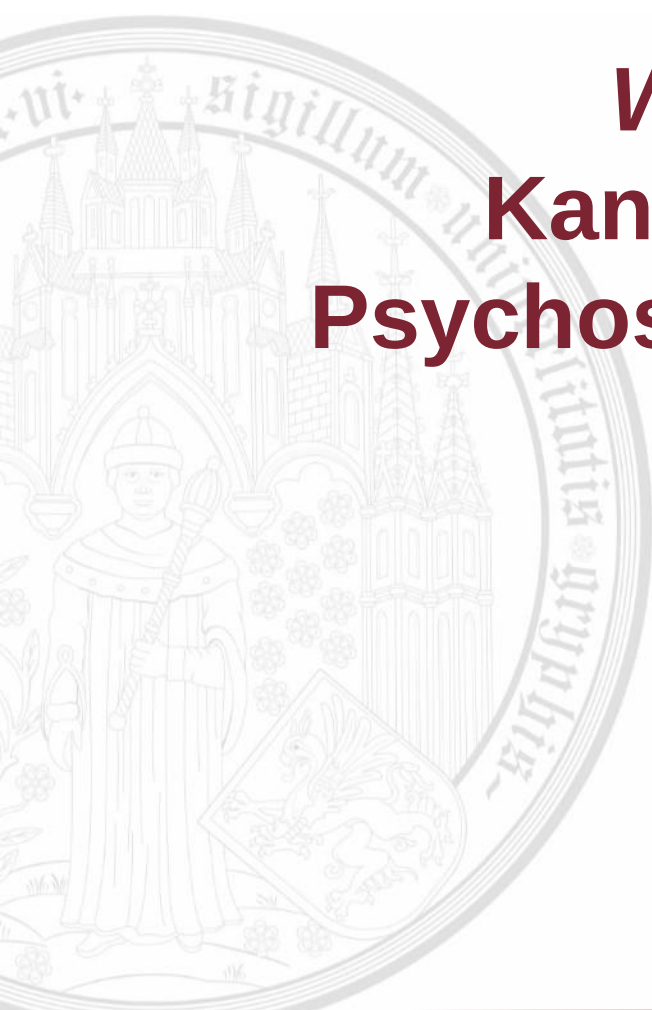




Wahn hinter Gittern **Kann die Versorgung von Psychosekranken im Strafvollzug gelingen?**

