folgende Themenbereiche: Anfrage zu empirischen Daten (3.1), Konzepte in Haft (3.2) und beim Übergang (3.3), Evaluation (3.4) und geplante Verbesserungen (3.5).

16 Die hier wiedergegebenen Einschätzungen basieren auf den Rückmeldungen der zuständigen Justizministerien. Zugleich weisen einzelne Rückmeldungen aus der Praxis darauf hin, dass sich die tatsächlichen Bedingungen vor Ort nicht immer in den dargestellten Sichtweisen widerspiegeln.

Tabelle 1: Strafantritte von Frauen aus der Freiheit differenziert nach Haftarten im Jahr 2023

Bundesland	Gesamt	U-Haft	Freiheitsstrafe	Ersatzfreiheitsstrafe	Jugendstrafe	Sonstiges
Bayern	1.475	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Berlin	574	165	341	37	0	31
Hamburg	258	123	130	k. A.	0	5
Hessen	480	167	294	k. A.	0	19
Mecklenburg-Vorpommern	150	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Niedersachsen	619	137	217	173	25	67
Nordrhein-Westfalen	1.740	448	405	769	13	105
Rheinland-Pfalz	534	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Sachsen	577	125	239	190	0	23

3.1 Empirische Daten

3.1.1 Aufnahmen in den Vollzug

In Deutschland gibt es ca. 4.400 Haftplätze für Frauen.¹⁷ Von diesen waren im Jahr 2025 durchschnittlich 78 Prozent belegt. Diese Zahlen geben aber nur an, wie viele Frauen an einem bestimmten Tag inhaftiert sind. Wir wollten wissen, wie viele Frauen jährlich insgesamt inhaftiert werden. Hier konnten neun Bundesländer konkrete Zahlen angeben, allerdings nur sechs Länder konnten diese nach Haftarten differenzieren (siehe Tabelle 1). Deutlich wird an dieser Stelle der hohe Anteil an Personen, die in Untersuchungshaft oder Ersatzfreiheitsstrafe aufgenommen wurden. Diese sind in der Regel durch eine kurze Verweildauer gekennzeichnet und bedeuten damit eine noch höhere Fluktuation im Vollzug.

3.1.2 Prävalenz psychischer Störungen

Wir haben außerdem gefragt, wie viele der inhaftierten Frauen eine diagnostizierte psychische Störung aufweisen.

17 Statistisches Bundesamt (2025): Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzugs. (Interne Sonderauswertung)

Hierzu wurde überwiegend festgestellt, dass Daten zu psychiatrischen Diagnosen inhaftierter Frauen nicht systematisch erfasst werden. Wenn überhaupt, dann werden diese nur punktuell oder einrichtungsbezogen dokumentiert – häufig ohne offizielle ICD-10 Diagnose und ohne flächendeckendes Screening. Die Bundesländer, die hierzu Angaben machen konnten, zeigen jedoch hohe Prävalenzraten. Diagnostizierte psychische Störungen bei Frauen liegen in

- Hessen bei 17 Prozent (Stichtag),
- Niedersachsen bei 48 Prozent (bei Aufnahme)
- in Nordrhein-Westfalen bei 30 Prozent (JVA Willich II) und
- in Rheinland-Pfalz bei 35 Prozent (Stichtag) vor.

Eine konkrete, bundesweit einheitliche Zahl zur psychiatrischen Platzkapazität für Frauen lässt sich daher nicht benennen. Insgesamt zeigt sich ein sehr heterogenes Bild mit einer sehr geringen Anzahl psychiatrischer Versorgungsplätze. Setzt man diese ins Verhältnis zur durchschnittlichen Belegung mit Frauen, so ergeben sich Quoten von 1,1 bis 4,0 Prozent.

3.1.4 Behandlungsmaßnahmen

Wie sieht die Behandlungspraxis in Zahlen in den Vollzugs-

Bundesland	Durchschnittliche Belegung mit Frauen im Jahr 2023	Stationäre psychiatrische Behandlungsplätze	davon für Frauen	Quote: Plätze/ durchschnittliche Belegung
Bayern	600		11	1,8 Prozent
Berlin	184	48	Keine	
Brandenburg	93	6 (geschlechtsunabhängig)		
Bremen	22		Ext. Psychiatrie	
Hessen	263		Maßregelvollzug	
Mecklenburg-Vorpommern	46		Maßregelvollzug	
Niedersachsen	273	68	7	2,6 Prozent
NRW	902	53	10	1,1 Prozent
Rheinland-Pfalz	205	20 (geschlechtsunabhängig)		
Sachsen	249	50	10	4,0 Prozent

Tabelle 2: Überblick über psychiatrische Versorgungsplätze in Justizvollzugskrankenhäusern

anstalten aus? Diese betrafen die Anzahl der fachärztlich-psychiatrischen Behandlungen in den letzten vier Wochen vor Beantwortung der Anfrage,¹⁸ die Anzahl der durchgeführten Psychotherapien im Jahr 2023 (ausgenommen Straftataufarbeitung), Verlegungen in eine stationäre psychiatrische Einrichtung (intern und extern) sowie Unterbringungen in einem besonders gesicherten Haftraum. Zur Einordnung dieser Angaben ist in Tabelle 3 die durchschnittliche Belegung im Februar 2024 aufgeführt. Sie ermöglicht eine ungefähre Verhältnisbestimmung der Behandlungsmaßnahmen zur Gesamtzahl der inhaftierten Frauen.

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt erhebliche Unterschiede. In Hamburg hat im gewählten Zeitraum ca. jede dritte inhaftierte Frau eine psychiatrische Beratung in Anspruch genommen, in Niedersachsen dagegen nur jede siebte Frau. Auch bei Verlegungen in eine vollstationäre Einrichtung (im Haftkrankenhaus oder in eine externe Unterbringung) ergeben sich starke Differenzen. Sachsen gab für das Jahr 2023 an, dass 15 inhaftierte Frauen in eine stationäre Unterbringung verlegt werden mussten. In Hessen fand dagegen keine einzige Verlegung statt. Diese Unterschiede betreffen auch die Psychotherapien: In Hamburg und Hessen haben jeweils fünf Frauen eine Therapie absolviert, während in Sachsen keine Therapie begonnen wurde und es in Rheinland-Pfalz überhaupt nicht möglich ist.

