



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

Was fehlt im Nachsorgebereich?

Stefan Orlob

Agenda



- Einleitung
- Psychiatrie in Haft
- Nachsorge und Resozialisierung
- Fazit und Ausblick



Einleitung



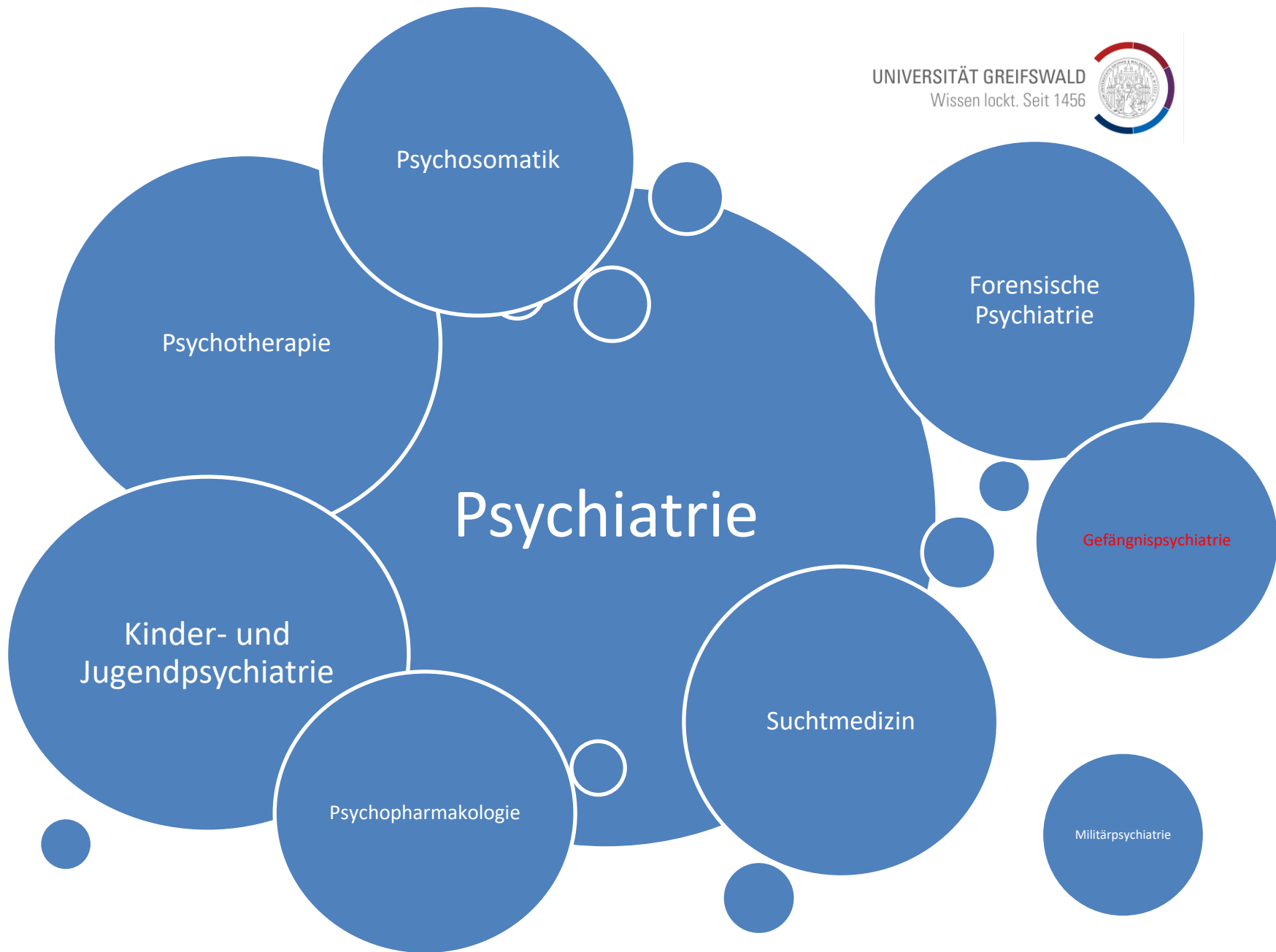
- **Strafvollzug im Wandel:**
 - Die Anpassung an eine multikulturelle Klientel bringt neue Herausforderungen wie Radikalisierung und organisierte Clanstrukturen mit sich.
 - Eine wachsende Gruppe älterer Insassen, oft mit gescheiterten Behandlungsversuchen und ungünstigen Entlassungsperspektiven.
 - Zunahme von Insassen mit Substanzkonsumstörungen und seelischen Beeinträchtigungen
- **Besondere Risiken in Haftanstalten:**
 - Erhöhte Risiken für kritische Lebensereignisse inhaftierter Personen.
- **Fokussierung auf Hochrisikogruppen:**
 - Bundesländer betonen die Notwendigkeit, Ressourcen auf kriminogene Hochrisikogruppen zu konzentrieren.
 - Z.B. besondere Pflichten für Sicherungsverwahrte.



- **Entwicklungsperspektive auf Veränderungsprozesse:**
 - Grenzen traditioneller Mittel bei der Bewältigung der neuen Aufgaben.
 - Erweiterung des Fokus auf die individuellen Entwicklungschancen aller Gefangenengruppen.
 - Betonung von typischen Lebensaufgaben, kritischen Lebensereignissen und aktionaler Entwicklung.
 - Betonung erzieherischer und effizienter therapeutischer Interventionen (ohne „Therapeutisierung“ des Vollzugs).
 - Resozialisierung als zentraler Auftrag zur Entwicklungsintervention.
- **Evaluierung und Forschung:**
 - Eine kritische Analyse, wie sich Veränderungsprozesse innerhalb der Haftanstalten vollziehen.
 - Erweiterung der Möglichkeiten für erfolgreiche Interventionen in der Praxis durch Anwenderforschung.