Stefan Orlob

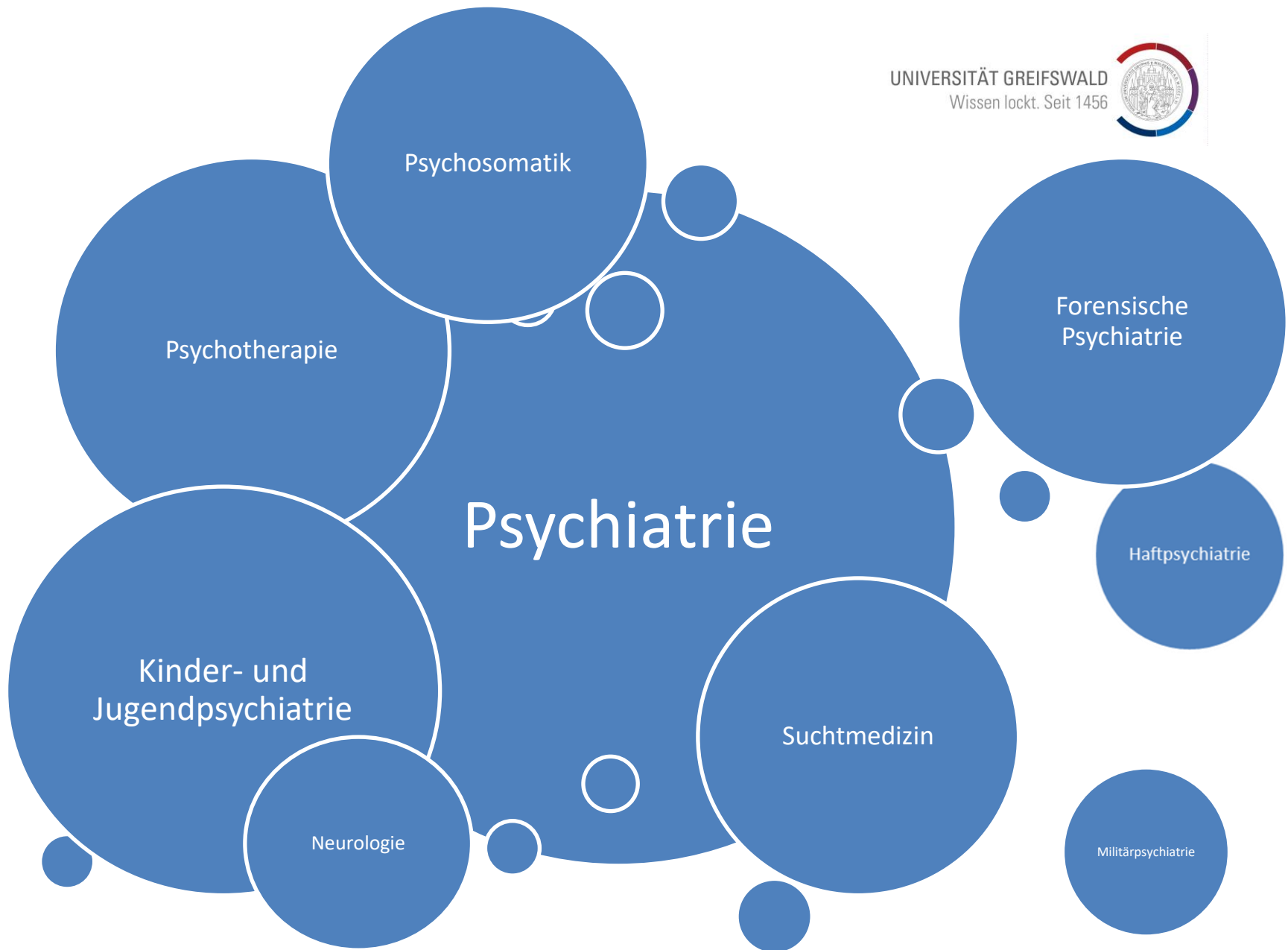
Agenda



- Einleitung
- Empirische Befunde
- Aktuelle Leitlinien und Behandlungsstandards
- Versorgungssituation in Haftanstalten
- Praktische Umsetzungen
 - Beispiel Mecklenburg-Vorpommern
 - Neue Versorgungskonzepte am Beispiel Schleswig-Holstein
 - Neue Versorgungskonzepte am Beispiel Schleswig-Holstein
- Fazit



Einleitung





- **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)

Ausgangssituation II



- Psychisch Kranke unterliegen in Deutschland **spezialgesetzlicher Regelung** (§§ 20, 21, 63 u. 64 StGB; §§ 81, 126 a u. 455 StPO) im Strafrecht
- Es erfolgte eine **Forensifizierung** psychisch Kranker (Verknüpfung von Vollzugsuntauglichkeit wegen einer Geisteskrankheit mit der öffentlichen Sicherung)
- Generelle **Schwierigkeiten bei der Rehabilitation** psychisch kranker Rechtsbrecher nach Freiheitsentzug
- **Problembereiche** sind komplex und primär **länderspezifisch** reguliert bzw. normiert (Ausgestaltung des Strafvollzug ist Ländersache)
- Es gilt das **Äquivalenzprinzip** (§§ 56 ff StVollzG)
- Im Einzelfall entscheidet eine **Zufallskonstellation**, ob ein psychisch Kranker im **Maßregel- oder Justizvollzug** untergebracht wird

Ausgangssituation III



- 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.
- Häufigsten **Gründe** für einen Arztkontakt bei Gefangenen sind **administrative und psychiatrische Fragestellungen** (einschließlich suchtmedizinische 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** „Gefängnisarztes“, Schweigepflicht – Offenbarungsrecht – Offenbarungspflicht (§ 182 Abs. 2 S. 3 StVollzG)



Empirische Befunde



- **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 Gefangenen**.
- International bei **Gefängnisinsassen** des regulären Strafvollzugs 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%

Epidemiologische Aspekte II



- Untersuchung **Arbeitsgruppen aus Mecklenburg-Vorpommern** (z.B. Dudeck et al. 2009; Kopp et al. 2011) bestätigten **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)*

