

# Medizinisch-psychiatrische Versorgung von Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt

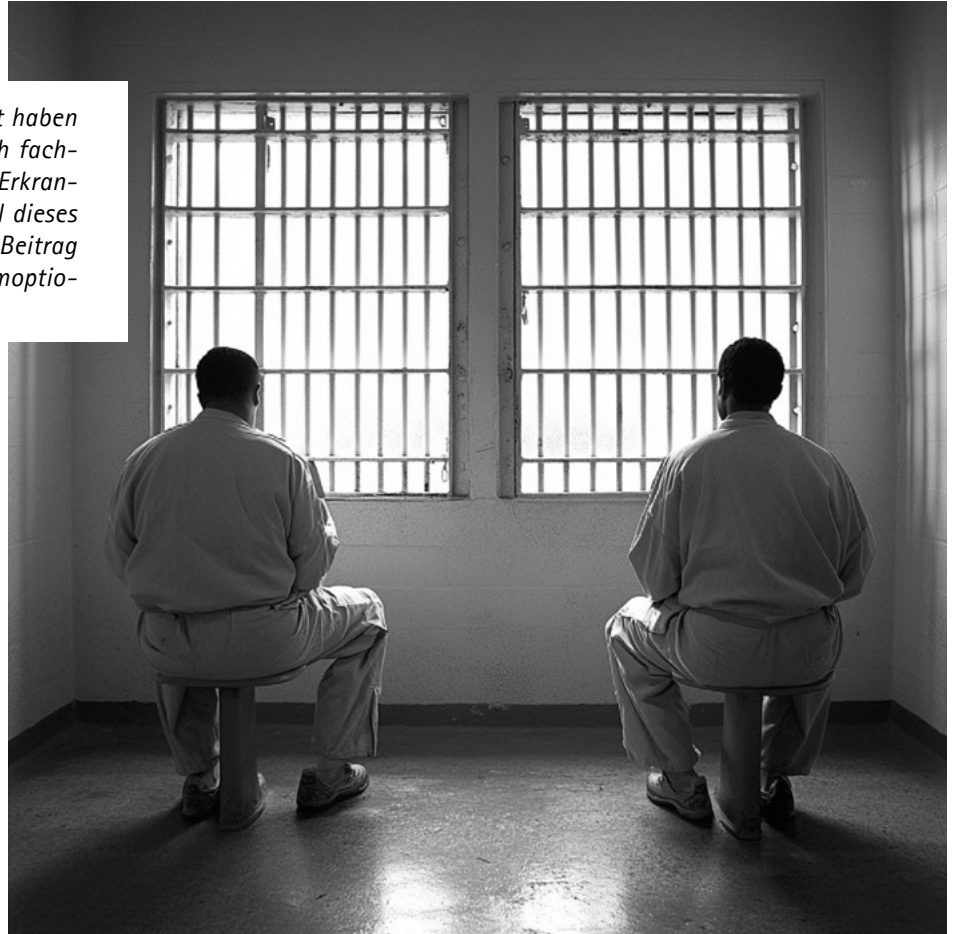
*Es ist ein Menschenrecht: Menschen in Haft haben Anspruch auf medizinische Versorgung nach fachlichem Standard. Gerade bei psychischen Erkrankungen zeigt sich jedoch, wie anspruchsvoll dieses Prinzip im Alltag des Justizvollzugs ist. Der Beitrag beschreibt zentrale Problemlagen und Reformoptionen für Bayern.*

## Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen

Die Verpflichtung zur Sorge für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen ist in Art. 58 Abs. 1 Satz 1 Bayerisches Strafvollzugsgesetz (BayStVollzG) verankert. Weil Gefangene Diagnostik und Behandlung nicht eigenständig organisieren können, umfasst das Versorgungsmandat somatische, psychiatrische und suchtmittelmedizinische Fragestellungen.

Nach der Aufnahme erfolgt zeitnah eine ärztliche Untersuchung. Zu beurteilen sind Vollzugstauglichkeit, Behandlungsbedarf und Suizidalität; daraus folgen Entscheidungen über Normalvollzug oder Krankenabteilung, Einzel- oder Gemeinschaftsunterbringung und gegebenenfalls fachärztliche Mitbehandlung. Gerade in den ersten Tagen können Entzugssymptome oder unbehandelte Psychosen eskalieren sowie akute Belastungsreaktionen mit Angst, Scham, Schlaflosigkeit auftreten.