Psychiatrie in Haft



Ausgangssituation



- Die **ärztliche Versorgung** innerhalb des Justizvollzugs ist viel **eindeutiger primärärztlich organisiert** als außerhalb dieser Institution.
- Der **erste ärztliche Ansprechpartner** ist der **Anstaltsarzt**, der die Funktion des Hausarztes übernimmt und bei Bedarf Fachärzte hinzuzieht.
- Häufigste **Gründe** für einen Arztkontakt bei Gefangenen sind **administrative und psychiatrische Fragestellungen** (einschließlich suchtmedizinischer Probleme).
- Der veraltete Begriff „Anstaltsarzt“ verweist auf das schwierige Problem der ärztlichen Arbeit im Strafvollzug, nämlich auf das **Spannungsfeld von Kontroll- und Sicherheitsbedürfnis** der Institution auf der einen und ärztlichem Berufsethos auf der anderen Seite.
- **Zweigeteilte Berufsrolle** - Schweigepflicht – Offenbarungsrecht – Offenbarungspflicht (§ 182 Abs. 2 S. 3 StVollzG)



- Psychisch Kranke unterliegen in Deutschland **spezialgesetzlicher Regelung** (§§ 20, 21, 63 u. 64 StGB; §§ 81, 126 a u. 455 StPO) im Strafrecht.
- **Strafausstand wegen Vollstreckungsuntauglichkeit (§ 455 StPO):**
 - Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufschieben, ... unterbrechen, wenn der **Verurteilte in eine Geisteskrankheit verfällt**.
 - Die Vollstreckung darf nicht unterbrochen werden, wenn überwiegende Gründe, namentlich der **öffentlichen Sicherheit** entgegenstehen.
- Es erfolgt eine **Forensifizierung** psychisch Kranker (Verknüpfung von Vollzugsuntauglichkeit wegen einer Geisteskrankheit mit der öffentlichen Sicherung).
- Ausgestaltung des Strafvollzuges ist **Ländersache** (z.B. StVollzG-MV).
- Im Einzelfall entscheidet eine **Zufallskonstellation**, ob ein psychisch Kranker im **Maßregel- oder Justizvollzug** untergebracht wird.

Besonderheiten des Arbeitsfeldes



- **Psychiatrische/psychologische Arbeit im Strafvollzug** bedeutet Konfrontation mit einer Lebensrealität, die sich sehr deutlich von dem unterscheidet, was Ärzt:innen/Psycholog:innen im Rahmen ihrer Berufspraxis außerhalb dieser Institution antreffen.
- Die **Innenwelt der Justizvollzugsanstalten** unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der **Außenwelt**.
- Das Selbstverständnis des Justizpersonals wird durch das **Spannungsfeld zwischen Sicherung** („Schließerfunktion“) und **Resozialisierungsauftrag** („Sozialtherapeutenfunktion“) geprägt.
- Grundsätzlich hat ein Gefangener **Anspruch auf ärztliche Versorgung**, die bei Strafgefangenen aber nicht über die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung hinausgeht.
- Es gilt das **Äquivalenzprinzip** (§§ 56 ff StVollzG).

Epidemiologische Aspekte



- **Ca. 12.000 Insassen** in psychiatrischen Krankenhäusern, der Sicherungsverwahrung und in Entziehungsanstalten (**Maßregelvollzug**) (Deutschland, März 2015; Stat. Bundesamt).
- **In Strafvollzugsanstalten 63.643 Gefangene registriert, davon 4.397 Frauen** (Deutschland, November 2018; Stat. Bundesamt).
- Deutschland zählt damit im **internationalen Vergleich** zu den Ländern mit einer **eher geringen bevölkerungsbezogenen Rate an inhaftierten Personen**.
- **Gefängnisinsassen** des regulären Strafvollzugs (international) haben eine deutlich **erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen** und **traumatischer Erfahrungen** im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (z.B. Goff, Rose, Rose & Purves, 2007; Fazel & Danesh, 2002).
- **Wenige Untersuchungen** zur psychischen Gesundheit von Gefängnisinsassen im **deutschsprachigen Raum** (z.B. Missoni, Utting & Konrad 2003; Schönfeld et al. 2006, Dudeck et al. 2009)

Diagnosen bei Gefangenen

(Nedopil, 2008)



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

Systemische Ursachen?



- Untersuchung durch **Arbeitsgruppen aus Mecklenburg-Vorpommern** (z.B. Dudeck et al. 2009; Kopp et al. 2011) bestätigte eine **hohe Prävalenzrate psychischer Erkrankungen für Kurz- und Langzeitstrafen.**



- *„Als ursächliche Faktoren kommen hierfür neben der Dauer des Freiheitsentzugs mit **möglicherweise ungünstigen Haftbedingungen vor allem unzureichende psychiatrische Versorgungskapazitäten in Frage.** (...) Aus den Befunden folgt die Forderung nach einer Angleichung der psychiatrischen Versorgung im Strafvollzug an die Behandlungsstandards der allgemeinen Psychiatrie.“ (Kopp et al. 2011, S. 885)*