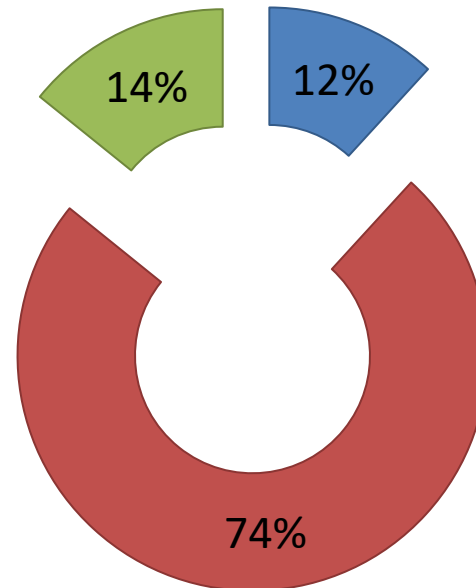
Traumatisierung bei Gefangenen

(Dudeck et al., 2009)



Traumatisierung - Traumata und PTSD (Europa)

■ kein Trauma ■ Trauma/keine PTSD ■ PTSD



Durchschnittliche Anzahl erlebter Traumata: 3.0 (SD = 2.1)

Schizophrenie (ICD-10: F2) I



- Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische **Störungen von Denken und Wahrnehmung** sowie **inadäquate oder verflachte Affekte** gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im **Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite** entwickeln können. Die **wichtigsten psychopathologischen Phänomene** sind **Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn** oder das **Gefühl des Gemachten, Stimmen**, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, **Denkstörungen und Negativsymptome**.
- Der **Verlauf** der schizophrenen Störungen kann entweder **kontinuierlich episodisch mit zunehmenden** oder **stabilen Defiziten** sein, oder es können **eine oder mehrere Episoden** mit **vollständiger oder unvollständiger Remission** auftreten.

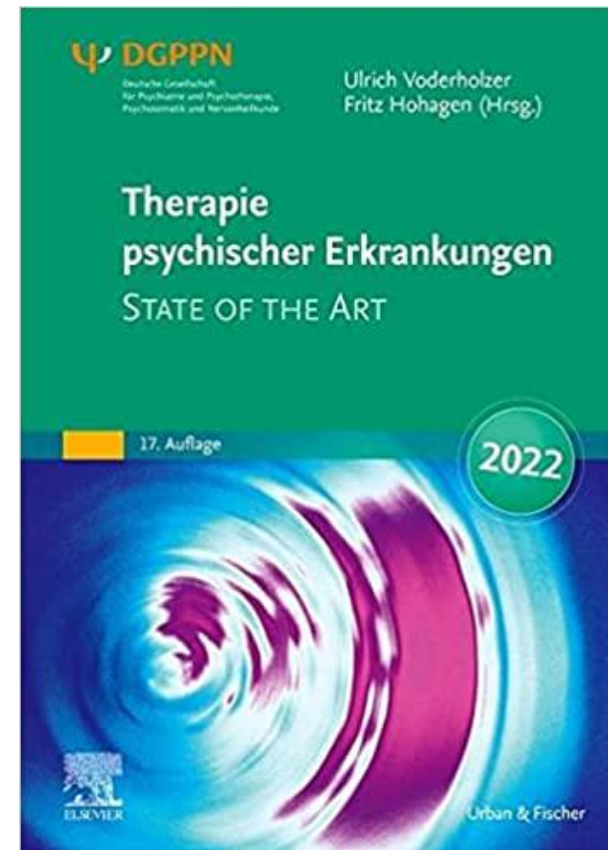
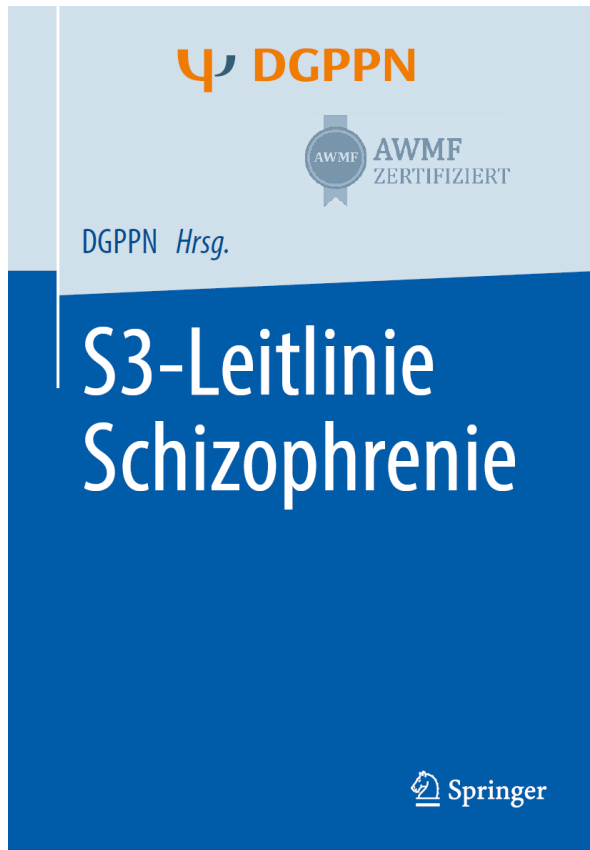
Schizophrenie (ICD-10: F2) II



