

Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Bonn, Oktober 2004

Dokumentation

Herausgegeben von
akzept e.V.
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.



Impressum

Herausgegeben von

akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.

Redaktion

Bärbel Knorr, Heino Stöver, Caren Weilandt

Fotos

Jürgen Heimchen, Bärbel Knorr, Dirk Schäffer, Heino Stöver

Gestaltung und Satz

Carmen Janiesch

Bestellungen

Deutsche AIDS-Hilfe

Dieffenbachstr. 33

10967 Berlin

Berlin, Mai 2005

ISBN: 3-930425-58-0

Inhalt

Vorwort	5
Eröffnung	9
<i>Dr. Caren Weilandt</i>	
Grußwort von Frau Bundesministerin Zyprios	14
„Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“	
Die WHO zur Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft	17
<i>Dr. Lars Möller</i>	
Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft	21
<i>Dr. Heino Stöver</i>	
Gesundheitspolitische Herausforderungen aus medizinischer Sicht	42
<i>Dr. Bernhard Spitzer</i>	
Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug	44
<i>Markus Jann</i>	
Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen: Ausgewählte Ergebnisse der Berichterstattung	47
<i>Dr. Caren Weilandt</i>	
Alltagspraktische und ethische Probleme der Gesundheitsfürsorge im Vollzug – eine Gratwanderung	70
<i>Dr. Peter Locatin</i>	
Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug	77
<i>Dr. Heiner Bögemann</i>	

Arbeitsgruppen 28.10.04

- AG 1: HIV und Hepatitis im Vollzug: Veränderung in der Prävention nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland 90*
- AG 2: „Gesundheit von Drogenkonsument(inn)en in Haft“ 94*
- AG 3: „Gesundheit von Frauen“ 100*
- AG 4: „Gesundheit und besondere Problemlagen von Jugendlichen“ 104*
- AG 5: „Gesundheitsberichterstattung und Dokumentation“ 112*

Arbeitsgruppen 29.10.04

- AG 1 „Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug“116*
- AG 2: „Gesundheit von Migrant(inn)en im Vollzug“120*
- AG 4: „JVA als Teil der Gemeinde: Kooperation und Kommunikation“151*
- AG 5: „Hepatitis-B-Impfung“154*
- AG 6: Drogenfreie Zonen im Vollzug 166*

Vorwort



Die Gesundheit der Gefangenen betrifft die Gesundheit aller, denn Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in den allermeisten Fällen in ihre Lebensverhältnisse zurück. Die Gesundheit der Gefangenen ist daher ein Thema der öffentlichen Gesundheit (Public Health), das uns alle betrifft: die Bediensteten im Gefängnis, die Partner/innen, die Familien, die Kinder und natürlich die Gefangenen selbst. Die Zeit der Inhaftierung sollte nicht nur für die soziale Stabilisierung, berufliche Qualifikation und Vorbereitung der Reintegration genutzt werden, sondern auch zur gesundheitlichen Stabilisierung der Gefangenen. Der gesundheitlichen Stabilisierung kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, da sie die übrigen Entwicklungsprozesse erst möglich und aus der Sicht vieler Gefangenen auch erst lohnenswert macht.

Die Gesundheit der Gefangenen ist zudem auch bedroht durch besondere Belastungen, die erst durch die Rahmenbedingungen der Haft entstehen: überproportional starke Verbreitung von gesundheitlichen Belastungen und Erkrankungen wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis und psychische Störungen, Einschränkungen der Intimsphäre und Hygieneprobleme, Überbelegung, Bewegungseinschränkungen und alle Formen von Gewalt. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten zur Bewältigung dieser gesundheitlichen Belastungen wegen des begrenzten Zugangs zu präventiven Mitteln eingeschränkt. Prävention und Interventionen im Vollzug sind auch schwierig durch die Tatsache einer überwiegenden Belegung mit Menschen aus unteren sozialen Schichten mit geringem Bildungs- und Ausbildungsniveau, und einem hohen Anteil ethnischer Minoritäten, die erhebliche Sprachschwierigkeiten aufweisen.

Das Gefängnis ist einerseits ein Ort mit besonderen gesundheitlichen Belastungen und andererseits auch einer, an dem medizinische Hilfe und weitere Unterstützungen von vielen Gefangenen erstmalig in Anspruch genommen werden und zum Teil zu einer erheblichen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes führen. Gleichwohl sind diese Erfolge oft von kurzer Dauer und werden entweder von Risikoverhalten noch in Haft oder unmittelbar nach Haftentlassung wieder zunichte gemacht.

Diese Ausgangslage finden wir in den meisten europäischen Ländern vor, so auch in Österreich, der Schweiz und Deutschland. Um den gesundheitlichen Problemen der Gefangenen und den Herausforderungen an die Gesundheitsfürsorge in Haft angemessen und nachhaltig begegnen zu können, bedarf es einer intensiven Diskussion und eines fachlichen Austausches aller dafür zuständigen Personen mit dem Ziel, voneinander zu lernen. Vor allem eine intensive Kooperation der Bereiche Gesundheit und Justiz ist nötig, um die Übergänge und Schnittstellen gesundheitlicher Hilfen von der Gemeinde in die Gefängnisse und zurück effektiver und mit weniger Reibungsverlusten zu Lasten der Gefangenen zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund haben das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) gemeinsam die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ organisiert. Unter der Schirmherrschaft der deutschen Bundesjustizministerin Brigitte Zypries und mit Unterstützung des österreichischen Justizministeriums, der Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (WHO), der Pompidougruppe des Europarats, des European Network on Drug and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) haben sich über 150 Experten aus vier Ländern am 28./29. Oktober 2004 in Bonn getroffen. Es wurden Modelle „guter Praxis“ vorgestellt, Erfahrungen ausgetauscht und die verschiedenen Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung für den Justizvollzug diskutiert. Ziel der Konferenz war es, Mitarbeiter/innen aus dem Justizvollzug und externen Gesundheitsdiensten zusammenzubringen und eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zu initiieren. In zehn Arbeitsgruppen wurde gemeinsam an konkreten Fragestellungen gearbeitet (z. B. Gesundheit von Frauen, Betriebliche Gesundheitsförderung, HIV/Aids und Hepatitis in Haft) und Zukunftsmodelle gesundheitlicher Versorgung im Vollzug diskutiert. Durch die Unterstützung örtlicher Initiativen und Vereinen und des Landesjustizvollzugsamtes Nordrhein-Westfalen konnte ein bunter „Markt der Möglichkeiten“ angeboten werden. Hier konnte man sich u. a. zur Ernährung beraten lassen, Erste-Hilfe-Maßnahmen üben, eine Rauchentwöhnung starten oder gebrauchte Spritzen und Nadeln desinfizieren.

Die Konferenz hat dazu beigetragen, Kontakte aufzubauen und wichtige Fragen und Ansätze der Gesundheitsförderung in Haft zu diskutieren. Ziel war es auch, die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen und die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten höher auf der politischen und fachlichen Agenda zu platzieren. Dies ist auch im Interesse der Vertreter der deutschen Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz, die ressortübergreifende Gespräche zu den Themen der Konferenz führen wollen.

Die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ wurde von vielen Kolleginnen und Kollegen aus dem Justizvollzug und dem Gesundheitsbereich getragen. Sie haben diese Tagung mit vorbereitet, Referate gehalten, die Arbeitsgruppen moderiert, den Markt der Möglichkeiten durchgeführt und Protokolle geschrieben, die diese Dokumentation überhaupt möglich gemacht haben, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten.

Der Termin für die „Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ steht inzwischen fest: 6. und 7. April 2006. Die zweite Konferenz wird im Europahaus

in Wien stattfinden. Weitere Informationen sind über gesundinhaft@wiad.de und über die WIAD Homepage <http://www.wiad.de> erhältlich. In Wien sollen der fachliche Austausch fortgeführt und die entstandenen Kontakte zu einem stabilen Netzwerk verknüpft werden, das sich in Zukunft als ein wichtiges Forum der Weiterentwicklung der Gesundheitsdienste in Haft etablieren kann.

Die Ideen und Anregungen, die von den Teilnehmern und Akteuren der ersten Tagung formuliert wurden, werden in das Programm aufgenommen und wir hoffen darauf, wieder viele engagierte Kolleg(inn)en aus beiden Bereichen anzutreffen.

Bärbel Knorr, Heino Stöver und Caren Weilandt



Eröffnung

Dr. Caren Weilandt
(WIAD, Deutschland)



Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Kollegen, liebe Freunde,

es ist eine besondere Freude und Ehre für mich, heute die Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft zu eröffnen.

Diese Konferenz ist möglich geworden durch eine gemeinsame Initiative und gemeinsame (und übrigens weitgehend kostenlose) Anstrengungen der drei Hauptveranstalter, für die ich Sie stellvertretend hier begrüße. Diese drei Hauptveranstalter sind:

- ◆ Das Referat Menschen in Haft der Deutschen AIDS-Hilfe (in Persona Bärbel Knorr)
- ◆ Das Bremer Institut für Drogenforschung (in Persona Dr. Heino Stöver) und
- ◆ ENDIPP (Europäisches Netzwerk zu Drogen und Infektionsprävention in Gefängnissen – gefördert durch die Europäische Kommission, koordiniert von WIAD und vertreten durch meine Person)

Bevor ich den Startschuss gebe für diese Konferenz, möchte ich Sie kurz damit vertraut machen, wie die Idee zu der Veranstaltung geboren wurde und was wir uns eigentlich dabei gedacht haben.

Wie Sie vielleicht wissen, gibt es seit einigen Jahren eine Reihe internationaler Konferenzen zum Thema Gesundheit in Haft, wir selbst (WIAD) haben vor einigen Jahren genau hier im GSI in Bonn eine internationale Konferenz zum Thema durchgeführt. Aufgefallen ist bei allen internationalen Kongressen immer wieder, dass die Beteiligung vor allem aus Deutschland und auch aus den deutschen Nachbarländern dabei recht übersichtlich war (meist Stöver, Weilandt und Knorr und ein oder zwei wechselnde Gesichter). Da Deutschland leider nicht Mitglied des WHO-Netzwerkes „Health in Prisons“ ist, sind auch auf den WHO-Konferenzen keine offiziellen deutschen Delegierten, weder aus dem Gesundheitsbereich noch aus den Justizbehörden anzutreffen. Diese Nichtbeteiligung an der WHO-Initiative ist bedauerlich und wir hoffen, dass auch diese Veranstaltung dazu beitragen kann, dass sich hier vielleicht ein neuer Vorstoß der deutschen Behörden entwickelt. Bisher war dadurch also der internationale und interdisziplinäre fachliche Austausch (abgesehen von einigen Einzelinitiativen) nicht gewährleistet.

Da aber natürlich auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz die Themenkomplexe Gesundheit, Krankheit und hier vor allem Infektionskrankheiten und die Suchtproblematik in Gefängnissen sozusagen virulent und vordringlich sind, hat es in der Vergangenheit schon mehrere Versuche gegeben, eine solche Konferenz auf die Beine zu stellen. Wir, die drei Hauptveranstalter, haben mehrere (vergebliche) Versuche gestartet, öffentliche Förderungen für eine solche Initiative zu erhalten (über BMGS und BzGA). Dies ist bisher leider immer misslungen, alle entsprechenden Anträge wurden abgelehnt. Auch ein Antrag beim BMGS zur Förderung eines Projekts, mit dem eine Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Versorgung von Gefangenen ge-

macht und eine Projektdatenbank Gesundheitsförderung in Haft aufgebaut werden sollte, wurde nicht bewilligt.

Wir haben uns dadurch aber nicht entmutigen lassen und trotzig beschlossen, dass es auch so geht. Tatsächlich haben wir, d. h. im wesentlichen Bärbel Knorr, Heino Stöver und ich, Ende Januar dieses Jahres angefangen, diese Konferenz zu planen, und zwar auf eigenes Risiko und ohne jegliches Budget. Wie Sie heute sehen, hat es geklappt (!) und ich kann sagen, dass wir ziemlich stolz darauf sind, soweit gekommen zu sein.

Die große Nachfrage nach der Konferenz und die Unterstützung durch nationale und internationale Organisationen bestätigten uns in der Einschätzung der Dringlichkeit und Notwendigkeit eines fachlichen Austausches zu den Themenkomplexen, die uns heute und morgen alle beschäftigen werden.

Es ist uns nicht nur problemlos gelungen, die Bundesjustizministerin Brigitte Zypries davon zu überzeugen, die Schirmherrschaft für diese Konferenz zu übernehmen (Generalsekretär des Europarats, Pompidou Gruppe), auch das österreichische Ministerium der Justiz ist offizieller Mitveranstalter der Konferenz. (Hier möchten wir uns besonders bei Herrn Walter Kahl bedanken, der uns tatkräftig zur Seite stand und z. B. dafür gesorgt hat, dass die Konferenzankündigungen in der JVA Stein kostenfrei gedruckt wurden und der Werkstatt in Stein haben wir auch dieses wunderschöne Banner zu verdanken.) Auch aus der Schweiz haben wir tatkräftige Unterstützung aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Bern erhalten und hier möchte ich mich insbesondere bei Herrn Markus Jann für seine Hilfe bedanken.

Besonders stolz sind wir, dass wir die volle Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa („Health in Prisons Project“) erhalten haben. Die WHO ist offizieller Co-Sponsor dieser Konferenz und wir freuen uns sehr, dass Dr. Lars Möller, der Koordinator des „Health in Prison“-Projekts der WHO, heute extra aus Kopenhagen angereist ist, um unsere Konferenz zu eröffnen.

Als weiteren Mitveranstalter haben wir akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit gewinnen können und wir haben ebenfalls breite Unterstützung von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenkonsum (EMCDDA) in Lissabon erhalten. Wir freuen uns auch, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung heute hier vertreten ist und auch das Robert Koch Institut aus Berlin. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ist es zu verdanken, dass die Referenten aus Deutschland nicht mit dem Fahrrad oder über die Mitfahrzentrale anreisen mussten, denn wir haben über die BZgA noch ein kleines Budget erhalten, das wir für die Reisekosten verwendet haben. Das österreichische Ministerium der Justiz hat die Reisekosten für die Referenten aus Österreich übernommen.

Alle genannten Organisationen und Institutionen haben also zum Gelingen der Konferenz beigetragen, sind heute hier vertreten und, was auch wichtig ist, haben uns zentrale Dokumente, Resolutionen, Veröffentlichungen, Newsletter und Berichte in ausreichender Anzahl zur Verfügung gestellt, so dass Sie sich als Delegierte hier

auch mit wichtigen Arbeitsmaterialien eindecken können, die sie hoffentlich in Ihrer praktischen Arbeit in Zukunft verwenden werden. Wir haben so viele Materialien, dass sie nicht in die überquellenden Tagungsmappen hineinpassten. Daher gibt es draußen einen Infotisch, an dem Sie sich bedienen können.

Bevor ich nun auf die inhaltliche Gestaltung der Konferenz zu sprechen komme, muss unbedingt noch erwähnt werden, dass uns alles Sponsoring, alle Unterstützungen und Schirmherrschaften nicht weiter gebracht hätten, wenn wir nicht auf den unermüdlichen Einsatz einer Person hätten bauen können, ohne die wir heute hier entweder gar nicht oder, viel schlimmer, im absoluten Chaos säßen. Diese Person ist Doris Theissen, die Office Managerin im WIAD. Ihr ist es immer wieder vorbildlich gelungen, mein kreatives Chaos zu kanalisieren und sie hat quasi alles organisiert. Doris, ich kann dir gar nicht sagen, wie dankbar ich für deine Unterstützung bin!

So, jetzt wird's ernst, wir kommen zum Thema.

Warum Gesundheitsförderung in Haft?

Die Gesundheit von Gefangenen und Bediensteten im Vollzug ist ein Thema der öffentlichen Gesundheit, das lange im wahrsten Sinne des Wortes sträflich vernachlässigt wurde und nicht sehr hoch auf der politischen Agenda steht, obwohl allein in Deutschland jährlich ca. 200.000 Menschen die Vollzugsanstalten durchlaufen und 40.000 Bedienstete in den Gefängnissen beschäftigt sind. Gefängnisse sind zwar vordergründig geschlossene Anstalten, aber bei genauerer Betrachtung sind sie natürlich ein Teil der Gesellschaft, denn Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in diese zurück. Viele davon wechseln wiederholt und häufig von einer Community in die andere. Gesundheitliche Probleme und vor allem Infektionskrankheiten lassen sich nicht durch Gefängnismauern abhalten. Die Gefängnisse dieser Welt sind überproportional mit Menschen aus unteren sozialen Schichten mit geringem Bildungs- und Ausbildungsniveau, mit hohen gesundheitlichen Belastungen wie Sucht- und Infektionserkrankungen belegt und weisen einen hohen Anteil ethnischer Minoritäten auf. In den Haftanstalten zeigen sich ein ganze Reihe von gesundheitlichen Belastungen, aber es gibt hier auch große Chancen zur Gesundheitsförderung, die besser als bisher genutzt werden können.

Wir denken, dass es höchste Zeit ist, dass die Bereiche Gesundheit und Justiz intensiver als bisher miteinander kooperieren, um den erheblichen gesundheitlichen Problemen und Belastungen der Gefangenen und Bediensteten angemessen begegnen zu können.

Die Konzeption dieser Veranstaltung ist aus gutem Grund international und interdisziplinär. Wir wollen professions- und disziplinenübergreifend Gesundheit in Haft und nach Haftentlassung mit Experten innerhalb und außerhalb des Vollzuges diskutieren. Die Arbeitsgruppen sind als angemessenes Medium des inhaltlichen Austau-

sches gedacht und sind daher doppelt besetzt in der Moderation: Es gibt jeweils eine/n Vertreter/in von Fachorganisationen draußen und eine/n Vertreter/in des Vollzugs (weitgehend).

Des Weiteren wollen wir Sie durch die Plenarvorträge sozusagen auf den neuesten Stand der Dinge bezüglich wissenschaftlicher Ergebnisse bringen und Sie über aktuelle Entwicklungen und politische Diskussionen in Österreich, der Schweiz und Deutschland informieren.

Ein weiteres Anliegen ist es, praktische Konzepte und Projekte zu präsentieren und Modelle guter Praxis vor Ort vorzustellen. Der Markt der Möglichkeiten wurde hier als Medium des Austauschs gewählt. Ein besonderer Dank geht hier an den Bundesverband der Eltern und Angehörigen akzeptierender Drogenarbeit und Bärbel Knorr von der Deutschen AIDS-Hilfe, die diesen Teil der Konferenz maßgeblich organisiert haben.

Letztendlich ist diese Konferenz auch ein (hoffentlich gelungener) Versuch, das Thema Gesundheit in Haft auf die politische Agenda zu setzen. Daher gibt es zwei hochkarätig besetzte Podiumsdiskussionen auf dem Tagungsprogramm. Hier wollen wir mit Vertretern aus den Bereichen Justiz und Gesundheit möglichst pointiert diskutieren, wo wir heute stehen und, salopp ausgedrückt, wo es in Zukunft langgeht. Der Lateiner nennt das „quo vadis“.

Es bleibt zu erwähnen, dass wir aus gutem Grund diese Konferenz die ERSTE Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft getauft haben. Wir haben nämlich hehre Ziele. Wir gehen davon aus, dass wir mit dieser Konferenz Pionierarbeit im deutschsprachigen Raum leisten und hier und heute ein Netzwerk gründen, das auf Kontinuität aus ist (zweite Konferenz in Wien, dritte Konferenz in Bern, vierte Konferenz in Berlin).

Und wir wollen für Nachhaltigkeit sorgen. Daher werden die Ergebnisse dieser Konferenz veröffentlicht und als E-Lectures ins Internet gestellt.

Ich freue mich, dass es gelungen ist, über 150 Vertreter aus den drei Ländern Österreich, Schweiz und Deutschland zusammenzubringen, um sich über die verschiedenen Aspekte von Gesundheitsförderung in Gefängnissen fachlich und persönlich auszutauschen und zu diskutieren.

Nun wünsche ich allen Delegierten zwei Tage mit fruchtbaren Diskussionen, regem Erfahrungsaustausch, vielen Neuigkeiten, Denkanstößen und natürlich auch viel Spaß und Freude bei der Arbeit.

Grußwort von Frau Bundesministerin Zypries

„Erste Europäische Konferenz
zur Gesundheitsförderung in Haft“
28. und 29. Oktober 2004 in Bonn



Sehr geehrte Damen und Herren,

die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ widmet sich einem Themenkreis, der für den Justizvollzug in Deutschland von außerordentlich großer Bedeutung ist. Es ist nämlich nicht zu bestreiten, dass die Justizvollzugsanstalten mit überdurchschnittlich vielen und unterschiedlichen Gesundheitsgefahren für die Gefangenen und auch für die im Vollzug tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen konfrontiert sind.

Unter den Gefangenen befindet sich ein besonders hoher Anteil von Menschen, die gesundheitlich riskant leben und über Gesundheitsgefahren nicht informiert sind oder ihnen gleichgültig gegenüber stehen. Es ist eine Tatsache, dass sich bei den Insassen der Justizvollzugsanstalten vieles dramatisch verändert hat und weiter verändert aufgrund fehlender Schul- und Berufsausbildung, zunehmender Gewaltbereitschaft, einer wachsenden Zahl Drogenabhängiger sowie eines steigenden Ausländeranteils, um nur die wichtigsten Faktoren zu nennen. Dass auch die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge unter diesen Bedingungen immer schwieriger werden, liegt auf der Hand.

Als besondere Herausforderung sind neben Tuberkulose-Erkrankungen an erster Stelle der steigende Drogenkonsum und die damit einhergehenden Gefahren wie Hepatitis und HIV-Infektionen zu nennen.

Die Gefahren durch Drogen sind ein Thema, das nichts von seiner Aktualität verloren hat, im Gegenteil: Geprägt von Trends und Szenen, hat sich das Drogenspektrum erweitert. Man denke etwa an die öffentliche Diskussion um die Gefährdung von Jugendlichen durch synthetische Drogen, Cannabis und Alcopops in jüngerer Zeit. Solche gesellschaftlichen Trends gehen selbstverständlich am Justizvollzug nicht vorbei.

Die immer noch vereinzelt beschworene Vorstellung eines flächendeckend drogenfreien Vollzuges deckt sich leider nicht mit den Realitäten und versperrt den Blick dafür, dass Strategien für den Umgang mit dem Drogenproblem dringend erforderlich sind. Ihre Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen verpflichtet die Strafvollzugsbehörden, diesen Risiken entgegenzuwirken. Zum Glück verschließt sich die Mehrheit derjenigen, die mit Justizvollzug befasst sind, dieser Erkenntnis nicht und konzentriert sich auf die Frage, mit welchen Strategien dem Problem begegnet werden kann. Dabei gehen die Auffassungen allerdings hin und wieder – teilweise sehr weit – auseinander. So gibt es zu manchen Fragen unterschiedliche Auffassungen zwischen den Bundesländern, zwischen Medizinern und Juristen, Gesundheitsverwaltung und Justiz. Zu denken ist etwa an die Bewertung drogenfreier Stationen, an die Substitutionsbehandlung drogenabhängiger Gefangener oder an Modellversuche zur Einführung von Spritzenaustauschprogrammen.

Ein möglichst umfassender Meinungs-austausch zwischen den Bereichen Justiz und Gesundheit, wie er durch die Konferenz in Bonn beabsichtigt ist, ist nötig und hilfreich, um die vorhandenen Fachkompetenzen zusammenzubringen, damit die Ge-

sundheitsförderung im Justizvollzug auf eine möglichst breite Basis gestellt werden kann. Denn eines gilt für Gefangene wie für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitsbereich gleichermaßen: Information und Aufklärung sind die Grundlage jeder Verbesserung.