Einschätzung der Experten der EU 2009/2010 hinsichtlich der Umsetzung der EU-Strafvollzugsgrundsätze



| | |
|-----------------|---|
| Dänemark | <i>Kapazitätsmangel im zentralen therapeutisch orientierten Gefängnis („Herstedvester“); lange Wartezeiten bei Überweisung von Häftlingen in die Allgemeinpsychiatrie</i> |
| England & Wales | <i>insuffiziente Strukturen zur Diagnose psychischer Störungen; lange Wartezeiten bei Überweisung von Häftlingen in Einrichtungen des Nationalen Gesundheitswesens (NHS); keine Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen geringen Schweregrads; vollständig inadäquate Nachsorgestrukturen</i> |
| Finnland | <i>Mangel an Entgiftungs- und Entwöhnungsprogrammen im Suchtbereich, insbesondere bei Häftlingen mit kurzen Haftstrafen; Defizite in der allgemeinen Diagnostik und Behandlung</i> |
| Frankreich | <i>keine Antwort</i> |
| Deutschland | <i>generelle Mängel in der Behandlung, Personalausstattung, Organisations- und Infrastruktur</i> |
| Griechenland | <i>große Mängel hinsichtlich Personal und spezifischen Behandlungseinrichtungen, es gibt nur ein einziges Gefängniskrankenhaus, das eher allgemeinmedizinisch orientiert ist</i> |
| Ungarn | <i>ca. 80% der psychisch kranken Gefängnisinsassen leiden an einer Persönlichkeitsstörung, ihnen wird das Menschenrecht auf Behandlung aufgrund mangelnder Kapazitäten faktisch verweigert; genereller Mangel an Behandlungsalternativen; Mangel an der Versorgung mit atypischen Neuroleptika, keine Qualitätssicherung; im Grundsatz gut ausgebildete Psychologen haben in der Regel schlechte Arbeitsbedingungen</i> |
| Island | <i>keine Krankenstationen im Gefängnis; Zugang und Verweisungswege zu psychiatrischen und psychologischen Hilfen sind verbesserungsfähig</i> |
| Irland | <i>Mangel in allen Behandlungsstrukturen, insbesondere fehlen engagierte psychiatrische Pflegekräfte; Zugangswege zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten müssen verbessert werden</i> |

Deutschland: genereller Mangel in der Behandlung, Personalausstattung, Organisations- und Infrastruktur



teblatt.de/nachrichten/137398/Europarat-kritisiert-psychiatrische-Versorgung-in-einigen-deutschen-Haftanstalten

aerzteblatt.de

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

Ausland

Europarat kritisiert psychiatrische Versorgung in einigen deutschen Haftanstalten

Mittwoch, 14. September 2022

f t x in Newsletter abonnieren Zur Startseite



/rudall30, stock.adobe.com

Straßburg – Der Europarat hat die mangelnde psychiatrische Versorgung in einigen deutschen Justizvollzugsanstalten kritisiert. Auch über die teilweise lange Einzelhaft von Häftlingen äußerte sich das Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe des Europarats (CPT) in einem heute veröffentlichten [Bericht](#) besorgt.

In den zwei besuchten Justizvollzugsanstalten Bayreuth und Gelsenkirchen sei die psychiatrische Versorgung „besorgniserregend“ gewesen, heißt es in dem Bericht. Dort sei die Ausstattung mit Psychiatern „eindeutig unzureichend“. Die Haftanstalten hätten zudem „große Schwierigkeiten, Häftlinge mit akuten psychischen Problemen in ein angemessenes therapeutisches Umfeld zu verlegen“.

ppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2022/psychisch-erkrankte-straftaeter.html



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

AKTUELLES ▾ SCHWERPUNKTE ▾ VERANSTALTUNGEN ▾ PUBLIKATIONEN ▾ PREISE ▾ DIE DGPPN ▾ PRESSE ▾ MITGLIE

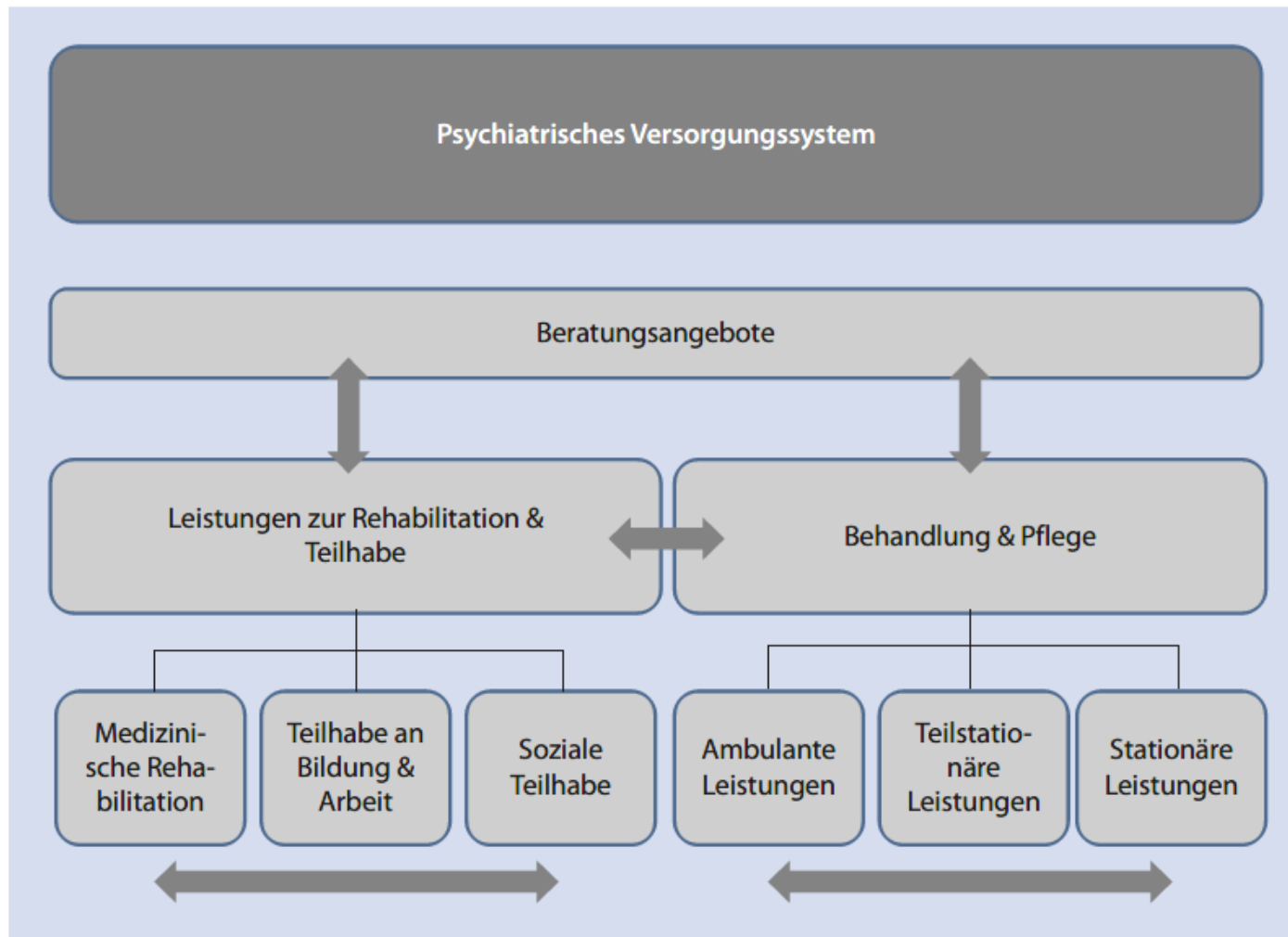
DGPPN | Presse | Pressemitteilungen | Pressemitteilungen 2022 | Psychisch erkrankte Straftäter