- Die **Prävalenz schizophrener Psychosen liegt bei 0,5–1%**. Entsprechend ist **bei 100 Gefängnisinsassen mindestens ein „Psychosekranker“** zu erwarten. Tatsächlich ist die **Prävalenz im Gefängnis höher**.
- **Ätiopathogenetisch** wird von einer **multifaktoriellen Entstehung** ausgegangen, wobei eine genetisch bedingte Vulnerabilität sowie prä-, peri- und postnatale Schädigungen im Zentrum stehen. Hohe Bedeutung hat der **Konsum von illegalen Drogen bei bestehender Vulnerabilität**.
- **Forensische Relevanz** gerade für **Gewaltdelinquenz empirisch gut belegt**. An Schizophrenie erkrankte Menschen haben im **Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 4- bis 5-fach erhöhtes Risiko**, wegen Gewalttaten verurteilt zu werden oder sich anderweitig aggressiv zu verhalten.
- **Risikofaktoren**: junges Alter, männliches Geschlecht, fremdaggressives Verhalten, Zwangsunterbringungen, Feindseligkeit und Substanzkonsum.



Leitlinien und Behandlungsstandards



Auswahl der A – Empfehlungen in den S3-Leitlinie I



Themenbereich

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

Maßnahmen und Zeitpunkt der **psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen** bei antipsychotikainduzierter Gewichtszunahme

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

Auswahl der A – Empfehlungen in den S3-Leitlinie II



Themenbereich

Anwendung **Training sozialer Fertigkeiten.**

Anwendung **kognitiver Remediation**

Erstellung von **Krisenplänen und Behandlungsvereinbarungen**

Anwendung der **EKT bei perniziöser Katatonie** nach erfolgloser
Anwendung von Lorazepam

Spezifische leitliniengerechte **psychotherapeutische/
psychosoziale Behandlung bei komorbider
Alkoholabhängigkeit**

Anwendung **psychotherapeutischer und psychosozialer
Interventionen** bei Menschen mit einer Schizophrenie > 65
Jahre

Auswahl der A – Empfehlungen in den S3-Leitlinie III



Themenbereich

Multiprofessionelle Behandlung von Menschen mit einer **ersten Episode einer Schizophrenie**

Stufenschema der Behandlung von Menschen mit einem erhöhten Psychoserisiko (**primäre Anwendung KVT**)