Eine Besonderheit liegt im unfreiwilligen Behandlungskontext. Manche Gefangene hätten außerhalb der Haft ihren Konsum oder ihre Erkrankung nicht behandeln lassen. Erst die Inhaftierung macht etwa einen Alkohol- oder Drogenentzug notwendig. Das verändert die Arzt-Patient-Beziehung und verlangt klare Kommunikation, Fürsorge und Grenzen.



Der medizinische Dienst einer Justizvollzugsanstalt (JVA) bildet Primärversorgung in einem geschlossenen System ab. Er versorgt akute Notfälle, internistische und infektiologische Erkrankungen, Wunden, Schmerzen, Entzugssyndrome und psychische Krisen. Somatische Beschwerden können Ausdruck von Angst, Entzug, Intoxikation oder Psychose sein; umgekehrt können psychische Auffälligkeiten somatische, neurologische oder infektiologische Ursachen haben.

Daher ist die Verknüpfung mit externen Praxen und Krankenhäusern zentral. Gefangene werden aus Sicherheitsgründen häufig begleitet, mitunter auch gefesselt. Eine Verlegung eines Gefangenen in ein somatisches oder gar psychiatrisches Krankenhaus geht mit hohen Belastungen einher:

Personal der JVA muss den Gefangenen begleiten und bewachen, was belastend für die aufnehmende Station und die Mitpatientinnen und -patienten ist und auch einen hohen Aufwand für das Anstaltspersonal bedeutet.

Krankenabteilungen werden bei Entzügen, entgleisten internistischen Erkrankungen, aufwendigen Wundversorgungen oder Infektionsverdacht benötigt.

Infektionsmedizinisch kann der Vollzug zugleich ein Public-Health-Ort sein. Aufnahmeuntersuchungen und risikoadaptierte Screenings auf Tuberkulose, HIV, Hepatitis B und C sowie weitere Infektionen erkennen Erkrankungen, die außerhalb der Haft oft unentdeckt geblieben wären.

Impfungen und antivirale Behandlungen können Infektionsketten über die Haftzeit hinaus unterbrechen.

Bei Ersatzfreiheitsstrafen treffen Ärztinnen und Ärzte häufig auf Menschen mit unbehandelten Erkrankungen, Suchtproblemen, schlechtem Zahnstatus und sozialer Desintegration. Haft kann so auch Zugang zu Diagnostik, Behandlung und Entlassvorbereitung eröffnen.

Ein Recht auf freie Arztwahl besteht im Strafvollzug nicht; Vertrauensaufbau ist dadurch erschwert. Besonders deutlich wird dies in der Suchtmedizin: Beigebruch kann außerhalb als Rückfall im therapeutischen Prozess verstanden werden, stößt im Vollzug aber zugleich subkulturelle Prozesse wie Schmuggel, Handel, Schulden und Bedrohung an und berührt damit Fragen der Sicherheit. Behandlung darf dennoch nicht auf Kontrolle reduziert werden; sie braucht Substitution, psychosoziale Begleitung, Motivationsarbeit und Übergangmanagement.

## Warum Haftmedizin (fast) immer auch Psychiatrie betrifft

Psychisch auffällige Gefangene stellen eine besondere Herausforderung dar, weil Anstaltsärzte überwiegend allgemeinmedizinisch oder internistisch tätig sind. Der Alltag ist geprägt durch Suchterkrankungen, Depression, Angst, Schlafstörungen, Traumafolgen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, kognitive Einschränkungen und soziale Desintegration. Akute Psychosen, Suizidalität und Erregungszustände binden erhebliche fachliche und personelle Ressourcen.

Die medizinische Versorgung im Justizvollzug findet in einem sicherheitsgeprägten Umfeld statt, in dem Autonomie, Bewegungsfreiheit und Zugang zu Hilfe eingeschränkt sind. Zugleich erreichen Haftanstalten Menschen, deren Erkrankungen bereits vor der Inhaftierung nicht ausreichend erkannt oder behandelt wurden. Psychiatrische Versorgung muss deshalb Teil der medizinischen Grundversorgung im Justizvollzug sein.