Auch der Bund leistet dazu im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz einen Beitrag und widmet dem Thema Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug große Aufmerksamkeit. So beschränkt sich beispielsweise der aktuelle Gesetzentwurf zur Regelung des Jugendstrafvollzuges nicht auf den Gesundheitsbegriff des Strafvollzugsgesetzes, sondern orientiert sich an der Definition der WHO. Danach ist die Gesundheit eines Menschen nicht auf das rein körperliche und geistige Wohlergehen beschränkt, sondern umfasst auch das seelische und soziale Wohlbefinden. Gerade im Jugendstrafvollzug befindet sich eine große Anzahl junger Menschen, die aus zerrütteten Familienverhältnissen stammen, frühe Erfahrungen mit dem Verlust von Bezugspersonen gemacht haben oder Opfer sexueller oder sonstiger körperlicher Misshandlung geworden sind. Sprach-, Schlaf- und Essstörungen sowie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch sind gerade unter den jungen Gefangenen besonders verbreitet. Eine Trennung zwischen physischem und geistigem Befinden einerseits und psychischem und sozialem Zustand andererseits würde dem Zusammenwirken dieser Faktoren nicht gerecht. Erforderlich sind vielmehr umfassende – auch psychiatrisch-psychologische – Untersuchungen und individuell abgestimmte Behandlungsmaßnahmen. Dies umfasst auch jugendtypische Konzepte zur Behandlung von drogenabhängigen Gefangenen im Jugendstrafvollzug, Programme für Suchtprävention sowie Maßnahmen zur Infektionsminimierung.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang darüber hinaus neben der intensiven Zusammenarbeit der Bundesregierung mit verschiedenen europäischen Institutionen der Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, auf dessen Grundlage sich gerade in diesen Tagen ein nationaler Drogen- und Suchtrat konstituiert.

Besonders erfreulich ist, dass die Konferenz sich nicht auf die regelmäßig im Blickpunkt stehenden Gesundheitsrisiken beschränkt, sondern ein breites Themenspektrum abdeckt und dabei die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Justizvollzug nicht vergisst. Dabei wird auch nicht übersehen, dass die Ausrichtung der Gesundheitsfürsorge sich nicht auf die Vollzugsdauer beschränken darf, sondern bei den Gefangenen die Basis schaffen muss für einen dauerhaft sensiblen Umgang mit ihrem wichtigsten Gut überhaupt – der eigenen Gesundheit.

Für den Verlauf der Konferenz wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Dr. Lars Möller
(WHO, Regionalbüro Europa)





WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Original: English

Sehr geehrte Ministerin, sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Gäste, liebe Kollegen.

Es ist eine große Ehre und Freude für mich, heute im Namen der Weltgesundheitsorganisation an dieser wichtigen Veranstaltung teilnehmen zu können.

Da ich leider nicht die deutsche Sprache beherrsche, werde ich meine Rede auf English fortsetzen.

Health in Prisons is an issue to which we at WHO attach great value for public health and since 1995 we have had a special project in our programme of work.

I would like to start expressing my great appreciation to Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands for inviting me here today. For a long time we have had very well working connections to this institute as well as the European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison.

I am very happy to see so many people from Germany, Austria and Switzerland get together in order to identify and examine examples of good practice in relation to existing guidelines on prison health aspects.

This conference will be focused on some of the main problems in prisons – drug use, substitution treatment, tattooing and infectious diseases. There are, unfortunately, good reasons to put these subjects in the limelight. Especially drug use has for a long time been causing great concern to numerous prisoners, to prison health services and to prisons authorities. However, because of its relevance to public health, we believe that this subject deserves a much wider interest beyond these immediately affected groups.

By working with prisoners we address a particularly disadvantaged group in societies: prisoners and their direct social contacts. In normal public health practice we would give special attention to high risk groups and concentrate disease prevention and health promotion efforts on these groups. But in the case of prisoners it seems to be the other way round.

In many instances prisoners do not have the same means and ways to protect themselves against health risks that the rest of the population have. During the last few years authorities in many countries have seen the impact on the society – HIV, Hepatitis and tuberculosis are spreading from prisons to the society, but unfortunately we don't have access to data on drug use and the spread from prisons to the society.

Drug abuse has a tremendous impact on life in prisons and on the way prisons are being run. There is probably no institution in society that has felt the influx of drugs so much as the prison. In many prisons in Europe drugs have become a central theme, it has become a dominating factor in the relations between prisoners, as well as between prisoners and staff. Many of the security measures are aimed at controlling drug use and drug trafficking within the prison system.

We have learnt over the past 10-15 years about how to reduce the spread of HIV among drug users in the community. We have discovered that it is very possible to slow down or even to stop the rate of transmission. Drug users are apparently not the kind of irresponsible people that they are widely held to be, if only they are given the possibilities to protect themselves.

The opportunities for prevention in the prison are more difficult but still demand reduction and harm reduction are unknown in the prison setting in many countries.

There is a large body of scientific evidence that shows the effectiveness of harm reduction measures including substitution treatment in reducing illicit opioid use, reducing criminal activity, preventing overdose deaths, preventing HIV and other blood borne infections.

I will now move back to the WHO project on prison health. The purpose of the Project is to support Member States in improving public health by addressing health and health care in prisons, and to facilitate the links between prison health and public health systems both at national and international levels.

The more specific objectives are:

1. To encourage co-operation between public health systems, relevant non governmental organisations and prison health systems, in order to promote wider public health
2. To encourage prisons to operate within the widely recognised international codes of human rights and medical ethics
3. To assist the reduction of re-offending by encouraging prison health services to contribute fully to each prisoner's rehabilitation and resettlement
4. To reduce the exposure of prisoners to communicable diseases, thereby preventing prisons becoming focal points of infection.
5. To promote all prison health services, including health promotion services, to reach standards equivalent to those in the wider community.

We are trying to achieve these objectives primarily through a combination of:

- ◆ Dissemination and promotion of evidence based best practice in all aspects of prison health across Europe and beyond
- ◆ Facilitation of international co-operation and sharing of experiences, particularly through the WHO European Network for Prison and Health



- ◆ Provision of technical support to Member States to assist in improving prison health, and integrating it into the overall public health agenda.

We have now 28 European Member States in the network, but we are growing rapidly these years and we hope most of the 52 WHO European Member States will become members of the network during the next 5 years. We very much invite the federal government of Germany to be a member of the network. Both the Network and Germany could mutually benefit from the good examples from other countries on prison health. We have started to establish a WHO database on good examples in prison health and I am sure the network could benefit from many examples from Germany.

During the next years we will establish a database on prison health which will be done in collaboration with WIAD and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Without reliable data on relevant prison health indicators and determinants we will not be able to show the threatening trends in mainly Central and Eastern Europe, but also in Western Europe the prison health affects the society.

I wish you all luck with the conference and once again huge thanks to the organizers for inviting me here today.

Thank you.

Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft

Dr. Heino Stöver*
(Universität Bremen, Deutschland)



** Dank an Bärbel Knorr (DAH) und Caren Weilandt (WIAD) für ihre Unterstützungsarbeit!*



In Deutschland, Österreich und der Schweiz sitzen an einem gegebenen Tag ca. 100.000 Menschen in Gefängnissen ein – sei es in Untersuchungs-, in Abschiebe- oder in Strafhaf. Innerhalb eines Jahres durchlaufen mehr als 250.000 Menschen die mehr als 400 Vollzugsanstalten. Die Rate der Gefangenen pro 100.000 Einwohner schwankt dabei zwischen 72 (Schweiz) und 100 (Deutschland). Die Gefangenen sind überwiegend männlich (etwa 95 Prozent), weisen ein geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau bzw. hohe Arbeitslosigkeit auf und sind zu einem großen Teil Migrantengruppen zugehörig. Die Rückfallquote ist enorm hoch, besonders unter Drogenkonsument(inn)en; viele betrachten den Gefängnisaufenthalt als scheinbar unvermeidliche Station ihrer Biographie.

Belastungen für Inhaftierte und Mitarbeiter/innen

In den Gefängnissen leben Menschen vieler verschiedener Nationen und verschiedenster sozio-ökonomischer und kultureller Herkunft zusammen – Menschen, die oftmals schon vor Haftantritt erheblichen sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren. Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Hepatitis, Tuberkulose, vor allem aber auch Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen sowie weitere psychische Störungen belasten die Gefangenen überproportional. In den Gefängnissen findet sich daher eine Verdichtung von Problemlagen: So existieren im Gefängnis 25-mal höhere Infektionsraten von HIV und 40-mal höhere von Hepatitis C im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Etwa 30 bis 50 Prozent der Gefangenen gelten als drogenerfahren oder -abhängig. Etwa 50 bis 75 Prozent der Gefangenen leiden unter psychischen Störungen. Der Anteil kranker und behandlungsbedürftiger Gefangener steigt stetig: Derzeit sind mehr drogenabhängige Gefangene als jemals zuvor inhaftiert, und viele von ihnen leiden unter den körperlichen Folgen.

Das medizinische Fachpersonal steht vor Herausforderungen, die kaum mit einer ärztlichen Praxis in Freiheit vergleichbar sind, eher mit Schwerpunktpraxen – ohne jedoch dafür genügend ausgestattet oder ausgebildet zu sein. Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug ist allein gebunden durch die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen.

Bedienstete in den Gefängnissen sind ebenfalls besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Sie erleben Übergriffe, Frustrationen, schreiten bei Gewalthandlungen ein und können sich bei Zellendurchsuchungen beispielsweise mit HCV infizieren.

Doch Gesundheitsgefährdungen und -belastungen bestehen nicht nur für die im Gefängnis einsitzenden und arbeitenden Menschen. Die Gefangenen sind Teil der Gesellschaft; sie verbüßen in der Regel kurze Haftstrafen und gehen danach zurück in die Gesellschaft, zurück zu ihren Partner(inne)n, Familien und Freund(inn)en. Gesundheit im Vollzug ist daher auch ein Thema öffentlicher Gesundheit: „Prison Health is Public Health!“

Schließlich müssen Gefängnisse eine sichere Umgebung für die dort lebenden und arbeitenden Menschen sein (was Gewalt angeht). Dass diese Umgebung den basalen Anforderungen von Licht, Wärme, Hygieneeinrichtungen, Ventilation und Mindestgröße des Haftraums genügt, ist eine zentrale Anforderung, die es bei Gefängnisneubauten zu beachten gilt.

Modelle „guter Praxis“

Vor diesem Hintergrund haben das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und das Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO) gemeinsam die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ organisiert.¹ Unter der Schirmherrschaft der deutschen Bundesjustizministerin und mit Unterstützung des österreichischen Justizministeriums, der WHO, des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.), der Europäischen Kommission/Europarat, des European Network on Drug and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) und der EMCDDA haben sich über 150 Expert(inn)en (multidisziplinär) aus vier Ländern (vorwiegend aus Deutschland, Österreich und der Schweiz) am 28./29. Oktober 2004 in Bonn getroffen, um Erfahrungen mit zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Haft auszutauschen und Modelle „guter Praxis“ zu diskutieren. Die Ziele dieser deutschsprachigen Konferenz waren, Mitarbeiter/innen aus dem Justizvollzug und externen Gesundheitsdiensten zusammenzubringen und eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zu initiieren, in zehn Arbeitsgruppen gemeinsam an konkreten Fragestellungen zu arbeiten (z. B. Gesundheit von Frauen, betriebliche Gesundheitsförderung, HIV/Aids und Hepatitis in Haft), Zukunftsmodelle gesundheitlicher Versorgung im Vollzug zu diskutieren und schließlich: die komplexe Problematik der gesundheitlichen Versorgung von Gefangenen und die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten höher auf der politischen und fachlichen Agenda zu platzieren.²

Dieser Aufsatz diskutiert, ob das bestehende Konzept der ‚Gesundheitsfürsorge‘, also der eher reaktiv und pathogenetisch angelegte Ansatz, tauglich und auch adäquat ist, um den skizzierten gesundheitlichen Herausforderungen zu genügen. Gefragt wird u. a., ob die außerhalb des Vollzuges sich zunehmend durchsetzende Erkenntnis, in der Prävention nicht nur auf individuelles Verhalten, sondern gleichzeitig auch auf die Verhältnisse abzuheben, auf den Vollzug übertragen werden kann.

1 *Die zweite Konferenz findet voraussichtlich im April 2006 in Wien statt (gesundinhaft@wiad.de)*

2 *Eine Konferenzdokumentation ist in Vorbereitung und kann neben weiteren Informationen über gesundinhaft@wiad.de bezogen werden. Filmmitschnitte der Plenarvorträge können unter folgender URL aufgerufen werden: <http://lecture.uni-bremen.de/index.php>*



Gesundheit der Gefangenen in Haft

Der Entzug von Freiheit an sich stellt bereits ein grundsätzliches Gesundheitsrisiko dar. Die vollzuglichen Belastungen wie Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit, Langeweile, Tabuisierung von Sexualität und der Versorgungscharakter der Gefängnisse tragen eher zu psychisch belastenden Symptomen von Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Passivität, Interesse- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Anstaltsalltags führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit; das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht angemessen behandelt zu werden. Es findet insgesamt eine Ressourcenverringerung statt – eine Depravierung vergleichbar mit längeren Krankenhaus- bzw. anderen Anstaltsaufenthalten. Tendenziell findet keine Erweiterung von Handlungs- und Sozialkompetenzen statt. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Symptome steigt.

Die Gefängniserfahrung ist für die meisten Gefangenen zunächst eine sehr einschneidende Lebenserfahrung – beginnend mit der Aufnahme vor oder nach dem Verfahren, ohne Orientierung in der neuen räumlichen und sozialen Umgebung. In dieser Phase sind Gefangene besonders empfindlich und ganz spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt: Angst, Gewalterfahrungen und Einschüchterungsversuche anderer Gefangener, Unvorsichtigkeiten beim Schutz bezüglich hygienischen Drogenkonsums und geschützter Sexualität. Insbesondere psychisch auffällige oder gestörte Gefangene sind besonders gefährdet. Der Entzug von Freiheit ist nur einer von vielen Verlusten, die Gefangene im Laufe ihrer Strafzeit erfahren; auch der Verlust von Privatheit, Intimität, Wahlmöglichkeiten und sozialer Eingebundenheit werden von ihnen, ihrer Familie, ihren Kindern und ihren Partner(inne)n erfahren.

Ungenügende Datenerfassung

Wie es aber tatsächlich um die Gesundheit von Gefangenen bestellt ist, darüber wissen wir recht wenig. Immer noch gibt es keine Gesundheitsberichterstattung, die detailliert Auskunft geben könnte, noch ist die gesundheitliche Lage Gegenstand kommunaler/regionaler Gesundheitsberichterstattung.

Was wir wissen, wissen wir aus Untersuchungen in einzelnen Gefängnissen, oftmals noch von Teilpopulationen. Einige Studien haben Daten einzelner oder mehrerer Gefängnisse zusammengefasst – auch in internationaler Blickrichtung. Die Studien sind überwiegend querschnittsorientiert angelegt und enthalten wenige Verlaufsdaten resp. wenige qualitative Daten über risikoreiches Verhalten oder die Wahrnehmung und Bewältigung riskanter Verhältnisse. Forschung in deutschen Strafanstalten wird zudem oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den Justizvollzugsbehörden abgeblockt.

Bei den Gefangenen handelt es sich zum großen Teil um sozial Benachteiligte – alle Merkmale dieser Benachteiligung lassen sich in erhöhtem Masse wieder finden: geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau, hohe Arbeitslosigkeit, erhöhter Anteil von Migrant(inn)en.

Bei den gesundheitlichen Belastung vieler Gefangener wird deutlich, dass in dieser Population eine starke Überrepräsentanz in folgenden Bereichen vorfindbar ist:³

Drogen- und Alkoholabhängigkeit/-missbrauch

- ◆ 20–30 Prozent der Insass(inn)en erfüllen die Kriterien des ICD 10 auf Drogenabhängigkeit/-missbrauch
- ◆ Etwa 50 Prozent aller Insass(inn)en sind „drogenerfahren“
- ◆ Etwa 50 Prozent der i. v. Drogenkonsument(inn)en setzen ihren Konsum in Haft fort, z. T. mit hochriskanten Konsum-Mustern
- ◆ 5–25 Prozent der i. v. Drogenkonsument(inn)en geben an, ihre ersten Drogenereignisse in Haft gesammelt zu haben
- ◆ Über 80 Prozent der Insass(inn)en rauchen (Nikotinabhängigkeit)

Virale Infektionskrankheiten (HIV/Aids und Hepatitis)

- ◆ Etwa 1 Prozent der Gefangenen insgesamt wird als HIV-positiv geschätzt. Die inhaftierten Frauen sind stärker betroffen als die Männer (dies entspricht einer 20-mal höheren Verbreitung als in der Allgemeinbevölkerung)⁴
- ◆ Etwa 20 Prozent aller Häftlinge (und bis zu 80 Prozent der drogenabhängigen Gefangenen) sind HCV-positiv (das entspricht einer mindestens 40-mal stärkeren Verbreitung als in der Allgemeinbevölkerung)
- ◆ HIV/Hepatitis-Transmissionen in Haft sind nachgewiesen⁵
- ◆ Der stärkste Prädiktor für eine Hepatitis-Infektion ist vorheriger Haftaufenthalt
- ◆ Needle sharing ist in Haft weit verbreitet⁶

Psychi(atri)sche Störungen

- ◆ Etwa 2–4-mal häufigeres Auftreten von psychischen Störungsbildern
- ◆ Hoher Anteil von Depressionen, hohes „underreporting“ bei psychischen Störungen (eine Berliner Studie zeigt 40 vs. 74 Prozent psych. Störungen, v. a. Depressionen)

3 Vgl. Stöver 2002

4 Vgl. insgesamt: Stöver/Weilandt 1997

5 Keppeler u. a. 1996

6 Vgl. Lines u. a. 2004; Stöver/Nelles 2004



- ◆ Höherer Anteil von Psychosen, Affektstörungen, Angststörungen
- ◆ Etwa 5-mal höhere Suizidrate

Diese gesundheitlichen Störungen insbesondere der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen großen Teil der medizinischen Leistungen. In einer Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg wurden 76 Prozent der medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt.⁷

Sexualität

Sexualität muss in vielen unterschiedlichen Facetten und Bedeutungszusammenhängen gesehen werden. Trotz einer Zugänglichkeit zu Kondomen in den meisten Gefängnissen ist die Nachfrage oft gering (vgl. Butler 1997). Todts et al. (1997) berichten, dass niemand aus einer Gruppe von befragten Gefangenen, die sexuelle Kontakte in Haft angaben, Kondome benutzte. Präventionsangebote wurden oft nicht angenommen. Die Gründe dafür liegen in der allgemeinen Tabuisierung von Sexualität in Haft, die noch viel stärker verbreitet ist als die Tabuisierung des iv. Drogenkonsums. Sexuelle Kontakte in Haft werden von vielen Gefangenen nicht akzeptiert, bei eingeschränkter Privatsphäre stark abgedrängt, werden nicht thematisiert – und finden in doppelt klandestiner Weise trotzdem statt. Reyes (2000) weist darauf hin, dass sexuelle Kontakte und Risiken in vielen verschiedenen Situationen stattfinden können:

- ◆ Zum Beispiel bei Männern
 - zwischen ‚homosexuellen‘ Gefangenen
 - zwischen sich selbst als heterosexuell verstehenden Männern, die mit anderen Männern Sex haben
 - die aufgrund der besonderen Haftumstände Sex haben (Sex als Währung)
 - die gewaltsamen Sex erfahren aufgrund von Gefangenenhierarchien (als Gegenleistung)
 - bei einer Vergewaltigung
 - aufgrund männlicher Prostitution

Es gibt also viele Missverständnisse über Sexualität in Haft und einen grundsätzlichen Mangel an Bewusstsein über Umfang und Natur des Problems.

Kondome zur Verfügung zu stellen ist sicherlich nützlich für einige der o.g. sexuellen Kontakte, in anderen (gewalt-orientierten) Fällen jedoch werden sie nicht eingesetzt. Dies bringt insbesondere den rezeptiven Partner in eine enorme Risikoexposition.

Gleichgeschlechtliche ungeschützte Sexualkontakte in unterschiedlichen Praktiken gehen aus unterschiedlichen Motiven also nicht selten sowohl von homo- als auch von

7 Tielking/Becker/Stöver 2003

heterosexuell orientierten Menschen aus. Sexuelle Gewalt wird oftmals nicht angezeigt, weil dies den gruppeninternen Verhaltenskodex bricht und den Anzeigenden verstärkter Gewalt aussetzen würde, so dass er wiederum Schutz bei anderen Gefangenen suchen müsste, was z. T. schlimmer ist. Gleich welche Reaktion vom Opfer also kommt, ist es Opfer von mehreren gezielten weiteren Übergriffen, was zu Reaktionen von Selbstverletzungen führen kann, um im medizinischen Bereich offiziellen Schutz zu erhalten.

So genannte „Langzeitbesuche“ sind nur in wenigen Gefängnissen erlaubt (in West-Europa nur in Spanien, Portugal, der Schweiz und einigen wenigen deutschen Haftanstalten).

Weitere gesundheitliche Belastungen

Die beste Einschätzung der Gesundheit von Gefangenenpopulation weltweit ist der Gefangenen-Gesundheitssurvey aus New South Wales, der 1996 durchgeführt und 2001 wiederholt wurde.⁸ Die folgenden Gesundheitsprobleme wurden dabei u. a. benannt:

- ◆ 39 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer hatten häufiger Kopfverletzungen, so dass sie ihr Bewusstsein verloren hatten.
- ◆ 95 Prozent der Frauen und 78 Prozent der Männer berichten über mindestens ein chronisches Gesundheitsproblem und viele haben mehr als eines.
- ◆ 60 Prozent der Frauen und 37 Prozent der Männer wurden sexuell missbraucht, bevor sie das 16. Lebensjahr erreicht hatten. Befragt nach kürzlich verübtem sexuellen Missbrauch gaben 69 Prozent der weiblichen Gefangenen und 29 Prozent der männlichen an, mindestens einmal Opfer gewesen zu sein, 35 Prozent der Frauen und 10 Prozent der Männer waren zwei oder mehrmals involviert.

Die Organisation der Gesundheitsversorgung in Haft

Die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen („Gesundheitsfürsorge“) liegt in der Verantwortung der Justizvollzugsbehörden. In Deutschland z. B. fallen die Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus und sind nunmehr abhängig von den Gesundheitsleistungen der Anstalt. Die medizinische Versorgung erfolgt in der Regel durch hauptamtliche Ärzte oder Ärztinnen und Krankenpflegepersonal. Die Gesundheitsfürsorge ist nach klassischen Prinzipien kurativer Medizin organisiert, wobei ihre Integration in die primär sicherheitsorientierte Institution Gefängnis zusätzliche Problematiken mit sich bringt. Es dominiert ein körperorientierter, pathogenetischer Ansatz, der im Wesentlichen auf individuelles Fehl- und Risikoverhalten fixiert ist.

⁸ Butler 2003



Die Abhängigkeit des Gefangenen von den Entscheidungen des Arztes über Qualität und Umfang der medizinischen Leistungen bedeutet eine erhebliche Belastung der Arzt-Patient-Beziehung, wenn der Arzt

- ◆ in die Hierarchie des Anstaltspersonals integriert ist,
- ◆ Kontrollaufgaben für die Institution wahrnimmt (z. B. Urin-Kontrollen) und
- ◆ die Kontaktaufnahme des Patienten nicht freiwillig erfolgt.

Der Anstaltsarzt wird so zum „Zwangsansprechpartner“ innerhalb des Spannungsverhältnisses von kontrollorientierten Vorgaben und Zwängen des Vollzuges und einer patientenorientierten Behandlung. Dieses strukturelle Problem fördert gegenseitiges Misstrauen und belastet die gesundheitliche Versorgungsqualität für die Gefangenen.