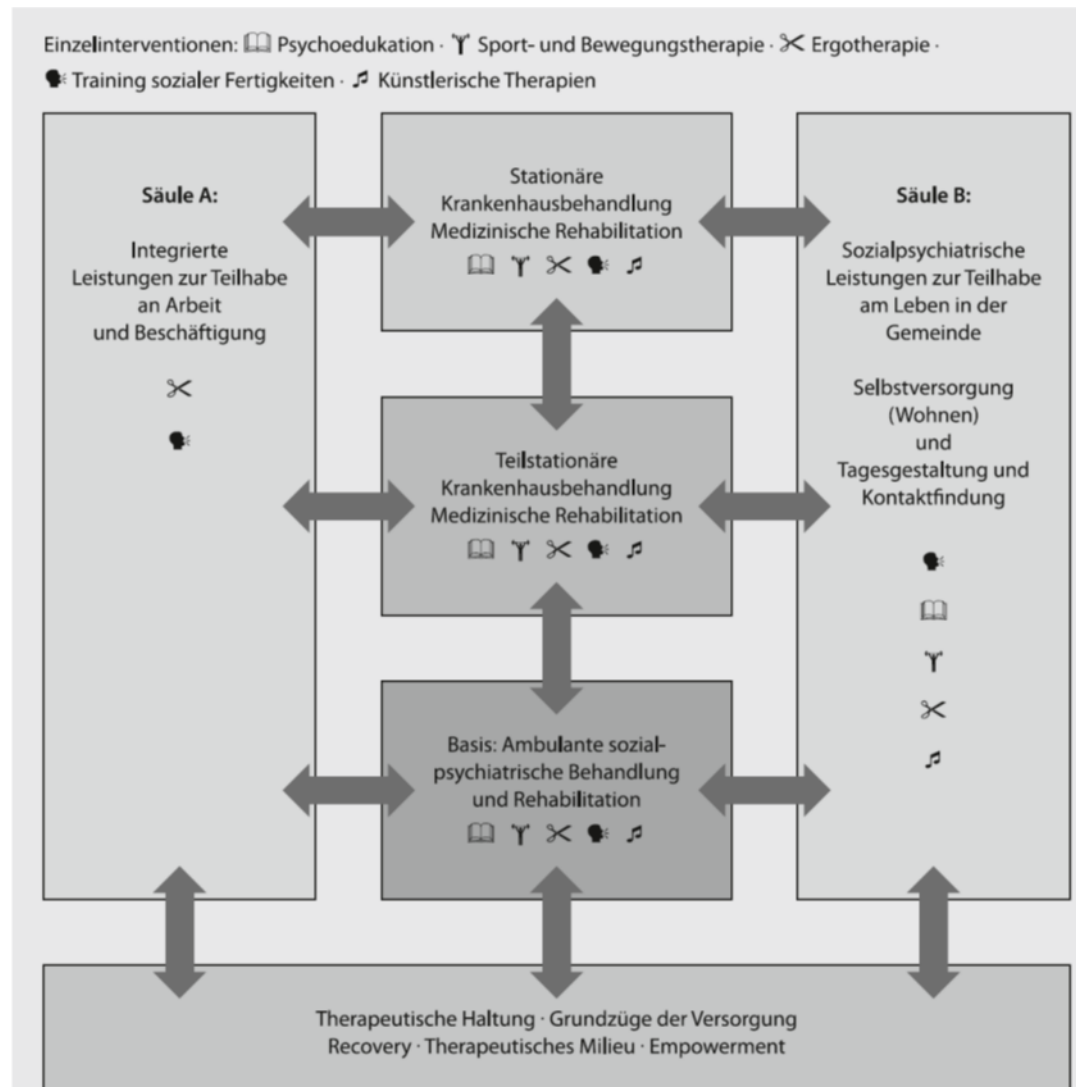
Rasche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt mit notwendiger Unterstützung (Supported Employment)

Anwendung der **EKT bei perniziöser Katatonie** nach erfolgloser Anwendung von Lorazepam

Aufsuchender Ansatz zur Vermeidung von Behandlungsabbrüchen

Aufsuchende Behandlung in dem **gewohnten Lebensumfeld**

Matrix des deutschen Versorgungssystems



Standards Therapie der Schizophrenie im MRV

UNIVERSITÄT GREIFSWALD
Wissen lockt. Seit 1456





- Der **multimodale Behandlungsansatz** besteht aus einer Kombination von
 - antipsychotischer Pharmakotherapie
 - Psycho-, Arbeits- und Soziotherapie
 - Reduzierung der kriminogenen Risikofaktoren (RNR-Prinzipien)
- Die lange Unterbringungsdauer ermöglicht eine intensive Behandlung bei **weitgehender Personalkonstanz und einheitlichem Setting**.
- Bei **unzureichender medikamentöser Behandlung** steigt allerdings das **Risiko eines langen Freiheitsentzugs** und der Hospitalisierung.
- **Depotpräparate und Spiegelkontrollen** sind bei der **medikamentösen Behandlung** besonders wichtig. Beste Wirksamkeit auf **Aggressionsreduktion** ist belegt für das antipsychotische Medikament **Clozapin**.
- **Evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren**: metakognitives Training, kognitive Verhaltenstherapie nach Lincoln, kognitive Remediation.
- **Für Entlassung**: Angehörigenarbeit, Tagesstruktur und hilfegebendes Umfeld



