

Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug

Norbert Konrad

*Vortrag am 26.10.2017
bei der Herbsttagung der BAGÄP in Magdeburg*

Agenda

- Epidemiologische Daten und Selektionswege im Umgang mit psychisch gestörten Rechtsbrechern
- Problembereiche psychiatrischer Versorgung im Justizvollzug
- Exkurs: Zwangsbehandlung im Justizvollzug
- Standards und Qualitätsebenen

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 \pm SD)	1,2 \pm 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 \pm SD)	1,8 \pm 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

■ <u>≥</u> 1 disorder	91%
■ <u>≥</u> 2 disorder	71%
■ Illicit drug abuse/dependence	51%
■ Illicit drug abuse	3%
■ Illicit drug dependence	47%
■ Opiates	35%
■ Heroine	27%
■ Opiate substiution	13%
■ Marihuana	19%
■ Cocaine	17%
■ Amphetamines	9%
■ Hallucinogenes	2%
■ Gamma-hydroxybutyric acid	1%

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

Hauptproblembereiche 1

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

Zwangsbehandlung

Problembereiche 1

- Aufgrund der durch die aktuellen juristischen Entwicklungen entstandenen Rechtsunsicherheit hat sich das Behandlungsklima in den Maßregelvollzugs-, aber auch Psychiatrischen Abteilungen von Justizvollzugskliniken mancherorts verändert, und es dürfte wieder verstärkt auf Isolierung und Fixierung zurückgegriffen werden.

Zwangsbehandlung

Problembereiche 2

- 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 3

- 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 sind 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

Vollzugstauglichkeit des zu einer Freiheitsstrafe *rechtskräftig Verurteilten*

§ 455 StPO, Strafausstand wegen Vollzugsuntauglichkeit

- (1) Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.
- (2) Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist.
- (3) Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.
- (4) Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrechen, wenn
 1. der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt,
 2. wegen einer Krankheit von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist oder
 3. der Verurteilte sonst schwer erkrankt und die Krankheit in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden kann 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.

Keine Strafunterbrechung trotz Vollzugsuntauglichkeit

- Der § 455 StPO verbietet nach Absatz 4 die Strafunterbrechung wegen Vollzugsuntauglichkeit, „wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen.“
- Als Beispiele werden hier Fluchtgefahr, die Gefahr der Zeugenbeeinflussung oder die Gefahr weiterer Straftaten genannt.
- Gerade bei der psychischen Erkrankung eines Gefangenen kann Letzteres auch oder vielleicht gerade in der Krankheit begründet sein, so dass der mögliche Anlass für die Strafunterbrechung dieselbe sogleich verbietet

Haftfähigkeit

- Bei der Gesetzeskonzeption spielte die Vorstellung eine Rolle, dass die als Geisteskrankheiten verstandenen „echten“ Psychosen Haftunfähigkeit bedingen sollten, während die mit Simulationstendenzen konnotierten „Haftpsychosen“ vorwiegend innerhalb der Haftanstalten zu behandeln seien.
- Da man in den ersten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts über keine effektiven Behandlungsmethoden bei den hier vor allem relevanten schizophrenen Psychosen verfügte, bedeutete eine solche Diagnose – sofern kein günstiger Spontanverlauf eintrat – jedenfalls bei der Mehrzahl der Erkrankten Haftunfähigkeit.
- Heutzutage ist bei der Mehrzahl der schizophren Erkrankten bei kunstgerechter Behandlung von eher guten Behandlungsaussichten auszugehen.

Haftfähigkeit

- Haftfähigkeitsprüfungen mit dem Ziel von krankheitsbedingtem Vollstreckungsaufschub gemäß § 455 Abs. 1 bis 3 StPO wurden in Berlin im Jahresschnitt von 1987 bis 1993 in etwa 5 pro 1000 Vollstreckungsfällen betrieben.
- Noch wesentlich seltener (nicht einmal 1 pro 1000 Freiheitsstrafenvollstreckungen) erfolgten Haftfähigkeitsprüfungen mit dem Ziel der Vollstreckungsunterbrechung im Sinne des § 455 Abs. 4 StPO.
- Hiervon wird eine unbekannte Anzahl in Gnadenverfahren übergeleitet. In der Praxis sollen viele Extremfälle, wenn sie durch die restriktiven Interpretationsraster des § 455 StPO bzw. seiner Anwender fallen, durch Gnadenentscheidungen korrigiert werden.

Beziehung zur „Schuldfähigkeit“

- Aus juristischer Sicht wird eine rechtstheoretische Verwandtschaft des Verfalls in „Geisteskrankheit“ mit den auf eine lange Tradition zurückblickenden Schuldfähigkeitsprinzipien gesehen, die nach der aktuellen Terminologie die „krankhafte seelische Störung“ einschließen.
- Auf dieser Linie liegt, dass der Begriff „Geisteskrankheit“, der zu Beginn des Jahrhunderts ein etablierter medizinischer Begriff war (Rixen 1914/18), in den Gesetzesbestimmungen zur Schuldfähigkeit bzw. Zurechnungsfähigkeit einen Vorläufer des aktuell im § 20 StGB gewählten Terminus „krankhafte seelische Störung“ darstellt.