25.11.2022 | PRESSEMITTEILUNG

Psychiater fordern bessere Versorgung psychisch erkrankter Straftäter

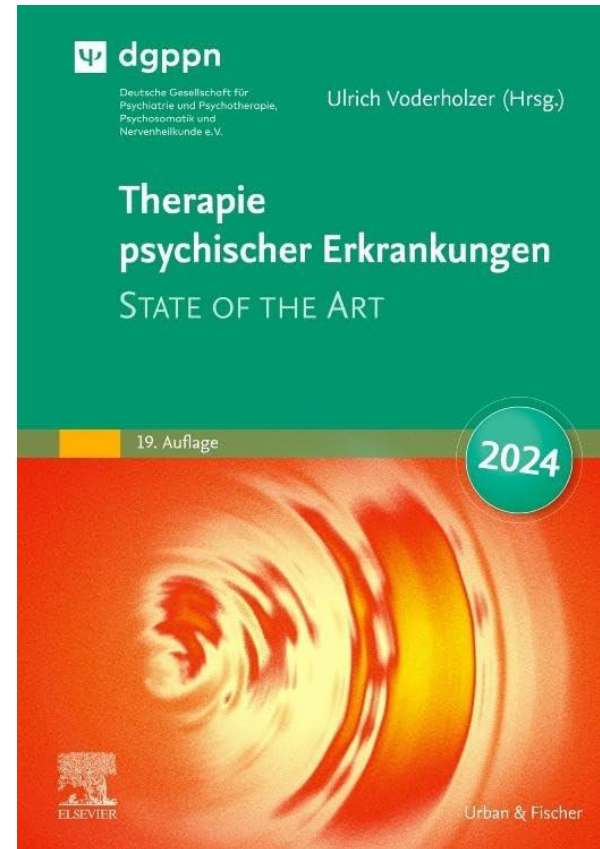
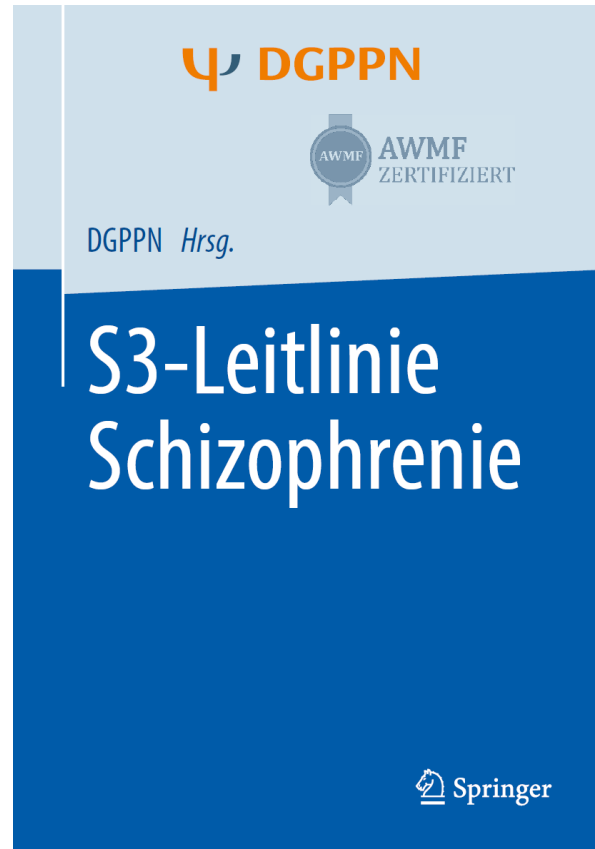
Der Umgang mit psychisch erkrankten Straftätern in Deutschland wird immer wieder kritisiert – von der Öffentlichkeit, aber auch von den Betroffenen und Behandelnden. Wie sich die Situation tatsächlich darstellt, ist allerdings aufgrund eines Mangels an öffentlich zugänglichen Daten unklar. Die DGPPN hat deshalb eine Befragung der deutschen Kliniken für Maßregelvollzug durchgeführt, deren Ergebnisse sie auf ihrem Jahreskongress in Berlin präsentiert. Zukünftig ist zudem eine Umfrage zur Situation der Gefängnispsychiatrie geplant.