Versorgungsalltag im Gefängnis



- **Anpassungsstörung** („Haftreaktion“, „Haftkoller“ ...) (ICD-10: F43)
 - Verkündung Haftbefehl, Vernehmungen, Konfrontation Ermittlungsergebnisse etc.
 - Partnerschaftsproblematik, Absage Besuche, Abbruch sozialer Kontakte, Isolation
 - Zustellung Anklageschrift, Verfahrenseröffnung, Termine Hauptverhandlung, Urteilsverkündung, Scheitern Rechtsmittel etc.
- **Pathomechanismen:**
 - Reduktion Copingmechanismen bzw. –reservoirs
 - Veränderung Kommunikationsmuster
 - Einengung, Verlust Sozialbeziehung ...
- **Cave: Autoaggressive Reaktionen und Suizidalität**



- **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20)**
 - Häufig mit Komorbidität auf Achse I (Suchterkrankungen) oder Achse II (prämorbid Persönlichkeitsstörung), result. Adhärenzprobleme
 - Erstmanifestation in Haft (high expressed emotions), ungünstige Behandlungssituation, chronischer Krankheitsverlauf, Begünstigung von Negativsymptomen, Stigmatisierung
 - **DD: Substanzinduzierte psychotische Störung (F1X.5)** Tritt während oder nach dem Substanzgebrauch auf. Ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können.



- **Cave „Haftpsychosen“**
 - Keine diagnostische Entität – nicht als Diagnose in ICD-10 oder DSM-5, keine empirischen Belege für Konstrukt
 - Entspringt einem Misstrauen der Psychiatrie gegenüber Gefangenen, **stigmatisierendes Konstrukt**



- **Entzugssyndrome bei multiplen Substanzkonsum (F19.3)**
 - Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.
- **Entzugssyndrom mit Delir (F1X.4)**
 - Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom durch ein Delir kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten. Delirium tremens (alkoholbedingt)



- Die europäischen Gefängnisregeln (Europarat 2006) fordern eine **gleichwertige medizinische Versorgung von Gefangenen** wie im staatlichen Gesundheitswesen und enthalten einen eigenen, ausführlichen Teil hinsichtlich der Gesundheitsfürsorge und der Pflichten des medizinischen Personals.
- 12.1 Personen, die psychisch erkrankt sind und deren psychischer Gesundheitszustand die Freiheitsentziehung in einer Justizvollzugsanstalt nicht zulässt, sollen in einer **eigens dafür geschaffenen Einrichtung inhaftiert** werden.
- 12.2 Werden solche Personen dennoch **ausnahmsweise** in einer **Justizvollzugsanstalt** untergebracht, so ist ihrer rechtlichen Stellung und ihren Bedürfnissen durch **Sonderregelungen** Rechnung zu tragen.
- 47.1 Für die Beobachtung und Behandlung von Gefangenen, die unter **psychischen Störungen** ... leiden und die nicht ... unter Grundsatz 12 fallen, müssen unter ärztlicher Leitung stehende **spezialisierte Anstalten oder Abteilungen** verfügbar sein.

Einschätzung der Experten in der EU 2009/2010 über Deutschland (Salize & Dressing 2010)



Dänemark	Kapazitätsmangel im zentralen therapeutisch orientierten Gefängnis („Herstedvester“); lange Wartezeiten bei Überweisung von Häftlingen in die Allgemeinpsychiatrie
England & Wales	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
Finnland	Mangel an Entgiftungs- und Entwöhnungsprogrammen im Suchtbereich, insbesondere bei Häftlingen mit kurzen Haftstrafen; Defizite in der allgemeinen Diagnostik und Behandlung
Frankreich	keine Antwort
Deutschland	generelle Mängel in der Behandlung, Personalausstattung, Organisations- und Infrastruktur
Griechenland	große Mängel hinsichtlich Personal und spezifischen Behandlungseinrichtungen, es gibt nur ein einziges Gefängnis Krankenhaus, das eher allgemeinmedizinisch orientiert ist
Ungarn	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
Island	keine Krankenstationen im Gefängnis; Zugang und Verweisungswege zu psychiatrischen und psychologischen Hilfen sind verbesserungsfähig
Irland	Mangel in allen Behandlungsstrukturen, insbesondere fehlen engagierte psychiatrische Pflegekräfte; Zugangswege zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten müssen verbessert werden