Historisch nahmen Vorläufer moderner Gefängnisse sehr unterschiedliche Gruppen auf, darunter arme, wohnungslose, alte und psychisch kranke Menschen. Die spätere Trennung von Medizin, Psychiatrie und Strafrecht gelingt in

der Praxis nur begrenzt, wenn Armut, Sucht, kognitive Einschränkungen und Delinquenz zusammentreffen.

Besonders sichtbar wird dies bei kurzen Freiheits- und Ersatzfreiheitsstrafen. Wer eine Geldstrafe nicht zahlen kann, ist häufig sozial und gesundheitlich hoch belastet. Kurze Haftzeiten erschweren Diagnostik und Behandlung, während Entzug, Suizidalität und Dekompensation gerade unmittelbar nach Aufnahme gehäuft auftreten.

## Krankheitslast in Haft

Internationale Übersichtsarbeiten zeigen bei Inhaftierten deutlich erhöhte Raten psychischer Störungen, insbesondere psychotischer, depressiver, persönlichkeitsbezogener und substanzbezogener Störungen [1, 2, 3]. Auch die Suizidrate ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht; Suizidprävention ist daher Kernbestandteil der Gefängnismedizin [4]. Mit zunehmendem Alter und langen Haftzeiten treten zudem palliativmedizinische Fragen stärker hervor. Je nach Definition und Vollzugsart ist bei etwa 40 bis 70 Prozent der Gefangenen von psychischen Störungen auszugehen, häufig mit Mehrfachauffälligkeiten. Daraus folgt erheblicher Handlungsbedarf für Diagnostik, Behandlung, Krisenintervention, Nachsorge und Personalentwicklung.

Für die Praxis folgt daraus: Justizvollzugsanstalten müssen psychische Erkrankungen aktiv erkennen, behandeln und Krisen vorbeugen. Erforderlich sind qualifizierte Aufnahmeuntersuchungen, Suizid- und Suchtscreenings, klare Wege in fachärztliche Diagnostik, psychosoziale und psychotherapeutische Angebote sowie stationäre Behandlungsmöglichkeiten, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen.

## Das Äquivalenzprinzip als Maßstab

Das Äquivalenzprinzip ist der zentrale rechtliche und ethische Maßstab: Gefangene verlieren ihre Freiheit, nicht aber den Anspruch auf fachgerechte Behandlung. Versorgung in Haft muss sich daher an Standards außerhalb des Vollzugs orientieren, auch wenn sie unter Bedingungen von Sicherheit, Zwangskontext, Schweigepflicht und begrenzten Ressourcen stattfindet.

Psychische Krisen verdeutlichen dieses Spannungsfeld. Störendes Verhalten, Aggression, Selbstverletzung, wahnhaftige Entwicklungen oder Rückzug erscheinen im Vollzug schnell als Sicherheitsproblem, können medizinisch aber Ausdruck einer akuten Erkrankung sein. Verfügbare psychiatrische Einschätzung und Behandlung erleichtern Deeskalation und können restriktive Sicherungsmaßnahmen vermeiden.

## Brüche in der Versorgungskette

Brüche beginnen häufig vor der Aufnahme. Bei schweren Gewalt- oder Sexualdelikten wird die Schuldfähigkeit oft fachpsychiatrisch geprüft; bei Bagatelldelikten, Ersatzfreiheitsstrafen und kurzen Haftstrafen meist nicht. Psychische Erkrankungen können deshalb unter Umständen erst in der Anstalt auffallen.

Auch die Beurteilung von Haft- oder Gewahrsamstauglichkeit ist anspruchsvoll. Sie erfolgt häufig unter Zeitdruck und nicht immer durch Ärzte mit psychiatrischer Erfahrung oder Kenntnis der konkreten Versorgungsmöglichkeiten der aufnehmenden Anstalt.

Nach der Aufnahme treffen hoher Bedarf und begrenzte Ressourcen aufeinander. Die Strukturen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern erheblich: Manche verfügen über spezialisierte Justizvollzugskrankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen, andere sind stärker auf Konsile und externe Kliniken angewiesen. Zusätzlich erschwert der allgemeine Fachkräftemangel die Versorgung.