Die erheblichen Unterschiede zwischen den Ländern lassen sich nicht durch einen unterschiedlichen Bedarf erklären.

18 Der Zeitraum lag zumeist zwischen Januar und März 2024.

Vielmehr deuten sie darauf hin, dass insbesondere Diagnostik, Verfügbarkeit und Zugang zu geeigneten Behandlungsangeboten vor Ort maßgeblich sind.

Es wurde auch die Anzahl der nach § 455 StPO veranlassten Haftunterbrechungen erfragt. Diese kommen in Betracht, wenn eine Person haftunfähig ist, das heißt, wenn ihr Gesundheitszustand so schlecht ist, dass die Vollstreckung der Strafe eine erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit darstellen würde. Die Entscheidung darüber trifft in der Regel die Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde. In den Antworten zeigt sich, dass diese Möglichkeit in der Praxis keine Rolle spielt. Lediglich in Nordrhein-Westfalen kommt es in 28 Fällen zu entsprechenden Entscheidungen. Die Hürden für die Anerkennung einer Haftunfähigkeit sind sehr hoch.

Auch bei der Unterbringung in besonders gesicherten Hafträumen (bgH) zeigen sich erhebliche Unterschiede. Dabei handelt es sich um eine besondere Form der Isolation innerhalb des Vollzugs. Sie wird angeordnet, wenn von inhaftierten Personen aufgrund ihres Verhaltens oder ihres seelischen Zustands eine Gefahr für andere Personen oder Sachen, eine Gefahr der Selbsttötung oder eine Gefahr der Selbstverletzung ausgeht. Der Raum ist so ausgestattet, dass Selbstverletzungen weitgehend ausgeschlossen werden sollen. Er ist entsprechend kahl und reizarm und verfügt in der Regel nur über eine Matratze und eine Toilettenanlage. Es kann auch die Kleidung entzogen und besondere Wäsche (Papierwäsche) ausgegeben werden.

Tabelle 3: Anzahl von Behandlungsmaßnahmen (verschiedene Zeiträume)

Bundesland	Durchschnittliche Belegung im Februar 2024	Behandlungen innerhalb von 4 Wochen (Anfang 2024)	Psychotherapien 2023	Verlegung in vollstationäre Einrichtung in 2023	Entlassungen nach § 455 StPO in 2023	Unterbringung in bgH in 2023
Bayern	569	21 (JVA Würzburg)	k. A.	53 (Indikation)	k. A.	67
Berlin	194	49	2	12	1	34
Brandenburg	102		k. A.	k. A.	1	15
Hamburg	93	36	5	5	2	0
Hessen	278	43	6	0	1	73
Niedersachen	281	38	k. A.	17	k. A.	20
NRW	955	144	10	16	28	93
Rheinland-Pfalz	208	36	Nicht möglich	3	1	4
Sachsen	227	20 (JVA Chemnitz)	0	15	0	25

Die Angaben der Länder verdeutlichen eine große Spannweite in der Anwendung dieser Maßnahme. Während in Hamburg kein Fall vorkam, wurde die Maßnahme in Berlin in 34 Fällen vollzogen. In Hessen ist die Anzahl bezogen auf die Gesamtheit der untergebrachten Frauen besonders hoch (eine Mehrfachunterbringung derselben Frau ist möglich). Über die Dauer der Unterbringung konnte überwiegend keine Auskunft gegeben werden. In Hessen dauerten 42 Zwangsmaßnahmen bis zu einem Tag, 30 davon jedoch über 36 Stunden. In Rheinland-Pfalz lag die Dauer zwischen zwei und sieben Tagen. In Sachsen betrug sie im Durchschnitt 39 Stunden.

Die letzte Frage zur konkreten Anzahl von Maßnahmen bezog sich auf die schwerste Form des Eingriffs, nämlich die medizinische Zwangsbehandlung. Diese kommt im Strafvollzug nur sehr selten vor, ist dort aber unter strengen Bedingungen zugelassen.¹⁹ Für das Jahr 2023 haben die Länder Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz angegeben, dass es zu keiner medizinischen Zwangsbehandlung von Frauen gekommen ist. In Nordrhein-Westfalen gab es einen Fall. Die übrigen Länder haben hierzu nicht geantwortet.

Die Daten zeigen, dass die Datenlage im Kern unzureichend ist – und genau das ist ein zentrales Problem, wenn es darum geht, die Wirksamkeit von Maßnahmen im Frauenvollzug einzuschätzen. Gerade für Maßnahmen mit hohem Eingriffscharakter, wie Unterbringung im bgH oder medizinische Zwangsbehandlungen, sind präzise, standardisierte Daten entscheidend.

3.1.5 Personal

Weiter wurde gefragt, wie viele psychiatrische Fachkräfte in Vollzeitäquivalenten in der Anstalt oder der Abteilung für die Betreuung der Frauen vorgesehen sind. Aufgrund der heterogenen Behandlungsstrukturen in den Ländern ist auch hier kein einheitliches Versorgungssystem erkennbar. Keine der befragten Einrichtungen konnte eine spezielle Stellenaufschlüsselung für die Behandlung von Frauen angeben. Dort, wo eine psychiatrische Behandlung angeboten wird, werden feste Stellenanteile angegeben. In welchem Verhält-

nis diese zum Bestand an inhaftierten Personen oder zum bestehenden Bedarf stehen, ist hier nicht zu ermitteln.

3.2 Konzepte während der Inhaftierung

Neben den empirischen Daten wurden die Justizministerien auch zu den bestehenden Konzepten gefragt, die bei der Unterbringung psychisch beeinträchtigter Frauen eine Rolle spielen. Die Antworten zeichnen ein heterogenes Bild, das hier in zentralen Punkten skizziert wird.