Die Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen liegt in der Verantwortung der Justizvollzugsbehörden. Sie ist im Strafvollzugsgesetz (§§ 56-66) grundsätzlich geregelt und in Landesverordnungen detailliert ausgeführt. An die Stelle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung in der Suche nach Herstellung und Organisation von ‚Gesundheit‘ außerhalb der Anstalten tritt für die Gefangenen nun die Fürsorge der Anstalt und ihre Verpflichtung, die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu unterstützen. Durch den Freiheitsentzug steht der Gefangene in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Staat, woraus sich eine besondere Verantwortung und Fürsorgepflicht des Staates gegenüber dem Gefangenen ergibt. Die Herstellung bzw. Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Gefangenen muss als eine zentrale Voraussetzung für die Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben betrachtet werden.

Bei der Normierung der Gesundheitsvorschriften sah sich der Gesetzgeber zunehmend verpflichtet, die zunächst geplante Übertragung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten besonderer Regelungen im Vollzug einzuschränken. Das Gesetz geht davon aus, dass die medizinische Versorgung durch hauptamtliche Ärzte und qualifiziertes Krankenpflegepersonal sichergestellt wird (§ 158 Abs. 1). Diese Regelung bedeutet, dass sowohl für die regelmäßig anfallenden Aufgaben als auch in dringenden Fällen ein Arzt schnell hinzugezogen werden kann. Die Praxis zeigt, dass in vielen Anstalten Vertragsärzte angestellt sind, die lediglich zu festgelegten Zeiten in den Anstalten für Gefangene erreichbar sind. Die über die VV in den einzelnen Bundesländern geltenden Vorschriften sind dort zusätzlich in einer „Dienstordnung Gesundheit“ (DOG) oder in einem vergleichbaren Regelwerk zusammengestellt (Boetticher/Stöver 2000, Rex 1995, Keppler/Stöver 1997, 6). Der § 61 des deutschen Strafvollzugsgesetzes regelt Art und Umfang der Leistungen, wonach die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches und die auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen für die Art der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Leistungen gelten sowie für den Umfang dieser Leistungen und der Leistung zur Krankenbehandlung einschließlich der Versorgung mit Hilfsmitteln. Das bedeutet: Art und Umfang der Leistungen entsprechen denen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V).

Das Äquivalenzprinzip

Grundsätzlich hat sich Anstaltsmedizin also an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren – Strafvollzug soll nur Freiheit nehmen, aber nicht durch schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen. International akzeptiert ist auch, dass Gefangene zudem alle Rechte behalten sollen, die ihnen nicht durch die Tatsache der Inhaftierung entzogen wurden. Der Entzug der Freiheit ist die Strafe, nicht der Entzug von Menschenrechten. Ein internationaler Konsens besteht darüber, dass die Gesundheitsfürsorge, die in der Gemeinde, der Region, dem Land zugänglich ist, auch den Gefangenen zugänglich sein muss.⁹ Wie alle Menschen haben auch Gefangene einen Anspruch auf die höchsten zu erreichenden Gesundheitsstandards. Dieses Recht wird im internationalen Recht garantiert und ist fixiert in der „United Nations Universal Declaration of Human Rights“¹⁰ und in vielen anderen internationalen Übereinkünften, Erklärungen oder Chartas, die auf diese Grundlage Bezug nehmen.¹¹

In der internationalen Diskussion findet das Äquivalenzprinzip seinen Niederschlag in vielen rechtlich bindenden Übereinkünften und Regeln, Empfehlungen und Leitlinien. Die bekannteste und nunmehr seit 50 Jahren bestehende Minimalregel für die Behandlung von Gefangenen stellt die „Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners“ dar.¹² In ihr heißt es: „Gefangene sollen Zugang zu den Gesundheits-

9 *United Nations Basic Principles for the Treatment of Prisoners states "Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation." Adopted by General Assembly Resolution 45/111, annex, 45 U.N. GAOR Supp. (No. 49A) at 200, U.N. Doc. A/45/49 (1990); United Nations Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment states "Health personnel, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees have a duty to provide them with protection of their physical and mental health and treatment of disease of the same quality and standard as is afforded to those who are not imprisoned or detained." Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 (December 1982). World Health Organization Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons states "All prisoners have the right to receive health care, including preventive measures, equivalent to that available in the community without discrimination...with respect to their legal status." (WHO, Geneva: 1993). p.4; UNAIDS's Statement on HIV/AIDS in Prisons states "With regard to effective HIV/AIDS prevention and care programmes, prisoners have a right to be provided the basic standard of medical care available in the community." Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996.*

10 *Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948).*

11 *Diese beinhalten: International Covenant on Civil and Political Rights; the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; the African Charter on Human and Peoples' Rights; the American Convention on Human Rights; the Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights; the [European] Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms; the European Social Charter.*

12 *Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, 1955*



diensten haben, die in dem Land erhältlich sind ohne Diskriminierung aufgrund ihrer rechtlichen Situation.“¹³

Lediglich in Europa wird die Einhaltung dieser Grundregeln beobachtet und zwar durch das „Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)“¹⁴, eine Staaten übergreifende Einrichtung, die Haftbedingungen in den Ländern des Europarats beobachten kann. Innerhalb dieser Begutachtung werden auch die Leistungen und Qualität medizinischer Dienste untersucht, Verstöße fixiert und an die Landesparlamente zurück gemeldet. Die Parlamente erhalten die Möglichkeit zur Stellungnahme und bekommen die Aufforderung, die festgestellten Missstände zu beheben.

Von zahlreichen internationalen Organisationen wie WHO (1993) oder Europarat wird die Gleichwertigkeit der Versorgung für einzelne Teilbereiche¹⁵ oder für das gesamte System medizinischer Behandlung eingefordert.

Auch der Europarat hat dies eingefordert: „Die Gesundheitspolitik in der Haft soll Teil der nationalen Gesundheitspolitik und mit ihr vereinbar sein. Der Gesundheitsdienst in einer Vollzugsanstalt soll in der Lage sein, unter Bedingungen, die denen außerhalb der Anstalt vergleichbar sind, eine allgemeinärztliche, psychiatrische und zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten und Programme auf dem Gebiet der Hygiene und der vorbeugenden Medizin durchzuführen.“¹⁶

Die Grundlagen für dieses Äquivalenzprinzip in Deutschland bestehen in dem gesetzlichen Auftrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Gegenwirkung schädlicher Wirkungen des Freiheitsentzuges (§ 3 Abs. 1 u. 2 des Strafvollzugsgesetzes). Diese Grundsätze verlangen eine Orientierung an den außerhalb erprobten und bewährten Standards und Leitlinien als Richtschnur intramuraler Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote. Dies betrifft auch die psycho-sozialen Hilfen innerhalb des Vollzugs. Hierzu sind realistische Einschätzungen und Untersuchungen über die den Gefangenen im Vollzug drohenden gesundheitlichen Risiken und dementsprechende anstaltliche Maßnahmen und Mittel der Risikoversorgung erforderlich.

Angleichung der Standards

Das Äquivalenzprinzip ist über ethische und fachliche Grundsätze hinaus aber auch von enorm praktischer Bedeutung: Nur durch eine Angleichung der Standards in der

13 Eigene Übersetzung: „Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.“

14 <http://www.cpt.coe.int>

15 Z. B. Umgang mit HIV/Aids in Gefängnissen: WHO 1993

16 Empfehlung des Ministerkomitees No. (98) 7 vom 8. April 1998 über die Einhaltung von ethischen und organisatorischen Grundsätzen der medizinischen Versorgung im Gefängnis (Veröffentlichungen des Council of Europe, 1998, Recommendation Nr. (98) 7, in Kurzform ZfStrVO 1999, 104). Einen willkommener Beitrag zur Fortbildung von Ärzten und Ärztinnen zu ethischen Fragestellung im Vollzug bietet ein Kurs der Norwegian Medical Association: <http://lupin-nma.net/>

Praxis kann eine wirksame Vernetzung der Hilfen vor und nach der Entlassung in die Kommune gewährleistet werden. Das heißt, dass die Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen ausgearbeitet und in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet werden sollten. Schließlich sollen die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (z. B. der Bediensteten) Berücksichtigung finden.

Die oben erwähnten Menschenrechte (auch von Gefangenen) auf Vertraulichkeit und Anonymität in den medizinischen Behandlungen der Gefangenen werden in vielen Gefängnisssystemen verletzt. Vertraulichkeit wird oft nicht gewahrt.

Das System aber sollte sich schärfer selbst überprüfen, besser aber noch von externen unabhängigen Gutachtern überprüft werden, ob es die Vorgaben im Alltag der Gesundheitsfürsorge einhält. So sitzt z. B. der Gefängnisbeamte, der den Insassen zur ‚Krankenabteilung‘ begleitet im Untersuchungszimmer und verhindert so eine offene Begegnung des Gefangenen mit dem Arzt.¹⁷ Leider gibt es in Deutschland kein Inspektorswesen (wie z. B. in den Niederlanden und England), wo unabhängige, meistens beim Gesundheitsministerium angesiedelte Personen die Behandlungsbedingungen in Haft überprüfen. Dies würde zur Qualitätsverbesserung beitragen, jedenfalls eher als die „Fachaufsicht im eigenen Haus“ (durch Ärzte bei den Landesjustizbehörden).

Ein externes Qualitätssicherungsverfahren, wie in Krankenhäusern oder anderen Institutionen üblich, findet in aller Regel nicht statt.

„Basis“- oder „Luxus“-Gesundheitsleistungen

Während das Äquivalenzprinzip der Gesundheitsleistungen ‚an sich‘ nicht in Frage gestellt wird, geht es unter finanziellen Gesichtspunkten auf vielen Ebenen des Alltags von Justiz- und Strafvollzug um die Fragen, was kann und was soll die Gesundheitsfürsorge im Justiz- und Strafvollzug leisten bzw. finanzieren? Diskussionen über eine vermeintliche Besserstellung der Gefangenen und die Forderung nach Eigenbeteiligungen an den Gesundheitskosten der Gefangenen, entsprechend denen der Bürger/innen außerhalb in den Krankenversicherungen, werden ebenso geführt¹⁸ wie Diskus-

17 Eigene Beobachtung während eines Forschungsaufenthaltes

18 So werden in der JVA Bremen aus „ärztlicher Sicht“ notwendige Medikamente weiterhin kostenfrei abgegeben, nicht verschreibungspflichtige und aus ärztlicher Sicht „nicht unbedingt notwendige Medikamente“ sind jedoch vollständig vom Gefangenen selbst zu bezahlen. Die Redaktion der Gefangenenzeitschrift „Diskus 70“ fügt hinzu, dass "bereits jetzt z.T. erhebliche Zuzahlungen bei anderen medizinischen Leistungen (Krankengymnastik, Massagen, Physiotherapie oder auch bei bestimmten zahnärztlichen Leistungen fällig werden". Die rechtliche Zulässigkeit solcher Zuzahlungen sei, vorsichtig ausgedrückt, zweifelhaft. Im Gesetz seien Zuzahlungen nur beim Zahnersatz ausdrücklich vorgesehen.



sionen darüber, dass Gefangene eine gesundheitlich hoch belastete Population darstellen, die eine besondere und überproportionale Gesundheitsleistungen erfordert. Letztlich bleibt Richtschnur des Handelns der Akteure und Akteurinnen in der Gesundheitsfürsorge (Ärzte/Ärztinnen, Mediziner/innen in den Landesjustizbehörden), die (notwendigen) Leistungen zum Erhalt und zur (Wieder-)Herstellung von Gesundheit zu erbringen – angelehnt an die Leistungen in der Kommune. Doch diese Orientierung wird erschwert durch viele Besonderheiten, die sich zum Teil aus der Strafvollzugssituation mit der hohen Sicherheitsdominanz aller Vorgänge ergeben, und andererseits aufgrund der unscharfen Definition dessen, was eigentlich innerhalb einer vorgegebenen Zeit der Inhaftierung zu leisten ist bzw. geleistet und finanziert werden soll. Hier zeigen sich die Problembereiche zwischen „defensiver Medizin“ auf der einen Seite und besonderer Hilfestellung auf der anderen. Nur beispielhaft sind hier einige Bereiche der Diskussion skizziert, die unten weiter ausgeführt werden:

- ◆ Sollen Grippe-Impfungen durchgeführt werden?
- ◆ Sollen Hepatitis-A- und B-Impfungen offensiv angeboten werden?
- ◆ Wie wird mit Diagnostik, Monitoring und möglicher anschließender Therapie von HIV, HBV/HCV umgegangen (Überweisung in Schwerpunktpraxen außerhalb)?
- ◆ Werden Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige begonnen?
- ◆ Welche Therapien zum Substanzmittelmissbrauch werden angeboten?
- ◆ Welche Ansprüche bestehen auf zahnmedizinische Leistungen?
- ◆ Welche gesundheitlichen Leistungen erhalten straffällig gewordene Asylbewerber/innen oder Abschiebehäftlinge?

Diese Aufzählung deutet bereits den enormen Spielraum zwischen „defensiver“ und „offensiver“ Medizin, zwischen aus ärztlicher Sicht „notwendigen“ oder „nicht notwendigen“ Medikamenten an und markiert, inwieweit die medizinischen bzw. medizinisch-therapeutischen Leistungen insgesamt präventiv ausgerichtet oder lediglich als „Akutmedizin“ und Basisversorgung verstanden werden.

Handlungsleitende Prinzipien

Durch das gefängniseigene Gesundheitssystem entstehen zwangsläufig Bruchstellen mit der Weiterbehandlung in der Kommune bzw. mit der Fortsetzung von in der Kommune begonnenen Behandlungen. Die Schnittstellenproblematik wird auf der Gefängnisebene zwar benannt und es wird versucht, dem zu begegnen; es bleiben jedoch strukturelle Defizite einer patientenorientierten Gesundheitsfürsorge, die den Gesundheitsbedürfnissen der Patient(inn)en und nicht (nur) institutionellen Vorgaben folgt.

Zwei Bereiche müssen benannt werden, die von enormer Bedeutung für die Herstellung von äquivalenten Gesundheitsdienstleistungen innerhalb und außerhalb des

Vollzuges von großer Wichtigkeit sind. Die handlungsleitenden Prinzipien müssen sein: informierte Zustimmung und Vertraulichkeit – im Gefängnis muss noch stärker auf die Einhaltung beider Prinzipien geachtet werden.

Ebenso wie in der Gemeinde müssen alle notwendigen Schritte unternommen werden, um die Zustimmung der Patient(inn)en zu bestimmten Maßnahmen zu erreichen und zu dokumentieren. Levy¹⁹ betont, dass die professionellen Gesundheitsdienstleistenden die einzigen Ansprechpartner/innen der Gefangenen sind und dass sie unabhängige Anwälte und Anwältinnen für die Gesundheit des Gefangenen und die öffentliche Gesundheit sein sollten. Prinzipien evidenz-basierter Medizin, zusammen mit Menschlichkeit und Leidenschaft sind im Strafvollzug sogar stärker erfordert als in der Gemeinde. Weniger als diese Leistungen zu erbringen, setzt die Gesundheitspraktiker/innen Anwürfen ihrer professionellen Kolleg(inn)en aus. Nur die Beibehaltung der professionellen Standards, d. h. die Kenntnis und Umsetzung internationaler und nationaler Standards in gefängnisbezogenen Protokollen der Hilfgewährung, schützt Gesundheitsdienstleistende in Haft vor unethischer Praxis. Es besteht kein Mangel an guten (inter-)nationalen Standards, sondern eher einer in Bezug auf ihre Umsetzung, ihre Verankerung und ihr Verständnis von allen beteiligten Berufsgruppen vor Ort.

Ausbildungsstandards

Es braucht eine grundlegende Verpflichtung zur Qualifizierung und Ausbildung von geeignetem Personal. Es ist anzustreben, examiniertes Krankenpflegepersonal in einem patientenfreundlichen festgelegten Patienten-Pflege-Schlüssel anzustellen, der mindestens dem Schlüssel in der Gemeinde folgt. Besondere und ständig aufzufrischende Fortbildung muss durchgeführt werden, um den basalen Erkrankungsrisiken wie mehreren Diagnosen bei Patient(inn)en, Späterkennung einer chronischen Erkrankung, viralen Infektionskrankheiten, Einschätzung des Geisteszustandes von Gefangenen etc. angemessen begegnen zu können.

Angesichts der Belastung durch Krankheiten der Gefangenen ist professionelle Kompetenz zentral. Es ist nicht zu akzeptieren, dass unbedachte Gesundheitspraktiker/innen (Arzt/Ärztin oder Krankenpflegepersonal) aus welchen Gründen auch immer im Gefängnis ‚verpflichtet‘ werden. Alle Professionen, die im Gefängnis beschäftigt sind, müssen sich vorher mit den ethischen und professionellen Dilemmata beschäftigen, denen sie in ihrer Arbeit im Gefängnis ausgesetzt sind. Schließlich geht es darum, multi-professionelle Teams anzustreben, die den Herausforderungen begegnen können.



Angleichung der medizinischen Dienste an und Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten

In den ‚Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners‘ von 1955 wird weiter gefordert: *“...The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation...”*.²⁰ Auch in der WHO-Erklärung vom 24. Oktober 2003 in Moskau ‚Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit‘ wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, *“...um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen”*.

Die Verschränkung der gefängnisinternen medizinischen und gesundheitsorientierten Leistungen mit denen in der Gemeinde/Region dient der Verbesserung der Gesundheit der Patient(inn)en/Gefangenen. Die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis kann so bessere Überleitungen und Behandlungskontinuitäten für die Zeit nach der Haftentlassung herstellen. Durch eine beständige und nachhaltige Kommunikation und Kooperation mit den Diensten außerhalb kann auch eine verbesserte Absprache (mit Zustimmung der Patient(inn)en) bei Haftantritt erreicht werden.

Für einige Krankheiten (HIV/Aids oder Hepatitis) braucht es dringend der Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen außerhalb, da nicht alle Anstaltsärzte oder Vertragsärzte, die für einige Stunden pro Woche im Vollzug arbeiten, auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts sind. Gefangene haben ebenso wie andere Menschen ein Recht darauf, von medizinischen Fortschritten zu profitieren. Dass dies nicht immer der Fall ist, zeigt beispielsweise eine Untersuchung der Substitutionsbehandlung: Die Behandlung selbst wurde in vielen Bundesländern spät eingeführt, ebenso die Erweiterung der Substitutionsmittelpalette (z. B. auf Buprenorphin).

Medizinische Leistungen im Vollzug sind immer auch Gegenstand politischer und fiskalischer Debatten. An einigen Punkten wird dies besonders deutlich: Wenn es etwa um Konzepte wie „harm reduction“ geht (Substitutionsbehandlung, Kondom-, Spritzenvergabe), die außerhalb des Vollzuges seit 20 Jahren Einzug in die Drogenhilfearbeit gefunden haben, dann gibt es im Vollzug starke ideologische Blockaden, die einen Transfer in den Strafvollzug behindern (vgl. Stöver/Hennebel/Casselmann 2004; Lines et al. 2004). Auf die gleichen Vorbehalte stößt die externe Drogenberatung durch Mitarbeiter/innen freier Träger, die eine (bessere) Überleitung Drogenabhängi-

²⁰ Rule 22/1; vgl. auch Vereinte Nationen 1990, Principle 9

ger aus der Haft in die Therapieeinrichtungen garantiert haben (nach dem §35 Betäubungsmittelgesetz).

Diese Brisanz wird auch in der oben zitierten Moskauer Erklärung der WHO ausgedrückt und wird als Empfehlung für eine bessere Zusammenarbeit öffentlicher Gesundheitssysteme mit jenen des Strafvollzuges herangezogen, damit „*Schadensbegrenzung das Leitprinzip für Präventivkonzepte gegen die Übertragung von HIV/Aids und Hepatitis im Strafvollzug wird*“.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass eine patientenorientierte Sichtweise in der Organisation und inhaltlichen Ausgestaltung verstärkt dazu führt, dass notwendige Krankenbehandlungen so früh wie möglich angegangen werden können, um Verschlimmerungen und Chronifizierungen zu verhindern, die bei einer verzögerten oder gar nicht stattfindenden Behandlungsaufnahme eher eintreten würden.

Behandlungskontinuität

Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdiensten im Gefängnis und jenen außerhalb ist immer noch unzureichend, auch dies zum Nachteil der Patient(inn)en, z. B. wenn die Behandlungskontinuität nicht gewährleistet ist oder Anstaltsärzte medizinische Entscheidungen kompetenter Gremien oder Kolleg(inn)en außerhalb ignorieren. Dies ist ein Hinweis darauf, statt kameralistisch begründete Separierung patientenorientierte Verhaltensweisen einzuüben und auch organisatorisch einzuleiten. In mehreren Ländern ist eine Überführung der anstaltlichen Gesundheitsdienste in die allgemeinen Gesundheitsdienste der Gemeinde/Region erfolgt oder wird vorbereitet – trotz aller Anfangsschwierigkeiten mit großem Erfolg.²¹ Denn diese ganzheitliche Versorgung ist patientenorientiert.

Inhaftierung ist lediglich ein vorübergehender Ausschluss aus der Gemeinschaft der Freien. Mit dem Eintritt in das Gefängnis müssen begonnene Therapien fortgesetzt werden, mit der Rückkehr der Gefangenen müssen in Haft begonnene Behandlungen in der Gemeinde weitergeführt werden. Die Übergänge sind aufgrund der (rechtlich) unterschiedlichen Systeme, Finanzierungsgrundlagen und Hilfephilosophien überwiegend chaotisch. Das Ergebnis ist oft Abbruch weit gediehener Behandlungen, d. h. geringe Therapie-Compliance, und im Extremfall eine hohe Mortalitätsrate nach Haftentlassung (bei drogenabhängigen Gefangenen).²² Eine durchgehende Behandlung (z. B. Substitutionsbehandlungen, HIV-Therapien, Behandlung sonstiger chronischer Erkrankungen) ist gefordert, die den gesundheitlichen Bedürfnissen der Gefangenen und nicht den anstaltlichen Möglichkeiten und ideologischen Blockaden verpflichtet ist.

²¹ England/Wales, Norwegen, Frankreich und New South Wales/Australien; International Centre for Prison Studies 2004

²² Stewart et al 2004



Im Fokus: Angehörige

Levy²³ weist darauf hin, dass die Gesundheit „Zurückgelassener“, d.h. der Partner/innen, Familien, Kinder ebenfalls in den Blick genommen werden müsste. Dadurch dass Angehörige Stress durch den Verlust des Partners/der Partnerin erleben, Augenzeug(inn)en der Verhaftung und Inhaftierung werden, begleitende Gewalt miterleben, den schnellen Wechsel von Abhängigkeit zur „*Abwesenheit desjenigen, von dem man abhängig war*“ erfahren, in unterschiedlichster Form mit dem Strafvollzugssystem konfrontiert werden, in die Schulden der Partnerin/des Partners (innerhalb und außerhalb des Gefängnisses) hineingezogen werden und Stigmatisierung erleben, kann ihre Gesundheit Schaden nehmen. Viele dieser Punkte gelten auch für die Kinder. Einer australischen Studie zufolge haben 4 Prozent der Kinder einen Elternteil an „*das Gefängnis verloren*“ und 20 Prozent der eingeborenen Bevölkerung, der Aborigines, hatten solche Erfahrungen.²⁴

„Prison Health is Public Health“

Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in aller Regel wieder in die Gesellschaft zurück. Sollen gesundheitliche Risiken nach Entlassung für ehemalige Inhaftierte, Partner/innen, Familienangehörige minimiert und Behandlungschancen nicht vertan werden, dann müssen die Gesundheitsdienste in der Gemeinde/Region stärker in die Gesundheitsfürsorge der Anstalt einbezogen werden. Gegenwärtig hat man den Eindruck, dass die anstaltliche Gesundheitsfürsorge oftmals eher anstalts- und sicherheits- als patientenorientiert funktioniert. Barrieren und unnötige Restriktionen tragen eher zum Risiko für Rückfall und Krankheitsverschlimmerung nach der Entlassung bei, als dass sie dieses Risiko mindern. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Drogenabhängigen, denen oftmals eher mit den Mitteln der Angebotsverknappung als mit denen der Schadensminimierung begegnet wird. Es geht insgesamt mehr um die Benennung des Widerspruchs von Sicherheit und Gesundheitsversorgung und um eine Balance zwischen diesen Polen.

