

“Totale Institutionen”: Welche Implikationen für das Gefängnis? Vortrag gehalten auf der Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte, Genf, 22.1.2010

Prof. Dr. Heino Stöver¹, Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt (ISFF)

1. Erving Goffman: Totale Institutionen

„Asyle“, das Buch, das 1961 veröffentlicht wurde und in dem der 1922 in Kanada und 1982 verstorbene Soziologe Erving Goffman den Begriff der „Totalen Institution“ ausgearbeitet hat, hat ihn weltberühmt gemacht. Es ist neben „Stigma“ sein wichtigstes Werk geworden.

Sie kennen beide Bücher nicht? Kein Problem! Darf ich einmal um Handzeichen bitten, wer den Film „Einer flog übers Kuckucksnest“ kennt – mit dem jungen Jack Nicholson? Dann kennt ein Teil von Ihnen Erving Goffman bereits sehr gut, denn er hat sozusagen das soziologische Drehbuch zu diesem Film geschrieben. Wer kennt die Antipsychiatrie von Basaglia, Cooper & Lang? Auch für diese Bewegung der „Deinstitutionalisierung“, der Auflösung von sog. „Irrenhäusern“ in den 60/70er Jahren hat Goffman einen wichtigen Impuls geliefert.

Was hat uns aber ein fast 50 Jahre altes Buch heute noch zur Erklärung unseres (Arbeits-)Alltages noch zu sagen? Gut man mag einwenden, es gibt Bücher, die 500 Jahre alt sind und mehr, und bei vielen noch auf dem Nachttisch liegen, und vielleicht sogar täglich gelesen werden.

Das Buch „Asyle“ ist eine Sammlung von 4 Aufsätzen, die allesamt empirische Untersuchungen über das Leben in „totalen Institutionen“ beinhalten, genauer gesagt Untersuchungen über das Alltagsleben in psychiatrischen Anstalten, die vor 50 Jahren „Asyle“ (amerikanisch: „Asylums“) genannt wurden.

Der Begriff der „totalen Institutionen“ hat sich im Folgenden mit der Verbreitung und Übersetzung des Buches „Asyle“ in zahlreiche Sprachen verselbständigt und eine Art von Eigenleben jenseits der eigentlichen Studie entwickelt. „Totale Institutionen“ haben sich als soziologischer Fachbegriff sehr schnell etabliert.

Auch Michel Foucault verwendet in seinem grundlegenden Werk „Überwachen und Strafen“ ebenfalls den Begriff der Totalen Institution. Wie auch bei Goffman drehen sich zentrale Aspekte von Foucaults Werk um Gefängnisse und Psychiatrien. Foucaults Interesse gilt dabei jedoch in erster Linie der Geschichte und geschichtlichen Herleitungen moderner gesellschaftlicher Prozesse. So ist Foucaults Kritik in seinem Werk „Überwachen und Strafen“ in erster Linie eine Kritik der Macht – und seine Beiträge hierzu knüpfen an historischen Fakten an. Für ihn sind eher die Mechanismen hinter den Institutionen interessant, namentlich politische, gesellschaftliche, architektonische, genderspezifische und vor allem disziplinierende Aspekte:

„Es [das Gefängnis, H.S.] hat seine innere Unterdrückungs- und Züchtigungsmechanismen: despotische Disziplin. Das Gefängnis treibt die Prozeduren der anderen Disziplinaranlagen auf ihre äußerste Spitze. Es hat die gewaltigste Maschine zu sein, um dem verkommenen Individuum eine neue Form einzuprägen. Sein Vorgehen ist der Zwang einer totalen Erziehung.“ (S. 302)

¹ Dank an Dr. Kai Bammann, Bremen, für die exzellenten Vorarbeiten



Goffman beschreibt den Begriff „*Totale Institutionen*“ folgendermaßen:

„Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen. Ein anschauliches Beispiel dafür sind Gefängnisse, vorausgesetzt, dass wir zugeben, dass das, was an Gefängnissen gefängnisartig ist, sich auch in anderen Institutionen findet, deren Mitglieder keine Gesetze übertreten haben.“ (S. 11).

Wichtig ist für Goffmans Grundlegung der Aspekt der „*Wohn- und Arbeitsstätte*“, wobei die Betonung in diesem Zusammenhang auf dem „*und*“ liegt. „*Totale Institutionen*“ verknüpfen alle Facetten der Lebensäußerungen an einem Ort, etwas das sich im normalen Alltag zumindest insofern voneinander trennen lässt, als dass die meisten Menschen ein strikt umgrenztes Zuhause und einen strikt davon abgegrenzten Arbeitsplatz haben.

