

Psychische Störungen im Justizvollzug

Norbert Konrad

*Vortrag am 12.7.2022 in der
Evangelischen Akademie Bad Boll*

Die Voraussetzungen der Unterbringung gemäß §63 StGB

objektiver Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt

- Schuldfähigkeit (§§ 20,21 StGB): zumindest erhebliche Minderung muss feststehen
- länger dauernde Störung
- Auslösetat muss symptomatisch sein für die vorliegende psychische Störung
- künftige Taten mit bestimmter Wahrscheinlichkeit zu erwarten
- Beziehung der erwarteten Taten zur psychischen Störung: Symptomatizität wie bei der Auslösetat
- Schweregrad künftiger Taten: erheblich
- Gefahr für die Allgemeinheit besteht
- Verhältnismäßigkeit (§62 StGB) der Maßregelanordnung gegeben

Unterbringungs Voraussetzungen gemäß §64 StGB

- objektiver Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt
- "Hang" zum Übermaß festgestellt:
Abhängigkeitssyndrom
- Auslösetat muss symptomatisch sein für den vorliegenden Hang
- Gefahr erneuter Taten besteht
- Beziehung künftiger Taten zum Hang: Symptomatizität wie bei der Auslösetat
- Schweregrad künftiger Taten: erheblich
- hinreichend konkrete Behandlungsaussicht
- Verhältnismäßigkeit (§62 StGB) der Maßregelanzahlung gegeben

Fehlplatzierung

- Juristische Perspektive (Konrad 1991, Konrad 1992): 27% Fehleinweisungen (§ 63 StGB)
- Perspektive der Maßregelinstitution (therapeutische Ansprechbarkeit)
- Perspektive des Strafvollzuges (Behandlungsindikation)

**Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West),
Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie
(Alte Bundesländer einschl. Berlin-West 1970-1990,
ab 1995 Deutschland)**

Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB			Zum Vergleich	
Jahr	<i>Psychiatrisches Krankenhaus (§63)</i>	<i>Entziehungs- anstalt (§64)</i>	<i>Strafvoll- zugsanstalt</i>	<i>Psychiatrie (aufgestellte Betten)</i>
1970	4222	179	35209	117596
1975	3494	183	34271	115922
1980	2593	632	42027	108904
1985	2472	990	48212	94624
1990	2489	1160	39178	70570
1995	2902	1373	46516	63807
2000	4098	1774	60798	54802
2005	5640	2473	63533	52856

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Mir J, Priebe S, Mundt A (2013) Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland. Nervenarzt 84:844-850

- Gegenläufige Belegungstrends in allgemeiner und forensischer Psychiatrie
- Keine wesentlichen Änderungen der Rate an institutionalisierten Menschen insgesamt in Westdeutschland; lediglich die Verteilung auf die unterschiedlichen Institutionen hat sich verändert
- Einem Abbau von allgemeinpsychiatrischen Betten steht ein Zuwachs im Strafvollzug bis zum Jahr 2003 gegenüber („Penrose Law“)

Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie

Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB			Zum Vergleich	
Jahr	<i>Psychiatrisches Krankenhaus (§63)</i>	<i>Entziehungs- anstalt (§64)</i>	<i>Strafvollzugs- anstalt</i>	<i>Psychiatrie (aufgestellte Betten)</i>
2000	4098	1774	60798	54802
2004	5390	2412	63677	53021
2008	6287	2656	62348	53061
2012	6750	3526	58073	53949
2013	6652	3819	56562	54433
2014	6540	3822	54515	54988
2015				

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

S.Fazel, K. Seewald

**Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide:
systematic review and meta-regression analysis**

The British Journal of Psychiatry 2012; 200: 364-373

- 109 Studien aus 24 Ländern 1966-2010
- 33588 Gefangene (im Durchschnitt 30,5 Jahre alt)
- Davon 28361 (=84,4%) Männer
- Männer: 3,6% psychotische Störung
10,2% „major depression“
- Frauen: 3,9% psychotische Störung
14,1% „major depression“