Es ist eine verstärkte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Gesundheitsdiensten in Haft und in der Gemeinde/Region gefordert, die sich auf folgende Bereiche beziehen sollte:

- ◆ Identifikation gemeinsamer Ziele und auch Unterschiede – sowohl auf der einen wie auf der anderen Seite der Mauer
- ◆ Identifikation von Ressourcen, sowohl aktueller wie zukünftiger, basierend auf Zielen, die beide Dienste erreichen wollen

²³ 2005

²⁴ Quilty, 2004

- ◆ Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Professionellen in Gesundheitsdiensten
- ◆ Gemeinsame Auseinandersetzung mit den Gesundheitsbedürfnissen der Gefängnisbeamten(innen)
- ◆ Setzung gemeinsamer Ziel, Bestimmung von Möglichkeiten der Erreichung und Überprüfung dieser Ziele (mit anerkannten Mitteln der Evaluation)

Reicht die Äquivalenzorientierung aus?

Aber reicht es überhaupt, wenn Gefangene den Standard medizinischer Versorgung erhalten, den sie in Freiheit auch erhalten würden? Würde man etwa mit gleichen finanziellen Ressourcen der erheblichen und extremen gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen effektiv begegnen können?²⁵ Wohl kaum. Die oben erwähnten spezifischen gesundheitlichen Defizite der Gefangenen erfordern eigentlich außergewöhnliche Maßnahmen, die über das Maß dessen hinausgehen, was an durchschnittlicher Krankenversorgung außerhalb bereitgestellt wird.

Viele Praktiker/innen weisen darauf hin, dass die Gefangenen in Bezug auf die medizinische Versorgung im Strafvollzug eigentlich in mehreren Punkten besser gestellt seien, als wenn sie in Freiheit wären. (Das geht bis hin zur Forderung, die Gefangenen mögen sich an den Krankenkosten stärker beteiligen). Als Argumente werden unter anderem die Befreiung von der Zuzahlungspflicht, zahnmedizinische Leistungen oder kostenlose Entfernung von Tattoos genannt. Gestärkt wird diese Sichtweise noch dadurch, dass oftmals eine schnelle und dramatische Gesundung der Gefangenen eintritt: Gewichtszunahme, bessere Ansprechbarkeit, Teilnahme an sportlichen Aktivitäten mit dem Erfolg höherer körperlicher Belastbarkeit und Verbesserung der Kondition etc. werden als Zeichen der Gesundung angeführt. Dies sind in der Tat oft zu beobachtende dramatische Veränderungen, gemessen am körperlichen Status bei Haftantritt – leider sind sie in den meisten Fällen nicht von Dauer. Nach Haftende verschwinden diese guten Effekte in der Regel wieder. Die körperlichen Verbesserungen werden oftmals nur durch einen verbesserten Tag-Nacht-Rhythmus und eine regelmäßige Ernährung in der Anstalt begründet.

Haftbedingte Faktoren der Gesundheitsminderung

Diese selektive Wahrnehmung von ‚Gesundung‘ blendet allerdings auch aus, dass es neben der physischen noch andere Dimensionen von Gesundheit gibt (die psychische und die soziale), die nicht unmittelbar sichtbar und veränderbar sind, und schließlich profitieren nicht alle Gefangenen von der oberflächlichen „Gesundung“, sondern nur ein Teil.

²⁵ Vgl. Levy 2005



In dieser Wahrnehmung von ‚Gesundung‘ spielen iatrogene²⁶ Prozesse keine Rolle – institutions-/haftspezifische Entwicklungen, die gesundheitlich belastend sind: Gewalt, sexuelle Gewalt, Gewaltandrohung, Einschüchterung und Erpressung, Angstzustände, Depressionen, lethargisches Verhalten. Trotz aller Bemühungen, den Anspruch des Behandlungsvollzuges einzulösen, bleibt die strukturelle Dynamik des geschlossenen Vollzuges mit der Ressourcenverringerung der Gefangenen in mehr oder weniger starker Ausprägung erhalten: Das Leben im Gefängnis ist reizarm gestaltet und soll auch reizarm gestaltet werden, und aus Sicherheitsgründen wird das tägliche Leben in einem extremen Ausmaß bis in die kleinsten Details strukturiert. Das Ergebnis ist oftmals eine ‚erlernte Hilflosigkeit bei den Gefangenen. Auch Gesundheit im Gefängnis wird zu etwas Verordnetem, zur Beseitigung offenkundiger Erkrankungen – oftmals unter Nichtberücksichtigung haftbedingter Krankheitsfaktoren. Dies bedeutet, dass vorhandene Ressourcen und Kompetenzen der Gefangenen nicht nur nicht gefördert, sondern unterdrückt werden müssen. Duncker²⁷ weist darauf hin, dass diese Ressourcenverringerung mit ihren Symptomen Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Interesse- und Mutlosigkeit, Passivität etc. in einem anderen Kontext ein eigenes Krankheitsbild darstellen würde: den Hospitalismus. Dieses Syndrom der Depravierung im Gefolge längerer Krankenhaus- bzw. Anstaltsaufenthalte ist vornehmlich bei Kindern und psychisch Kranken festgestellt worden, die langfristig in einer umfassend versorgenden Krankenhaussituation, also in einem ähnlich abhängigkeitsfördernden System wie dem Gefängnis untergebracht waren. Die Tatsache der Ressourcenverringerung in „totalen“ Institutionen muss auch für die gesundheitliche Verfassung der Gefangenen als prägend begriffen werden.

Schließlich werden Gefangene auch von solchen gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten abgeschnitten, die sie außerhalb der Anstalt leicht und jederzeit erhalten können: Substitutionsbehandlungen, sterile Einwegspritzen, Kondome etc.

Gesundheitsförderung im Gefängnis

Reicht ein Umsteuern, eine Verbesserung der Gesundheitsfürsorge, ein Mehr und Besseres? Ganz bestimmt für die Situation vieler Gefangener. Aber die strukturelle Ebene von gesundheitlicher Verfassung wird damit nicht verändert. Dies ist übrigens kein gefängnistypisches Problem (obwohl hier überdurchschnittlich viele Gesundheitsprobleme der Menschen in diesen Institutionen offenbar werden): Auch andere Institutionen wie Krankenhäuser, Schulen oder gar Städte haben erkannt, dass sie die Gesundheitsprobleme der Patient(inn)en, Schüler/innen und Bewohner/innen nur dadurch lösen

26 Schulmedizinischer Fachausdruck für eine Erkrankung, die durch den Behandelnden ausgelöst worden ist.

27 1999

können, dass sie die Betroffenen beteiligen, Politik transparent gestalten und die Prozesse so gestalten, dass sie von Menschen verstanden (Reflexion) und als machbar (Selbstwirksamkeit) und sinnhaft (Bedeutsamkeit) erlebt werden können. Das Konzept ‚Gesundheitsförderung‘ hebt auf diese Elemente ab. Es hat ein Setting-Verständnis zur Grundlage: Es geht um die Gesundheit aller Menschen, die innerhalb eines Systems oder einer Institution leben, arbeiten, essen, lieben, Freizeit verbringen. Insofern bezieht sich das Problem der Gesundheit im Gefängnis nicht nur auf Gefangene, sondern auch auf die Gesundheit der Bediensteten.²⁸

Mit dem Ziel der Ressourcenförderung und der Erweiterung der individuellen und sozialen Handlungskompetenzen geht es um die Lebens- und Gesundheitsbedingungen Gefangener und der im Strafvollzug Beschäftigten. Deutlich wird, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Das bedeutet, dass für die Stärkung protektiver Faktoren die jeweiligen Lebens- Arbeits-, Lern- und hier die Vollzugsbedingungen mit berücksichtigt werden müssen. Dies umfasst neben der Einbeziehung der spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen im Gefängnis auch die materiellen, baulichen, personellen, kommunikativen und kooperativen Gegebenheiten des Gefängnisses. Ein systemischer Blick auf das Gefängnis ist gefordert, der lebensweltbezogen, fächerübergreifend und kontextorientiert hilft, die Lebensqualitäten unter den gegebenen Bedingungen des Freiheitsentzuges weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine Diskussion von „Healthy Prisons“ durch mehrere Disziplinen geführt werden muss: Erkenntnisse aus Sozial-, Gesundheits-, Politik- und Rechtswissenschaften müssen miteinander verbunden werden, um die Bedingungen und Entwicklungspotentiale einer Gesundheitsförderung im Gefängnis zu analysieren.²⁹

Abschließende Bemerkungen

Es geht also nicht nur darum, die Krankheit des Einzelnen reaktiv zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen. Vielmehr soll darüber hinaus eine Gesundheitsförderung betrieben werden, welche die Ressourcen des Einzelnen aktiviert und alle Akteure und Akteurinnen in einem bestimmten Setting zu integrieren versucht. Die gesundheitsabträglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen (die physischen, zeitlichen, baulichen und organisatorischen Bedingungen von Gefängnis) müssen in diesem Sinn identifiziert, thematisiert und verbessert werden und zwar für alle Beteiligten: Gefangene, aber auch Bedienstete sind mit in die Überlegungen einer Gesundheitsförderung im Gefängnis einzubeziehen. Schließlich geht es darum, die Institution Gefängnis als ein System unter vielen zu be-

28 Siehe Bögemann 2004

29 Vgl. umfassend zur Gesundheitsförderung in Haft: Stöver 2000

greifen und vor allem Verbindungen mit anderen Institutionen herzustellen (kommunale/regionale Hilfsorganisationen, Familie, Arbeit etc.).

Die WHO hat sich deshalb nach dem Vorbild erfolgreicher „setting projects“ zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von „Health in Prisons“-Projekten³⁰ aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen für eine solche Entwicklung zu schaffen. Gegenwärtig sind über 30 Länder in diesem Netzwerk organisiert (ohne deutsche Beteiligung). Die Rolle der teilnehmenden Länder besteht darin, Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Gefängnissen zu stimulieren und einzuführen. Als Praxisbeispiele sind u. a. aufgeführt: Gesünderes Essen, Verbesserung der seelischen Gesundheit, Prophylaxe von Infektionskrankheiten, Erweiterung der sozialen Handlungskompetenzen, betriebliche Gesundheitsförderung etc. – Bestrebungen, die konsequent darauf ausgerichtet sind, aus der „Prison Health“ einen Aspekt der „Public Health“ zu machen.

Literatur

- Bögemann, H. (2004): Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Oldenburg: Bis-Verlag
- Butler, T./Milner, L. (2003): Inmate Health Survey. Sydney: Corrections Health Service (ISBN 073473560X)
- Butler, T. (1997): Preliminary Findings from the Inmate Health Survey (Physical and Mental Health Status) of the Inmate Population in the New South Wales Correctional System. Sydney: Corrections Health Service (ISBN 0731340981)
- Council of Europe: Committee of Ministers. Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prisons. (Adopted by the Ministers on 8 April 1998, at the 627th meeting of the Ministers' Deputies)
- International Centre for Prison Studies. World Prison Brief. http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/oceania_records.php?code=192 (09.03.2005)
- Keppler, K.-H./Nolte, F. Stöver, H. (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, H. 2/96, S. 98-107
- Levy M. H. (2005): Prison Health Care provision I Australia. In: Int. Journal of Prisoner Health (in press)
- Levy M. H. (1999): Australian prisons are still health risks. Med J Aust 5;171:7-8
- Lines, R./Jürgens, R./Betteridge, G./Stöver, H./Laticevski, D./Nelles, J. (2004): Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Montréal, Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network
- Office of the High Commission for Human Rights: Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (1955) and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977

³⁰ <http://www.hipp-europe.org>

Office of the High Commissioner for Human Rights: Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990 [Principle 9]

International Centre for Prison Studies (2004): Prison Health and Public Health: the integration of Prison Health Services. Report from a Conference. King's College London (ISBN 0-9535221-8-0)

Quilty, S./Levy, M.H./Howard, K./Barratt, A./Butler, T. (2004): Children of prisoners: a growing public health problem. Australian and New Zealand Journal of Public Health 28: 339-343

Stöver, H. (2000): Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag

Stöver, H. (2002): DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. In: Suchttherapie 3, Sept. 2002, S. 135-145

Stöver, H./Weilandt, C. (1997): Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug. In: Infektionsepidemiologische Forschung, H. 2.

Stöver, H./Nelles, J. (2004): Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. In: International Journal of Drug Policy, No. 1/04

Stöver, H./Hennebel, L./Casselman, J. (2004): Substitution Treatment in European Prisons. Oldenburg: BIS-Verlag

The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Health care services in prisons. Extract from the 3rd General Report [CPT/Inf (93) 12]

The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. CPT/In/E (2002) – Rev 2004 (2004). The CPT standards

Gesundheitspolitische Herausforderungen aus medizinischer Sicht

Dr. Bernhard Spitzer
(JVA Stein, Österreich)





STATE OF THE ART

Extramural - Intramural



SCHULUNG + WEITERBILDUNG

- ÄrztInnen
- BeamtInnen
- JuristInnen
- PsychologInnen
- SozialarbeiterInnen
- TherapeutInnen



DIAGNOSTIK

- Genaue körperl. + psych. Untersuchung
- Blutroutineparameter
- Hepatitis (AK – Testung + ev. PCR)
- HIV

- Harnkontrollen (Routine + SM)



PRÄVENTION

- Informationsgespräche
- Broschüren
- Take-Care-Set



PARADIGMATA

- Abstinenz

- Harm reduction



THERAPIE

- Möglichkeiten auch für antivirale Therapien (Interferon, Kombinationstherapien)
- Entgiftung
- Entwöhnung
- Substitution



ETHIK

- Lebensqualität
- Finanzierbarkeit

- Gleichberechtigung
- Vorurteile



VON DER BESTRAFUNG DES LASTERS ZUR THERAPIE DER ERKRANKUNG

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Markus Jann
(Bundesamt für Gesundheit, Schweiz)



Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug



innovativ ?

Gesundheitsförderung in Haft
Merkus Jenn
Bonn, 20. Oktober 2004

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Überblick

- **Teil I Gesellschaftspolitische Ausgangslage**
- **Teil II Handlungsbedarf und Massnahmen**
- **Teil III Was ist geplant?**

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Teil I: Gesellschaftspolitische Ausgangslage

- Finanzprobleme
- Veränderungen der politischen Landschaft
- Tendenz zum Föderalismus
- Gesellschaft und Drogenkonsum
- Cannabis / Revision des Betäubungsmittelgesetz

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Teil II: Handlungsbedarf und Massnahmen

- Handlungsbedarf im Suchtbereich generell und im Justizvollzug
- Angebotsstruktur im Suchtbereich generell und im Justizvollzug

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Teil II Handlungsbedarf und Massnahmen

Suchthilfe und Infektionsprophylaxe in Freiheit und Justizvollzug

	Freiheit	Justizvollzug
Gesundheitsförderung	+	+
Prävention / Früherfassung	+++	+
Amb. Beratung	++++	++
Entzug (amb. / stat.)	+++++	+++++
Stationäre Rehabilitation	++++	+++
Substitution (amb. / stat.)	++(+++)	++(+)
Nachsorge	++	+

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Suchthilfe und Infektionsprophylaxe in Freiheit und Strafvollzug

Fazit 1: Angebotsdichte sowie Standard der Suchtprävention, Suchthilfe und Infektionsprophylaxe sind insgesamt akzeptabel bis viel versprechend

Aber

- Die Angebotsdichte im Justizvollzug ist bedeutend geringer
- Der Spezialisierungsgrad ist weniger ausgeprägt
- Das therapeutische Setting ist schwieriger
- Die Akzeptanz innovativer Massnahmen geringer



Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Fazit 2: Der Handlungsbedarf im Justizvollzug ist gegeben und der potenzielle Public-Health-Gewinn entsprechender Massnahmen ist gross

Allerdings.....

- Es besteht geringe gesellschaftliche Akzeptanz von innovativen Massnahmen im Justizvollzug: „Gefängnisse sind keine Ferienlager“
- Ein hoher Anteil ausländischer Insassen erschwert therapeutische sowie präventive Massnahmen und beeinträchtigt die Akzeptanz
- Nicht abstinenzorientierte Drogenhilfe und Infektionsprophylaxe im Justizvollzug stossen auf Widerstand, da Drogen ohnehin illegal sind und Gefängnisinsassen tief in der gesellschaftlichen Hierarchie stehen
- Gesundheitsförderung in Haft wird zu stark auf die „Drogenfrage“ reduziert

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Teil III: Was ist geplant?

Vision

Die Versorgung in Bezug auf die Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten und Suchtmittelabhängigkeit ist im Justizvollzug gleich wie in Freiheit

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Ziel

Die derzeit bekannten präventiven, schadenmindernden und therapeutischen Massnahmen in Bezug auf Hepatitis, Aids und Sucht (Information, Zugang zu Kondomen und sauberem Spritzenmaterial, Substitution, Entzug und Rehabilitation) sind im Justizvollzug flächendeckend eingeführt

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Strategie

Vernetzen, Überzeugen, Umsetzen

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

Umsetzung

Projekt: Drogen, Aids, Hepatitis im Justizvollzug (DAH5)

- 1) Aufbau eines Netzwerks und Etablieren des gesellschaftspolitischen und fachlichen Lobbyings über bestehende Strukturen
- 2) Flächendeckende Einführung der schadenmindernden und präventiven Massnahmen
- 3) Entwicklung und Einführung eines therapeutischen Konzeptes für die Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug

innovativ? teilweise
effektiv? teilweise
nachhaltig? Nein! (noch nicht)

www.bag.admin.ch

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe im schweizerischen Justizvollzug
München, 20. Juni 2012, 20. Oktober 2012 Seite 12

Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen: Ausgewählte Ergebnisse der Berichterstattung

Dr. Caren Weilandt*
(WIAD, Deutschland)



* Mit bestem Dank an den Kollegen Heino Stöver für seine Unterstützung



1. Einleitung

„Gefängnisse sind die ungesundesten Plätze unserer Gesellschaft. In ihnen wird den Menschen nicht nur die Freiheit entzogen sondern sie werden hier auch Gefahren ausgesetzt wie Gewalt, Abhängigkeit und Infektionskrankheiten, während gleichzeitig ihre Fähigkeiten, mit diesen Risiken umzugehen, erheblich eingeschränkt sind.“ (Vorwort des WHO Readers „HIV in Prisons“, WHO Europe, 2001)

Dieser erste Satz aus dem Vorwort des 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Handbuch zu HIV im Gefängnis, das insbesondere für zentral- und osteuropäische Länder geschrieben wurde, klingt recht ernüchternd, spiegelt aber sehr wohl die Realität des Vollzugsalltags wieder, und zwar nicht nur in Osteuropa.

In Gefängnissen kommen Menschen zusammen, die ohnehin besonders vulnerabel sind, u.a. aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu gesellschaftlich benachteiligten Gruppen und ihrer oftmals vielfachen gesundheitlichen Vorbelastungen. Ein Großteil der Gefangenen ist psychisch stark vorbelastet bzw. reagiert mit psychischen Symptomen auf die Inhaftierung. Aber nicht nur gesundheitliche Vorbelastungen machen Gefangene empfindlich, sondern auch die besonderen Umstände und Belastungen, also die spezifischen Gegebenheiten in den Haftanstalten. Gefangene sind in Haft besonderen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt, die nicht mit denen in Freiheit vergleichbar sind: soziale Deprivation, Gewaltdrohungen bzw. manifeste Gewalt, schwere psychische Belastungen und Gefahr der Dekompensation bei psychisch vorbelasteten Gefangenen, Drogenmissbrauch und vor allem Gefahren, die mit einem erhöhten Risiko für virale Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV assoziiert sind.

Vor diesem Hintergrund gibt es eine Reihe internationaler Initiativen und Projekte, die sich mit dem Themen Gesundheitsförderung und insbesondere Infektionsprophylaxe im Justizvollzug in Europa befassen. Neben dem „Health in Prison“ Projekt der Weltgesundheitsorganisation (siehe auch Beitrag von Dr. Lars Möller in diesem Band und siehe www.hipp-europe.org) ist vor allem das von der europäischen Kommission geförderte Projekt ENDIPP zu nennen, das auch diese Konferenz mitgefördert hat (www.ENDIPP.net).

2. ENDIPP

ENDIPP (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP)) ist ein europaweites multidisziplinäres Netzwerk zur Prävention von Drogen und Infektionen im Gefängnis. Finanziert durch die Europäische Kommission (Public Health Programme) und organisiert von WIAD und Cranstoun Drug Services ist ENDIPP in allen EU-Mitgliedsstaaten tätig (siehe www.ENDIPP.net).

Generell strebt das Netzwerk den Schutz und die Verbesserung von „Public Health“ an, indem es die Übernahme von integrierten sektorenübergreifenden Strategien zur

Reduzierung der Drogennachfrage und zur Prävention von Infektionen in europäischen Gefängnissen fördert. Die Ziele des neuen Netzwerks sind:

- ◆ Zusammenstellung, Vergleich und umfassende Verbreitung von Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten, Drogenkonsum und seinen Konsequenzen und die darauf bezogenen Präventionsmaßnahmen in Gefängnissen der EU-Mitgliedsstaaten
- ◆ Entwicklung einheitlicher und effektiver epidemiologischer und sozialwissenschaftlicher Forschungsinstrumente – mit allen einbezogenen Partnern, um die Epidemiologie von Gesundheitsgefährdungen durch Drogen zu beobachten und Präventionsansätze zu evaluieren
- ◆ Förderung des Austauschs von Erfahrungen und Informationen zum oben genannten Bereich in den Mitgliedsstaaten
- ◆ Förderung und Unterstützung der Implementierung von effektiven, an Schadensminderung und Abstinenz orientierten Programmen (im Kontext der aktuellen nationalen Gesetzgebung)
- ◆ Formulierung von Empfehlungen zur primären und sekundären Prävention von Infektionskrankheiten und anderen Drogen bezogenen gesundheitlichen und sozialen Problemen

Ein weiteres Ziel ist die Überführung von „best practice“ in multidisziplinäre Kernkompetenzen sowie technische Hilfen für internationale Mitwirkende und nationale Institutionen bereitzustellen.

Partnerorganisationen von ENDIPP sind die Pompidou Group des Europarats, WHO-Europa (Health in Prison Project), EMCDDA und HEUNI (das European Institute for Crime Prevention and Control).

ENDIPP Aktivitäten sind u. a. Organisation von europäischen *Konferenzen* zu Drogen und Infektionskrankheiten im Gefängnis, (Budapest, Sommer 2005 und Bratislava oder Warschau, Herbst 2006), verschiedene internationale *Forschungsprojekte* werden parallel zu unterschiedlichen Themen durchgeführt, der *Digest of International Research on Drug and HIV/AIDS Services in Prison* wird mit jährlich einer neuen Ausgabe aktualisiert und unter den Partnern und den Adressaten des Netzwerks verbreitet, regelmäßige *Länderberichte* mit gemeinsamer Struktur und standardisierter Methodik werden für jeden teilnehmenden EU-Mitgliedsstaat erstellt. Diese Länderberichte enthalten Informationen und Daten zum jeweiligen nationalen Gefängnissystem, zu Infektionskrankheiten und damit verbundenem Verhalten, epidemiologische Daten, Informationen zu nationalen Präventionsstrategien und ihre Ergebnisse. Das Netzwerk wird eine Reihe von *Trainingsakademien* organisieren, eine Folge von Seminaren, die sich hauptsächlich auf die Untersuchung der von den Ergebnissen der Forschungsprojekte des Netzwerkes herausgestellten Implikationen für die Praxis konzentrieren werden. Informationsaustausch erfolgt über den *Newsletter „Connections“* und die Webseite www.endipp.net.