Und weiter heißt es

„In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet - und dies mit wechselnden Partner, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind.“ (S. 17)

In Abgrenzung von anderen sogenannten „*formalen Organisationen*“ und zur Verdeutlichung heißt es an anderer Stelle bei Goffman:

„Jede Institution nimmt einen Teil der Zeit und der Interessen ihrer Mitglieder in Anspruch und stellt für sie eine Art Welt für sich dar; kurz, alle Institutionen sind tendenziell allumfassend. [...] Ihr allumfassender oder totaler Charakter wird

symbolisiert durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit, die häufig direkt in die dingliche Anlage eingebaut sind wie verschlossene Tore, hohe Mauern, Stacheldraht, Felsen, Wasser, Wälder oder Moore. Solche Einrichtungen nenne ich totale Institutionen [...].“ (Goffman 1973, S. 15f.)

Goffman unterscheidet fünf Gruppen von totalen Institutionen:

1. Anstalten, die zur Fürsorge von Menschen eingerichtet wurden, wobei er hier explizit Blinden- und Altersheime, Waisenhäuser und Armenasyle nennt
2. Orte, die der Fürsorge für Personen dienen, von denen angenommen wird, dass sie unfähig sind, für sich selbst zu sorgen und dass sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft darstellen. Hier nennt er Tuberkulose-Sanatorien, Irrenhäuser und Leprosorien.
3. Einrichtungen, die dem Schutz der Gemeinschaft vor Gefahren dienen, wobei man davon ausgeht, dass diese Gefahren von den Verursachern beabsichtigt sind, so dass auch die Einrichtungen nicht das Wohlergehen der Abgesonderten zum Zweck haben. Hierzu zählen nach Goffman unter anderem Gefängnisse, Zuchthäuser, Kriegsgefangenenlager und Konzentrationslager.
4. Institutionen, die vorgeblich darauf abzielen, bestimmte, arbeit-ähnliche Aufgaben besser durchführen zu können und die sich nur durch solche instrumentellen Gründe rechtfertigen. Er zählt hierzu Kasernen, Schiffe, Internate, Arbeitslager, koloniale Stützpunkte sowie große Gutshäuser aus Sicht jener, die dort in den Gesindequartieren leben.
5. Einrichtungen, die als Zufluchtsorte von der Welt dienen und zugleich religiöse Ausbildungsorte sind, nämlich Abteien, Klöster, Konvente und mönchische Wohngemeinschaften

1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären zugeschrieben.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen. (S. 17)

Allerdings sind „Totale Institutionen“ keineswegs so homogen, wie Goffman sie darstellt.

Für unsere Belange geht es um Haftanstalten jeglicher Art. Goffman liefert uns die Blaupause zu erkennen wie geschlossene Welten wie Gefängnisse, Konzentrationslager, Kasernen und Internate „ticken“: Es geht darum was diese Totalen Institutionen aus den Insassen machen, und was diese daraus machen: Prozesse wie

- Aufnahme rituale
- Demütigungen,
- Degradierung
- Gewalt
- Widerstand
-

kennzeichnen die hierarchische Struktur aller Totalen Institutionen. Sie führen zu oberflächlichen anstaltlichen Gegenwelten (Subkulturen) und Anpassungsleistungen:

Grundsätzlich gilt, dass in Totalen Institutionen das Befolgen von Regeln belohnt und der Verstoß gegen Regeln bestraft wird. Goffman arbeitet in eine Unterscheidung zwischen einer primären und einer sekundären Anpassung heraus (1973, S. 54ff.):

- Unter *primärer Anpassung* versteht er das Befolgen der von der totalen Institution gesetzten Regeln, wobei dies durchaus nur oberflächlich geschehen kann, um den Anschein einer Anpassung zu erwecken.
- *Sekundäre Anpassung* beschreibt das heimliche Unterlaufen der entsprechenden Regeln, ohne dabei allerdings in einen offenen Konflikt mit der totalen Institution zu geraten. Hier spielen dann auch die dargestellten Subkulturen und die subkulturelle Regeln hinein, die ein Gegengewicht zu den offiziellen Regeln bilden und die unterschwellig befolgt werden. Die sekundäre Anpassung ermöglicht es dabei dem Betroffenen „*sich der vollständigen Festlegung seiner Rolle und sozialen Identität [zu] entziehen, d.h. einen Rest Individualität zu bewahren.*“ (Freigang/Wolf S. 46)

Videoausschnitt: „Einer flog übers Kuckucksnest!“

Festzuhalten bleibt, es liegt mithin nicht an der Zielrichtung, wie eine Einrichtung auf die Insassen wirkt, und ob diese den Charakter einer totalen Institution hat, sondern es liegt an ihrer spezifischen *Organisationsform*.

Die Folgen des Lebens in Totalen Institutionen gehen über ein Krankheitsbild hinaus, das wir „*Hospitalismus*“ umschreiben: Dieses meint lediglich das Erleben eines Klinik- und Krankenhausaufenthaltes, wobei hier sehr viel deutlicher und direkter auf die negativen körperlichen und psychischen Folgen abgestellt wird. Als Symptome werden hier z.B. angegeben: Psychosomatische und somatische Retardierung, Kontaktstörungen, Apathie, Angst, Depressionen und eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten.