3.2.1 Zugang zu medizinischer und psychologischer Betreuung

Die medizinische und psychologische Versorgung wird in allen Bundesländern durch ärztliche und psychologische Dienste, fachpsychiatrische Sprechstunden sowie – je nach Land – durch stationäre oder (selten) teilstationäre Behandlungsplätze sichergestellt. Der Zugang zu psychologischen Gesprächen erfolgt überwiegend über Terminvereinbarungen, Akutfälle oder Zuweisungen durch medizinische Dienste; offene Sprechstunden sind selten. Wartezeiten reichen von wenigen Tagen bis zu zwei Monaten, in Krisenfällen wird über den Allgemeinen Vollzugsdienst (AVD) eine sofortige Beratung ermöglicht. Telemedizin gewinnt an Bedeutung: In NRW sind telepsychiatrische Beratungen in allen Anstalten möglich, in Bayern befindet sich dieses Angebot im Ausbau, in Sachsen gibt es wöchentliche psychiatrische Tele-Sprechstunden und einen Bereitschaftsdienst. Unter bestimmten Voraussetzungen kann in mehreren Ländern (u.a. Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen) eine externe Psychotherapie innerhalb oder außerhalb der Anstalt in Anspruch genommen werden. In Niedersachsen besteht zudem die Möglichkeit teilstationärer Behandlung in Anstalten mit psychiatrischem Schwerpunkt.

3.2.2 Spezielle Programme und geschlechtsspezifische Konzepte

Spezielle Programme ausschließlich für psychisch beeinträchtigte Frauen sind selten. Sie werden meist in allgemeine psychotherapeutische, psychiatrische und sucht-spezifische Angebote integriert, die individuell angepasst werden. Typisch sind wöchentliche Einzelgespräche, externe Psychotherapie sowie Gruppenangebote zu Trauma, post-traumatischer Belastungsstörung und Substanzmissbrauch, durchgeführt von Psycholog*innen, Sozialdiensten und externen Fachkräften. Geschlechtsspezifische Rahmenkonzepte bestehen u.a. in Berlin (eigenständige Frauenanstalt)

¹⁹ Vgl. die Forderung der BAG-S nach einem Richtervorbehalt in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e. V. (BAG-S) (2025): Die Reformen der Strafvollzugsgesetze nach dem Urteil zur Gefangenenvergütung. Überblick und Kommentierung durch die BAG-S. BAG-S Impulse, Ausgabe 05/November 2025, online unter: https://bag-s.de/wp-content/uploads/2025/11/BAG_S_Impulse_05-Vergleich-StVollzG.pdf, S. 10

und in Sachsen. In NRW und Hessen sind frauenspezifische Ansätze in Planung.

Häufig genannte Angebote sind:

- Psychotherapie und Traumabehandlung (Einzel- und Gruppensitzungen, externe Traumatherapie, z.B. mit Skills-Training und Neurofeedback).
- Substanzmissbrauchsprogramme, etwa Suchtwohngruppen, externe Suchtberatung, intramurale Suchttherapiestationen und Programme wie „Fit für Therapie“.
- Spezielle Initiativen wie tiergestützte Angebote, traumasensibles Yoga, Achtsamkeitstrainings, Kunsttherapie (z.B. LOM) sowie Aromatherapie und Ohrakupunktur.
- Als Ausschlusskriterien werden vor allem akute Psychosen, Suizidalität, Verweigerung der Teilnahme, Drogenhandel oder -konsum sowie Gewalt genannt; häufig sind Freiwilligkeit, Eignung und eine gewisse Mindestdauer (z.B. sechs Monate) Voraussetzung.

3.2.3 Maßnahmen zur Unterstützung bei der Unterbringung

Die Berücksichtigung von spezifischen Haftbedingungen ausschließlich für psychisch beeinträchtigte Frauen ist eher die Ausnahme. Die meisten Länder berücksichtigen ihre Bedürfnisse individuell innerhalb bestehender Vollzugsstrukturen. Zentrale Elemente sind der interdisziplinäre Austausch zwischen psychologischen, medizinischen und psychiatrischen Diensten sowie regelmäßige stabilisierende Gespräche und, sofern erforderlich, medikamentöse Behandlung. Das Personal wird für psychische Auffälligkeiten sensibilisiert, um schnell Maßnahmen wie entlastende Einzelgespräche oder zusätzliche Unterstützung einleiten zu können. Häufig genannte Maßnahmen für eine sichere und unterstützende Umgebung sind:

- Wohngruppen und kleine Wohneinheiten, die enge Betreuung, Tagesstruktur und soziale Interaktion fördern.
- Regelmäßige psychologische und psychiatrische Angebote, einschließlich externer Psychotherapie, Telemedizin und Akutversorgung in Krankenhäusern.
- Weitere Unterstützungen wie Seelsorge, Arbeitstherapie,

Freizeitangebote, Lernwerkstätten, Entspannungstechniken, Fallbesprechungen und Entlassungsvorbereitung.

- Einzelmaßnahmen wie reizarme Unterbringung, Sicherungsmaßnahmen bei Gefahr, erweiterte Besuchsmöglichkeiten und Anbindung an externe Hilfesysteme.

Anpassungen erfolgen dabei überwiegend einzelfallbezogen und berücksichtigen geschlechtsspezifische Belastungen, wie z.B. den höheren Anteil an Sucht- und Traumaerfahrungen bei Frauen. In diesem Zusammenhang werden auch Mutter-Kind-Einrichtungen, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, hervorgehoben.

3.2.4 Fortbildung der Mitarbeitenden im Justizvollzug

In allen elf Bundesländern sind Schulungen zum Umgang mit psychisch auffälligen inhaftierten Personen fester Bestandteil der Aus- und Fortbildung im Justizvollzug. Ob geschlechtsspezifische Aspekte in der Aus- und Fortbildung eine Rolle spielen ist unklar. Besonders umfassende und strukturierte Konzepte bestehen in Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen, wo spezialisierte Schulungsreihen, mehrtägige Fortbildungen oder modulare Programme regelmäßig durchgeführt werden. Themen wie Deeskalation, Psychopathologie, Gesprächsführung und Suizidprävention sind dabei zentrale Bestandteile. Bremen und Mecklenburg-Vorpommern bieten hingegen nur begrenzte oder an überregionale Strukturen angelehnte Fortbildungsmöglichkeiten an.