Äquivalenzprinzip bei der Therapie?



https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/232c9938a18db77232cfd94e95a6b74626b5bfae/2019_Book_S3-LeitliniePsychosozialeThera.pdf

Leitlinien im Vollzug?



Auswahl der A – Empfehlungen in den S3-Leitlinie für Schizophrenie



Themenbereich

Medikamentöse Behandlung: z.B. Erhebung Response Status, Monotherapie, Clozapin als letztes Mittel der Wahl, Drug Monitoring etc.

Strukturierte Psychoedukation für Menschen mit einer Schizophrenie, Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen

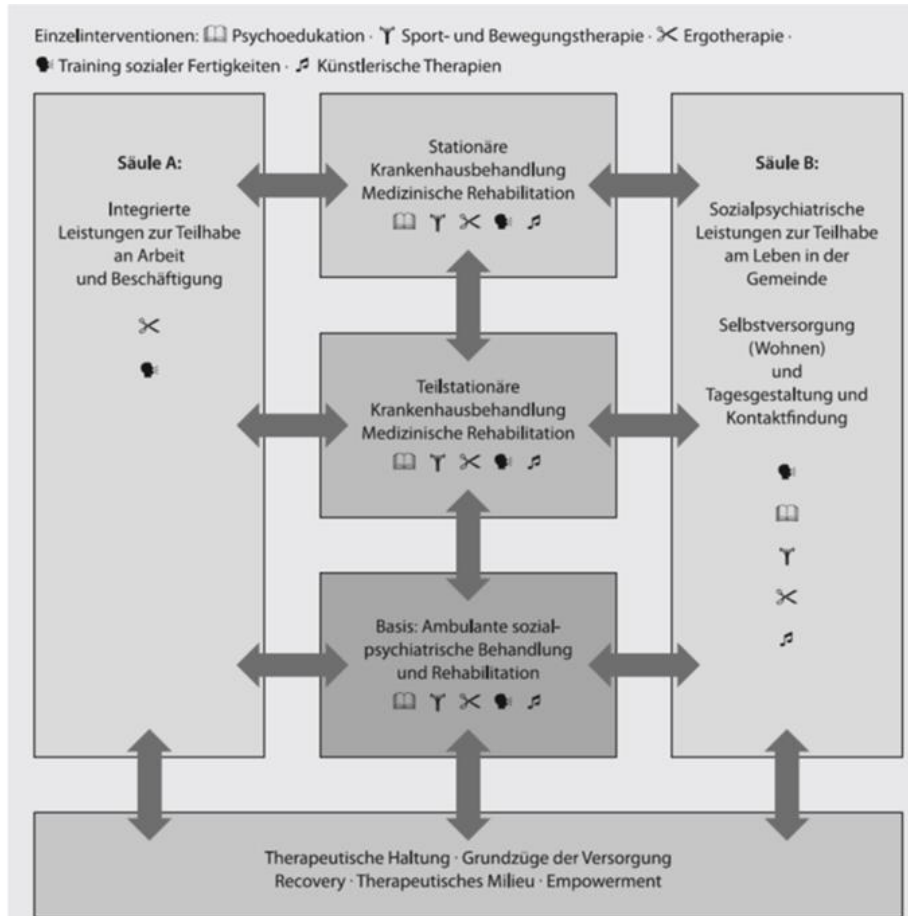
Anwendung der **kognitiven Verhaltenstherapie** bei der Ersterkrankung

Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv

Rasche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt mit notwendiger Unterstützung (Supported Employment)

Aufsuchender Ansatz im gewohnten Lebensumfeld zur Vermeidung von Behandlungsabbrüchen

Versorgungsmatrix und Ziele



Vollzugsspezifische Ziele:

- Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und Lebensqualität der Gefangenen
- Reduzierung von Gewalt im Vollzug
- Wiederherstellung der Vollzugstauglichkeit
- Teilhabe an Vollzugsmaßnahmen wie Arbeit, Schule, Suchthilfe etc.
- Unterstützung des Entlassungsmanagements
- Kooperation mit regionalen gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Umsetzungsversuch z.B. das Konzept der Psychiatrischen Intensivierte Behandlung in den Justizvollzugsanstalten NRW's (PIB /2022)