3. Ausgewählte Ergebnisse des Europäischen Netzwerkes

Eines der zentralen Aktivitäten des Europäischen Netzwerkes in den vergangenen Jahren war die Durchführung von epidemiologischen Studien zur Prävalenz von HIV und Hepatitis und damit assoziiertem Risikoverhalten im europäischen Justizvollzug mit vergleichbaren Erhebungsmethoden (basierend auf der so genannten WASH-Methodik: Willing Anonymous Salivary HIV Survey, Bird & Gore, 1994). Ziel der Untersuchungen war es, die HIV-Prävalenz mit Hilfe von Speicheltests zu erheben und gleichzeitig infektionsrelevantes Risikoverhalten zu erfragen. Die Untersuchung war als Querschnitterhebung angelegt und die Teilnahme der Gefangenen auf freiwilliger Basis. Insgesamt wurden zwischen 1997 und 1999 in 25 Haftanstalten in Europa (Frankreich, Deutschland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und Belgien) insgesamt 3.389 Gefangene untersucht. Die Teilnahmequote war für eine Untersuchung mit solch sensitiven Fragestellungen (Drogengebrauch, Sexualität etc.) – relativ hoch mit insgesamt 82 %, wobei in Portugal (94 %), Spanien (89 %) und Deutschland (88 %) die höchsten Partizipationsraten erreicht wurden. Insgesamt gab 1/3 der untersuchten Gefangenen an (32 %) jemals intravenös Drogen benutzt zu haben.

In der Gruppe der „jemals-i.v.-Konsumenten“ gaben im Schnitt 45 % an, auch im Vollzug Drogen gespritzt zu haben (wobei keine weiteren Informationen über die Häufigkeit des Konsums vorliegen). In Spanien und Schweden setzten ca. zwei Drittel der Gefangenen ihren Konsum im Vollzug fort und in Deutschland etwas mehr als ein Drittel.

Tab. 1: Verhalten von Gefangenen, die jemals i. v. Drogen konsumierten (n=1.040) in %

Land	F	DE	It	Port	E	Sw	Be	Gesamt
i. v. Drogenkonsum 1992 oder früher	31	46	21	37	17	21	48	31
jemals im Gefängnis Drogen gespritzt	35	36	24	52	67	67	35	45
zum ersten Mal im Gefängnis Drogen gespritzt	6	9	6	6	9	6	11	7

Auffällig war, dass ein nicht unerheblicher Teil der Gefangenen (insgesamt 7 %) im Gefängnis den intravenösen Drogenkonsum aufnehmen. Zwischen 6 und 11 % der i. v. Konsumenten gab an, dass sie im Gefängnis waren, als sie zum ersten Mal Drogen intravenös konsumiert haben.

Hinsichtlich des nicht drogenbezogenen infektionsrelevanten Verhaltens gaben 6 % der befragten Gefangenen an, während des jetzigen Haftaufenthaltes hetero-

sexuellen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben und 2 % der Männer gaben an, Sex mit Männern gehabt zu haben. Der Anteil derjenigen, die angaben beim letzten Geschlechtsverkehr (in Haft) ein Kondom verwendet zu haben, war mit insgesamt 17 % sehr gering. Tätowierungen als Teil der Gefängniskultur, sind in allen EU-Ländern weit verbreitet: 29 % aller Befragten gaben an, dass sie während des aktuellen Haftaufenthalts im Gefängnis eine Tätowierung haben machen lassen.

Tab. 2: Nicht drogenbezogenes Risikoverhalten unter Gefangenen während des gegenwärtigen Gefängnisaufenthalts in %

Land	F	DE	It	Port	E	Sw	Be	Gesamt
heterosexueller Geschlechtsverkehr	8	5	2	2	45	23	13	6*
homosexueller Geschlechtsverkehr (nur Männer)	1	1	2	2	5	0,4	3	2
Kondomverwendung beim letzten Geschlechtsverkehr	21	22	27	18	30	1	0	17
Tätowierungen	21	23	37	38	29	26	18	28

* ohne Spanien und Schweden, wo für spezielle Gefangene Besucherräume zur Verfügung stehen, in denen sie auch sexuelle Kontakte haben können.

Tab. 3: HIV-Tests und Prävalenz in %

Land	F	DE	It	Port	E	Sw	Be	Gesamt
jedemals HIV-Test durchgeführt	72	61	69	74	85	87	51	71
davon HIV-positiv (Selbstangaben)	3,3	2,7	7,1	19,5	14,3	1,2	5,4	6,9
HIV-positiv nach Speicheltest								
alle	2,2	0,7	6,2	16,7	13,7	1,6	0	5
nur i. v. Drogengebraucher	11,4	1,4	16,1	28,4	23,4	2,6	0	12,9



Über 70 % der Gefangenen hatte nach eigenen Angaben schon einmal einen HIV-Test durchführen lassen und knapp 7 % berichteten ein positives Testergebnis. Diese Selbstangaben stimmten nicht komplett mit den Ergebnissen der Speicheltests überein. Insgesamt wurden von allem Gefangenen 5 % positiv auf HIV getestet (mit sehr hohem Raten in Portugal und Spanien). In der Gruppe der Gefangenen, die jemals intravenös Drogen gespritzt hatte, waren knapp 13 % HIV positiv. Die HIV-Prävalenz unter den Gefangenen, die niemals intravenös Drogen konsumiert hatten, lag mit 1,4 % deutlich darunter.

Durch multiple logistische Regressionen adjustiert nach Alter und Land würden die wichtigsten Risikofaktoren für eine HIV-Infektion ermittelt. Bei Gefangenen mit intravenösem Drogenkonsum Erfahrungen (n=1.010) waren dies:

- ◆ Dauer der i.v. Drogenerfahrung (zwischen 1983 und 1994 begonnen O.R. = 1, 3; i.v. vor 1983 begonnen O.R. = 2, 1)
- ◆ Gesamtdauer des Gefängnisaufenthalts (Gefängnisaufenthalt zwischen sechs Monaten und einem Jahr O.R. = 2, 3, 1–3 Jahre O.R. = 2, 3, über 3 Jahre O.R. = 2, 7)
- ◆ jemals im Gefängnis Drogen gespritzt (O.R. = 1, 9)

Für Gefangenen ohne Drogenerfahrung war die Dauer des Haftaufenthalts kein Risikofaktor für eine HIV-Infektion. Hier waren folgende Faktoren relevant:

- ◆ Alter (31-40 Jahre O.R. = 3, 9; > 40 O.R. = 1, 8)
- ◆ Anzahl der Sexualpartner vor der aktuellen Inhaftierung (>1 O.R. = 2, 5)
- ◆ i.v. drogenabhängiger Sexualpartner vor der Inhaftierung (ja O.R. = 3, 4, keine Angaben O.R. = 7, 4)

In den Jahren 1989/1999 wurden in fünf EU Mitgliedsländern (Belgien, Griechenland, Portugal, Italien und Frankreich) auch Untersuchungen zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von Bediensteten im Justizvollzug bezüglich Infektionserkrankungen durchgeführt. Die Teilnahme der Befragten war anonym und freiwillig. Die nachfolgenden Tabellen 4–7 dokumentieren die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie.

Tabelle 4: Wissen über HIV-Übertragungswege bei Bediensteten

Stimme zu	BE	GR	PT	IT	F	Gesamt
Sexualverkehr ohne Kondom	100 %	98 %	98 %	98 %	100 %	98 %
intravenöse Drogeninjektion	97 %	95 %	88 %	84 %	97 %	91 %
in öffentlichen Toiletten	19 %	24 %	35 %	24 %	16 %	26 %
gemeinsame Benutzung eines Rasierapparates	65 %	83 %	87 %	92 %	70 %	83 %
durch Speichel	42 %	94 %	56 %	53 %	38 %	63 %

Tabelle 5: Wissen zu Hepatitis-C-Übertragungswegen bei Bediensteten

	BE	GR	PT	IT	F	Gesamt
Sexualverkehr ohne Kondom	74 %	79 %	75 %	81 %	69 %	77 %
intravenöse Drogeninjektion	74 %	86 %	79 %	70 %	72 %	77 %
Empfang einer Bluttransfusion	71 %	83 %	79 %	83 %	75 %	80 %
in öffentlichen Toiletten	16 %	48 %	58 %	38 %	39 %	45 %
gemeinsame Benutzung eines Rasierapparates	42 %	54 %	68 %	62 %	45 %	58 %
durch Speichel	65 %	60 %	80 %	65 %	67 %	68 %



Tabelle 6: Einstellungen von Bediensteten zu HIV- bzw. HCV-positiven Personen

Würde es ablehnen ...	HIV	HCV
... mit einer positiven Person zusammenzuarbeiten	7 %	21 %
... mich mit einer positiven Person weiter regelmäßig zu sehen	10 %	16 %
... mit einer positiven Person aus demselben Glas zu trinken	54 %	64 %

Tabelle 7: Präventionsnotwendigkeiten aus der Sicht von Bediensteten

Stimme zu:	BE	GR	PT	IT	F	Gesamt
Zugang zu Kondomen	77 %	61 %	66 %	25 %	78 %	58 %
Spezielle Abteilungen für Drogenabhängige	87 %	92 %	86 %	95 %	88 %	90 %
Intime Besucherräume	36 %	79 %	60 %	56 %	33 %	59 %

Es wurde deutlich, dass z. T. erhebliche Wissensdefizite bezüglich der Übertragungswege von HIV und Hepatitis bei den Mitarbeitern im Justizvollzug vorhanden waren, wobei die Unsicherheiten hinsichtlich der Übertragung von Hepatitis stärker ausgeprägt waren. Diese Unsicherheiten führen dazu, dass viele Bedienstete im Vollzug normale soziale Kontakte (bei denen keine Infektionsgefahr besteht) mit infizierten Gefangenen bzw. Kollegen ablehnen.

Bezüglich der Frage, welche Präventionsangebote für Gefangene vorgehalten werden sollten, nannten 90 % der Befragten spezielle Abteilungen für drogenabhängige Gefangene und etwas über die Hälfte der Bediensteten sprach sich für die Bereitstellung von Kondomen für Gefangene sowie für spezielle Besucherräume in den Haftanstalten aus, in denen die Gefangenen auch die Möglichkeit zu Sexualverkehr haben.

4. Ergebnisse aus den europäischen Länderberichten

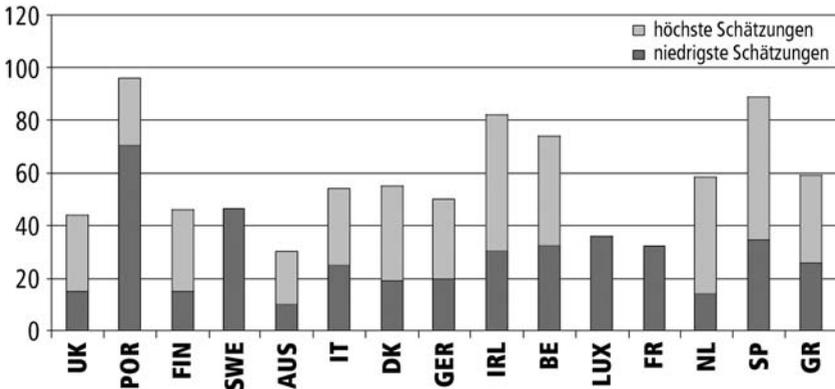
Im Rahmen des Europäischen Netzwerkes zu HIV und Hepatitisprävention sind regelmäßig Länderberichte zur aktuellen Situation hinsichtlich Epidemiologie und Prävention von viralen Infektionserkrankungen im Vollzug in den EU-Mitgliedsländern erstellt worden. Fasst man die Ergebnisse der Länderberichte zusammen, so lässt sich folgendes festhalten:

- ◆ Es gibt wenig verlässliche epidemiologische Daten zu HIV und Hepatitisinfektionen (Prävalenz und Inzidenz im Justizvollzug)
 - ◆ Es gibt europaweit und auch innerhalb der meisten EU-Mitgliedsstaaten kein einheitliches System der Datenerfassung und Dokumentation
 - ◆ Ein hoher, vor allem in den westeuropäischen Ländern sehr hoher Anteil von Migrantinnen und Migranten erschwert die Präventionsarbeit
 - ◆ HIV- und Hepatitisprävention (z. B. Testdurchführung u. Beratung) sind nicht äquivalent zu den Angeboten außerhalb des Vollzugs
 - ◆ Präventionsmaßnahmen (Information, Beratung, Drogenbehandlung, Substitution, Spritzentauschprogramme, freie u. anonyme Verfügbarkeit von Kondomen und Gleitmitteln) sind nur begrenzt umgesetzt (regional begrenzte Pilotprojekte, kein Vergleich zur Situation außerhalb, Äquivalenzprinzip ist nicht gewährleistet)
 - ◆ Die meisten Gefangenen in Europa haben keinen Zugang zu den außerhalb des Vollzuges üblichen Präventionsmitteln
 - ◆ Spritzentauschprogramme sind im Vollzug nur als Pilotprojekte in begrenztem Umfang durchgeführt worden (Ausnahme Spanien und Moldawien)
 - ◆ Es gibt nur wenige Erfahrungen mit anderen Schadensminderungskonzepten wie z. B. Peer Education, drogenfreie Abteilungen etc.
- ← **Verglichen mit den Präventionsmaßnahmen für intravenös Drogenabhängige außerhalb des Vollzugs sind solche Maßnahmen innerhalb europäischer Gefängnismauern weder gut entwickelt und implementiert noch koordiniert.**

Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (s. <http://www.emcdda.eu.int>) ist 2001 eine Übersichtsstudie zu Drogen in europäischen Gefängnissen veröffentlicht worden (An Overview Study: Assistance to Drug Users in European Union Prisons), in der u. a. Informationen zum Anteil der und Unterstützung für Drogengebraucher in den Gefängnissen der Europäischen Union veröffentlicht wurden.



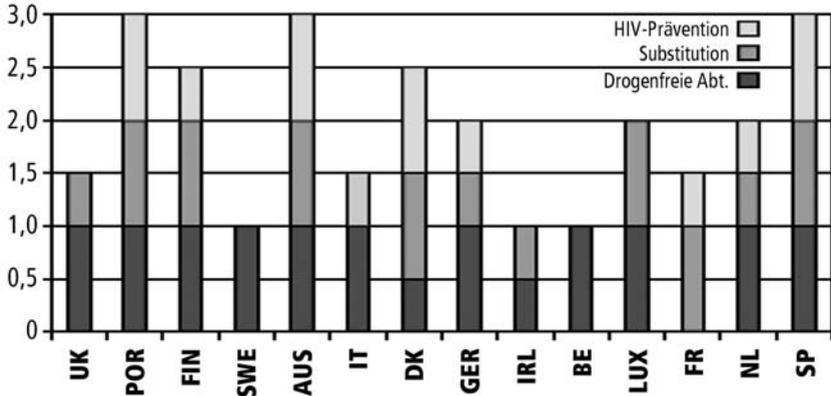
Abb. 1: Anteil von Drogengebrauchern in europäischen Gefängnissen (EMCDDA, 2001)



Die Abbildung verdeutlicht, dass die Prozentangaben (die Daten basieren jeweils auf unterschiedlichen Quellen, wie z. B. Surveys in einzelnen Gefängnissen, Schätzwerte von Gefängnisärzten bzw. Justizministerien) stark variieren, sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch zwischen den Ländern. Die Differenzen ergeben sich nicht nur durch die unterschiedlichen Prävalenzen von Drogenkonsum, sondern auch dadurch, dass in den einzelnen Quellen nicht dieselbe Definition von Drogenkonsum zugrunde liegt. Deutlich wird jedoch, dass Drogenkonsum in den Gefängnissen der europäischen Union ein weit verbreitetes Phänomen ist, der Anteil der Drogenkonsumenten im Schnitt zwischen 25 und 50 liegt und die höchsten Anteile von Drogenabhängigen in den Gefängnispopulationen von Portugal, Spanien und Belgien vorkommen. Der Anteil der Drogenabhängigen in den Gefängnispopulationen variiert sehr stark je nach Vollzugsart und Region, generell lässt sich festhalten, dass Drogenkonsum weiter verbreitet ist:

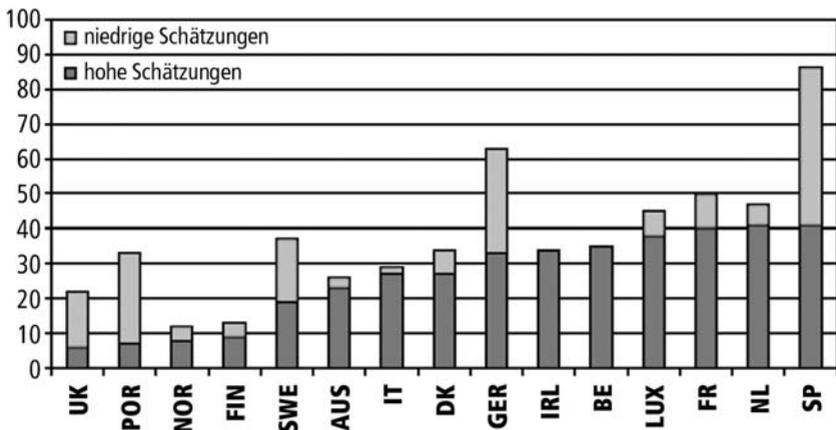
- ◆ unter weiblichen Gefangenen
- ◆ in Haftanstalten in Ballungszentren/Großstädten;
- ◆ im Jugendvollzug;
- ◆ in Haftanstalten mit hohem Anteil von Drogenabhängigen und Dealern, die sich in Grenznähe befinden.

Abb. 2: Unterstützung für Drogengebraucher in europäischen Gefängnissen (EMCDDA, 2001)



Schaut man sich die Verteilung der Unterstützungsangebote für Drogenabhängige im Europäischen Justizvollzug an, so wird deutlich, dass die Verbreitung der Angebote sehr unterschiedlich sind. In Österreich, Spanien und Portugal sind Prävention, Substitution und drogenfreie Abteilungen am weitesten verbreitet. Drogenfreie Abteilungen sind in allen Ländern außer Frankreich vorhanden, wobei die Konzepte von drogenfreien Abteilungen sehr stark variieren und nicht unbedingt miteinander vergleichbar sind. Substitution wird in Schweden und Griechenland in Gefängnissen gar nicht angeboten und in England, Italien, Irland, Belgien und den Niederlanden nur vereinzelt.

Abb. 3: Substitutionsbehandlung in EU-Ländern (EMCDDA, 2001)





Eine aktuelle Studie zur Substitutionsbehandlung im Europäischen Justizvollzug (Stöver, Hennebel & Casselman, 2004) hat verdeutlicht, dass das Angebot zur Substitutionsbehandlung in Gefängnissen weit hinter den Entwicklungen außerhalb zurückbleibt. Es besteht eine ‚Behandlungslücke‘ zwischen den Gefangenen, die eine Substitutionsbehandlung wünschen und denen, die sie bekommen. In den meisten Ländern existiert eine unzureichende und sehr lückenhafte Versorgung mit dieser Therapieform. Heterogene und inkonsistente Regelungen und Behandlungsbedingungen lassen sich in den meisten untersuchten Gefängnissen feststellen, sogar innerhalb einzelner Länder oder gar Regionen/Städte.

Die Studie zeigt auch, dass sich trotz aller Beschränkungen die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Haft in den letzten Jahren vergrößert hat.

In den meisten Ländern führt die Inhaftierung zu einem Abbruch der in der Gemeinde begonnenen Substitutionsbehandlung. Die Gründe dafür sind:

- ◆ eine grundlegende Abstinenzorientierung der Ärzte
- ◆ einhergehend damit: die Wahrnehmung von Methadon oder eines anderen Substitutionsmittels als psychoaktive Droge, die ungeeignet zur Therapie Drogenabhängiger ist
- ◆ ein mangelndes Verständnis von Abhängigkeit als einer chronischen Krankheit
- ◆ begrenzte Ressourcen und Expertise

Die Information der Gefangenen (z. T. auch der Bediensteten) über Sinn der Substitutionsbehandlung, Wirkung einzelner Substanzen und grundsätzliche Substitutionspolitik war in vielen Gefängnissen mangelhaft. Häufig verstanden Gefangene weder die Zielsetzung des Substitutionsprogramms, den Sinn eingesetzter Substanzen, Behandlungsschemata, noch die einschuss- und Ausschlusskriterien.

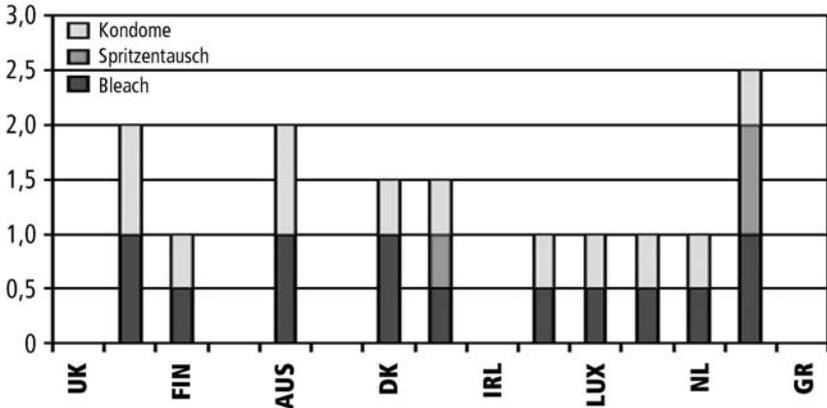
Die zentralen Ergebnisse der Studie waren folgende:

Um eine patientenorientierte Behandlung mit höherer Qualität zu erreichen, sollte eine

- ◆ wesentliche Ausdehnung von Substitutionsbehandlungen in den meisten Ländern erfolgen,
- ◆ erhebliche Qualitätsverbesserung der Behandlung eingeleitet werden sowie
- ◆ Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen Gesundheitsdiensten des Gefängnisses und der Gemeinde/Stadt/Region angestrebt werden.

Die Studie zeigte außerdem, dass das Ziel der Erreichung einer Drogenfreiheit für alle Gefangenen das Erreichen anderer wesentlicher und existenziell wichtiger Ziele, wie Vermeidung von HIV/Hepatitis-Infektionen und Überdosierung nach Haftentlassung gefährdet. Im Rahmen einer Prioritätensetzung muss die Gefahr irreversibler Schädigungen an oberste Stelle gesetzt werden.

Abb. 4: HIV/HVC-Prävention in EU-Gefängnissen (EMCDDA, 2001)



Ähnlich heterogen wie die Hilfsangebote für Drogenabhängige in Europa sind HIV- und Hepatitispräventionsmaßnahmen verteilt. Spritzenaustauschprogramme sind nur in einem EU-Mitgliedsland in allen Haftanstalten verfügbar, nämlich in Spanien (s. auch Kap. 5 dieses Beitrages). Kondome sind in einigen EU-Mitgliedsländern in Haftanstalten überhaupt nicht verfügbar (England, Schweden, Italien, Irland und Griechenland) und in vielen Ländern nur in einigen Anstalten. Nur wenige Länder stellen generell allen Gefangenen Kondome anonym und unentgeltlich zur Verfügung. Die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln („Bleach“) zur Reinigung von Spritzen und Injektionsnadeln gehört auch für einige wenige Länder zum generellen Präventionsangebot für Gefangene (Portugal, Österreich und Spanien). Einige Länder stellen Desinfektionsmittel zur Verfügung (z. T. in flüssiger Form oder als Tabletten), wobei nur in wenigen Fällen auch die entsprechenden Informationen zur Verwendung der Desinfektionsmittel zur Reinigung von Spritzbestecken mit vorgehalten werden, so dass es fraglich ist, ob dieses Präventionsangebot richtig genutzt wird oder nicht etwa durch fehlende Verwendung mehr Schaden anrichtet als Gutes getan wird.