3.3 Übergangsmanagement

Das Leben im Strafvollzug ist streng durchorganisiert. Der Übergang in die Freiheit stellt die Betroffenen vor große Herausforderungen. Für Personen, die auf Medikamente und ärztliche Versorgung angewiesen sind, kommt ein besonderes Problem hinzu: Sie müssen sich jetzt an ein neues System gewöhnen. Während der Freiheitsentziehung erfolgt die medizinische Versorgung über die Anstalt. Ab dem ersten Tag in Freiheit endet diese und die Person fällt wieder in die Zuständigkeit einer Krankenkasse. Dieser Übergang gestaltet sich in der Praxis immer wieder sehr schwierig (siehe 3.3.2).

3.3.1 Programme

Die meisten Länder verfolgen keine speziell auf psychisch

beeinträchtigte Frauen zugeschnittenen Nachsorgeprogramme, sondern integrieren diese Gruppe in das allgemeine Übergangsmanagement. Dabei wird jeweils am individuellen Bedarf des Einzelfalls angesetzt, etwa bei Wohnraum, Existenzsicherung, medizinischer und psychotherapeutischer Weiterbehandlung oder der Anbindung an soziale Hilfesysteme.

Typisch ist ein strukturiertes Übergangsmanagement, in dem Justizvollzug, Sozialdienst, Bewährungshilfe und externe Träger (Straffälligenhilfe, Sozialpsychiatrie, Jobcenter, Sozialversicherungsträger) frühzeitig zusammenarbeiten, um nahtlose Versorgungs- und Betreuungsketten aufzubauen. Dazu gehören die Vermittlung zu ambulanten Therapien oder Kliniken, Unterstützung bei Wohnungssuche, Arbeit, Ausbildung, Schuldenregulierung und der Sicherung von Leistungsansprüchen. Einzelne Länder wie NRW, Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen haben hierfür Landes- oder Projektkonzepte entwickelt, die Netzwerke systematisch aufbauen, zusätzliche Sozialdienststellen finanzieren oder spezifische, vom Ministerium geförderte Nachsorgeangebote für psychisch beeinträchtigte (und teils suchtkranke) Frauen bereitstellen.

3.3.2 Medikation und Krankenversicherung

Die Länder sichern Medikation und Krankenversicherung nach Haftentlassung im Rahmen des Übergangsmanagements, meist aber ohne speziell auf psychisch beeinträchtigte Frauen zugeschnittene Regelungen. Typisch ist eine Übergangsmedikation für einige Tage sowie die frühzeitige Klärung oder Wiederaufnahme des Krankenversicherungsschutzes über Kooperationen mit Jobcentern, Krankenkassen und Sozialleistungsträgern.

In Bayern werden ärztlich verordnete Medikamente für etwa eine Woche mitgegeben, in Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern übliche Übergangszeiträume von 3–5 Tagen genannt. Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen geben vor allem eine Kurzzeit- bzw. Tagesmedikation mit, etwa zur Überbrückung von Wochenenden, während Hamburg und Hessen die Mitgabe im Einzelfall prüfen, teils mit Einschränkungen bei Betäubungsmitteln.

Beim Krankenversicherungsschutz setzen die Länder auf unterschiedliche, aber ähnliche Strategien:

- Bayern betont Anwartschaftsversicherungen (privat und

gesetzlich) und beschreibt Probleme durch lange Bearbeitungszeiten und spontane Entlassungen.

- Brandenburg arbeitet mit freien Trägern, Jobcentern und der Agentur für Arbeit, differenziert nach Erwerbsfähigkeit und Versicherungsstatus und beginnt im Langstrafenvollzug rund 1,5 Jahre vor Entlassung mit der Einbindung externer Träger.
- Bremen verfolgt einen „Throughcare“-Ansatz als Versorgungskontinuität vom ersten Justizkontakt bis zur Wiedereingliederung.
- NRW und Rheinland-Pfalz haben strukturierte bzw. landesweite Übergangsmanagement-Konzepte, in denen frühzeitig Leistungsanträge (z.B. SGB II) vorbereitet werden, um den beitragsfreien Versicherungsschutz zu sichern; NRW hat dafür eine spezielle Facharbeitsgruppe eingerichtet.
- Sachsen unterstützt über den Sozialdienst bei Anträgen auf Leistungen nach dem SGB II, damit ab Entlassung wieder Krankenversicherungsschutz besteht.

Insgesamt versuchen alle Länder, Versicherungslücken zu vermeiden und eine kurzfristige Weiterbehandlung zu ermöglichen, weisen aber auf praktische Schwierigkeiten wie komplexe Zuständigkeiten, notwendige persönliche Vorsprachen und knappe Zeitfenster bei kurzfristigen Entlassungen hin.

3.3.3 Kooperation mit externen psychiatrischen Einrichtungen

Insgesamt zeigen die Länder, dass es zwar punktuelle oder allgemein gehaltene Kooperationen mit psychiatrischen Einrichtungen gibt, jedoch meist keine festen Übernahmevereinbarungen speziell für Frauen aus den JVAen. Kooperationen erfolgen häufig einzelfallbezogen im Rahmen des Übergangs- oder Krisenmanagements und sind stark von den regionalen Versorgungsstrukturen abhängig:

- Bayern benennt konkrete Kooperationen zwischen Frauenhaftanstalten und bestimmten Kliniken. Formelle Übernahmevereinbarungen für Frauen bestehen dort aber nicht.
- Berlin, Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz und Sachsen berichten überwiegend von einzelfallbezogener Zusammen-

arbeit mit Sozialpsychiatrischen Diensten und Kliniken, ohne spezielle Übernahmeverträge. NRW hebt zugleich hervor, dass die externe Versorgungslandschaft stark ausgelastet ist und frauenspezifische Angebote kaum vorhanden sind.

- Brandenburg sichert die psychiatrische Versorgung über eine feste Kooperation mit einem Fachklinikum in der JVA Luckau-Duben und stationär in der Krankenabteilung der JVA Brandenburg an der Havel, ergänzt um externe Psychotherapie.
- Bremen arbeitet mit dem Gesundheitsressort an einer integrierten Versorgung im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der psychiatrischen Fürsorge im Vollzug.
- Hamburg plant den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung und den Aufbau einer eigenen Kurzzeitstation, um externe Psychiatrien zu entlasten und künftig eine prioritäre externe stationäre Versorgung zu ermöglichen.
- Mecklenburg-Vorpommern verweist auf die Möglichkeit der Unterbringung in Maßregelvollzugseinrichtungen per Amtshilfe im Rahmen der Krisenintervention, während Niedersachsen und Rheinland-Pfalz angeben, dass formelle Kooperations- oder Übernahmevereinbarungen derzeit nicht bestehen.