**Die am häufigsten ermittelten DIA-X Diagnosen in der Reihenfolge
ihrer prozentualen Verteilung
(nach Konrad 2004 und Utting et al 2003)**

ERSATZFREIHEITSSTRAFER		UNTERSUCHUNGSGEFANGENE	
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	77%	Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	43%
Nikotinabhängigkeit	64%	(Rezidivier.) depressive Episode(n)	40%
Drogenabhängigkeit	20%	Drogenabhängigkeit	14%
Spezifische Phobie	39%	Nikotinabhängigkeit	36%
Dysthymia	21%	Spezifische Phobie	14%
(Rezidivier.) depressive Episode(n)	20%	Dysthymia	6%
<i>Psychotische Störungen</i>	10%	<i>Psychotische Störungen</i>	6%

Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei
Gefangenen der JVA Brackwede I
(v. Schönfeld et al 2006)

≥ 1 Diagnose gestellt	86,3%
Davon: Anzahl (MW \pm SD)	4,1 \pm 3,1
Substanzabhängigkeit	69,1%
Alkohol	43,2%
Psychotische Störungen	15,1%
Schizophrene Störung	4,3%
Affektive Störung	36,0%
Major Depression	21,6%
Angststörungen	44,6%
Posttraumatische Belastungsstörung	38,8%

Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei
 Kurzzeitstrafgefangenen (<3 Jahre) der JVA Stralsund
 (Dudeck et al 2009)

≥ 1 Diagnose Achse-I Störung gestellt	83,3%
Davon: Anzahl (MW ± SD)	1,2 ± 0,8
Substanzbezogene Störung	63,7%
Alkohol	45,1%
Psychotische Störungen	-----
Schizophrene Störung	
Affektive Störung	11,8%
Major Depression	7,8%
Angststörungen	22,5%
Posttraumatische Belastungsstörung	5,9%

Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei
Kurzzeitstrafgefangenen der JVA Stralsund
(Dudeck et al 2009)

≥ 1 Diagnose Achse-II Störung gestellt	79,8%
Davon: Anzahl (MW ± SD)	1,8 ± 1,6
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	72,7%
Borderline Persönlichkeitsstörung	16,2%
Paranoide Persönlichkeitsstörung	14,1%
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	14,1%

Drug misuse/dependence

Male prisoners	10-48%
Male general population estimates	4-6%
Female prisoners	30-60%
Female general population estimates	2-3%

Fazel S, Baillargeon J (2011) The health of prisoners. Lancet 377:956-965

Jan Mir, Sinja Kastner, Stefan Priebe, Norbert Konrad, Andreas Ströhle, Adrian P Mundt (2015) Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addictive Behaviors 46:25-30

- ≥ 1 disorder 91%
- ≥ 2 disorder 71%

- Illicit drug abuse/dependence 51%
 - Illicit drug abuse 3%
 - Illicit drug dependence 47%

Prevalence rates of mental and substance use disorders in female prisoners

Prevalence rates of mental and substance use disorders in female prisoners

■ Illicit drug abuse/dependence	51%
■ At least one other mental disorder	90%
■ Comorbid affective disorders	68%
■ Borderline or antisocial personality disorder	49%
■ Comorbid anxiety disorder	44%

Jan Mir, Sinja Kastner, Stefan Priebe, Norbert Konrad, Andreas Ströhle, Adrian P Mundt (2015) Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addictive Behaviors 46:25-30

Abhängigkeitserkrankungen

- Erster Rang unter den psychischen Störungen in Haft
- Variabilität der Entziehungserscheinungen
- Verstärkung von Suizidtendenzen
- Cave: iatrogene Verstärkung von Suchttendenzen
- Therapeutische Ansprechbarkeit?