Über dieses Erkrankungsrisiko des *Hospitalismus* hinaus findet im Vollzug v.a. eine *Ressourcenverringering* statt: Die vollzuglichen Belastungen von Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, und die unfreiwillige Delegation von Eigenverantwortung an anstaltliche Gegebenheiten fördert den Versorgungscharakter der Gefängnisse und tragen insgesamt eher zu psychisch belastenden Symptomen von Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Langeweile Passivität, Interessen- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Alltagsgeschehens führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit, das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht angemessen behandelt zu werden, oder im Notfall lange auf Hilfe warten zu müssen (für den in einigen Anstalten lediglich der polizeiliche Beweissicherungsdienst vorgesehen ist); die erzwungene Inaktivität im körperlichen wie im sozialen Bereich lässt Spannungszustände ins Leere laufen, eine der wesentlichen Ursachen von Stresserkrankungen. D.h. es findet insgesamt eine Ressourcenverringering statt.

Schließlich bedeutet das Leben in Gefängnissen grundsätzlich eine Deprivation. Die Zwangsgemeinschaft, das Erleben des Gefängnisses als Totalität der Lebenssituation (Arbeit, Wohnung und Freizeitgestaltung der InsassInnen vollziehen sich an einem Ort), Verlust

wichtiger Freiheitsrechte (u.a. auch freie Arztwahl), Gewalt, klandestine Sexualität und Rauscherleben.

2. Die Seite des (medizinischen) Personals

Die totale Institution weist in aller Regel zwei Seiten zwei Gruppen von Beteiligten auf. Im Strafvollzug sind dies auf der einen Seite die Gefangenen, auf der anderen Seite die Mitarbeiter. Damit zeigt sich auch ein Machtgefälle. Die eine Seite bestimmt, wo es lang geht, die andere Seite ist darauf verwiesen, diesen Anweisungen und Befehlen zu folgen. Moderne Strategien und Auffassungen gehen dahin bei den Insassen in zwei Bereichen anzusetzen: zum einen darin, ihn in der Einrichtung gesund und lebensfähig zu *erhalten*, zum anderen ihn für die Zeit danach gesund und lebensfähig zu *machen*. Die Stärkung von „Ressourcen“ ist dabei die Schlüsselstrategie. Denn: Behandlungen von gesundheitlichen Störungen in Haft stärken das Selbstvertrauen der Gefangenen, indem ein Kontrollgewinn erzielt wird. Die Zeit der Haft kann genutzt werden, um ihre Kenntnisse über präventives Verhalten, Gesundheitsprozesse und –zusammenhänge zu vermitteln. Gesundheitspädagogische Maßnahmen bieten sich vor allem in den Bereichen: Suchtprävention (safer use), Infektionsprophylaxe (v.a. HIV/AIDS und Hepatitis, ‚safer sex‘), sexuelle Gesundheit/Sexualpädagogik, Schwangerschaft, Bewegung/Sport und Ernährungsbewusstsein an.

Dabei werden sowohl Selbsthilfegruppen einbezogen und unterstützt (z.B. Anonyme Alkoholiker, Narcotics Anonymous, Blaukreuz etc.) als auch peer education Strategien verfolgt, d.h. die Anleitung von allgemein ‚akzeptierten‘, ‚anerkannten‘ Gefangenen, die mit Wissen und skill-Training ausgestattet werden, um diese Kenntnisse und Fertigkeiten an anderen Gefangene weiterzugeben.

Dem medizinischen Dienst kommt also eine Sonderrolle zu: Er kann eine Art **Brücke der Glaubwürdigkeit** schlagen. Und viele Gefangene wertschätzen das: Hier in Haft wie sonst nicht oder nur selten in Freiheit können erstmalig medizinische Behandlungen und Beratungen und individuelle Gesundheitsförderungen wie Ernährung, Bewegung/Sport durchgeführt werden, zu denen es aufgrund ihres Lebensstils in Freiheit nicht kommt.

Durch seine Sonderstellung und ethisch verankerte und eigentlich akzeptierte Unabhängigkeit kann der medizinische Dienst aus der Totalen Institution ausbrechen – wenn er will! Die Chance besteht, aber *ob* sie wahrgenommen wird und *wie* sie wahrgenommen wird, oder nicht hängt von vielen Faktoren ab: persönlichem Engagement, Mut ihrer Vertreter, politische Unterstützung!