3.3.4 Kooperation mit weiteren Institutionen (Bewährungshilfe, Freie Straffälligenhilfe, etc.)

Die Länder setzen vor allem auf ein strukturiertes Übergangsmanagement, feste Austauschformate und Netzwerke, um Justiz, Soziale Dienste, Gesundheitswesen und freie Straffälligenhilfe für eine ganzheitliche Betreuung zu verzahnen. Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass die Kooperation frühzeitig ansetzt (teilweise schon bei Haftbeginn) und sich über die gesamte Haftzeit bis in die Nachsorge erstreckt.

- Bayern, Hessen und Berlin betonen regelmäßige „Runde Tische“ bzw. Besprechungen mit Sozialdiensten, freier Straffälligenhilfe und externen Akteuren, um Übergangsmanagement, Wohnungs- und Arbeitsvermittlung sowie Hilfen im Gesundheitsbereich abzustimmen. Berlin hebt zusätzlich ein eigenes Frauenprojekt in den Sozialen Diensten der Justiz und eine Vernetzungsplattform

(„Netzwerk Integration von Inhaftierten und Haftentlassenen Berlin“) hervor.

- Brandenburg, NRW, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen verfügen über landesweite oder gesetzlich verankerte Konzepte (z.B. Übergangsmanagement, InStar, Durchgehende Betreuung), die den abgestimmten Einsatz von Justizvollzug, ambulanter Straffälligenhilfe, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht, Arbeitsagenturen, Jobcentern und forensischen Ambulanzen regeln. Brandenburg nennt konkret das EU-Projekt „Haftvermeidung durch soziale Integration 4.0“, NRW eine Facharbeitsgruppe im Rahmen des strukturierten Übergangsmanagements, Rheinland-Pfalz feste Ansprechpartner bei der Agentur für Arbeit und Netzwerke der Übergangskoordinator*innen.
- Mecklenburg-Vorpommern bündelt mit dem Landesamt für ambulante Straffälligenarbeit (LaStar) Gerichts- und Bewährungshilfe, Führungsaufsicht und forensische Ambulanz unter einem Dach und verknüpft so ambulante Hilfen eng mit den JVAen. Niedersachsen und Bremen betonen eine enge, kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Justizvollzug, ambulantem Justizsozialdienst und Anlaufstellen für Straffällige, die teils durch Landesmittel und Projekte (z.B. EVB-Pool in Bremen) gefördert wird.
- Hamburg beschreibt vor allem eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Anstalt (Psychologischer Dienst, Psychiatrie, Wohngruppenbeamten*innen, Sozialdienst) sowie die Kooperation mit externen Trägern wie Integrationshilfen e.V. und Fachstellen für Übergangsmanagement, die auch nach der Entlassung weiterbetreuen.

3.4 Evaluation

In den meisten Bundesländern werden Programme zur Unterstützung psychisch beeinträchtigter Frauen in Haft derzeit nicht spezifisch evaluiert, und es gibt kaum eigene Forschungsprojekte oder Studien, die sich gezielt dieser Gruppe widmen. Häufig werden Maßnahmen nur allgemein oder für alle inhaftierten Personen gemeinsam betrachtet, ohne geschlechtsspezifische Auswertung.

- Berlin wertet Beratungs- und Therapieangebote vor allem über Auslastung und Sachberichte aus, hat aber keine speziellen Forschungsprojekte geplant.

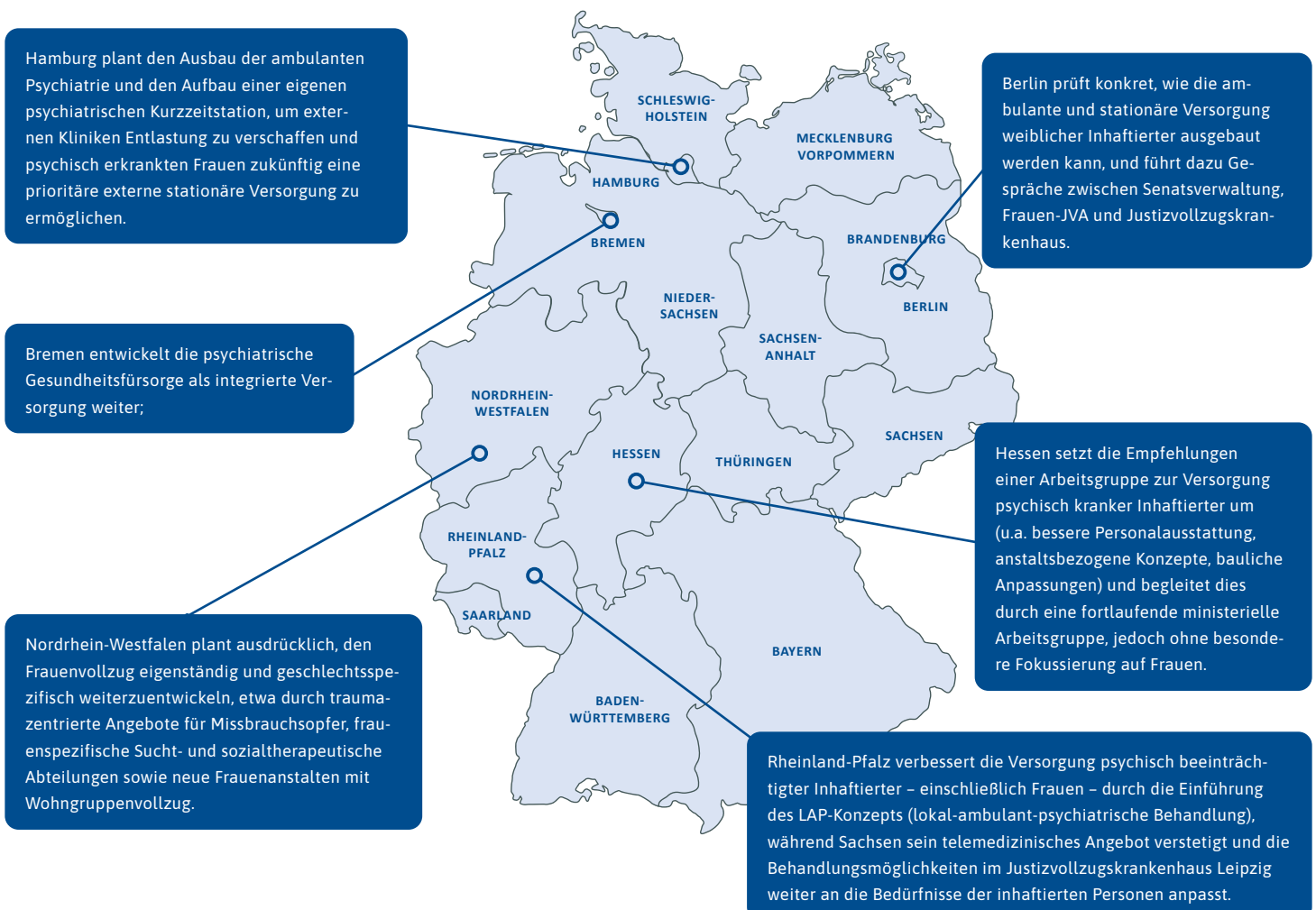
- Hamburg hebt als Besonderheit eine aktuell laufende Studie der Universitätsklinik Eppendorf zur Erfassung psychisch erkrankter Inhaftierter (männlich, weiblich, divers) hervor.
- Hessen betont, dass Studien meist männliche Inhaftierte in den Blick nehmen; für die bedarfsorientierten Maßnahmen im Frauenvollzug findet keine eigene Evaluation statt.
- Nordrhein-Westfalen erfasst im Rahmen des Projekts EVALIS alle Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug und hat im Jahr 2023 einen Schwerpunktbericht zum Frauenstrafvollzug vorgelegt, differenziert aber nicht explizit nach Programmen speziell für psychisch beeinträchtigte Frauen.
- Rheinland-Pfalz führt zumindest eine fortlaufende formative Evaluation des LAP-Konzepts (lokal-ambulant-psychiatrische Behandlung) durch, jedoch ohne separate