5. Spritzenvergabe im Justizvollzug

Das Canadian HIV//AIDS Legal Network hat im Oktober 2004 eine ausführliche Analyse und Evaluation der Spritzenaustauschprogramme, die weltweit in Gefängnissen durchgeführt werden, publiziert (Lines, Jürgens et al., 2004: Prison needle Exchange – Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience), verfügbar über www.aidslaw.ca. Die zentralen Ergebnisse der Analyse fassen die Autoren folgendermaßen zusammen:



- ◆ Weltweit werden in über 50 Gefängnissen Spritzenvergabeprogramme durchgeführt
- ◆ Spritzenvergabeprogramme tragen zur Verbesserung der Sicherheit in den Institutionen bei, es konnten nirgendwo Sicherheitsrisiken bedingt durch die Projekte beobachtet werden
- ◆ Kein Anstieg des Drogenkonsums generell oder des intravenösen Konsums
- ◆ Positive Ergebnisse hinsichtlich der Gesundheit der Gefangenen und der öffentlichen Gesundheit allgemein
- ◆ Spritzenvergabeprogramme sind in ganz unterschiedlichen Vollzugssetting erfolgreich
- ◆ Unterschiedliche Vergabepraktiken werden eingesetzt und sind allesamt erfolgreich
- ◆ Zukünftig sollten gemeinsame Faktoren, die zum Erfolg von Spritzenvergabeprogrammen beitragen, analysiert werden
- ◆ Bei der Implementation von Spritzenvergabeprogrammen sind gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten und politischer Wille sowie Leadership notwendig

Weltweit werden in 6 Ländern (Schweiz, Deutschland, Spanien, Moldawien, Kirgisien und Weissrußland) bis heute in insgesamt über 50 Gefängnissen sterile Spritzen an drogenabhängige Gefangene zur Infektionsprophylaxe abgegeben (vgl. Stöver & Nelles 2003). Mit Ausnahme von Deutschland haben sich die anfangs als Pilotprojekte konzipierten Projekte mittlerweile als feste Angebote etabliert. In Spanien hat die Zahl der Anstalten, die Spritzenvergabeprojekte eingerichtet haben, in den letzten Jahren rapide zugenommen und zum Ende des Jahres 2004 sollen in allen Haftanstalten Spritzen für drogengebrauchende Gefangene verfügbar sein. In osteuropäischen und zentralasiatischen Gefängnissen ist kürzlich mit der Spritzenvergabe begonnen worden. Hingegen sind in Deutschland in nur 15 Monaten sechs der sieben (drei Anstalten in Hamburg, zwei in Niedersachsen und eine in Berlin) überwiegend seit 1996 bestehenden und problemlos laufenden Projekte wieder eingestellt worden.

Wissenschaftliche Untersuchungen fanden bisher in 11 Gefängnissen statt, mit folgenden Ergebnissen (vgl. Stöver & Nelles 2003). Spritzenaustauschprojekte lassen sich, das haben die bisherigen Erfahrungen verdeutlicht, ohne große Störungen in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren. Sie betreffen die Beziehungen zwischen Vollzugsbediensteten, drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Gefangenen insofern, als dadurch der Drogenkonsum und die damit verbundenen Infektionsrisiken thematisiert werden. Viele PraktikerInnen sprechen von offenerem Umgang mit drogenkonsumbedingten Themen (Rückfall, Ängste, Krankheiten), was auch neue Ansätze der Hilfen für diese Gefangenen ermöglicht (z. B. Integration von safer use-Training, Infektionsprophylaxe). Das zentrale Ergebnis der verschiedenen Evaluationsstudien war, dass das „needle sharing“ stark abnimmt und es nicht zu dem befürchteten Anstieg

des Drogenkonsums oder des intravenösen Gebrauchsmusters gekommen ist. Abszesse (z. B. JVA für Frauen Vechta, Deutschland) und Überdosierungen (Hindelbank, Schweiz) gehen unter Spritzenaustauschprogrammen dramatisch zurück.

Spritzenaustauschprogramme sind in den meisten der untersuchten Gefängnisse in übergreifende Präventions- und Behandlungsprogramme eingebunden worden. Befürchtungen, dass abstinenz-orientierte Hilfeangebote nicht mehr genutzt werden, haben sich nicht bestätigt. Im Gegenteil: eine Koexistenz von Schadenminderungsansätzen und auf Drogenfreiheit ausgerichteten Programmen ist eindrucksvoll beschrieben und Überleitungen zwischen den beiden Arbeitsansätzen sind möglich (Ministerio Del Interior & Ministerio De Sanidad y Consumo, 2002).

Wie auch außerhalb des Vollzuges Schadensminderungsangebote nur eine Komponente eines umfassenderen und auf die einzelnen Lebenssituation und Hilfebedürfnisse der Betroffenen abgestimmten und vor allem glaubwürdigen Unterstützungskonzeptes. Glaubwürdig deshalb, weil viele jüngere drogenkonsumierende Gefangene mit dem Eintritt in die Haftanstalt einen „Hygienerückfall“ erleben. Außerhalb sind sie in der Regel an eine leichte, 24-Stunden-Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck gewöhnt, und müssen jetzt auf alternative, nicht eingeübte Reinigungstechniken oftmals auch noch stumpfer und damit venenverletzender Spritzen zurückgreifen.

In Europa werden Spritzen in unterschiedlichsten Gefängnistypen vergeben: Männer- und Frauenhaftanstalten, kleinen und großen Gefängnissen (z. B. Soto de Real prison in Madrid, mit 1.600 Gefangenen), und Gefängnisse ganz unterschiedlicher Bauart: (Einzelzellen, Baracken mit mehr als 70 Gefangenen, die in Sälen zusammenleben, in sozio-ökonomisch gut ausgestatteten Ländern (Schweiz, Deutschland und Spanien), ebenso wie in Ländern im ökonomischen Übergang und geringeren infrastrukturellen Möglichkeiten (Moldawien, Kirgisien, Weißrussland). Dabei haben sich ganz unterschiedliche und den Möglichkeiten und Notwendigkeiten angepasste Vergabesysteme entwickelt:

- ◆ durch medizinisches Personal (Ärzte, Krankenpfleger)
- ◆ durch Gefangene, die eigens zu diesem Zweck ausgebildet werden
- ◆ durch externe Nicht-Regierungsorganisationen oder andere Gesundheitsexperten, die zu diesem Zweck in das Gefängnis kommen
- ◆ durch Automaten, die einen 1:1 Umtausch gewährleisten.

Die außerhalb von Gefängnissen gewonnenen Erkenntnisse und positiven praktischen Erfahrungen der Effektivität von Spritzenaustauschprojekten zur Infektionsprophylaxe ließen sich also auch innerhalb von Gefängnissen bestätigen

Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten als auch für die Inhaftierten tragen zur Verankerung und zum Erfolg der Infektionsprophylaxe in den Anstaltsalltag bei. Angebote externer Anbieter erscheinen dabei besonders sinnvoll, da diese glaubwürdiger sind, eindeutiger Botschaften vermitteln und mehr



Verständnis für die Zielgruppe aufweisen. Auf diese Weise lassen sich auch Präventions- und Vollzugsaufgaben am einfachsten voneinander trennen.

Inwieweit Spritzenaustauschprojekte von den Häftlingen akzeptiert werden, hängt wesentlich davon ab, in welchem Maße der Zugang zum Spritzenangebot von ihnen als anonym wahrgenommen wird. Die Gewährleistung der Anonymität beim Spritzenaustausch ist im Gefängnis zwar schwierig, muss aber dennoch als überaus wichtiges Anliegen wahrgenommen werden und ist, wie die verschiedenen Erfahrungen aufzeigen, auch möglich. Es bedarf klarer Spielregeln im Verlaufe eines Projekts, damit nicht Bedienstete Insassen, die Spritzen beziehen, unmittelbar auf Drogen kontrollieren und Insassen nicht als Reaktion darauf z. B. Automaten beschädigen und Spritzen in der Anstalt verstreuen (so passiert im Gefängnis Vierlande in Hamburg).

Die Akzeptanz der Spritzenaustauschprojekte unter den Bediensteten ist umso größer, je besser ihnen die Projektziele vermittelt werden und je mehr sie in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie in die Projektvorbereitung und Projektdurchführung einbezogen sind. Gelingt es, auch Gefangene in diesen Prozess einzubeziehen, z. B. Mitwirken von Insassen in einer Projektbegleitgruppe, kann die Akzeptanz weiter verstärkt werden.

Schließlich bleibt festzuhalten, dass (wie auch die Erfahrungen außerhalb des Vollzugs zeigten) mit der Spritzenvergabe nicht alle Risiken, die mit intravenösem Drogenkonsum verbunden sind, reduziert werden können. Zwar konnte (auch) mit Hilfe der Spritzenvergabe die HIV-Inzidenz unter DrogenkonsumentInnen erheblich gesenkt werden, aber es ist naturgemäß kein „Allheilmittel“ gegen alle Infektionskrankheiten und auch kein Garant dafür, dass das Risikoverhalten der Gefangenen komplett eliminiert wird.

Angesichts der großen Verbreitung der durch intravenösen Drogenkonsum verursachten Infektionsrisiken in europäischen Gefängnissen (Rotily & Weilandt 1999), ist es aus schadensbegrenzenden Überlegungen notwendig, in jeder Strafvollzugsanstalt Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten zu thematisieren. Das heißt nicht zwangsläufig, dass auch in jeder Anstalt Spritzen ausgegeben oder Spritzenautomaten aufgestellt werden müssen. Welche infektionsprophylaktischen Maßnahmen im einzelnen zu ergreifen sind oder ggf. welche Form der Spritzenabgabe gewählt wird hängt vom Bedarf, von den Anstaltsstrukturen, den räumlichen Bedingungen der Anstalt und den personellen Kapazitäten sowie von der Drogengebrauchskultur der Gefangenen ab. So ist z. B. der intravenöse Opiatkonsum in Teilen Englands, vor allem aber in den Niederlanden traditionell weitaus weniger verbreitet als etwa andere Applikationsformen. Im Vollzug müssen nach einer epidemiologischen Einschätzung verschiedene Infektionsprophylaxe-Modelle diskutiert werden. Welchen Ansatz eine Anstalt wählt, hängt von den Ergebnissen und der Diskussion dieser Bestandsaufnahme über Drogenkonsum, Risikoverhalten etc. ab.

Zehn Jahre nach der Einführung der ersten Spritzenabgabeprojekte im Strafvollzug bleibt die Frage, wieso trotz der vielfältigen positiven Erfahrungen der unterschiedlich

gestalteten Projekte die Spritzenabgabe in Strafvollzugseinrichtungen noch immer so umstritten ist und Spritzenabgabe bisher nur in wenigen Ländern und auch dort nur in vereinzelten Institutionen zur Infektionsprophylaxe und Schadensbegrenzung im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen eingeführt worden ist.

Es gibt viele Antworten auf diese Frage, die aber meist wenig mit rationalen und wissenschaftlich fundierten Aussagen zu tun haben. Grundsätzliche Erfahrungen und Erkenntnisse über Spritzenabgabe im Gefängnis, die eine flächendeckende Einführung dieser Maßnahmen rechtfertigen ließen, gibt es in der Zwischenzeit zur Genüge. Um einem wirksamen Schadensbegrenzungsansatz im Strafvollzug zum nötigen Durchbruch und vor allem zu Nachhaltigkeit zu verhelfen, sind übergreifende politische Entscheide und Unterstützung der Anstalten in praktischen Einzelfragen (rechtliche, kommunikative und technische Aspekte) erforderlich. Wenn dies nicht gegeben ist, wie bei den Modellprogrammen in Deutschland, dann können auch wissenschaftlich überzeugende Evaluationsergebnisse nicht verhindern, dass die Projekte Objekt und letztendlich Opfer übergeordneter politischer Interessen werden. Deutschland ist das einzige Land, in dem Spritzentauschprogramme im Justizvollzug initiiert und dann wieder abgeschafft wurden. In allen anderen Ländern sind diese Projekte mittlerweile etabliert und ausgebaut worden.

Ein Mangel an Akzeptanz der Projekte durch die Justizbeamten war z. B. das zentrale Argument für die Einstellung des Spritzenvergabeprojekts in Berlin Plötzensee, Bereich Lehrter Straße. „An erster Stelle (für die Einstellung der Spritzenvergabe, d.V.) ist nach wie vor der unauflösbare Widerspruch zu nennen, dem die Bediensteten der Justizvollzugsanstalten ausgesetzt sind. Einerseits haben sie den strafbaren Besitz von Drogen und deren Einfuhr zu bekämpfen; zum anderen müssen sie die Spritzbestecke tolerieren, die dem alleinigen Zweck des Drogenkonsums dienen“ (Sen. für Justiz Berlin, S. 16). Mit demselben Argument ließen sich auch sämtliche Spritzentauschprogramme in der Gemeinde einstellen, denn auch hier gibt es den Widerspruch zwischen verbotenerm Verhalten (i.v. Opiatkonsum) und der Bereitstellung von „Hilfsmitteln“ für dieses Verhalten.

Vor dem Hintergrund der öffentlichen Sorglosigkeit über die HIV/AIDS-Entwicklung einerseits, der angenommenen Kontrollierbarkeit der Infektion im Gefängnis, einer immer noch weitgehenden Ausblendung der Hepatitis-Infektions- und erkrankungsgefahren, und dem zunehmenden Verlust der Präventionswachsamkeit (beispielsweise Streichung der Mittel für die externe Suchtberatung in mehreren deutschen Bundesländern) und andererseits dem gewachsenen Bedürfnis nach Strafe und hartem Vollzug der Strafe, scheint es immer weniger Spielraum für notwendige Reformen und Anpassungen an die überwältigenden Beweise verbreiteter Infektionsgefahren im Gefängnis zu geben.

Festzuhalten bleibt, dass die Spritzenvergabe in den Haftanstalten von allen Beteiligten gewollt und akzeptiert werden muss (Anstaltsleitung, -arzt, und -mitarbeitern und auch von der Politik). Diese Akzeptanz muss beständig erneuert werden, um eine Nachhaltigkeit solcher innovativen Präventionsmethoden zu erreichen.



6. Zur Situation in Deutschland

- ◆ Ca. 220 Haftanstalten
- ◆ 79.329 Gefangene (Belegung am Stichtag 31.08.2004)
- ◆ davon 94.95 % Männer; 5,05 % Frauen, ca. 25 % Migrantenanteil)
- ◆ Anzahl der Erstaufnahmen 2003 (Zugänge aus Freiheit): 135.002
- ◆ Innerhalb eines Jahres durchlaufen etwa 200.000 Menschen die Vollzugsanstalten
- ◆ Ca. 40.000 Justizvollzugsangestellte arbeiten in deutschen Gefängnissen
- ◆ Anteil der Drogengebraucher: 30–50 % aller männlichen und 70–80 % aller weiblichen Gefangenen (regionale Unterschiede)
- ◆ Ca. 10 % aller Drogengebraucher befinden sich in Haft (doppelt so viele wie in stationärer Therapie)
- ◆ 60,4 % der IDU sind seit Beginn ihres iv Drogenkonsums mind 1 x in Haft gewesen, im Schnitt 2,7 Haftaufenthalte (Kleiber & Pant, 1996)
- ◆ Haftaufenthalte sind ein unabhängiger Faktor für HIV Infektionen bei i.v. Drogenkonsumenten: 10 % Wahrscheinlichkeit bei keinem, 17 % bei einem, 19 % bei zwei, 31 % bei drei Haftaufenthalten (Kleiber & Pant, 1996)

Wir können davon ausgehen, dass in Deutschland ca. 1/6–1/3 der Gefangenenpopulation intravenös drogenabhängig ist. 30–50 % der Drogenbenutzer setzen ihren Drogenkonsum auch im Gefängnis fort. Die Frequenz des Drogenkonsums schwankt je nach Angebot, Suchtdruck, Mittel der Gefangenen und nach Vollzugsart, ist aber tendenziell im Vollzug niedriger als außerhalb. Wesentlich schwieriger bis unmöglich ist dagegen der Zugang zu instrumentellen Präventionsmitteln im Vollzug im Vergleich zur Situation außerhalb. Drogenkonsum findet in Haft zwangsläufig unter hohem Infektionsrisiko statt. Zudem besteht die Gefahr, dass Drogengebraucher durch den Vollzug zu riskanteren Konsummustern wechseln bzw. durch den Situation im Vollzug erst an die Nadel kommen. 5–10 % der inhaftierten IDU waren im Gefängnis, als sie zum ersten mal Drogen gespritzt haben (Rotily & Weilandt, 1999).

Eine weitere und häufig unterschätzte Infektionsquelle sind Tätowierungen im Vollzug. In fast allen EU Mitgliedsländern sind Tätowierungen im Gefängnissen verboten. Tätowierungen gehören jedoch zur Gefängniskultur und sind vor allem unter Drogengebrauchern weit verbreitet (in den Untersuchungen des Europäischen Netzwerkes gaben 44 % der intravenös Drogenabhängigen und 20 % der übrigen Gefangenen an, sich während des aktuellen Gefängnisaufenthalts tätowiert zu haben. Tätowierungen finden meist unter hygienisch katastrophalen Umständen statt und bilden ein hohes und total unterschätztes Risikopotential.

- ◆ Infektionsgefahr für Drogengebraucher und alle übrigen Gefangenen sowie das Vollzugspersonal ist deutlich größer als außerhalb des Vollzugs
- ◆ Das Drogenhilfesystem im Vollzug ist durch die massiven Probleme der Drogengebraucher stark belastet (konzentriert sich auf Therapie statt Strafe, aber was ist mit denjenigen, die noch keinen Therapieplatz haben, keine Therapie wollen, keine Berechtigung haben oder in Untersuchungshaft sind)
- ◆ Es gibt in Deutschland keine verlässlichen Daten zur Infektionsepidemiologie im Vollzug
- ◆ Datenerhebung, Aufbereitung und Dokumentation sind uneinheitlich und mangelhaft
- ◆ Landes- und Bundesbehörden wägen sich in falscher Sicherheit bzgl. des Risikopotentials und der tatsächlichen Transmissionsraten im Justizvollzug (Stöver & Weilandt, 1997)

7. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung im Justizvollzug

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, gibt es keine bundesweite Untersuchung oder Dokumentation zur gesundheitlichen Situation von Gefangenen und ebenfalls keine aktuellen epidemiologischen Untersuchungen zu HIV und Hepatitis im deutschen Justizvollzug. Auch außerhalb des Vollzugs ist seit 1995 kein Monitoring der Prävalenz von Infektionserkrankungen bei Drogengebrauchern durchgeführt worden, was aus epidemiologischer Sicht ein äußerst unbefriedigender Zustand ist.

Daher hat das WIAD gemeinsam mit dem Robert-Koch-Institut Mitte 2004 eine standardisierte Umfrage zu Infektionserkrankungen und Suchthilfe bei den Landesbehörden durchgeführt. Die angefragten Daten und Informationen basieren auf einer Methodik, die vom WIAD im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit und der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde und in Zukunft für eine regelmäßige Datenerhebung für die Europäische Region eingesetzt wird („Health in Prisons“-Datenbank der WHO). Folgende Informationsbereiche werden bei der Befragung abgedeckt:

1. Zusammensetzung der Gefangenenpopulation
2. Drogenkonsum
3. Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen
4. HIV/Hepatitis-Testungen
5. Medizinische Versorgung der Gefangenen
6. Substitutionsbehandlung
7. Sonstige Infektionsprophylaxe (z. B. Desinfektionsmittel)



8. Hepatitis-Impfungen

9. Sonstiges (Tätowierungen, Piercing, Kooperation mit Suchtkrankenhilfe etc.)

Die Resonanz der Landesbehörden auf diese Anfrage war ziemlich entmutigend. Lediglich vier Bundesländer haben die Anfrage bearbeitet und alle Daten und Informationen zur Verfügung gestellt (Bremen, Brandenburg, Sachsen und Thüringen). Die übrigen Bundesländer gaben an, dass sie die angefragten Daten und Informationen nicht vorliegen haben und nur mit unzumutbarem Aufwand für die Vollzugsanstalten recherchieren könnten. Diese Ergebnis ist vor allem für die Landesbehörden blamabel, das sie hiermit dokumentieren, dass sie zentrale Informationen bezüglich der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von (vor allem suchtkranken) Gefangenen nicht kennen.

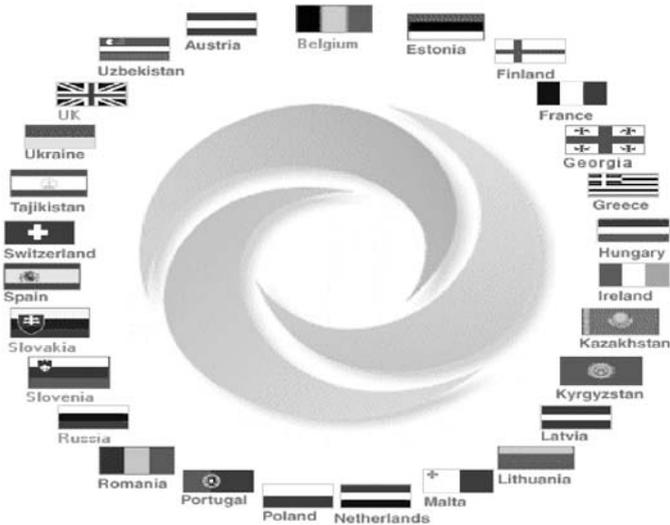
8. Handlungsbedarf

Angesichts der beschriebenen Situation gibt es in Bezug auf Infektionsprophylaxe im bundesdeutschen Justizvollzug dringenden Handlungsbedarf, der nachfolgend zusammengefasst wird.

- ◆ Einberufung eines Expertengremiums (interdisziplinäre AG) durch BMJ und BMG (Vertreter der Ministerien/Landesbehörden, Anstaltsleiter, Vollzugsbeamte, Drogenhilfe, Mediziner und Sozialwissenschaftler) zur Erarbeitung bundesweiter Empfehlungen zu Infektionsprophylaxe, Schadensminderung, Ausbau des Drogenhilfesystems im Vollzug und Datendokumentation
- ◆ Bundesweite Bestandaufnahme, Dokumentation und Weiterentwicklung instrumenteller u. personalkommunikativer Prävention von HIV/Hepatitis im Vollzug und ggf. Cost - Effectivenessanalyse der Maßnahmen
- ◆ Verbesserung der epidemiologischen Überwachung (z.B. regelmäßige Prävalenzstudien in repräsentativen Haftanstalten, Inzidenzstudien zu Hepatitis im Vollzug – das EU Netzwerk hat die entsprechende Methodik dazu bereits entwickelt und erprobt)
- ◆ Systematische Hepatitis A/B Impfprogramme für Gefangene und Vollzugspersonal
- ◆ Kondome und Gleitmittel frei und unentgeltlich für alle Gefangenen zur Verfügung stellen
- ◆ Bereitstellung von Langzeitbesucherräumen für Gefangene
- ◆ Drogenfreie Abteilungen
- ◆ Verfügbarkeit von sterilen Injektionsmaterialien
- ◆ Substitutionsbehandlung im Vollzug ausbauen und nach einheitliche Richtlinien durchführen

- ◆ Entlassungsvorbereitung für intravenös drogenabhängige Gefangene (Prävention von Überdosierungen)
- ◆ Aus- und Fortbildung von Gefängnispersonal zu infektionsrelevanten Fragestellungen
- ◆ Aufhebung des Tätowierungsverbots im Vollzug, Safer Tattooing
- ◆ Richtlinientransparenz für Vollzugspersonal
- ◆ Einhaltung des Äquivalenzprinzips!
- ◆ Deutsche Beteiligung am wissenschaftlich anerkannten internationalen Erfahrungsaustausch (WHO Health in Prison Netzwerk)

9. WHO Health in Prison Network



Das vor 10 Jahren von der WHO gegründete Netzwerk zur Gesundheit im Gefängnis hat mittlerweile 27 Mitgliedstaaten. Alle an Deutschland angrenzenden Länder (mit Ausnahme von Dänemark) sind bereits Mitglied in diesem wissenschaftlich anerkannten Netzwerk (zu den Inhalten und Zielen siehe auch Beitrag von Lars Möller in diesem Band sowie www.who.dk und www.hipp-europe.org).