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

Folgen unbehandelter psychischer Störungsbilder



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





Versorgungssituation Mecklenburg-Vorpommern



- **Kein Vollzugskrankenhaus und keine psychiatrische Vollzugskrankenabteilung** – lediglich eine Haftkrankenstation in der Warnow Klinik in Bützow.
- Ambulanter **psychiatrischer Konsilliardienst** in allen Haftanstalten und im Jugendvollzug.
- **Unterschiedliche Verfahrensweisen bei Vollzugsuntauglichkeit**, bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit – entspr. § 63 StVollzG M-V - Behandlung in öffentlichen Psychiatrischen Kliniken mit Bewachung oder **Maßregelvollzugsklinik ohne Bewachung (Amtshilfevereinbarung)**.
- Strafvollstreckungsbehörde stellt selten Vollzugsuntauglichekeit gem. §455 StPO fest , dem steht oft „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit“ entgegen.



Versorgungssituation Schleswig-Holstein



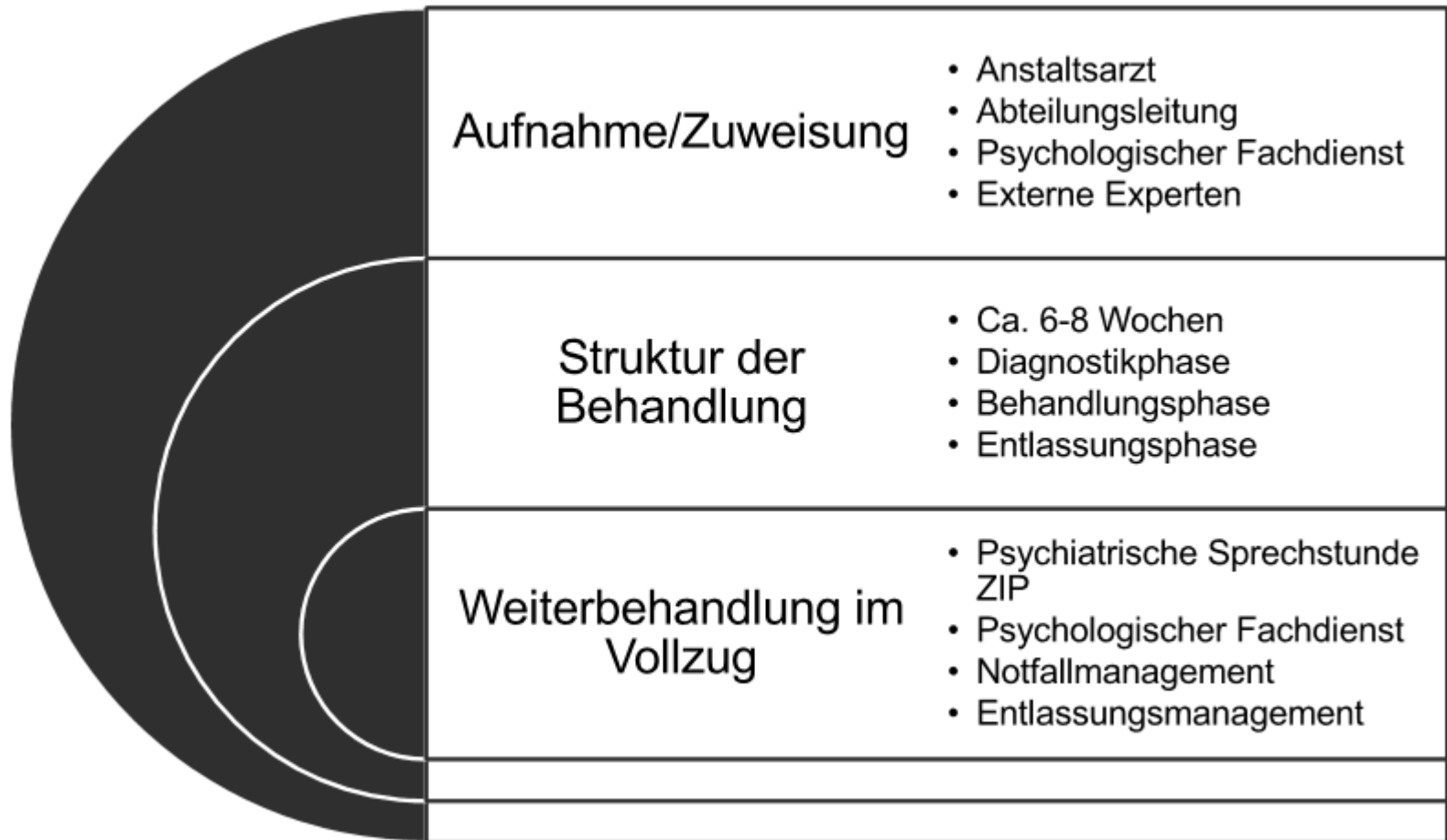
- Ergebnisse der **Prävalenzforschung** von Huchzermeier (2016) **gleichen** denen von Dudeck et al. (2009) in **Mecklenburg-Vorpommern**.
- Schlussfolgerung: Entwicklung eines **Konzeptes der leitlinienorientierten Versorgung** psychisch kranker Gefangener entsprechend der Versorgungssektoren außerhalb des Vollzuges.
- **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** und Kooperation mit regionalen gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Modellvorhaben der psychiatrischen Behandlungsabteilung der JVA Neumünster (Huchzermeier / ZIP Kiel)