Studien nur zu psychisch beeinträchtigten Frauen.

3.5 Geplante Verbesserungen

Abschließend wollten wir wissen, welche Verbesserungen in der Versorgung in naher Zukunft geplant sind. In den meisten Bundesländern gibt es derzeit keine ausschließlich auf psychisch beeinträchtigte Frauen zugeschnittenen neuen Maßnahmen; vielmehr wird die Versorgung psychisch erkrankter Inhaftierter insgesamt weiterentwickelt. Einige Länder planen oder erproben jedoch Schritte, die auch die Situation von Frauen verbessern sollen.

Bayern, Brandenburg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern nennen keine speziellen, frauenspezifischen Neuerungen; dort wird generell, geschlechtsunabhängig, an einer besseren Versorgung psychisch beeinträchtigter Inhaftierter gearbeitet.



4. Zusammenfassung

Ziel dieser Abfrage war es, Daten zur Vollzugswirklichkeit bei der Unterbringung von psychisch beeinträchtigten Frauen zu gewinnen. Deutlich wurde dabei zunächst, dass einige Länder keine verwertbaren Angaben gemacht haben und viele der abgefragten Informationen, insbesondere geschlechtsspezifische Daten, gar nicht oder nur punktuell erhoben werden.

Auf Basis der vorliegenden, lückenhaften Daten lässt sich keine abschließende Bewertung vornehmen, ob die Versorgungsstruktur insgesamt ausreicht oder den bereits bekannten Hinweisen auf Unterversorgung entspricht.

Die erheblichen Unterschiede zwischen den Ländern zeigen, dass es einen Unterschied macht, in welchem Bundesland eine Frau inhaftiert ist.

Dies betrifft den Zugang zu externen Psychotherapien, teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlungen ebenso wie die Verhängung von Zwangsmaßnahmen, etwa der Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum.

Die Landesjustizministerien bewerten die aktuelle Versorgung psychisch beeinträchtigter Frauen im Strafvollzug überwiegend als angemessen. Beschrieben wird ein Mix aus ambulanten und stationären psychiatrischen Angeboten sowie psychologischen Hilfen, der regional sehr unterschiedlich, mit eigenen wie mit externen Fachkräften und zunehmend auch telemedizinisch, organisiert ist. Spezifische Konzepte für psychisch belastete Frauen bestehen jedoch überwiegend nicht, weder in der Haft noch beim Übergang in die Freiheit; ihre besonderen Bedarfe werden vorwiegend im Einzelfall berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Abfrage machen deutlich, dass ein geschlechtsspezifischer Ansatz im Strafvollzug fachlich zwingend ist. Die Lebenslagen von Frauen vor der Inhaftierung ebenso wie Deliktmuster, Gesundheitszustand und Belastungsprofil unterscheiden sich deutlich von denen männlicher inhaftierter Personen. Inhaftierte Frauen bringen daher andere Risiken und Bedarfe in den Vollzug ein. Gleichzeitig wird sichtbar, dass dort, wo geschlechtsspezifische Daten fehlen und Strukturen nicht ausdrücklich auf Frauen zugeschnitten sind, Versorgungslücken entstehen. Ohne frauen-

Die Forderungen auf einen Blick:

1. Es sind bundesweit einheitliche, geschlechtsspezifische Erhebungsstandards einzuführen und eine Resozialisierungstatistik aufzubauen.
2. Kurzzeit- und Ersatzfreiheitsstrafen bei psychisch erkrankten Frauen sind konsequent zu vermeiden.
3. Haftbedingungen sind bundesweit am „Healthy Prison“-Prinzip auszurichten und gesundheitsfördernd zu gestalten.
4. Die psychiatrischen Behandlungsangebote für inhaftierte Frauen sind bundesweit auszubauen und anzugleichen.
5. Die Versorgung inhaftierter Frauen ist flächendeckend geschlechtssensibel und traumasensibel auszugestalten und durch spezifische Behandlungskonzepte zu ergänzen.
6. Zwangsmaßnahmen sind durch den Vorrang therapeutischer Behandlung deutlich zu reduzieren.
7. Ein verlässliches Übergangsmanagement mit durchgehender medizinischer Versorgung und gesichertem Krankenversicherungsschutz ist bundesweit sicherzustellen.

spezifische Diagnostik, Kapazitäten und Konzepte besteht die Gefahr, dass Frauen in einem System versorgt werden, das primär an männlichen Insassen ausgerichtet ist und ihren Bedürfnissen systematisch nicht gerecht wird.