Es kann nämlich auch ganz schnell gehen, insbesondere jüngere, neue Kolleginnen und Kollegen des medizinischen Dienstes (v.a. unerfahrene Ärzte und Ärztinnen) einzubinden in das sicherheitsdominierte System einer totalen Institution. Da es keine gefängnispezifische medizinische Ausbildung und damit Vorbereitung gibt, kann der Gefängnisleiter, und ggf. die KollegInnen schnell frischen Mut und Initiative vereinnahmen und neuen Kollegen Engagement zur Veränderung nehmen. Das führt oft dazu, dass ebenso beim Personal eine schnelle und pflichtschuldige Anpassung an die Gegebenheiten des Gefängnisses erfolgt. Und sei es das begrenzte Budget, das es bspw. unmöglich macht eine HCV-Therapie durchzuführen. Dann hat der Arzt die monetäre Schere bereits im Kopf und entscheidet vollzugskonform, aber nicht medizinkonform. Denn das System Totaler Institution ist sehr hierarchisch organisiert, und sehr starr: Veränderungen bedeuten immer gleich Störung des

Immergleichen und stellen potentiell eine Gefahr da, bzw. werden zu einer Gefahr hochstilisiert – und zwar für alle Beteiligten!

Also fördert die Totale Institution auch bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Resistenzen, Widerstände, vordergründige Anpassungsleistungen.

3. Strafe, Schuld und Haltung des medizinischen Personals

Auch kann die Straftat die Wahrnehmung und den Umgang der Professionellen mit den Gefangenen prägen– falls bekannt. Balint-Gruppen/Supervision bieten Möglichkeiten der verbesserten Selbstwahrnehmung des Personals, sie sind aber nicht sehr verbreitet.


„Simulantentum“, Misstrauen können ebenfalls das Verhältnis zu den Patienten und das „moralische Klima“ ebenso prägen.

Auch das ärztlich-medizinische Personal ist of der Feindschaft und den Forderungen der Insassen ausgesetzt. „Mengele“ ist ein Name, der einem Anstaltsarzt in einem Gefängnis auf dem Flur zugerufen werden kann. Dies ist ein Ausdruck der oft beschränkten medizinischen Möglichkeiten hinter Gittern: Die freie Arztwahl besteht nicht mehr.

Trotzdem versuchen die MitarbeiterInnen und Mitarbeiter ihr Bestmöglichstes, um eine reflektierte Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen. Dies geht einher mit dem Wechsel der Perspektive Gefangene werden zu Patienten. Aber sie bleiben beides! Dieses Spannungsfeld, als „Bifunktionalität“ der Medizin im Strafvollzug bezeichnet, kann folgendermaßen dargestellt werden:

4. Ethik

Bedenken des Gefangenen



- How can I trust a doctor who is the employee of the prison director?
- What about the prison doctor's confidentiality, what does he tell whom?
- What about the prison doctor's professional qualification and professional independence?
- How can I use the doctor to make my prison life easier?
- What are his connections to outside doctors?
-

Adaptiert nach Jörg Pont

Bedenken des Gefängnisarztes



- How to manage confidentiality, privacy and true consent of the patient in the totalitarian prison environment?
- How to obtain trust by the prisoners?
- How to balance professional relationships with prisoners and custodial staff?
- How to deal with pressures and expectations by prisoners and the prison administrations?
- How to keep up complete professional independence while being employed and salaried by the prison administration?
- How to deal with medical procedures ordered by the prison administration?
- Is caring for prisoners compatible with working as public health officer and Health & Safety officer for prison staff?
- How to provide optimal medical care with up-to-date equipment in the low-resource setting of the prison?
-

Adaptiert nach Jörg Pont

Bedenken des Gefängnisleiters



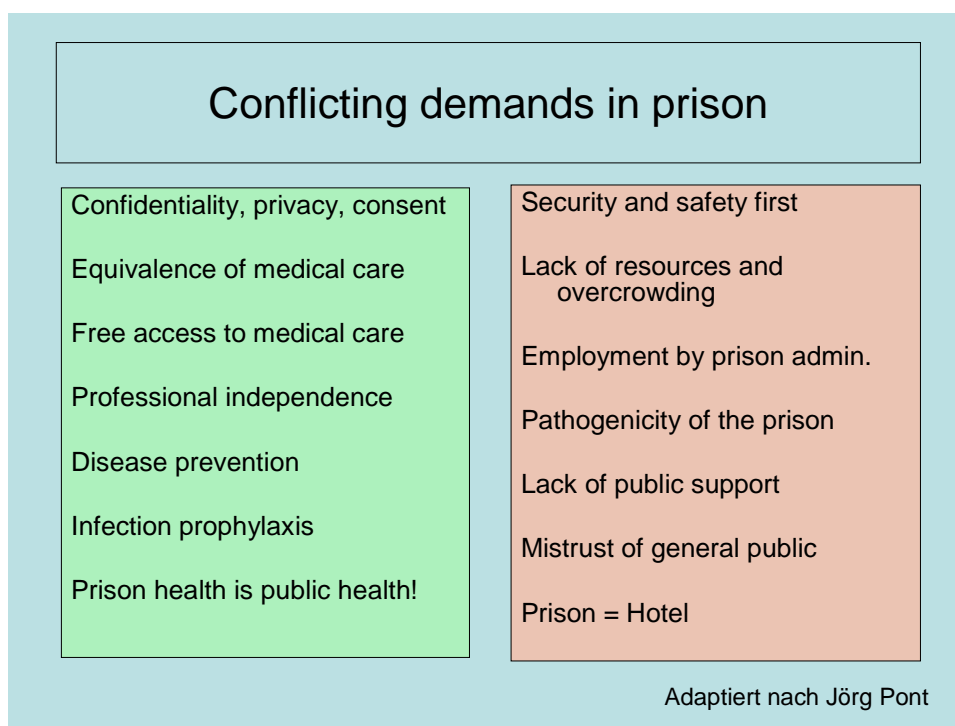
- Are medical confidentiality, patient's consent and the doctor's professional independence compatible with safety and security in prison?
- Why shouldn't the prison doctor certify inmates fit for disciplinary punishment?
- Why shouldn't the doctor support security in prison by performing intimate body searches and drug testing?
- Why shouldn't the prison doctor also take over the roles of a public health officer and a Health & Safety officer for the prison staff?
- Why does he not inform the security guards when he is treating abscesses?
- How to warrant expensive medical care costs within paltry prison budgets?
-