Das WHO Netzwerk hat drei Schwerpunkte:

- ◆ Gesundheit im weitesten Sinne innerhalb der Gruppen der Gefangenen in den Mitgliedsländern zu fördern.
- ◆ Beratung anbieten zu abgestimmten prioritären Aspekten der gesundheitlichen Versorgung im Gefängnis, einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung



- ◆ Die Mitgliedsländer unterstützen in ihren Bemühungen den festgestellten gesundheitlichen Bedürfnissen der Gefangenen zu begegnen, einschließlich der Bereitstellung von gesundheitlichen Diensten, die mindestens äquivalent zu denen sind, die in der Gesellschaft jedes Mitgliedsstaates verfügbar sind.

Das Health in Prison Network hat eine Reihe von grundlegenden Erklärungen und Statuspapieren hervorgebracht, u. a. ein kürzlich veröffentlichtes Papier zur Schadensminderung im Gefängnis (Status paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, March 2005), das auf der Homepage der WHO als Download zur Verfügung steht.

Es ist zu hoffen, dass die Bundesregierung sich in Zukunft stärker als bisher mit diesen internationalen Initiativen auseinandersetzen und eine Mitgliedschaft in dem WHO Netzwerk anstreben wird.

Abschließend sollen die zentralen Passagen der Moskauer Erklärung der WHO zu „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ (Moskau, 24. Oktober 2003) zitiert werden:

„Die in der Mehrzahl der Länder der [WHO Euro] Region entstandene Lage im Strafvollzug erfordert dringend umfassende Maßnahmen gegen die Verbreitung von Krankheiten unter den Gefängnisinsassen und für entschiedene Aufklärung und Erziehung, wobei Präventionsmittel bereit gestellt werden müssen. Die Teilnehmer geben zur Verbesserung der Gesundheit aller Inhaftierten zum Schutz der Gesundheit der Strafvollzugsbeschäftigten und als Beitrag zur Erfüllung der Gesundheitsziele der Regierungen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen WHO-Region daher folgende Empfehlungen:

- ◆ *Den Regierungen der Mitgliedsstaaten wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen. Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen.*

....

- ◆ *Den öffentlichen Gesundheitssystemen und denen des Strafvollzugs wird die Zusammenarbeit empfohlen, damit Schadensbegrenzung das Leitprinzip für Präventionskonzepte gegen die Übertragung von HIV/Aids und Hepatitis im Strafvollzug wird.*

....

- ◆ *Den staatlichen Behörden, den medizinischen Diensten in Gesellschaft und Strafvollzug, den internationalen Organisationen und den Massenmedien wird empfohlen, sich weiter zu engagieren und sich vereint um eine bessere psychologische und psychiatrische Versorgung der Gefängnisinsassen zu bemühen. ...“*

10. Literatur

- Bird, A.G., Gore, S.M., Hutchinson, S.J., Lewis, S.C., Cameron, S., Burns, S. (1997) 'Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing : results of a cross sectional anonymous questionnaire survey', *British Medical Journal*, 315(7099), pp. 21-24.
- Bird, S.M. & Hutchinson, S.H. (2003) Male drugs related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-99, *addiction*, 98, 185-190.
- Council of Europe (2004) Annual Penal Statistics, Survey 2003, Strasbourg
- EMCDDA (2001) Scientific Report: Study on Assistance To Drug Users in Prisons, Lisbon.
- Gore, S.M., Bird, A.G., Burns, S., Ross, A.J., Goldberg, D. (1997) 'Anonymous HIV surveillance with risk-factor elicitation : at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland', *International Journal of STD and AIDS*, 8(3), pp166-175.
- Harding, T.W . (1995) 'HIV infection in prisons. What about the WHO guidelines?', *British Medical Journal*, 6989(310), pp. 1265.
- Keppler, K.; Knorr, B. Stöver, H. (2004): Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 53, H. 4, S. 202-217
- Kleiber, D ., Pant, A.. (1996): HIV-Needle-Sharing-Sex, Nomos, Baden-Baden.
- Rotily, M., Galinier-Pujol, A., Obadia, Y., Moatti, J.P., Toubiana, P., Vernay-Vaisse, C., Gastaut, J.A. (1994), 'HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons', *AIDS*, 8(9), pp. 1341-1344.
- Rotily, M., Weilandt, C. (2000) Risk behaviour and HIV Infection in European Prisons. In: Aggleton, P. Moatti, J.P., Souteyrand, Y., (Eds.): *AIDS in Europe – New Challenges for the Social Sciences*. London: Taylor and Francis, 149-164.
- Rotily M; Weilandt C; Bird SM; Käll K; Van Haastrecht HJ; Iandolo E; Rousseau S (2001). HYPERLINK „[http://www.medpilot.de/jsp/frames/documentframe.jsp;jsessionid=2CB5AAD6E59C5BE68C8A330A36633D48?database=topdog:fachuebergreifende@DIMDI\\$2&position=1&timeout=10](http://www.medpilot.de/jsp/frames/documentframe.jsp;jsessionid=2CB5AAD6E59C5BE68C8A330A36633D48?database=topdog:fachuebergreifende@DIMDI$2&position=1&timeout=10)“ Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multi-centre pilot study. *European journal of public health*, Vol. 11 (3), p: 243-50
- Stöver, H. & Weilandt, C. (1997). Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug. *Infektionsepidemiologische Forschung*, 2/97, 22-27.
- Stöver H, Nelles J (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* , 14, 5, 437-444.
- Stöver, H., Hennebel, L. & Casselman, J. (2004): *Substitution Treatment in European Prisons – A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 european countries*. London, Cranstoun Drug Services Publishing.
- Weilandt, C. & Rotily, M. (1996, 1998, 1999, 2001) *European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prison, Annual Reports to the European Commission*.
- WHO-Euro/ Council of Europe (2001) *Prisons, drugs and society*, Bern, Switzerland.
- WHO-Euro (2003) *Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit – WHO Declaration, Moskow*, 24.10.2003

Alltagspraktische und ethische Probleme der Gesundheitsfürsorge im Vollzug – eine Gratwanderung

Dr. Peter Locatin
(JA Wr. Neustadt, Österreich)



Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich erzähle Ihnen einen Fall, der sich vor einiger Zeit in irgendeiner JA in Österreich zugetragen hat, es könnte auch in jener sein, wo ich arbeite, aber das ist ja nicht so wichtig.

Ich will Ihnen keinerlei spezielle Medikationen oder Behandlungsmethoden nahe bringen, denn diese kennen Sie ja selbst zur Genüge; es ist ja nicht die Therapie im engeren Sinne, die oft Probleme macht, therapeutisch haben wir in Österreich dank der Großzügigkeit unserer Budgetverwalter im Rahmen der Justiz fast freie Hand und können daher problemlos, also ohne lästige Bewilligungsverfahren, auch teure Medikamente und Untersuchungen verordnen, wenn sie notwendig sind.

Folgendes hat sich also zugetragen:

Ein siebzigjähriger Mann leidet seit längerer Zeit an Hypertonie und manchmal hat er auch Schmerzen im Thorax. Sein Gewicht ist normal und seit einem halben Jahr raucht er nicht mehr. Diabetes Melitus besteht nicht. Seine kardialen Symptome, Bluthochdruck und Thoraxschmerz sind gut im Griff, der Patient ist also stabil. Eines Abends wird der Arzt angerufen, der Patient hätte geläutet und gesagt, es ginge ihm schlechter, er habe einen Druck auf der Brust, den er vorher nicht hatte. Ich antwortete dem Beamten: Dieser Mann muss schnellstens in einer internen oder kardiologischen Ambulanz vorgestellt werden. Das muss klinisch abgeklärt werden.

Am nächsten Abend wird der Arzt nochmals angerufen. Dem Patienten vom Vortag ginge es wieder schlecht, diesmal sehr schlecht. Ich war ein wenig erstaunt, denn eigentlich hatte ich erwartet, dass der Herr schon am Vortag stationär aufgenommen wurde. Weil dieses nicht der Fall war, habe ich eine rascheste neuerliche Überbringung in dasselbe Spital, wie am Vortag, angeordnet. Diesmal haben sie den Patienten im Spital behalten, weil er einen Herzinfarkt erlitten hatte.

Also, wenn der Herr „H“ schon am Vortag in intensivmedizinische Betreuung gekommen wäre und nicht nach den Routineuntersuchungen wie EKG, Blutdruck, und Enzymdiagnostik wieder in die Anstalt zurückgeschickt worden wäre, dann hätte man den Herzinfarkt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verhindern können. Natürlich fragen wir uns, was da geschehen ist.

Den erstuntersuchenden Oberarzt konnte ich nur mit Mühe erreichen. Er war entweder noch nicht da – oder schon weg – und wenn er einmal da war, dann war er mit einem dringenden Fall beschäftigt. Durch meine Zähigkeit konnte ich ihn doch ans Telefon „kriegeln“; auf meine mild vorwurfsvolle Frage, warum denn nicht der Herr „H“ schon bei der ersten Vorstellung stationär aufgenommen worden ist, meinte der, er hätte eh alles kontrolliert, es war so weit in Ordnung, dass er ihn eben hat gehen lassen.



Wie sich der Fall dann weiter entwickelt hat, täte ihm ausgesprochen leid. Aufgenommen hat ihn dann am nächsten Tag ein anderer Arzt, aber – das betonte er schon etwas fester – die begleitenden Beamten hätten ja auch keine besondere Neigung gezeigt, den Herrn „H“ im Spital zu lassen. Die haben gemeint, da müssen sie zur Bewachung da bleiben – andere Beamte müssten wegen der Sicherheit in der Anstalt in den Dienst gestellt werden und das ist ja so kompliziert und aufwendig. Außerdem hätte der Herr Oberarzt den Patienten doch so gründlich untersucht und sie werden auf den Herrn „H“ schon aufpassen und morgen sei schließlich auch noch ein Tag. Nächsten Tag war viel zu tun, Insassen zu überstellen, die Administration und überhaupt sind die Beamten ja viel zu wenige, sodass der Herr „H“ erst am nächsten Abend, als sein Zustand sich verschlechtert hat, ins Spital gebracht wurde und auch dort geblieben ist. Dort wurde ein frischer Herzinfarkt festgestellt, er wurde lege artis – diese Therapie kennen wir ja alle – behandelt und ist sozusagen schon seit längerer Zeit über den Berg, aber seine Lebensqualität und seine psychische Situation – eine Komplikation des Herzinfarktes ist der nachfolgende Herzinfarkt, aber das wissen wir ja alle und das weiß auch der Patient – haben sich im Zuge dieser Ereignisse eben verschlechtert; also schlechter, als wenn er schon bei der ersten Vorstellung im Spital geblieben wäre.

Diese Geschichte ist übel gelaufen und das hat in diesem Fall etwas mit Ethik zu tun. Ethisch richtig handeln heißt in der Medizin, die Patienten unter Beachtung ihrer Probleme und der für sie relevanten Co-Faktoren, einschließlich ihrer Lebenssituation so gut zu behandeln, wie wir es können; bei diesen und vielen ähnlich gelagerten Fällen, wo zwei oder mehrere Systeme aufeinander treffen, haben wir ja meist kein medizinisch-diagnostisches oder therapeutisches Problem, sondern ein sozial-zwischenmenschliches. Die Therapien sind ja klar, wenn einmal die richtige Diagnose gestellt wurde, und das schaffen wir ja – fast immer.

In der geschilderten Situation treffen die Systeme Justizanstalt und Krankenhaus aufeinander. Und die verantwortlichen Menschen haben die Variante ausgesucht, welche einerseits für sie die bequemere war (im Krankenhaus hat ja morgen ein anderer Arzt Dienst und in der JA sind am nächsten Tag andere Beamte am Werk) und außerdem war ja nicht alles falsch, was sie getan haben. Sie haben nur vom jeweils anderen vor allem das herausgehört, was sie gerne gehört haben und außerdem hätte es ja auch gut gehen können. Die Schmerzen hätten sich als von der Wirbelsäule ausgehend herausstellen können. Formal gesagt: Es gibt eine Theorie der angelehnten Türen und eigentlich ist die in dieser und in vergleichbaren Situationen die Realität. Ich meine in der Wissenschaft ist es oft so, dass die Situation im Hinblick auf eine Lösungsstrategie nicht eindeutig ist. Die Türen sind zu unserem Leidwesen eben nicht offen oder geschlossen, sondern oft angelehnt. Es ist dann auch keine der in Frage kommenden Entscheidungen ganz falsch. Und das macht die Sache schwieriger, denn wir sind versucht und/oder verleitet, jene zu wählen, die uns persönlich die naheliegendste scheint – schön und gut kann man jetzt sagen, aber wie soll man dann

entscheiden? Die allen unangenehmere und aufwendigere Variante zu wählen, hätte ja unter den Beamten und den Ärzten eine Menge Masochismus zur Voraussetzung. Aber zurück zur Logik. Wenn es zwei oder mehrere nicht augenscheinlich gute oder schlechte Entscheidungsmöglichkeiten gibt, so könnten wir ja diejenige auswählen, welche die sicherere ist, wenn sich der Zustand unseres Patienten verschlechtern sollte. Oft ist dies eben die unbequemere Lösungsvariante, aber diejenige, die nicht nur für den Patienten die bessere ist, sondern auch diejenige, mit der wir als Betreuungspersonen und Ärzte besser schlafen können.

Man kann mit einer generellen Strategie, wo man stets den ungünstigeren Verlauf annimmt, die Häufigkeit der Komplikationen herabsetzen und summa summarum auch Zeit, Kosten und Personalarbeitsstunden einsparen und wir wären dem Ziel einer optimalen Behandlung eben näher gekommen – und das wäre dann das, was wir eigentlich unter *lege artis* verstehen sollten. Wie es gehen soll, das wissen wir ja; zum Beispiel haben wir alle einmal gelernt, dass etwas, das so aussieht wie ein Herzinfarkt, so lange als solcher zu behandeln ist, bis bewiesen ist, dass es keiner ist. Auf diese Weise lässt sich auch das Problem unserer – wie ich sie vorhin nannte – angelehnten Türen besser lösen. Hinzu kommt noch eine haftanstaltspezifische Besonderheit. Sonst im Leben haben die Patienten freie Arztwahl. In den JA haben sie aber nur uns und können nicht so leicht einen anderen Arzt aufsuchen – sie sind eben auf uns angewiesen. Einige von ihnen (wertes Publikum) werden denken, wir verhalten uns sowieso wie es unser Beruf erfordert, also *lege artis*, aber die anderen Ärzte, die Administration, Beamte sind in dieser Hinsicht nicht gut ausgebildet. Die Organisationen sind oft schlecht strukturiert. Zum Beispiel: Was können wir tun, wenn gesundheitliche Probleme eines Patienten verspätet gemeldet werden und dann noch unter Umständen in der mildest zulässigen Form zu unserer Kenntnis gelangen? Wir neigen dann dazu, solch üble Verläufe den anderen in die Schuhe zu schieben. Dazu meine ich, dass es eben nicht nur schlechte Schüler gibt, die ungehorsam, aufsässig und faul sind, sondern auch viele schlechte Lehrer. Dieses ist dann eben unser Problem bzw. unser Versäumnis; und die Schüler sind die Beamten, die wir selbst bei unserer Aus- und Fortbildungstätigkeit betreuen.

Ein spezielles Problem bietet die ärztliche Arbeit in den Sonderanstalten. Das sind jene Vollzugsanstalten, in welchen die Insassen dem Maßnahmenvollzug unterliegen. Die gibt es in Österreich seit 1975 und er basiert auf dem Gedanken, dass die Täter über die Zeit der vom Gericht verhängten Freiheitsstrafe hinaus in einer Justizanstalt angehalten werden können, so lange, bis das Vollzugsgericht unter Beiziehung von Psychiatern, Psychologen und anderen zur Überzeugung gelangt ist, dass vom betreffenden Täter keine oder nur mehr eine nur mehr geringe Gefahr ausgeht.

In den Sonderanstalten, wo die Maßnahme vollzogen wird, in denen aber aus Platzgründen nur 40 Prozent der Untergebrachten des Maßnahmenvollzuges verweilen können, ist der Gedanke verwirklicht, dass bei manchen Tätern aufgrund ihrer psychischen und intellektuellen Strukturen es nicht genügt, sie der Freiheit und damit



der Gesellschaft zu entziehen, sondern dass man sie auch einer Therapie unterziehen sollte. Dieses therapeutische Angebot steht aber den etwa 60 Prozent, welche die Maßnahme in den „normalen Justizanstalten“ verbringen, nicht in diesem Ausmaß zur Verfügung.

In den Sonderanstalten kommen meist Gruppentherapien zur Anwendung, die helfen sollen, die Einsicht des Täters in das, was er getan hat, zu vertiefen. Durch fixe und strukturierte Tagesabläufe, z. B. durch Arbeit, soll die soziale Kompetenz des In-sassen hergestellt bzw. erhöht werden. Es wird also bei einer definierten Tätergruppe – vor allem sind es Täter, die Gewalt- und/oder Sexualdelikte begangen haben – in den Sonderanstalten mehr getan, um die Gesellschaft vor ihren Taten, die sie oft aufgrund intellektueller und emotionaler Defizite nur bedingt einsehen können, zu schützen. Diese Anstalten sind mit Personal und Einrichtungen besonders großzügig ausgestattet und die Gefangenen heißen dort „Untergebrachte“. Was die über die bedingte Entlassung befindenden Fachleute betrifft, stehen diese nun vor einer Situation, in der sie möglichst sicher vorhersagen müssen, ob von einem Untergebrachten noch eine Gefahr ausgeht oder nicht. Ist der Herr sowieso Jahre länger als es nötig wäre untergebracht, so stört das in der Regel außer ihn selbst niemanden. Wird er aber zu früh entlassen, begeht er wieder eine einschlägige Straftat, so sind in den Augen der Öffentlichkeit die Justiz und die Gutachter daran schuld. Dies übt einen massiven Druck auf das System aus, nur ja niemanden zu früh aus dem Maßnahmenvollzug in die Freiheit zu entlassen. Das ist auch der Grund, warum der Maßnahmenvollzug in der Regel als Strafverschärfung empfunden wird, trotz der guten Ausstattung dieser Anstalten – man sitzt ja doch. Aber das war in den Anfängen nicht so. Es wurde von den Fachleuten das Für und Wider gegen die bedingte Entlassung abgewogen und nach den Regeln der Kunst und der Logik entschieden. Bis zu dem Zeitpunkt, als ein in einer Sonderanstalt untergebrachter Strafgefangener anlässlich eines Ausganges in schwerster Weise rückfällig geworden ist. Seitdem wurden die Entlassungen aus Maßnahmenvollzugsanstalten wesentlich restriktiver gehandhabt. Der Druck der Öffentlichkeit auf das System hat trivialerweise dazu geführt, dass dieses den Druck gegen die bedingte Entlassung weitergibt. Nur nicht in die Medien kommen, wie stehen wir denn dann da? In diesem Zusammenhang sollte in der Öffentlichkeit gesagt werden, dass ein Urteil über die Gefährlichkeit, auch in Anbetracht aller Fortschritte auf diesem Gebiet, eben eine Prognose ist und daher mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit richtig ist oder auch nicht, und dass wir uns eben mit der einfachen Tatsache abfinden müssen, dass wir auf diesem Gebiet die Zukunft nicht sicher vorhersagen können. Eigentlich trivial, aber warum sprechen wir das so ungern in einer unmissverständlichen Deutlichkeit aus? Vielleicht sind wir einfach zu feige.

Wenn wir das Problem des Maßnahmenvollzugs vom Aspekt der Sicherheit aus betrachten, müssen wir in Kauf nehmen, dass die Zahl der Therapieplätze gegenüber der Zahl der Gefängnisinsassen ziemlich gering ist, unter anderem auch deshalb,

weil diese Plätze sehr teuer sind. Jedenfalls sind viel weniger Therapieplätze da als wir brauchen würden. Das heißt aber auch, wenn wir Menschen, die vom Richter mit einer geringen Freiheitsstrafe bedacht wurden, weil sie eben kein schweres Verbrechen begangen haben, aus einer übervorsichtigen Haltung der mit der bedingten Entlassung befassten Personen zu lange im Maßnahmenvollzug eingesperrt belassen, haben gerade dadurch Täter, die wegen der Schwere ihres Deliktes und der Struktur ihrer Persönlichkeit die therapeutischen Einrichtungen der Sonderanstalten dringend brauchen würden, keinen Platz. Aber wenn jemand, der untherapiert aus dem normalen Strafvollzug kommt, in der Freiheit rückfällig wird, ein schweres Delikt begeht, so erhebt sich ja die Frage des Vorwurfes nicht, dass er aus dem Maßnahmenvollzug zu früh entlassen wurde, weil er ja gar nicht drinnen war.

Veränderungen wären also nötig, und wie könnten diese aussehen?

Kunst (1980) sieht im § 23 StGB die Unterbringung in einer Anstalt für gefährliche Rechtsbrecher als qualifizierte Strafvverschärfung, die aber nicht als solche, sondern als Maßnahmenvollzug konzipiert war. Er sieht dieses Projekt als gescheitert und plädiert schlicht für dessen Abschaffung. Wolfgang Gratz ist in seinem Buch „Die Praxis der Unterbringung zurechnungsfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher“ (1986) für eine engere Definition der Einweisungsvoraussetzungen gem. § 21: Der Strafraum müsste drei Jahre übersteigen, wodurch Einzelrichter ausgeschlossen wären. Eigentumsdelikte sollten, mit Ausnahme von Raub, räuberischem Diebstahl und Diebstahl mittels Waffengewalt, ausgeschlossen sein. Anstelle der Begutachtung durch einen Sachverständigen sollte eine dreiwöchige stationäre psychiatrisch-psychologische und sozialtherapeutische Begutachtung treten.

Außerdem sollen, so Gratz weiter, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den Einrichtungen des Maßnahmenvollzuges arbeiten, über eine psychotherapeutisch-sozialtherapeutische Ausbildung verfügen und es sollte auch laufend noch mehr supervidiert werden.

Meine Idee dazu wäre, den Maßnahmenvollzug generell zu begrenzen, das könnte in Proportionen z. B. Strafe plus die Hälfte dazu als maximale Maßnahme oder in absoluten Werten beispielsweise Strafe plus maximal 10 Jahre bedeuten. Dadurch wären auch der Druck und die Angst von den Gutachtern genommen, man könnte sie in irgendeiner Weise dafür verantwortlich machen, wenn etwas schief geht.

Zurück zu den alltagspraktischen und ethischen Problemen. Indem ich auch Arzt in einer Anstalt bin, in der die Maßnahme vollzogen wird, bin ich auch mit den Besonderheiten dieses Vollzuges und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit der Insassen konfrontiert. Da wäre als Wichtigstes die Unbestimmtheit des Entlassungszeitpunktes. Der Untergebrachte sieht eben kein Ende, auf das er in seinem psychischen Erleben hinarbeiten kann. Wenn er an dieser Situation nicht zerbrechen will, kommen oft Abschirmung und Verleugnung der Realität als Strategie zur Bewältigung seiner Lebenssituation zur Anwendung.