Ein frauenspezifischer Ansatz knüpft damit auch an das von der WHO formulierte Konzept des „Healthy Prison“ an, das Gefängnisse als Orte begreift, in denen die körperliche und psychische Gesundheit von Inhaftierten und Personal aktiv gefördert wird, und fordert, diese Perspektive konsequent auch für Frauen im Strafvollzug umzusetzen.²⁰ Der Grundsatz lautet: **Prison Health is Public Health.**

Dieser Grundsatz betont, dass die Gesundheit von Inhaftierten keine isolierte Frage ist und betont, dass eine gute Gesundheitsversorgung im Strafvollzug ein zentraler Bestandteil öffentlicher Gesundheitspolitik sein sollte.

²⁰ <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8a4f56b3-c9bd-48d7-929d-df5a21a61dd9/content>

5. Forderungen

Um die Versorgung psychisch beeinträchtigter und erkrankter Frauen im Justizvollzug zu verbessern, sind bundesweit abgestimmte, geschlechtsspezifisch sensible Maßnahmen erforderlich. Ein zentraler Schritt ist dabei eine engere Kooperation zwischen Justiz und Gesundheitsressorts, um Qualitätsstandards zu sichern und eine kontinuierliche, äquivalente Versorgung zu gewährleisten.

1. Es sind bundesweit einheitliche, geschlechtsspezifische Erhebungsstandards einzuführen und eine Resozialisierungstatistik aufzubauen.

Die Erhebung hat gezeigt, dass viele wesentliche Daten, etwa zu Aufnahmen, Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen oder Zwangsmaßnahmen, gar nicht oder nur zum Teil und ohne einheitliche Standards erfasst werden. In einigen Bundesländern liegen bereits geschlechtsspezifische Informationen vor, diese sind jedoch weder vollständig noch miteinander vergleichbar.

Daraus ergibt sich die Forderung, bundesweit verbindliche Erhebungsstandards einzuführen, nach denen Aufnahmen, Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen bei inhaftierten Frauen einheitlich und geschlechtsspezifisch dokumentiert werden. Vorgeschlagen wird die Einführung einer Resozialisierungstatistik, die aussagekräftige Daten für den gesamten Prozess der Reintegration bereitstellt.

2. Kurzzeit- und Ersatzfreiheitsstrafen bei psychisch erkrankten Frauen sind konsequent zu vermeiden.

Die Daten zu Strafantritten und Haftdauern zeigen, dass Frauen überproportional häufig kurze Freiheits- und Ersatzfreiheitsstrafen verbüßen und die Fluktuation im Frauenvollzug entsprechend hoch ist. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Haftunterbrechungen nach § 455 StPO in der Praxis so gut wie keine Rolle spielen und nur in einem Bundesland zweistellige Fallzahlen gemeldet wurden.

Vor diesem Hintergrund sollten Kurzzeit- und Ersatzfreiheitsstrafen bei psychisch erkrankten Frauen möglichst ver-

mieden werden. Es braucht gerade für diese Zielgruppe eine deutliche Ausweitung alternativer Sanktionen. § 455 StPO ist bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen konsequenter zur Anwendung zu bringen, um sicherzustellen, dass schwer erkrankte Frauen nicht im Vollzug verbleiben, obwohl eine Behandlung in einer Klinik angezeigt wäre.

3. Haftbedingungen sind bundesweit am „Healthy Prison“-Prinzip auszurichten und gesundheitsfördernd zu gestalten.

Die Erhebung hat gezeigt, dass die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug stark von der jeweiligen Anstalt und dem Bundesland abhängt und ein übergreifendes, gesundheitsförderndes Gesamtkonzept bisher fehlt. Gleichzeitig ist bekannt, dass ein hoher Anteil der inhaftierten Frauen psychisch beeinträchtigt oder erkrankt ist. Haftbedingungen müssen sich am Prinzip „Healthy Prison“ orientieren, um die physische und psychische Gesundheit zu schützen. Dazu gehören: angemessene Unterbringung, Beratungs-, Behandlungs- und Bewegungsangebote, soziale Reintegration und Resozialisierung. Nicht behandelte psychische Störungen erschweren die Wiedereingliederung erheblich und erhöhen das Rückfallrisiko.

4. Die psychiatrischen Behandlungsangebote für inhaftierte Frauen sind bundesweit auszubauen und anzugleichen.

Die Auswertung der stationären Kapazitäten hat gezeigt, dass es nur wenige psychiatrische Behandlungsplätze speziell für Frauen gibt und die Quoten im Verhältnis zur Belegung sehr niedrig und zwischen den Ländern stark unterschiedlich sind. Auch bei den tatsächlichen Behandlungsmaßnahmen (fachärztliche Konsultationen, stationäre Verlegungen, Psychotherapien) zeigen sich deutliche Unterschiede, die durch unterschiedliche Bedarfe allein nicht erklärbar sind.

Es braucht daher bundesweit definierte Mindestquoten stationärer Behandlungsplätze im Verhältnis zur durchschnittlichen Belegung mit Frauen, die in allen Ländern erreicht werden müssen. Jede Frau mit entsprechender Indikation sollte Zugang zu psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie haben, unabhängig davon, in welchem Bundesland sie inhaftiert ist.

Die psychiatrische Behandlung im Strafvollzug darf nicht auf einzelne fachärztliche Kontakte beschränkt bleiben. Sie muss in therapeutisch gestalteten Räumen durch ein multiprofessionelles Team erfolgen, das den unterschiedlichen Bedarfen psychisch beeinträchtigter Frauen gerecht wird. Eine wesentliche Verbesserung wäre die Einrichtung eines psychologischen/psychiatrischen Krisenteams, das akute Krisen professionell betreut.