Adaptiert nach Jörg Pont

Dieses ethisch-moralische Spannungsfeld der Medizin im Strafvollzug wird versucht zu kontrollieren. Ethische Prinzipien wie Schweigepflicht, Vertraulichkeit der Angaben werden über weite Strecken eingehalten – und manchmal doch nicht! 1000 Fallen bestehen im Alltag und eingeschliffenen Praktiken:

- Anwesenheit eines Justizwachebeamter im Arztzimmer während der Konsultation?
- Medikamentenausgabe durch Justizpersonal?
- Besprechung mit dem Anstaltsleiter über gesundheitliche Probleme der Gefangenen?
- Mitwirkung bei Zwangsmaßnahmen der Isolation?
- Urinkontrollen für den Vollzug – Nutzung des Labors?

Dies sind nur einige Fragen. Allen Mitarbeiterinnen und Gefangenen muss die besondere und separate Stellung des medizinischen Dienstes klar sein. Sie muss auch formell klargestellt und für alle ersichtlich sein. Und es bedarf der MitarbeiterInnenführung, dass die ethischen Prinzipien und deren Alltagsrelevanz von oben nach unten, manchmal auch von unten nach oben – jedenfalls allen MitarbeiterInnen des medizinischen Dienstes und auch des Sicherheitsdienstes klar gemacht werden – und zwar immer wieder!



5. „Äquivalenzprinzip“

Auf Basis internationaler Standards orientiert sich die Gesundheitsversorgung Gefangener auch in der Schweiz und in Deutschland am „Äquivalenzprinzip“ (Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung innerhalb der Gefängnisse mit der im jeweiligen Land vorgehaltenen medizinischen Versorgung).

In den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen wird darauf eindringlich auf die Notwendigkeit und Umsetzung des Äquivalenzprinzips verwiesen, ebenso in einer vergleichbaren Regelung der Vereinten Nationen, die „Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners“, (http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

Nehmen wir diesen Auftrag an, dann können zumindest für Deutschland anhand ausgewählter Gesundheitsprobleme nicht nur vereinzelte Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der Gesundheitsversorgung Gefangener verdeutlicht werden, sondern auch strukturelle Probleme, die aus dem von der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entkoppelten

Parallelsystem der gefängniseigenen „Gesundheitsfürsorge“ resultieren. Für Vorschläge zum Umdenken und zur Reorganisation der intramuralen Gesundheitsdienste komme ich noch später.

Gefängnisse als „Zwangskontexte“ bestehen nicht nur für InsassInnen, sondern auch für das Personal. Dieses wird zwar nicht mit der vollen Wucht einer Totalen Institution konfrontiert, (das Personal fährt zum Schlafen und zur Freizeitgestaltung nach Hause bzw. in Freiheit) jedoch bleibt es nicht unberührt von dem Leben, der (Sub-)Kultur und dem Widerstand der InsassInnen. Insbesondere wer lange in diesen Institutionen arbeitet, steht im Dilemma, auf der einen Seite ein Garant für Kontinuität (hier: in der therapeutischen) Behandlung zu sein. Auf der anderen Seite kann er/sie Gefahr laufen, Teil der Dynamiken dieser Institution zu werden. Betriebsblind kann man allerdings in einem Krankenhaus oder in einer Schule ebenso werden. Das besondere jedoch ist, dass in der Regel die Transparenz größer ist, was eine Kontrolle und Qualitätsmanagement vereinfacht. Diskussionen um Rotation des medizinischen Personals werden bereits seit über 30 Jahren geführt, allerdings hat sich in weiten Teilen der Welt, das anstaltsarzt- bzw. Vertragsarzt oder eine Mischung dieser Formen durchgesetzt.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel geben: In Deutschland und in vielen Teilen der Welt werden die Gesundheitsdienste in Gefängnissen von den Justizbehörden organisiert und finanziert. Wir haben es also mit Parallelwelten zu tun, hier die Gesundheitsfürsorge, die parallel zur Gesundheitsfürsorge in Freiheit entwickelt wird. In D. werden die Gefangenen aus ihrer Krankenkasse entlassen und der Staat und en detail die Justizbehörden übernehmen die Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen.