## Wenn Sicherung Behandlung ersetzt

Besonders problematisch wird es, wenn fehlende Behandlungskapazitäten durch Sicherungsmaßnahmen kompensiert werden. Der besonders gesicherte Haftraum kann in eng begrenzten Situationen notwendig sein, ist aber keine therapeutische Umgebung. Bei suizidalen oder psychotisch desorganisierten Gefangenen kann er Gefahren kurzfristig mindern, zugleich aber Angst, Isolation und Hoffnungslosigkeit verstärken.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter weist wiederholt auf Risiken von Isolation, Fixierung, unzureichender Dokumentation und feh-



Zukünftige Krankenstation der JVA München.

lender fachlicher Begleitung hin [6]. Jede zusätzlich freiheitsbeschränkende Maßnahme braucht klare Indikation, engmaschige Überprüfung, therapeutische Einbettung und nachvollziehbare Dokumentation. Ziel muss sein, Krisen früher zu erkennen und besonders restriktive Maßnahmen möglichst zu vermeiden.

## Bayern: Anlass und Auftrag der bgH-Kommission

In Bayern lösten die Ereignisse in der Justizvollzugsanstalt Augsburg-Gablingen eine breite Diskussion aus. Im Raum standen Vorwürfe zum Umgang mit auffälligen und möglicherweise psychisch kranken Gefangenen, insbesondere bei Unterbringungen in besonders gesicherten Hafträumen. Die Vorwürfe führten zu staatsanwaltlichen Ermittlungen und laufenden Strafverfahren, die deutschlandweit Aufsehen erregen. Neben Mitteilungen einer vor Ort tätigen Anstaltsärztin hatte auch der Bericht der Nationalen Stelle gegen Folter zur JVA Gablingen Empörung ausgelöst. Das Bayerische Staatsministerium der Justiz setzte daraufhin eine unabhängige interdisziplinäre Kommission ein; zwei Autoren dieses Beitrags waren Mitglieder (Dr. Rita Netzler, Professor Dr. Peter Brieger). Die Leitung oblag dem ehemaligen Präsidenten des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs, Peter Küspert.

Die Kommission entwickelte Leitlinien für die Unterbringung in besonders gesicherten Hafträumen, formulierte Anforderungen an Ausstattung und bauliche Gestaltung und legte Vorschläge

zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im bayerischen Justizvollzug vor. Grundlage waren Anstaltsbesuche, Gespräche, Literatur, internationale Standards und eine Analyse der bayerischen Versorgungsstrukturen [5]. Der Bericht ist auf der Homepage des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz verfügbar: [www.justiz.bayern.de/justizvollzug/bgH-Kommission/](http://www.justiz.bayern.de/justizvollzug/bgH-Kommission/)



## Die aktuelle Situation in Bayern

Die psychiatrische Versorgung von Gefangenen im bayerischen Justizvollzug erfolgt nach dem Abschlussbericht der bgH-Kommission sowohl innerhalb der Justizvollzugsanstalten als auch durch externe Kooperationen und Verlegungen. Intramural bestehen nur zwei spezialisierte psychiatrische Abteilungen, in Straubing (geleitet von einem Autor, Dr. Gregor Groß) und Würzburg. In Straubing wurden neben baulichen und organisatorischen Gründen auch akutenpsychiatrische Vorhalteerfordernisse genannt: Im Juli 2025 befanden sich 60 Gefangene auf der Warteliste. Auch in Würzburg begrenzten bauliche Einschränkungen und unbesetzte Facharztstellen die tatsächliche Belegungsfähigkeit; die dortige Behandlung ist vor allem akutenpsychiatrisch ausgerichtet.

Außerhalb dieser Abteilungen wird psychiatrische Versorgung ambulant durch angestellte Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische und psychotherapeutische Dienste sowie konsi-

liarisch tätige Externe erbracht. Die Ausgestaltung unterscheidet sich erheblich zwischen den Anstalten. Zum Stichtag 1. Januar 2025 waren in den 36 bayerischen Justizvollzugsanstalten fünf Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auf 4,15 Stellen tätig, obwohl acht Stellen vorgesehen waren; einzelne Stellen waren sozialtherapeutischen Bereichen zugeordnet. Ergänzend nutzen alle Anstalten telemedizinische Angebote.