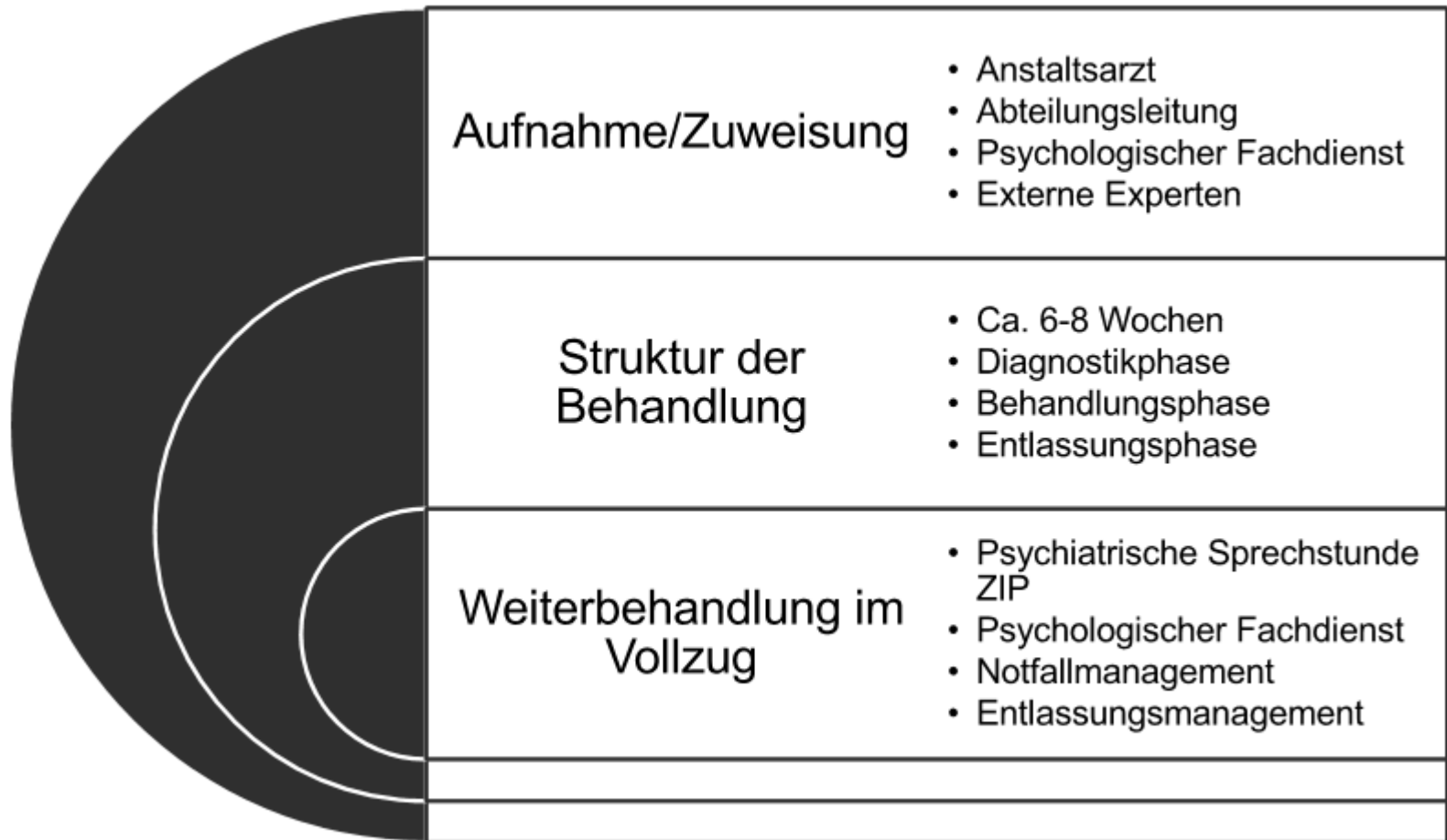
Richtungsweisend: Behandlungsabteilung der JVA Neumünster

(Huchzermeier / ZIP Kiel - 2016)



- **20 Plätze** mit einem gesundheits- und entwicklungsförderndem Stationsklima betreut durch ein multiprofessionelles Team aus:
 - Ärzten und Psychologen/innen
 - Pflorgeteam
 - Sozialpädagogischer Fachdienst
 - Ergotherapie
- Spezifische **Behandlungsangebote**:
 - Psychopharmakotherapie
 - Psychotherapie
 - Fertigkeitentraining
 - Störungsspezifische Behandlungsangebote (Psychoedukation, SKT, Lichttherapie, Entspannungsverfahren, Akkupunktur)

Ablauforganisation Psychiatrische Abt. JVA Neumünster



Probleme bei der Umsetzung ...



- Schon jetzt schränkt die knappe Personaldecke nicht nur neue Projekte, sondern auch den laufenden Betrieb ein.



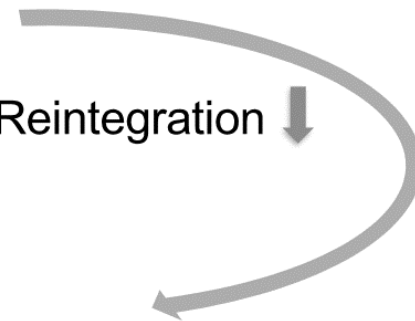
Facharzt für Psychiatrie (w/m/d) im Justiz-vollzug Nordrhein-Westfalen in Vollzeit oder Teilzeit

Ziel ist die Verbesserung der ambulanten Behandlung psychisch kranker Inhaftierter.

Als Psychiater im Justizvollzug sehe ich immer zuerst den Menschen, nicht den Inhaftierten. Nur ein psychisch stabiler Mensch kann Veränderungen herbeiführen. Somit bildet die umfassende psychiatrische Behandlung meiner Patienten das Fundament für eine gelungene Resozialisierung. Mein Beitrag dazu: Fachwissen, Empathie und Engagement, damit psychisch kranke Inhaftierte nach der Haft in der Gesellschaft ihren Platz finden.

Folgen unbehandelter psychischer Störungsbilder im Vollzug

- individuelles Leid der Inhaftierten ↑
- interaktionelle Schwierigkeiten im Gefängnisalltag ↑
- Risiko für weitere psychische Erkrankungen und suizidales Verhalten ↑
- Rückfallrisiko ↑
- Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen sozialen Reintegration ↓





Nachsorge und Resozialisierung

Ziel des Strafvollzugs: Resozialisierung durch Behandlung



- Gemäß **§ 2 S. 1 StVollzG** soll der Gefangene im Strafvollzug fähig werden, in sozialer Verantwortung ein straffreies Leben zu führen.
- Das **Bundesverfassungsgericht** definierte Resozialisierung als (Wieder-)Eingliederung des Straftäters in die Gesellschaft (BVerfGE 33, 1, 7 f.; 35, 202, 235; 40, 276, 284; 45, 187, 239).
- **Behandlung** ist damit ein Weg, der die Befähigung zu einem straffreien Leben vermittelt. Behandlung im weiteren Sinne umfasst **alle Maßnahmen**, die auf die Erreichung des Vollzugsziels der Resozialisierung abzielen.
- **Vollzugslockerungen bzw. vollzugsöffnende** Maßnahmen für Strafgefangene sind notwendige Maßnahmen zur Resozialisierung und Entlassungsvorbereitung. Das Angebot von **extramuralen Kontakten und Aktivitäten** unter realistischen Bedingungen bereitet die soziale Reintegration vor.