Allerdings haben wir es zumindest in Deutschland mit sich selbst rechtfertigenden Prozessen zu tun: Kontrollen, Inspektionen und Aufsichtsstrukturen werden im selben organisatorischen Kontext ausgeführt: die Fachaufsicht über die Anstaltsärzte obliegt dem Justizministerium, oftmals gibt es gar keinen Medizinalreferenten mehr, der die Fachaufsicht ausüben müsste, sondern es sind (bspw. Hamburg) Betriebswirte in der zentralen Stelle im Vollzug. Dieses wiederum wird alles daran setzen, die Kosten der Therapien und aller Gesundheitsdienstleistungen so gering wie möglich zu halten. Das heißt ein System kontrolliert sich selbst und entwickelt sich nicht mehr als ganzes fort. Eigentlich eine Parallelität zu den Totalen Institutionen, also ein ähnlich geschlossenes System, in dem auf der Basis streng hierarchischer Strukturen Entscheidungen wahrscheinlich noch eminenz- und nicht evidenzbasiert getroffen werden können.

Aus anderen Ländern kennen wir ein unabhängiges Inspektoratswesen, das in der Regel im Gesundheitsministerium angesiedelt ist, und nur diesem berichtspflichtig ist. In England haben Berichte unabhängiger Inspektoren dazu geführt, dass das System der Gesundheitsfürsorge in Haft ausgegliedert wurde, und dem NHS zugeordnet wurde. Das NHS geht nun also in die Gefängnisse und versucht dort dieselben Dienste wie draußen in der Gemeinde anzubieten. Dieses System existiert ebenso wie in Frankreich, Italien, NSW und auch in einigen CH-Kantonen etc. Ist das eine Lösung?

Verstehen Sie mich bitte nicht falsch: Ich will Ihnen nicht unterstellen, dass Ihre Arbeit stärker zu kontrollieren ist, als die Ihrer Kollegen, die nur in Freiheit arbeiten. Darum geht es mir nicht. Sondern darum, die besonderen Strukturen der Gesundheitsversorgung in einer geschlossenen Welt einer Totalen Institution Gefängnisse zu hinterfragen. Weil die Vorgaben und die Kontrolle abgekoppelt vom Gesundheitssystem in Freiheit ist, kann sich ein solches System erlauben sog. „Gefängnismedizin als sog. ‚defensive Medizin‘ zu organisieren. Das

heißt bspw. kostenintensive Behandlungen werden auf die Zeit nach der Entlassung verschoben, ein früher Behandlungsbeginn und damit eine verbesserte Heilungschance wird verschenkt zugunsten kameralistischer Überlegungen. Nicht, dass wir die draussen nicht auch hätten – im Ansatz – aber das System ist transparenter, nachvollziehbarer. Man könnte einwenden, die Gefangenen könnten den Klageweg beschreiten – aber erleben sie das Urteil noch in Haft? Selten!

Verschiedenen Beispiele – wieder aus meinem Land - ließen sich anführen, z.B.

- die antivirale Therapie einer Hep. C – Infektion
- die Substitutionsbehandlung. Nur um das zu verdeutlichen: In D. werden 30-50% aller geschätzten Opioidabhängige substituiert, in Haft jedoch nur 3-5% - in einigen BL überhaupt nicht (z.B. Bayern)
- Infektionsprophylaxe (Spritzenabgabe in einem von 220 Gefängnissen)
-

Sehr verschiedene Standards – oder sogar Doppelstandards - können aber nur überall dort existieren, wo keine große Transparenz gegeben ist. Während wir in Freiheit Gesundheitsberichtserstattung kennen, 'Qualitätsmanagement', Qualitätszirkel, Balint-Gruppen und eine Fortbildungspflicht für Mediziner, kennen wir all das nicht oder nur in wenigen Einzelfällen in Haft.