Haftfähigkeit

- Akute Psychosen aus dem Spektrum der Schizophrenie, endogene Depressionen, organische Verwirrheitszustände und andere schwerwiegende psychotische Zustände führen nach der Legaldefinition des § 455 StPO, der von einem Verfall in „Geisteskrankheit“ als Vollstreckungshindernis spricht, zu „Haftunfähigkeit“.
- Aus juristischer Sicht ist darunter „ein solcher Grad von Geisteskrankheit zu verstehen, dass der Verurteilte für die Zwecke der Strafvollstreckung nicht mehr ansprechbar ist“ und damit nicht mehr Adressat staatlichen Strafanspruchs sein kann.
- Bei geringeren Graden kann die Einweisung in eine Vollzugsanstalt mit entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten in Betracht kommen (§ 152 Abs. 2 StVollzG).
- Bei „Geisteskrankheit“, die in Schüben verläuft, kommt ein Aufschub nur für die Dauer eines Schubes in Betracht; damit sind episodisch verlaufende psychische Erkrankungen (vor allem Schizophrenie, schizoaffektive Psychose und bipolare Störungen) angesprochen, die jedoch in der Praxis in der Regel (auch) in Haft behandelt werden können.

Haftfähigkeit

- Die therapeutische Weiterentwicklung der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten führt dazu, dass die überwiegende Mehrzahl dieser Kranken prinzipiell behandelbar ist.
- Die Voraussetzungen für Haftunfähigkeit liegen nur noch dort vor, wo keine (angemessene) Behandlung, die psychopharmakologische Maßnahmen zumeist einschließt, möglich ist, da der Betreffende etwa wegen fehlender Krankheitseinsicht der Behandlung nicht zustimmt, die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung gemäß § 101 Strafvollzugsgesetz bzw. der entsprechenden Ländergesetze nicht vorliegen und eine Betreuung mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge nicht eingerichtet ist oder wird.
- Die gutachterliche Beurteilung hat Art, Schwere und Auswirkungen der psychischen Störung, Behandlungsindikation und -methoden zu beschreiben.

Wechselwirkungen zwischen Inhaftierung und psychischen Störungen

- In Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung des Vollzuges sind Verschlechterungen möglich: Bei Unterbringung in einer (Teil-)Anstalt mit High-EE-Charakter (z.B. Überbelegung, hoher Geräuschepegel, hoher subkultureller Druck) sind eher Exazerbationen zu erwarten als in einer mit Low-EE-Charakter.
- Bei reizarmer, von langen Verschlusszeiten geprägter Vollzugsform sind Verstärkungen von Negativsymptomen zu erwarten.
- Chronische Verläufe bzw. Chronifizierungen sind innerhalb wie außerhalb des Vollzuges in Abhängigkeit von den konkreten Lebensbedingungen möglich.
- Manche psychisch Kranke lassen sich eher auf ein Behandlungssetting außerhalb des Justizvollzuges ein; andere sind aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen für eine psychiatrische Behandlung eher im Justizvollzug als in der Gemeinde erreichbar, wenn dort keine – meist aufsuchende – Behandlung gewährleistet ist.

Einleitung eines Wiederaufnahmeverfahrens

- Wiederaufnahmeverfahren in Deutschland erst nach Überwindung hoher Hürden zulässig
- Vor allem wenn der Betreffende im Erkenntnisverfahren bereits begutachtet wurde, können aus dem aktuellen Krankheitszustand abgeleitete Hinweise für eine mögliche Schuldunfähigkeit zum Tatzeitpunkt juristischerseits (lediglich) als andere Meinung bewertet werden.
- Hinzu kommt, dass die Einleitung eines Wiederaufnahmeverfahrens eine lange Dauer beansprucht. Nach den bisherigen Erfahrungen lohnt sich eine derartige Anregung erst, wenn die zu verbüßende Restfreiheitsstrafe noch mindestens ein Jahr beträgt.
- Damit kommt ein Wiederaufnahmeverfahren gerade in einem Bereich, bei dem eine hohe Prävalenz psychotischer Störungen zu registrieren ist, nämlich bei den Ersatzfreiheitsstrafen, kaum in Betracht.

Entscheidungskompetenz

- Primär Vollstreckungsbehörde
- Werden gegen eine Ablehnung Einwendungen erhoben, so hat die Vollstreckungsbehörde die Entscheidung des Gerichtes herbeizuführen.
- Der Verurteilte kann stets den Weg der Dienstaufsichtsbeschwerde beschreiten; eine gerichtliche Entscheidung geht allerdings einer im Dienstaufschwtsweg getroffenen vor.
- Schließlich kann der Verurteilte, wenn Gericht oder Dienstaufsichtsbehörde das Vorliegen eines gesetzlichen Aufschubgrundes verneinen, die Gnadenbehörde anrufen, welche Strafausstand auch dann gewähren kann, wenn keine gesetzlichen Aufschubgründe vorliegen.
- Für die betroffenen Gefangenen ist, sofern sie trotz ihrer Erkrankung in der Lage sind, die jeweiligen Rechtsfolgen zu begreifen, eine Strafunterbrechung häufig wenig attraktiv, aufgrund der Aussicht, nach einer erfolgreichen Behandlung den Rest der Freiheitsstrafe (sowieso) verbüßen zu müssen.

§ 74 JvollzGB LSA

- (1)...Erweist sich eine Maßregelvollzugseinrichtung des Landes Sachsen-Anhalt bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung als besser geeignet für die erforderliche Behandlung und erfolgt insoweit eine Verlegung, gelten für die Zeit der dortigen Unterbringung die Vorschriften des Maßregelvollzugsgesetzes Sachsen-Anhalt.

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 2016 im Durchschnitt 58 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!