Anpassungsstörungen

- inter- und intraindividuell stark streuende Symptome wie Niedergeschlagenheit, Zuellengrübeln, Angst, Ohnmacht, Unruhe, Haß
- Modulationen durch die Haftart (Einzel- versus Gemeinschaftshaft)
- Vielzahl möglicher Variablenausprägungen (wechselnder Isolationsgrad bei Einzelunterbringung, Ausmaß der Rückzugsmöglichkeiten durch Raumgröße, Tagesablauf, Auswahl an Mitgefangenen etc.)
- Übernahme selbstwertstabilisierender Rollen in der Subkultur

Haftpsychosen

- "echte Psychosen", die überwiegend als Schizophrenien zu fassen sind und deren Symptomatik unter Haftbedingungen -etwa in der Ausgestaltung der Wahnthematik- pathoplastisch gefärbt werden kann



- "Haftpsychosen" als Reaktion auf die spezifischen Lebensbedingungen

Haftpsychosen

Ist die weitere Vollstreckung der lebenslangen Freiheitsstrafe nicht mehr durch die besondere Schwere der Schuld geboten, steht aber eine der langen Haft entsprungene Erkrankung des Verurteilten einer positiven Sozialprognose entgegen, so sind die Vollzugsbehörden verpflichtet, dieser Erkrankung mit den Mitteln entgegenzuwirken, die fachmedizinisch indiziert sind. Dies kann auch - unabhängig von dem Kostenaufwand - eine vollzugsexterne psychiatrische Langzeittherapie gebieten.

BVerfG, Beschl. v. 14.8.1996 2 BvR 226/95 (2.Kammer)

„...daß es sich hierbei um eine reaktive Psychose (Haftpsychose) handele“.

Haftpsychosen

- Enge des paranoischen Feldes
- Beschränkung auf die unmittelbare Umgebung
- Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene
- Entscheidend: Abkürzung bzw. Sistieren von haftpsychotischen Phänomenen mit Haftunterbrechung oder -beendigung unbeschadet möglicher "Überbleibsel" in Form "affektfrei gewordener Wahnreste" oder querulatorischer oder hypochondrischer Charakterzüge

Haftpsychosen

- Dem Mißtrauen der Psychiater entsprungenes Konstrukt, das in Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen bei Probanden mit Doppeldiagnosen ("Komorbidität") wie Psychose/dissoziale Persönlichkeit(störung) wurzelt
- Bedingungen der Einzelhaft in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland noch zu Beginn des letzten Jahrhunderts gemäß der damaligen Behandlungsideologie schufen psychoseinduzierende Bedingungen

Hauptproblembereiche 1

- Dissimulation
- Keine „Krankheitseinsicht“
- Keine Behandlungsbereitschaft, spez. bzgl. Psychopharmaka
- Komorbidität, v.a. Sucht und dissoziale Persönlichkeitsstörung

Zwangsbehandlung?

- Menschen, die wegen ihrer psychischen Störung gefährlich sind und eine Behandlung ablehnen, könnten zunehmend aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden; Patienten mit Psychosen droht eine zunehmende Forensifizierung.

Zwangsbehandlung

Problembereiche

- Obwohl das Bundesverfassungsgericht herausgestellt hat, dass die krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit entscheidend für die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen ist, hat es nicht ausgeführt, wie bei schweren psychischen Erkrankungen krankheitsbedingte Einschränkungen der Einwilligungs- bzw. Einsichtsfähigkeit zu operationalisieren sind.
- Der Bundes- bzw. die Ländergesetzgeber waren gefordert, im Rahmen der Überarbeitung der Psych-KG's bzw. Maßregelvollzugsgesetze mehr Rechtssicherheit zu schaffen. Möglicherweise wird das Konstrukt der Einwilligungs(un)fähigkeit in der Rechtspraxis bei Vorliegen einer Wahnsymptomatik weiter gefasst werden als bisher.