Extramural bestehen Kooperationen mit regionalen Kliniken, Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärzten und therapeutischen Angeboten. Zum 1. Januar 2025 gab es bei sieben Justizvollzugsanstalten Kooperationsvereinbarungen. Insgesamt bewertet die Kommission die psychiatrische, psychotherapeutische und suchtmmedizinische Versorgung als deutlich verbesserungsbedürftig. Neben personellen Engpässen verweist sie auch auf eine Unterdeckung bei stationären Behandlungsplätzen, deren nominelle Kapazität zum Berichtszeitpunkt faktisch nur eingeschränkt verfügbar war.

## Zentrale Empfehlungen

Die Empfehlungen zielen auf ein differenziertes, flexibles und multiprofessionelles Versorgungssystem.

Zunächst empfiehlt die Kommission eine systematische Bedarfsermittlung für jede Justizvollzugsanstalt. Erhoben werden sollen psychiatrischer, suchtmmedizinischer und psychotherapeutischer Bedarf sowie anstaltsspezifische Faktoren wie

Aufnahmezahlen, Untersuchungsgefangene, Ersatzfreiheitsstrafen, Strafdauer und Vollzugsform. Perspektivisch soll eine jährliche Gesundheitsberichterstattung etabliert werden, um Behandlungsbedürftigkeit belastbar zu dokumentieren.

Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf verbindlichen Standards. Die Kommission empfiehlt ein bayernweit standardisiertes Suizidscreening beim Zugang, dessen Fortschreibung im Haftverlauf sowie ein psychologisches Monitoring für Gefangene mit erhöhtem Suizidrisiko. Aufnahmeuntersuchungen sollen standardisiert einen Neurostatus, einen orientierenden psychischen Befund und die bisherige Medikation erfassen. Für psychiatrisch behandlungsbedürftige Gefangene sollen Behandlungs- und Therapiepläne erstellt werden; auch Verlegungen in intramurale oder extramurale stationäre Einrichtungen sollen nach einheitlichen Standards erfolgen.

Konzeptionell empfiehlt die Kommission eine engere Betreuungs- und Kommunikationskultur sowie den stärkeren Einsatz psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachdienste. Zudem sollen multiprofessionelle Therapiestationen für psychiatrisch behandlungsbedürftige Gefangene nach der Akutphase eingerichtet werden, zunächst modellhaft und langfristig vorzugsweise in Anstalten mit bestehenden sozialtherapeutischen Strukturen. Für entlassene, weiter behandlungsbedürftige Gefangene sind ambulante Versorgungsstrukturen und ein Übergangsmanagement bedeutsam.

Strukturell empfiehlt die Kommission, zusätzliche psychiatrische Kapazitäten zu schaffen, insbesondere eine psychiatrische Abteilung für Gefangene im südbayerischen Raum. Konsil- und vor allem Liaisonmodelle, Kooperationen mit psychiatrischen Fachkliniken und Maßregelvollzugseinrichtungen sowie telemedizinische Angebote sollen ausgebaut und verstetigt werden; zugleich soll die Aufnahme- und Behandlungspflicht externer Einrichtungen gesetzlich abgesichert werden.

Schließlich misst die Kommission Personalgewinnung und Qualitätssicherung zentrale Bedeutung bei. Vorhandene Planstellen sollen besetzt, zusätzliche Stellen für Psychiater und Psychotherapeuten geschaffen und deren Wertigkeit beziehungsweise Vergütung erhöht werden. Fortbildungen zu psychischen Erkrankungen, Warnsignalen, Deeskalation und dem Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen sollen ausgebaut und für Vollzugsbedienstete verpflichtend werden; Supervision soll gestärkt werden. Zusätzlich empfiehlt die Kommission eine intensivere medizinisch-psychiatrische Fachaufsicht und einen Beirat zur Qualitätssicherung.

## Schnittstelle Entlassung

Ein kritischer Übergang ist die Entlassung. Behandlung im Vollzug bleibt unvollständig, wenn Anschlussversorgung, Medikation, Krankenversicherung, Wohnsituation, Suchtbehandlung und sozialrechtliche Hilfen nicht vorbereitet sind. Gerade bei kurzen Haftzeiten ist das schwierig, aber entscheidend.