Wie ist eine Qualitätsentwicklung (z.B. Patientenzufriedenheitsmessungen) innerhalb der Grenzen und der gegenwärtigen Organisation von Gefängnismedizin innerhalb des geschlossenen Vollzuges leistbar? Sicher gehören dazu – einige Vorschläge:

- Praktische Umsetzung der unabhängigen und neutralen medizinischen Leistung
- Stärkere Homogenisierung der Leistungen (auf der Basis evidenz-basierter Medizin)
- Alltags- und praxistaugliche Protokolle bzw. Handlungsanweisungen, die einerseits detailliert und präzise genug sind, und andererseits etwas Spielraum zur individuellen Anpassung an die institutionellen Bedingungen erlauben
- Unabhängiges Inspektoratswesen als Qualitätskontrolle
- Fortbildungen für alle Ebenen der Mitarbeiterschaft
- Adäquate und nachhaltige Antworten auf die zentralen Herausforderungen:
 - Drogenabhängigkeit
 - Infektionskrankheiten
 - Psychische und psychiatrische Probleme
 - Suizid und Selbstschädigung.
- Forschung, Gesundheitsberichtserstattung als Grundlage weiterer Planungen

Schlechtere medizinische Versorgung als Teil der Strafe? Für die Menschen draußen steht die intramurale Versorgung immer im Verdacht besser zu sein als draußen, für die Gefangenen steht sie immer im Verdacht eine abgespeckte Version von Medizin zu sein. Wir könnten das fortsetzen am Beispiel der besonderen Justizvollzugskrankenhäuser in D. die in fast jedem Bundesland zu finden sind, und manchmal den Namen tatsächlich nicht verdienen.

6. Prison Health is Public Health!

Die Probleme und Schwierigkeiten, die aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Krankenversorgung entstehen sind vielfältig. Beispiele aus der Suchtmedizin, Infektiologie und Psychiatrie veranschaulichen, dass die

derzeitige medizinische Versorgung in deutschen Haftanstalten qualitativ hinter den Standards der öffentlichen Gesundheitsversorgung zurückbleibt. Hinzu kommt eine inkonsistente Datenlage über die Prävalenz der dargelegten medizinischen Probleme aufgrund eines fehlenden beziehungsweise unsystematischen Monitorings. Damit wird einer der grundlegendsten Standards für eine effektive Planung und Koordinierung der medizinischen Leistungen und für die effiziente Allokation finanzieller Ressourcen in Haftanstalten nicht umgesetzt.

Von der staatlichen „Gesundheitsfürsorge“ zu Konzepten der „Gesundheitsförderung“ in Haft ist noch ein weiter Weg. Das Konzept der „Gesundheitsförderung“ in Haft ist lediglich in Ansätzen im Sinne der Entwicklung einer „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ entwickelt, was aber nur die gesundheitlichen Interessen der Bediensteten widerspiegelt.

Für die Gruppe der Gefangenen gilt immer noch das traditionelle Konzept der „Gesundheitsfürsorge“. Strukturelle Defizite in der Versorgung schwerer Erkrankungen wie der Opioidabhängigkeit, der HIV-/HBV-/HCV-Infektionen und von psychischen Störungen beziehungsweise Erkrankungen zeigen jedoch die Notwendigkeit für eine verstärkte Verschränkung zwischen intramuralen und extramuralen Gesundheitsdiensten. In Freiheit entwickelte, bewährte und evidenzbasierte Behandlungsmethoden werden noch immer zu spät in die intramurale Gesundheitsversorgung integriert (vor allem in der Suchtmedizin). Ob und wie dies im und mit dem bestehenden Parallelsystem in einer Totalen Institution zu ändern ist, bleibt fraglich. Eine größere finanzielle Ausstattung der Gesundheitsbudgets in den Gefängnissen wäre zwar wünschenswert, würde strukturelle Hemmnisse aber nicht beseitigen. Überlegungen zur Reorganisation, das heißt zur Integration der gefängnispezifischen Gesundheitsdienste in die Gesetzliche Krankenversicherung, sind sehr lohnenswert.

Die Gesundheit der Gefangenen muss mehr und mehr als wichtiger Teil des Resozialisierungsprozesses begriffen werden. Unbehandelte oder sogar in der Haft erworbene Erkrankungen sind eine große Hürde für Versuche, sich wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Behandlungen gesundheitlicher Störungen in Haft stärken das Selbstvertrauen der Gefangenen, da ein Kontrollgewinn erzielt wird. Die Haftzeit kann genutzt werden, um Kenntnisse über präventives Verhalten, Gesundheitsprozesse und -zusammenhänge zu vermitteln. Gesundheitspädagogische Maßnahmen bieten sich vor allem in den Bereichen Suchtprävention (safer use), Infektionsprophylaxe (vor allem HIV/AIDS und Hepatitis, safer sex), sexuelle Gesundheit/Sexualpädagogik, Schwangerschaft, Bewegung/Sport und Ernährung an.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Haft kann nicht eindimensional erklärt und verändert werden, etwa durch Appelle an individuelle Verhaltensänderung (zum Beispiel Reduktion eines Risikoverhaltens). Gesundheit und das innovative Konzept der Gesundheitsförderung schließen verschiedene Zielgruppen (Gefangene und Bedienstete/Leitung) und andere Einflussfaktoren (Zellgröße, Licht, Ventilation, Wärme, Ausstattung, Sanitäreinrichtungen et cetera) mit ein. In der Gesundheit der Gefangenen und Bediensteten spiegeln sich die Haftrealitäten wider (zum Beispiel Depressionen, Ängste, Infektionskrankheiten, Suizid, (sexuelle) Gewalt bei den Gefangenen; hoher Krankenstand auf Seiten der Bediensteten). Deshalb kann Gesundheit nur durch Beeinflussung der übrigen Haftbedingungen (die durch zum Beispiel Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, Versorgungscharakter der Gefängnisse, Überbelegung, Belegungsdichte tendenziell pathogen sind) erhalten, hergestellt und verbessert werden.