Hauptproblembereiche 2

- Eingeschränkte psychosoziale Leistungsfähigkeit, spez. bzgl. Arbeitsfähigkeit, sozialer Rückzug
- Doppelte Stigmatisierung ~ Problemkumulation
- Entlassungsvorbereitung ↔ Sicherung, v.a. geringere Chancen auf Lockerungen/offener Vollzug

Psychiatrische Versorgung von Gefangenen in Berlin

- Vollstationär: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten mit 36 (24) Betten
- Quasi-teilstationär: Nachsorgestation mit 12 Behandlungsplätzen
- Ambulanz mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Leistungsspektrum (psychiatrische Ambulanz und PTB)

Stationäre Versorgung

- 3 Stationen mit teilweiser Differenzierung (Psychosenstation)
- Nur männliche Gefangene
- Liegedauer 2019 im Durchschnitt 48 Tage
- Krisenintervention, Akutbehandlung, länger dauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Hauptprobleme der vollstationären Behandlung

- PsychPV gilt nicht
- Personalausstattung (weit) unter dem Niveau allgemein- bzw. forensisch-psychiatrischer Einrichtungen
- Rollenkonflikt beim Pflegepersonal
- Einbindung in Organisation des „Normalvollzuges“

Psychotherapieangebote im vollstationären Bereich

- Einzelpsychotherapie
- Gruppen: Psychoedukation, Suchtgruppe, Entspannungsgruppe, soziales Kompetenztraining, Skillsgruppe
- Co-Therapien: Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Sporttherapie, Koch-/Backgruppe

Konrad N, Arboleda-Florez J, Jager AD, Naudts K, Taborda J, Tataru N (2007) Consensus paper: Prison psychiatry. International Journal of Prisoner Health 3:111-113

- If one accepts that mentally disordered prisoners should be treated in penal institutions (possibly even hospitalized), then the **principle of "equivalence"** with therapeutic levels of care in the community, should prevail in the care of incarcerated mentally disordered persons.
- It is doubtful whether the majority of prisoners with mental disorders receive appropriate care such as that mandated by the European Convention on Human Rights and other international charters.
- The United Nations International Resolutions (esp. Standard minimum rules for the treatment of prisoners), the Council of Europe (esp. Recommendation No R (98) 7 on the Ethical and organizational aspects of health care in prison), the World Medical Association (esp. Declaration of Tokyo 1975), the World Psychiatric Association (esp. Declaration of Hawaii 1977) as well as the Oath of Athens (International Council of Prison Medical Services) touched prison psychiatry but lack of more detailed guidelines in dealing with mentally disordered prisoners.
- Siehe auch **www.wpanet.org**

Konrad N, Völlm B, Weisstub DN (2013)
Ethical issues in Prison Psychiatry. Springer, Dordrecht

- In-prison treatment has to address inmate-specific problems and circumstances, including post-release services. This includes both an orientation to the function level and the severity of psychiatric symptoms.
- The high prevalence of mental disorders speaks in favor of the standardized application of diagnostic screening instruments as a component of the admission procedure in prison.
- In accordance with the principle of equivalence, every prisoner suffering from a mental disorder should receive appropriate treatment equal to the care that such a patient would receive when not in prison.
- Prisoners suffering from serious mental disorder should be kept and cared for in a hospital facility which is adequately equipped and possesses appropriately trained staff.
- Inpatient treatment is not restricted to distribution of medication for mentally disordered locked up 23 hours the day in their cell but infers the availability of a multidisciplinary psychiatric team comprising psychiatrists, psychologists, psychotherapists, occupational therapists and counsellors.

International Library of Ethics, Law, and the New Medicine 46

Norbert Konrad
Birgit Völlm
David N. Weisstub *Editors*

Ethical Issues in Prison Psychiatry

 Springer

in Anlehnung an
HJC van Marle (2007) Mental health Care in prison:
How to manage our care. Int J Prisoner Health 3:115-123

- **Psychiatrische Behandlung:** Diagnostik und Therapie gemäß den Standards der psychiatrischen Behandlung außerhalb des Justizvollzugs
- **Forensisch-psychiatrische Therapie:** (zusätzlich) Erarbeitung der störungsbedingten individuellen Risikopotentiale (=forensisch-psychiatrische Diagnostik) und ihre intramurale sowie perspektivisch extramurale Beeinflussung (=forensisch-psychiatrische Behandlung)
- **Risikomanagement:** (Verbesserung der) Legalprognose im Vordergrund – damit verbunden nicht nur Spezialkenntnisse, sondern auch Rollenwechsel

Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!