Behandlung mit Zielsetzung Resozialisierung



- **Kontinuierliche** und angemessene psychosoziale **Betreuung** der Gefangenen reduziert die Gefahr von Unterbrechungen oder Therapieabbrüchen.
- **Wohngruppenvollzug** kann Sozialisationsdefizite ausgleichen und die Entwicklung prosozialer Einstellungen und Verhaltensweisen fördern.
- **Arbeitstherapie** ist eine besondere Behandlungsmaßnahme, die Gefangenen mit seelischen Beeinträchtigungen eine Chance an Teilhabe eröffnet.
- Behandlungsorientierte **Bewegungsaktivitäten und Sportmaßnahmen** können bei zielgerichtetem und zweckmäßigem Einsatz positive Resozialisierungseffekte entfalten.
- **Freizeitpädagogik** ist gerade für Gefangene mit seelischen Beeinträchtigungen eine Chance zur Verbesserung sozialer Kompetenzen.

Psychosoziale Aspekte des Übergangsmagements



- Anerkennung **abweichender Perspektiven und Problemdefinitionen** seitens der Klienten als auch der Institutionen. Einbeziehung **individueller Bedürfnisse**, insbesondere Selbstbestimmung der Inhaftierten.
- Eine erfolgreiche **Resozialisierung** erfordert eine **bessere Koordination** zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungseinrichtungen, die für die Gesundheitsversorgung von Strafgefangenen vor, während und nach der Haft verantwortlich sind.
- Notwendigkeit, dass **Strategien und Pläne vor Ort umsetzbar**, zielführend und nachhaltig im Alltag realisiert werden können. Umsetzung nur möglich, wenn **konkrete Anschlussmöglichkeiten vor Ort** vorhanden sind.
- Betonung der Rolle des Wechselspiels zwischen **individuellen Besonderheiten** der Gefangenen mit seelischen Beeinträchtigungen sowie den zu gestaltenden Außenumständen. Basis für erfolgreichen Übergang.

Bausteine eines erfolgreichen Übergangsmanagements



- Entwicklung eines **individuellen Übergangsplans**, der die besonderen Anforderungen der seelischen Gesundheit berücksichtigt.
- **Klärung** der Rechtsstellung Gefangener in der **Sozial- und Arbeitslosenversicherung**.
- Sicherstellung eines **nahtlosen Übergangs in der ambulanten psychiatrischen Versorgung**. Klare **Kommunikation und Koordination** zwischen dem Gefängnispersonal, psychiatrischen Fachkräften in der Haft und den Versorgungseinrichtungen außerhalb.
- Aufbau eines stabilen **sozialen Netzwerks** für den Inhaftierten, das während der Haft und darüber hinaus unterstützend wirkt. Einbindung von Angehörigen, Freunden oder Sozialarbeitern, um die soziale Integration zu fördern. Ggf. Anregung der Bestellung einer **gerichtlichen Betreuung (§1814 BGB)**.



- Entwicklung individueller Pläne zur **beruflichen Rehabilitation**, die die Fähigkeiten und Einschränkungen der Person berücksichtigen. Integration in unterstützte Arbeitsprogramme oder therapeutische Beschäftigungsmöglichkeiten.
- Fortsetzung oder Neuaufnahme von **psychosozialer Betreuung und Therapie nach der Haftentlassung**. Zugang zu **Unterstützungsgruppen, Selbsthilfegruppen** oder **individueller Therapie**, um psychische Gesundheit und soziale Fähigkeiten zu stärken. **Kooperationen** mit zuständigen Behörden, Sozialdiensten etc.
- Implementierung von **Maßnahmen zur Krisenintervention** und Rückfallprävention, um den Inhaftierten in stressigen Situationen zu unterstützen und Rückfälle zu verhindern. Entwicklung von **Notfallplänen** und klaren Strategien zur **Bewältigung psychischer Krisen**.



Resümee

Fazit



- Die **Prävalenz psychischer Erkrankungen** übersteigt bei Gefangenen diejenige der Normalbevölkerung um ein Vielfaches.
- Dies schließt eine **hohe Prävalenz** früher und sich (re)aktualisierender **traumatischer Erfahrungen** mit ein.
- Es gibt deutliche **Hinweise auf krankheitsfördernden Einfluss** der Langzeitunterbringung.
- Der **Ist-Stand der Versorgung in Deutschland** ist unter Beachtung des Äquivalenzprinzip sehr unterschiedlich, z.T. deutlich unzureichend.
- Eine **gute psychiatrische Versorgung** kann gelingen, wenn Elemente der üblichen Versorgungsmatrix sinnvoll auf die **Erfordernisse und Gegebenheiten von Gefängnissen und Gefangenen** übertragen werden.
- Durch die zuständigen Bundesländer müssen notwendige **materielle und personelle Ressourcen** bereitgestellt werden.