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

Ablauforganisation Psychiatrische Abt. JVA Neumünster



Bilder der Eröffnung



Kieler Nachrichten vom 01.11.2016 :

„Auch ein Rudergerät, das Master Psychologin Carola Billen (von rechts) Anstaltsleiterin Yvonne Radetzki, ZIP-Geschäftsführer Manfred Baxmann, Dr. Christian Huchzermeier und Staatssekretär Eberhard Schmidt-Elsaesser demonstriert, gehört zur Ausstattung der Tagesklinik.“



Versorgungssituation Nordrhein-Westfalen



- Die **Prävalenz psychischer Erkrankungen** übersteigt bei Gefangenen diejenige der Normalbevölkerung um ein Vielfaches. Durchgeführte Studien kommen auf bis zu 88 % aller Gefangenen in Europa mit mindestens einem psychiatrischen Krankheitsbild, das mittels des Diagnoseschlüssels ICD-10 zuzuordnen ist.
- Schlussfolgerung: Entwicklung eines **Konzeptes der Psychiatrischen Intensivierte Behandlung in den Justizvollzugsanstalten (PIB /2022)**.
- **Ziele:**
 - **Ausbau der stationären Akutbehandlungsplätze**
Justizvollzugskrankenhaus NRW, Ziel 53 Plätze in 2023
 - **Aufbau einer tagesklinischen Behandlung (PIB)** für die poststationäre Behandlung
 - **Etablierung von Behandlungsgruppen:** affektive Störungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen
 - **Behandlungszeiten:** Personenzentriert und zeitlich variabel

Geplante Ressourcen für die PIB



Vollzugsform	Quote Behandlungs- plätze in %	Behandlungsplätze in Abhän- gigkeit von der Durchschnitts- belegung 2018
Geschlossener Vollzug männliche Gefangene	3,2	376
Geschlossener Vollzug weibliche Gefangene	5	37
Offener Vollzug männliche Gefangene	1,5	44
Offener Vollzug weibliche Gefangene	2,5	5
Summe		462

Einzelne Module des PIB



- Psychopharmakologische Behandlung,
 - Betreuung und Psychoedukation als Einzel- oder Gruppenmaßnahme
 - Einzel- und Gruppenpsychotherapien durch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
 - Ergotherapien durch Ergotherapeutinnen und -therapeuten
 - Bewegungstherapie durch vollzugseigenes Personal
-
- Skills-Box
 - Beschäftigungsangebote
 - Arbeitstherapie
 - Entspannungstechniken
 - Kunst- und Musiktherapie
 - Soziotherapie
 - Entlassungsmanagement

Probleme bei der Umsetzung ...



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.



- 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.
- Daraus leitet sich ein psychiatrischer Behandlungsbedarf der Gefängnisinsassen unter Beachtung des Äquivalenzprinzip ab.
- **Ist-Stand der Versorgung in Deutschland** 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.
- Mehrfache Vorteile bieten **tagesklinische Behandlungskonzepte** (z.B. JVA Neumünster).
- Durch die zuständigen Bundesländer müssen notwendige **materielle und personelle Ressourcen** bereitgestellt werden.



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!