Darüber hinaus sollte das Modell der Tagesklinik, wie es die JVA Neumünster für Männer bereits erfolgreich erprobt, für Frauen ausgeweitet werden. Es ermöglicht, Inhaftierte, die dem regulären Anstaltsalltag nicht folgen können, durch psychologische Gespräche, Gruppenangebote und Ergotherapie zu stabilisieren und gesundheitlich zu festigen.

5. Die Versorgung inhaftierter Frauen ist flächendeckend geschlechtssensibel und traumasensibel auszugestalten und durch spezifische Behandlungskonzepte zu ergänzen.

Die Befunde zeigen deutlich, dass inhaftierte Frauen ein anderes Risiko und Bedarfsprofil aufweisen als männliche inhaftierte Personen. Gleichzeitig wurden im Rahmen der Anfrage kaum spezifische Konzepte für psychisch belastete Frauen benannt, weder in der Haft noch beim Übergang.

Die Versorgung psychisch erkrankter Frauen muss geschlechtsspezifische Aspekte wie z.B. Krankheitsbilder, Traumafolgestörungen und deren Behandlungsbedarfe stärker berücksichtigen. Daher sollten Traumatherapie, frauenspezifische Gruppenangebote und sozialtherapeutische Konzepte flächendeckend verfügbar sein.

6. Zwangsmaßnahmen sind durch den Vorrang therapeutischer Behandlung deutlich zu reduzieren.

Beobachtungsräume und besonders gesicherte Hafträume sind keine angemessene Unterbringungslösung für Menschen, die aufgrund psychischer Störungen selbst oder fremdgefährdend sind. Dieser Personenkreis benötigt primär eine professionelle Behandlung in einem klinischen Setting. Hierfür sind Justizvollzugskrankenhäuser und kooperierende Kliniken so auszustatten, dass bei akuter Indikation keine Wartezeiten entstehen; Wartelisten sind mit der Fürsorgepflicht der Anstalten nicht vereinbar. Kann eine Behandlung

im Vollzug nicht gewährleistet werden, müssen tragfähige Kooperationen mit externen Einrichtungen bestehen.

Bei Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung müssen geschlechtsspezifische Belange sowie die besonderen Belange von den mitbetroffenen Kindern, Lebensälteren und behinderten inhaftierten Personen berücksichtigt werden.

Zwangsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsfürsorge sind im Strafvollzug selten. Hier sollten allerdings die gleichen Regeln gelten wie außerhalb des Vollzugs, d. h., sie sollten nur mit richterlicher Zustimmung durchgeführt werden dürfen. Denn Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung stellen einen gravierenden Eingriff in die Grundrechte dar und bedürfen einer unabhängigen Prüfung. Die Einführung eines Richtervorbehalts, wie er etwa in Hessen erfolgt, ist bundesweit konsequent umzusetzen.

7. Ein verlässliches Übergangsmanagement mit durchgehender medizinischer Versorgung und gesichertem Krankenversicherungsschutz ist bundesweit sicherzustellen.

Die Länderberichte haben gezeigt, dass es zwar zahlreiche Ansätze und Projekte gibt, die Kontinuität der Versorgung nach der Entlassung aber stark von regionalen Strukturen, Zuständigkeiten und verfügbaren Kooperationen abhängt. Schwierigkeiten bei der (Wieder)Herstellung des Krankenversicherungsschutzes wurden mehrfach benannt.

Eine enge Zusammenarbeit von Justiz und Gesundheitsministerien ist erforderlich, um Versorgungslücken vor und nach der Haft zu schließen. Ziel muss eine lückenlose Weiterbetreuung sein, inklusive der Anbindung an psychosoziale Angebote und einer nahtlosen medizinischen Versorgung. Das Übergangsmanagement muss sicherstellen, dass keine Person ohne gültige Krankenversicherung entlassen wird; ist dies ausnahmsweise nicht rechtzeitig möglich, muss die medizinische Versorgung für einen Übergangszeitraum gewährleistet sein.

Langfristig sollten Strafgefangene und Sicherungsverwahrte in die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) einbezogen werden. Nur so kann das Äquivalenzprinzip, eine der Allgemeinbevölkerung gleichwertige medizinische Versorgung, praktisch eingelöst und Versorgungskontinuität über die Haft hinaus gesichert werden.

Wer ist die BAG-S?

Wer ist die BAG-S?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) ist ein Zusammenschluss der Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Diakonie Deutschland e. V., Deutscher Caritasverband e. V., Der Paritätische Gesamtverband e. V., Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. sowie des DBH – Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V.

Wofür stehen wir?

Die BAG-S ist überzeugt, dass eine humane und rationale Sozial- und Kriminalpolitik wesentlich zur sozialen Sicherheit und zum gesellschaftlichen Zusammenhalt beiträgt. In diesem Sinne wollen wir die Maßnahmen zur Wiedereingliederung und Resozialisierung von Straffälligen verbessern und Fortschritte in der Kriminalprävention und Kriminalpolitik erzielen. Wir wenden uns entschieden gegen menschenverachtende, rassistische und antidemokratische Weltanschauungen und setzen auf Inklusion und Offenheit. Gemeinsam mit unseren Mitgliedsorganisationen fördern wir diskriminierungsfreie Strukturen, orientieren uns an den Menschenrechten und dem Sozialstaatsprinzip und lehnen verfassungsfeindliche Bestrebungen ab.

Was machen wir?

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 verfasst fachpolitische Stellungnahmen und berät die Einrichtungen der Mitgliedsverbände in der Straffälligenhilfe, Arbeitsschwerpunkte untereinander abzustimmen und Konzepte weiterzuentwickeln. Dafür ver-

anstaltet 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.

Publikationen der BAG-S

Die BAG-S gibt verschiedene Publikationen heraus. Dazu gehören die Fachzeitschrift „Informationsdienst Straffälligenhilfe“, der „Wegweiser für Inhaftierte, Entlassene und deren Familien“ (in verschiedenen Sprachen) und die Broschüre „Wenn Jugendliche straffällig werden ...“.



www.bag-s.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V.

Kochhannstraße 6 | 10249 Berlin

Tel.: 030 2850 7864 | info@bag-s.de | www.bag-s.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Mitgliedsverbände der BAG-S



DBH

Fachverband für
Soziale Arbeit,
Strafrecht und
Kriminalpolitik



DER PARITÄTISCHE
Unser Spitzenverband

Diakonie