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

- Die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge in Haft und nach der Haft ist eine komplexe Aufgabe, die verschiedene Aspekte umfasst. Hier sind einige **potenzielle Änderungen und Verbesserungsvorschläge**:
- **Gesundheitsbewusste Umgebung:** Schaffung einer Umgebung in Haft, die die Gesundheit fördert, einschließlich einer ausgewogenen Ernährung, angemessener Hygiene und Zugang zu körperlicher Betätigung.
- **Dienste für psychische Gesundheit:** Bereitstellung umfassender mentaler Gesundheitsdienste, einschließlich Screening, Beratung und Therapie. Dies ist besonders wichtig, da viele Inhaftierte mit psychischen Gesundheitsproblemen zu kämpfen haben. Dies umfasst regelmäßige Therapieangebote, Zugang zu Medikamenten, psychotherapeutische Interventionen und komplementäre Therapieangebote.



- **Ausbildung und Bewusstsein:** Förderung von Gesundheitsbildung, um Inhaftierte über gesunde Lebensgewohnheiten und den Umgang mit Krankheiten aufzuklären. Förderung von Programmen zur Gesundheitsförderung, die gesunde Lebensgewohnheiten, Ernährung und körperliche Aktivität betonen.
- **Infektionskontrolle:** Implementierung von Maßnahmen zur Infektionskontrolle, um die Ausbreitung von Krankheiten innerhalb der Haftanstalt zu verhindern.
- **Suchtprävention und -behandlung:** Implementierung von effektiven Programmen zur Suchtprävention und -behandlung, um Inhaftierte bei der Bewältigung von Suchtproblemen zu unterstützen. Dies könnte sowohl medizinische als auch psychologische Ansätze umfassen.
- **Zugang zu Spezialisten:** Sicherstellung, dass Inhaftierter Zugang zu Fachärzten und Spezialisten haben, insbesondere wenn sie an chronischen oder komplexen Gesundheitsproblemen leiden.



Was fehlt im Nachsorgebereich?

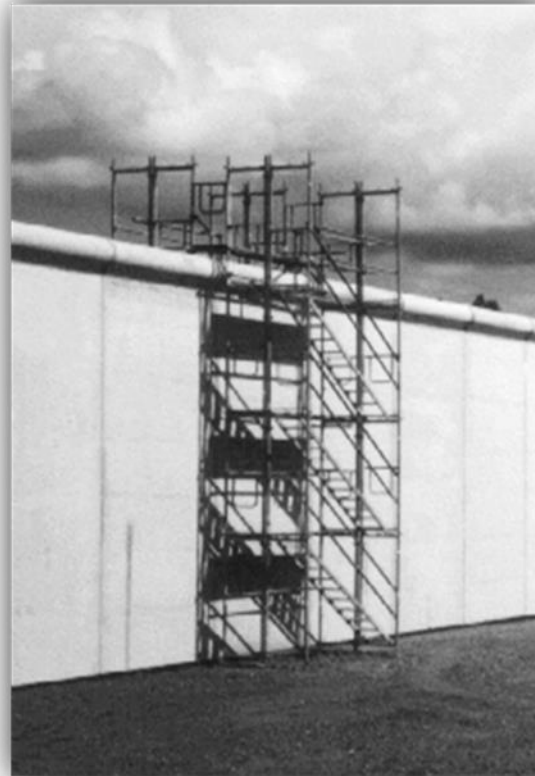
- **Nahtloser Übergang:** Entwicklung von Programmen für einen reibungslosen Übergang von der Haft in die Gesellschaft. Dies sollte sicherstellen, dass die Gesundheitsversorgung nahtlos ist.
- **Soziale Unterstützung:** Bereitstellung von sozialen Unterstützungsprogrammen, die ehemaligen Insassen helfen, sich in die Gesellschaft zu integrieren. Soziale Unterstützung ist entscheidend für die psychische Gesundheit und die Vermeidung von Rückfällen.
- **Arbeitsintegration:** Förderung von Programmen zur beruflichen Wiedereingliederung, um stabile Arbeitsverhältnisse zu finden. Der Zugang zur Arbeit ist nicht nur finanziell wichtig, sondern trägt auch zur sozialen Integration und Stabilität bei.



- **Fortsetzung der medizinischen Versorgung:** Gewährleistung einer nahtlosen Fortsetzung der medizinischen Versorgung nach der Haft. Dies könnte die Koordination mit Gemeindegesundheitsdiensten und die Bereitstellung von Ressourcen für die Beschaffung von Medikamenten umfassen.
- **Rehabilitationsprogramme:** Förderung von Rehabilitationsprogrammen, die darauf abzielen, ehemalige Insassen dabei zu unterstützen, gesunde Verhaltensweisen zu entwickeln und zu pflegen sowie ihre Lebensqualität zu verbessern.
- **Wohnungsunterstützung:** Sicherstellung von Unterstützung bei der Wohnraumsuche, da eine stabile Unterkunft ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Reintegration ist. Ohne sicheren Wohnraum stehen ehemalige Insassen vor zusätzlichen Herausforderungen.



- **Längerfristige Überwachung:** Etablierung von Langzeitüberwachungs- und Unterstützungsmechanismen, um sicherzustellen, dass langfristiger Zugang zu Gesundheitsdiensten besteht
- **Bürgerschaftliches Engagement und Aufklärung:** Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und Aufklärung, um das Bewusstsein in der Gemeinschaft für die Bedürfnisse und Herausforderungen ehemaliger Insassen zu schärfen. Abbau von Vorurteilen / Stigmatisierung und Erleichterung der Wiedereingliederung.
- **Forschung und Evaluation:** Kontinuierliche Forschung und Evaluation von Programmen zur Gesundheitsfürsorge in Haft und nach der Haft, um deren Wirksamkeit zu überprüfen und anzupassen. Dies gewährleistet, dass die angebotenen Dienste den sich wandelnden Bedürfnissen der Insassen und der Gesellschaft gerecht werden.
- **Gesetzliche Reformen:** Eine Überprüfung und mögliche Reformierung der Gesetze und Vorschriften



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

(Kontakt: stefan.orlob@uni-greifswald.de)