Bei suchtkranken Gefangenen ist Kontinuität besonders wichtig. Eine begonnene Substitution muss ohne Unterbrechung fortgeführt werden; Entlassbrief, Medikationsplan, Krankenversicherungsschutz, Kontakt zur Suchtberatung und ein konkreter Weiterbehandlungstermin sollten Mindeststandard sein. Bei Opioidabhängigkeit kann Naloxon-Schulung lebensrettend sein.

Entlassmanagement sollte früh beginnen und verbindliche Kontakte zu gemeindepsychiatrischen Angeboten, Suchtberatung, rechtlicher Betreuung, Haus- und Fachärzten sowie sozialpsychiatrischen Diensten herstellen. Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist eine koordinierte Übergabe ebenso wichtig wie die Behandlung während der Haft.

## Fazit

Die psychiatrische Versorgung im Justizvollzug ist ein Gradmesser dafür, wie ernst das Gesundheitswesen den Anspruch auf Versorgung vulnerabler Gruppen nimmt. Hohe Krankheitslast, Suizidrisiken, kurze Haftzeiten, föderal unterschiedliche Strukturen und Fachkräftemangel treffen hier zusammen. Notwendig sind qualifizierte Diagnostik, ausreichende Behandlungskapazitäten, verbindliche Standards, Kooperationen mit der Regelversorgung und eine Kultur, die psychische Krisen als medizinische Aufgabe erkennt. Psychiatrische Versorgung im Justizvollzug erschöpft sich jedoch nicht in Diagnostik, Medikation und Krisenintervention. Gerade bei schwer belasteten Gefangenen gehören auch verlässliche Beziehungsgestaltung und abgestufte Anforderungen zu den Voraussetzungen einer wirksamen Behandlung.

Die Vorfälle in der JVA Gablingen haben zu einer Prüfung der aktuellen Situation geführt. Für Bayern bieten die Empfehlungen der bgH-Kommission einen konkreten Ausgangspunkt. Langfristig genügt es jedoch nicht, einzelne Angebote auszubauen. Erforderlich ist eine Versorgungsstruktur, die intramurale und extramurale Behandlung gemeinsam denkt und Diagnostik, Dokumentation, Finanzierung, Fachaufsicht und Entlassmanagement verbindet. Entscheidend sind Versorgungsverpflichtung und verbindliche Kooperation. Darauf beruht zum Beispiel die Zusammenarbeit

zwischen der JVA München und dem kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München (IAK), einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, an der zwei Autoren beteiligt sind (Dr. Rita Netzler, Professor Dr. Peter Brieger): In einem Kooperationsvertrag ist vereinbart, dass Mitarbeitende des IAK die psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung von Gefangenen gewährleisten. Durch engmaschige Präsenz und Erreichbarkeit wird im Bedarfsfall eine kontinuierliche Behandlung im Sinne eines Liaisonmodells ermöglicht. Das verbessert die Behandlungsqualität und vermeidet – weitgehend – Verlegungen in Akutkliniken. Gleichzeitig besteht ein enger Austausch zwischen beiden Institutionen, auch um Mitarbeitende der JVA im Umgang mit psychisch kranken Gefangenen zu schulen.

Gute Medizin im Justizvollzug ist keine Sonderversorgung für eine Randgruppe. Sie ist Primärversorgung unter erschwerten Bedingungen, Psychiatrie, Suchtmedizin, Infektionsschutz, Krisenintervention und Entlassmanagement zugleich. Wo sie gelingt, schützt sie Gefangene, Mitarbeitende, externe Kliniken und die Allgemeinheit; wo sie fehlt, werden medizinische Probleme leicht zu Sicherheitsproblemen und können dazu führen, dass Menschenrechte missachtet werden. Es ist die Hoffnung der Autorin und Autoren, deswegen die bayerische Ärzteschaft für dieses Thema zu interessieren, auch um die Versorgung zu verbessern.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*

## Autorin und Autoren

Professor Dr. Peter Brieger<sup>1</sup>  
Dr. Gregor Groß<sup>2</sup>  
Dr. Rita Netzler<sup>3</sup>

<sup>1</sup> kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München

<sup>2</sup> JVA Straubing, Psychiatrische Abteilung

<sup>3</sup> Medizinischer Dienst, JVA München

Korrespondenz:  
Professor Dr. Peter Brieger, kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München, Vockestraße 72, 85540 Haar