Geschlossene „Totale Institutionen“ mit gesundheitlich stark belasteten Patienten stehen vor großen Herausforderungen, auf die Antworten zu suchen sind. Bemühungen, strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung zu beheben, können zwar den Konflikt zwischen Hilfe

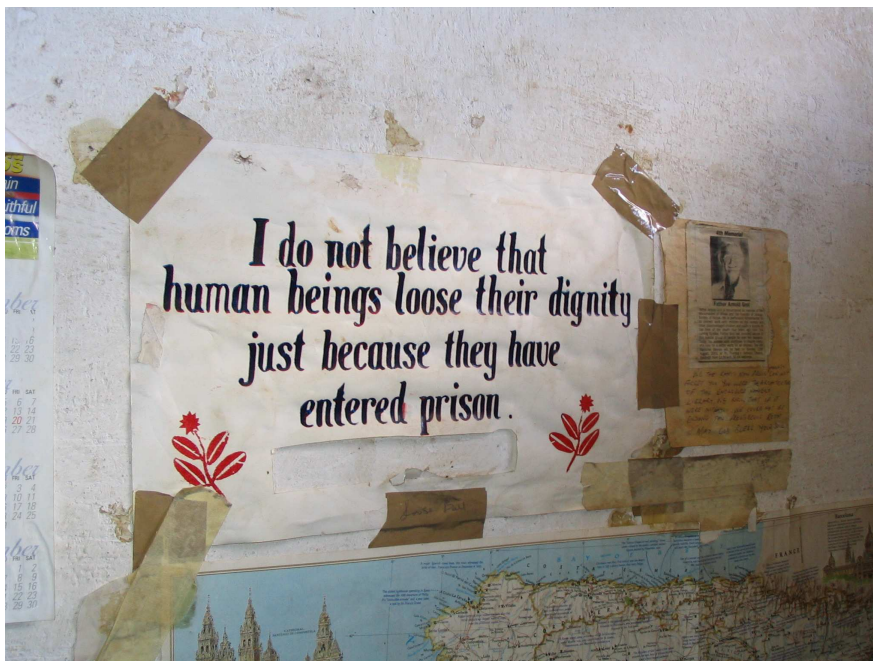
und Kontrolle in Haft nicht beseitigen, aber zur besseren Bewältigung gesundheitlicher Probleme und Notlagen beitragen. Über die Einführung der in Freiheit bewährten Behandlungs- und Prophylaxeansätze hinaus muss in den Gefängnissen aber auch ein Angleichungsprozess grundsätzlicherer Art eingeleitet werden: Zunehmend setzt sich im Rahmen der Public-Health-Debatten die Erkenntnis durch, dass es erforderlich ist, individuelles Verhalten nicht nur krankheits- und defizitorientiert zu untersuchen. Vielmehr sind auch die sozialen Verhältnisse und spezifischen Systeme in ihrer Interdependenz und inneren Dynamik auf ihr Gesundheitspotenzial hin zu analysieren. Das heißt: Wichtig ist nicht nur reaktiv die Krankheit des Einzelnen zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(-untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen, sondern darüber hinaus eine die individuellen Ressourcen aktivierende, auf Partizipation und Befähigung gerichtete Gesundheitsförderung zu betreiben, die alle Akteure in ein auf gesündere Lebensverhältnisse ausgerichtetes Setting zu integrieren versucht.

Schließlich muss eine grundsätzliche Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Haft diskutiert werden, in der die öffentlichen Gesundheitsversorgungsträger auch die Versorgung inhaftierter Menschen übernehmen.

Die Totale Institution Gefängnis kann (jedenfalls nicht absehbar) nicht aufgelöst werden. Die Durchbrechung der entsprechend belastenden Strukturen und eine Art von „Auflockerung“ der totalen Atmosphäre und Abschwächung der nachteilig wirkenden Folgen kann jedoch erreicht werden. Für die Medizin gibt es diese Möglichkeit das „Draussen“ nach „Draußen“ zu holen, indem die Organisation von der Gemeindegesundheitsversorgung übernommen wird.

7. Zum Schluss:

Ich weiss nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird, aber ich weiss, dass es anders werden muss, damit es besser werden kann!



Remerciements

- Dr. Kai Bammann, Breme
- Dr. Catherine Ritter, Genève
- Prof. Dr. Jörg Pont, Vienne
- Dr. Hans Wolff, Genève

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

<http://www.archido.de>