Dass dabei sedierende Substanzen vermehrt zum Einsatz kommen ist klar; ebenso, dass diese mit einer Menge körperlicher Nebenwirkungen behaftet sind, welche von mir zum Teil medikamentös behandelt werden müssen. Dass sich diese Situation nicht positiv in Richtung Selbsterkenntnis und Reifung der Persönlichkeit auswirkt, ist auch klar. Und manchmal stehen die Untergebrachten noch vor einem Problem besonderer Art. Verweigern sie Therapien oder machen bei diesen nicht so richtig mit, haben sie bezüglich einer Entlassung schlechtere Chancen. Die Experten sagen, die machen ja nicht mit. Sind sie jedoch eifrig bei den Therapien, dann gelten sie oft als besonders raffiniert, als die, die nur Einsicht vortäuschen und haben eben deshalb auch schlechte Chancen. Das führt auch dazu, dass sich die UG verständlicherweise mehr mit ihren eigenem Verhalten in den Therapien beschäftigen als mit Einsicht in die eigene Persönlichkeit, was ja das eigentliche Therapieziel wäre.

In der Zusammenschau ergibt sich, dass wir weiter am System und an uns selbst zu arbeiten haben, um dem Ziel, das Bestmögliche zu erreichen, möglichst nahe zu kommen; ein Ansatz dazu wäre noch mehr Ausbildung für alle, die professionellen Umgang mit den Insassen haben. Die Anzahl der Supervisionen sollte vermehrt werden, um die Fähigkeit zur Reflexion über das, was man sagt und tut, zu verbessern. Letztlich könnte man auch bei der Aufnahme in den Justizbereich noch genauer hinschauen – es muss ja nicht jeder bei der Justiz arbeiten. Das gilt natürlich auch für die Ärzte. Jetzt fällt mir noch als Abschluss der Mythos vom Sisyphus ein, der den Stein immer wieder mit größter Mühe hinaufrollt – vergebens, er rollt immer wieder herunter, ein ewiger Frust. Aber wir könnten auch denken, dass wir es immer wieder zustande bringen, den Stein hinaufzubewegen und beim Runtergehen ruhen wir uns bis zum nächsten Erfolgserlebnis aus. Das war's, was ich Ihnen sagen wollte, ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug

Dr. Heiner Bögemann
(Gesundheitszentrum Niedersachsen,
Deutschland)





Handlungsgrundlage des Gesundheitszentrums für den niedersächsischen Justizvollzug

Definition von Gesundheit:

„Gesundheit ist nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefinden“.

„Gesundheit spiegelt die Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit sich, seinem Körper, seiner Umwelt, seiner Kultur und seinen Mitmenschen wieder“.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Definition von Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Ziel von Gesundheitsförderung ist die innere Balance des Menschen und ein größeres Maß an persönlichem Wohlbefinden.

Betriebliche Gesundheitsförderung für Gefängnispersonal

Es ist 6.00 Uhr morgens in einer geschlossenen Haftanstalt. Die Frühschicht hat gerade den Nachtdienst abgelöst. Die Nacht verlief ruhig. Die Inhaftierten werden geweckt. Der Justizvollzugshauptsekretär Müller öffnet den Haftraum Nr. 16 und macht eine schreckliche Entdeckung. In einer Blutlache auf dem Boden liegt der Gefangene Kramer. Neben ihm die Glasscherbe, mit der er sich die Pulsadern aufgeschnitten hat. Überall Blutspritzer. Kramer lebt noch! Was jetzt kommt, ist Routine: Alarm auslösen, Erstversorgung durchführen, Anstaltsarzt unterstützen, später einen detaillierten Bericht schreiben – und danach...?

In den meisten deutschen Justizvollzugsanstalten wird der Bedienstete dann mit seinem Erlebnis allein gelassen. Bestenfalls bekommt er für die restliche Schicht frei. Selten gibt es eine Ansprache durch Vorgesetzte, kaum je eine organisierte systemati-

sche Nachbereitung derartiger Ereignisse. „Wenn man in einem Gefängnis arbeitet, muss man so was ab können, sonst gehört man hier nicht hin.“ Das denken die Kollegen und Vorgesetzten nicht nur, sie sagen es auch. Den Wunsch des betroffenen Beamten nach Aussprache und Betreuung nimmt niemand ernst. Mitunter wird er sogar in die Ecke der „Weicheier“ gerückt, obwohl jedem klar sein sollte, dass solche extremen Situationen eine psychische Belastung darstellen, auf die man mit Stress reagiert. Das sind normale, menschliche und gesunde Reaktionen, die nichts mit Krankheit oder mangelnder Belastungsfähigkeit zu tun haben. Dieses Bewusstsein hat den Strafvollzug vielerorts jedoch noch nicht erreicht.

Die Belastungen für die Bediensteten in den Haftanstalten sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Überbelegung der Anstalten, Personalmangel, Überstundenberge, schwieriges Gefangenenklientel, zunehmende Gewaltbereitschaft von einzelnen Gefangenen, unzureichender Arbeits- und Gesundheitsschutz und nicht mehr zeitgemäße Führungsstrukturen, die durch Prinzipien wie Misstrauen, Kontrolle und Angst geprägt sind, aber auch Suchtmittelmissbrauch beim Personal sind Aspekte, die den beruflichen Alltag in der JVA prägen. Hohe Krankenstände und eine Zunahme vorzeitiger Pensionierungen (von immer jüngeren Bediensteten) aufgrund psychischer Ursachen (z. B. Burn-out-Syndrom) oder unverarbeitete traumatische Störungen (PTSD) deuten darauf hin, dass die Bewältigung dieser Belastungen für den Einzelnen immer schwieriger wird. Auch Phänomene wie „innere Kündigung“ und Mobbing sind zunehmend zu beobachten. Hier scheint helfende und unterstützende Intervention geboten zu sein, um das Wohlbefinden und die Psychohygiene des Personals zu steigern und dadurch das Funktionieren der Institution zu sichern.

Diesen Zusammenhang hat das niedersächsische Justizministerium erkannt und nach zweijähriger Vorbereitungszeit 2001 als erstes Bundesland in Deutschland ein *Gesundheitszentrum für den niedersächsischen Justizvollzug* eingerichtet. Das Gesundheitszentrum befand sich (zunächst) bei der neuen JVA Oldenburg und hat dort im Januar 2001 seine Arbeit aufgenommen. Seit dem Juli 2002 befindet sich das Gesundheitszentrum in eigenen Räumlichkeiten außerhalb der JVA Oldenburg. Die drei Mitarbeiter des Zentrums (ein Diplom Supervisor als Leitung des Gesundheitszentrums und der Krisenintervention, eine Diplom Pädagogin mit dem Arbeitsschwerpunkt Frauen im Strafvollzug, ein promovierter Diplom-Gesundheitswissenschaftler (MPH) –für ganzheitliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement) fangen in ihrer Arbeit nicht bei Null an.

Sie nutzen zum einen die Erfahrungen des Projektes *„Gesundheitsförderung und Stressbewältigung für Justizvollzugsbedienstete“* in NRW, das 1997 bis 2000 in Bielefeld (NRW) gelaufen ist. Erstmals wurde dort in einer geschlossenen Haftanstalt mit 400 Bediensteten eine Abteilung Gesundheitsförderung aufgebaut, die sich ausschließlich mit den gesundheitlichen und psychosozialen Belangen des Personals lösungsorientiert beschäftigt hat.



Zum anderen können sie auf die Erfahrungen des niedersächsischen Kriseninterventionsteams (KiT) zurückgreifen. Das KiT betreut seit 1997 Bedienstete im Justizvollzug nach besonderen dienstlichen Belastungen. In ihm arbeiten ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Fachkräfte nach einem einheitlichen Betreuungskonzept interdisziplinär zusammen. Trauriger Höhepunkt der bisherigen Betreuungsarbeit des KiT war der Doppelmord an Bediensteten 1999 in der JVA Uelzen. Damals wurde über einen Zeitraum von drei Monaten das gesamte Personal der Anstalt intensiv betreut. Betreuungsangebote erfolgten auch bei der Gasexplosion in der Abteilung Wilhelmshaven und in vielen Einzelfällen bis hin zu präventiven Informationen für die auszubildenden Anwärter im Bildungsinstitut.

Ziel des Gesundheitszentrums für die Zukunft ist die Entwicklung von ganzheitlichen Strukturen der Gesundheitsförderung und Krisenintervention in allen Justizvollzugseinrichtungen des Landes Niedersachsen.

Dazu baut das Gesundheitszentrum ein landesweites Netzwerk mit Multiplikatoren für Gesundheitsförderung, für Krisenintervention und für die Suchtprävention in allen Justizvollzugseinrichtungen auf. Dabei stehen Prinzipien der Selbsthilfe und kollegialer Beratung im Mittelpunkt der Aktivitäten. Die Multiplikatoren, die sich aus allen Hierarchie-Ebenen des Justizvollzugs rekrutieren, werden vom Gesundheitszentrum koordiniert, fortgebildet und beraten. Regelmäßige Transfertreffen dienen dem anstaltsübergreifenden Informations- und Erfahrungsaustausch. Zusätzlich werden regionale Arbeitsgruppen gebildet, in denen Multiplikatoren aus zwei bis drei Anstalten zusammenarbeiten. Mittlerweile sind 120 Gesundheitsförderer und 40 Multiplikatoren in 22 Justizvollzugseinrichtungen in Niedersachsen tätig, und das Netzwerk wird zunehmend dichter.

Gerade beim Netzwerkaufbau zeigt sich immer wieder das große kreative Potenzial der Bediensteten. Sie haben Gesundheitsförderung zu ‚ihrer Sache‘ gemacht. Dementsprechend ist das freiwillige und unentgeltliche Engagement sehr groß und die Wirkungsichte in den Anstalten tief.

Darüber hinaus gibt es mit der Organisationsberatung, der Rehabilitation und der wissenschaftlichen Projektberatung drei weitere wichtige Handlungsfelder, auf denen sich das Gesundheitszentrum aktiv engagiert.

Das Gesundheitszentrum ist mittlerweile Anlaufstelle für Ratsuchende und überörtliche Tagungsstätte für landesweite Fortbildungsveranstaltungen (Multiplikatorfortbildungen, Stressbewältigung, Krisenintervention, Kollegiale Beratung etc.). Zudem versteht es sich auch als Forum für Innovation, Kommunikation und hierarchieübergreifender Kooperation. Es fördert Selbsthilfeprinzipien und damit den Ausbau von kollegialen Beratungsstrukturen.

Lobkultur, Wertschätzung des Einzelnen und Partizipation sind feste Bestandteile der inhaltlichen Arbeit – eigentlich Selbstverständlichkeiten im zwischenmenschlichen

Umgang. Diese Selbstverständlichkeiten fehlen innerhalb der Arbeitswelt häufig und somit auch noch an vielen Stellen im Justizvollzug.

Defizite, die eigentlich gegen die formulierten Ziele des Strafvollzugsgesetzes wirken. Danach soll der Strafvollzug dafür Sorge tragen, Straftäter nicht nur im Sinne von Sühne und Buße „wegzusperrern“, sondern sie zu (re)sozialisieren, erneuter Straffälligkeit vorzubeugen und ihnen letztlich frühzeitig eine Perspektive nach der Haftentlassung zu bieten.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Arbeit ist dieser Auftrag nur mit einer Zentrierung aller Kräfte gut umzusetzen, um nicht bei den vielfältigen gesellschaftlichen und justizvollzugsspezifischen Problemen auf Dauer vorzeitig an seine praktischen Grenzen zu stoßen.

Daher ist Gesundheitsförderung, auch besonders unter dem Aspekt der praktischen Einsparung von krankheitsbedingten Personalkosten, eine absolute und lange überfällige Notwendigkeit einer aktiven Personalentwicklung.

Zufriedene Bedienstete, die sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen und sich mit ihrer Anstalt identifizieren, haben Spaß bei der Arbeit, sind motiviert und damit unter den Aspekten des Strafvollzugsgesetzes letztendlich die besseren „Resozialisierungshelfer“.



Globalziel des Gesundheitszentrums ist der Aufbau von ganzheitlichen, psychosozialen Betreuungsstrukturen und Krisenintervention für Bedienstete in Niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen mit dem Ziel...

Schwerpunkte der Arbeit sind:

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention wie

- ◆ Gesundheitsförderung und Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- ◆ Krisenintervention und psychosoziale Beratung
- ◆ Krankheitsprävention
- ◆ Kollegiale Beratung
- ◆ Organisationsberatung
- ◆ Supervision



- ◆ Rehabilitation
- ◆ Initiierung von Arbeitsschutzmaßnahmen

über

Förderung von Veränderungsprozessen im Denken und Handeln, bei persönlichem Verhalten und institutionellen Verhältnissen. Aufbau von Netzwerken zur Gesundheitsförderung, Krisenintervention und Rehabilitation...

2001: Arbeitsaufnahme und Einrichtung des Gesundheitszentrums gemäß Erlass des Justizministeriums vom 20.03.2001 zu 2400 I – 301.155

2002: Schwerpunkte in der Fortbildung, Krisenintervention, Netzwerkausbau

2003: Schwerpunkte in der Fortbildung, Krisenintervention, Netzwerkausbau

2004: Schwerpunkte in der Fortbildung, Krisenintervention, Netzwerkausbau

2005: Existenz eines landesweiten Gesundheitsnetzwerkes für alle Anstalten

2005: Erste Anstalten erstellen einen jährlichen Gesundheitsbericht (Ranking)

... langfristig die Kultur des Justizvollzugs zu verändern und zu verbessern!

Bisherige Aktivitäten des Gesundheitszentrums ab 2001:

- ◆ Einrichtung der Büros des Gesundheitszentrums, zunächst in der JVA Oldenburg (Maxime: Büros als Lebensräume). Ab Juli 2002 befindet sich das Gesundheitszentrum in Räumlichkeiten außerhalb der Justizvollzugsanstalt
- ◆ Entwicklung einer Info-Broschüre (Flyer)
- ◆ Integration des Kriseninterventionsteams (KiT) in die Arbeit des Gesundheitszentrums (Januar 2001)
- ◆ Umsetzung der konzeptionellen Grundlagen und des Ministerialerlasses in die Praxis

Begleitung des Personals der (neuen) JVA Oldenburg nach der Umzugsphase 2001:

- ◆ Besuch aller Abteilungen
- ◆ Kennenlernen der Teams und der Arbeitsbereiche
- ◆ Kooperation mit Personalrat und Organisationsentwicklung
- ◆ Einzelberatungen und Teamberatungen
- ◆ Suchtberatung und Suchtprävention
- ◆ Initiierung von Arbeitsschutzmaßnahmen (Arbeitsschutzausschuss)
- ◆ Aufbau einer Infothek (Broschüren, Bücher, Tipps)
- ◆ Fortbildung mit dem örtlichen Personalrat (März 2001)
- ◆ Frauenspezifische Beratung und Aktionstage (z. B. Frauenfrühstück zum Weltfrauentag am 08. März 2001)
- ◆ Arbeitskreis Gesundheit, zunächst in der JVA Oldenburg (ab Mai 2001)

- ◆ Tagung Organisationsberatung, Abteilung Nordenham (Mai 2001)
- ◆ Stressbewältigungsbaustein im Rahmen des BKS Trainings

Landesweite und länderübergreifende Kooperationen und Aktivitäten, weitere Infos unter: <http://www.gesundheitszentrum-justizvollzug-niedersachsen.de>

Tagungen und Fortbildungen zu den Themen:

- ◆ Gesundheitsförderung für Bedienstete im Justizvollzug
- ◆ „Stress ohne Ende...“ – Stressbewältigung für Bedienstete im Justizvollzug
- ◆ Kommunikation in der Arbeitswelt Justizvollzug
- ◆ Arbeits- und Gesundheitsschutz in Justizvollzugsanstalten
- ◆ Die vier Würden des Menschen: Stehen, Gehen, Sitzen, Liegen – Bewegung im Alltag.
- ◆ Ernährung als Risikofaktor im Justizvollzug
- ◆ Mobbing in der Arbeitswelt von Justizvollzugsanstalten
- ◆ Zukunftswerkstatt Gesundheitsförderung: Von der kränkelnden Behörde zum Wohlfühlarbeitsplatz – ein Planspiel.



Beispiele für Multiplikatorenaktivitäten im Niedersächsischen Justizvollzug

- ◆ Gründung von Gesundheitsförderungsgruppen
- ◆ Enge Kooperation mit dem Gesundheitszentrum
- ◆ Interne Öffentlichkeitsarbeit in den Justizvollzugeinrichtungen
- ◆ Aufbau von Infotheken
- ◆ Kooperation mit Personalräten und Arbeitsschutzausschüssen
- ◆ Zielvereinbarungen treffen bezüglich Gesundheit, z. B. Vorbereitung von Dienstvereinbarungen
- ◆ Initiierung von Dienstvereinbarungen zum Suchtmittelmissbrauch
- ◆ Beschaffung von Geldern für die Arbeit (z. B. Anträge „Gesund & Aktiv“)
- ◆ Kooperationen mit externen Institutionen, z. B. Krankenkassen
- ◆ Vorbereitung und Durchführung von Personalbefragungen
- ◆ Vorbereitung und Durchführung von Gesundheitstagen
- ◆ Vorbereitung und Durchführung von Infotagen z. B. Sucht, Mobbing
- ◆ Vorbereitung von Stressbewältigungsseminaren
- ◆ Organisation von Ernährungsberatungen



- ◆ Organisation von Rückenschulen in den Anstalten
- ◆ Organisation von Gesundheitssport
- ◆ Organisation von Massageangeboten
- ◆ Organisation von Fitnessangeboten
- ◆ Organisation von diversen Sportangeboten
- ◆ Organisation von Supervisionsangeboten zur Teamberatung
- ◆ Förderung von geselligen Aktivitäten (Teamfeiern, Wandertage)
- ◆ Verbesserung von Ernährung während der Arbeitszeit, z. B. Obstangebote zum Kantinenessen, Wasserspender
- ◆ Kollegiale Beratung bei Problemen und Krisen
- ◆ Vermittlung von Sucht-, Krisen-, oder Schuldnerberatung
- ◆ Gründung regionaler Arbeitsgruppen zum Erfahrungstransfer
- ◆ Betriebssport und gesellige Aktivitäten fördern
- ◆ Ernährungsberatung möglich machen
- ◆ Ein Veränderungsmanagement kultivieren

Letztendlich: Einfluss nehmen und Gestaltung ermöglichen – Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitern!!!

- ◆ Physikalische Beeinträchtigungen reduzieren
- ◆ Für Transparenz und angemessene Information sorgen
- ◆ Zeitdruck reduzieren
- ◆ Bewegung gegen Rücken-, Muskelverspannungen/Schmerzen
- ◆ Erholungszeiten; Pausen gewähren, Pausen nutzen, Räume freundlich gestalten
- ◆ Sucht-, Krisen-, Schuldnerberatung anbieten
- ◆ Schutz vor Mobbing, sexueller Belästigung und Diskriminierung gewähren
- ◆ Stress-, Zeit- und Selbstmanagement trainieren, Burn-out-Prophylaxe
- ◆ Betriebssport und gesellige Aktivitäten fördern
- ◆ Ernährungsberatung möglich machen
- ◆ Ernährung während der Arbeitszeit (Kantinenessen, Besprechungs-Getränke etc.) verbessern
- ◆ Veränderungsmanagement (für neue Anforderungen) kultivieren
- ◆ Einfluss und Gestaltung ermöglichen (Job – Enrichment – Enlargement); Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitern
- ◆ (Kranken-)Rückkehrgespräche, Gesundheitsgespräche sensibel führen
- ◆ Nacht- und Schichtdienst abmildern
- ◆ Ausgleich, Zufriedenheit und die Balance am Arbeitsplatz fördern



Implementierung Gesundheitsförderung

0. Startschuss durch Dienststellenleitung, mündlich/persönlich, z. B. auf Personalversammlung
1. Steuerungsgremium „Gesundheit“ als zentrales Organ für Maßnahmen, bei kleineren Dienststellen z. B. erweiterter Gesundheitszirkel (GZ)
2. Dienstvereinbarung
3. Mitarbeiterbefragung durch Steuerungsgruppe; auch: Diagnose-Workshops (klassisch moderiert oder Open Space)
4. Steuerungsgremium initiiert GZ
5. GZ analysieren die Problembereiche, benennen diese konkret (Gesundheitsbericht) und machen Verbesserungsvorschläge
6. Maßnahmenplan wird im Steuerungsgremium erörtert und dann umgesetzt; Einbindung externer Experten (Erhebung, Auswertung, Anleitung, Beratung)
7. Marketing der GF und der Maßnahmen

Steuerungsgruppe („Gesundheitsforum“, „Arbeitskreis Gesundheit“ etc.)

Besetzung:

Vertreter der Gruppen, Macht- und Fachpromotoren, also Führungskräfte und Teamsprecher

Steuerungsgruppe mit allen Gruppen-Vertretern:

Behördenleitung, PE-Verantwortliche, Personalratsvorsitzende/r, Mitglied PR, Schwerbehindertenvertretung, Frauenbeauftragte, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vertreter der Gesundheitszirkel, weitere Sachverständige bei Bedarf.

Entscheidungsbefugnisse, Entscheidungsfindung etc. klären
Initiierung, Steuerung, Leitbildintegration, Ausblenden der Maßnahme
Stärkung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit durch Einbindung Betriebsvereinbarungen

Gesundheitszirkel

- ◆ bestehen aus freiwilligen MA nach offener Ausschreibung, die partiell freigestellt werden können
- ◆ sollten nicht mit FK, Experten oder Externen besetzt werden



- ◆ analysieren die Situation, sammeln Ursachen von Risiken nach MA-Befragungen, untersuchen ggf. weiter, verfassen den Gesundheitsbericht
- ◆ machen Vorschläge, entwickeln Maßnahmen zur GF, präsentieren diese
- ◆ erhalten Fortbildung in GF und Moderation
- ◆ entscheiden nicht selbst, erhalten jedoch Begründungen für Ablehnungen von Ideen
- ◆ sorgen für das behördeninterne Marketing in Abstimmung mit dem Steuerungsgremium
- ◆ werden von einer qualifizierten Person moderiert
- ◆ existieren befristet (ca. 3 bis 7 Treffen zu je 2 Std.) und
- ◆ enden mit dem Auswertungstreffen

Tipps für eine erfolgreiche BGF

- ◆ Ganzherzige Top-Down-Strategie ist Bedingung
- ◆ Macht-, Fachpromotoren und „Gegner“ gewinnen
- ◆ Viel persönliche Interaktion, analoge Kommunikation
- ◆ GZ-Beteiligung entspricht späterem Gesamterfolg
- ◆ Plakative Namen, Logo, Marketing fördern die Identifikation bei den MA
- ◆ Bewegung und Spaß müssen dabei sein
- ◆ Gesundheit sollte Bestandteil der Behördenkultur sein

Ganzheitliche und erfolgreiche Gesundheitsförderung

1. Gesundheitsförderung als Managementaufgabe
 - ◆ Strategien für ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwerfen
 - ◆ für ein Verständnis von Arbeitszufriedenheit, Produktivität und Gesundheit als unbedingte Einheit werben
2. Gestaltungshinweise für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen entwickeln
 - ◆ Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigen
 - ◆ Verknüpfung gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung mit
 - ◆ Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens
3. Klares, transparentes Konzept mit permanenter Qualitätskontrolle
4. Potenziale der MA berücksichtigen; in allen Phasen beteiligen
5. Soziale Verantwortung wahrnehmen
6. Gesundheitsförderung in Behördenleitbild und Behördenziele aufnehmen
7. Maßnahmen zum Teil als Arbeitszeit anrechnen?

Mögliche Maßnahmen der BGF (Beispiele)

- ◆ Führungskräfte-Workshops; Führungskräfte-Entwicklung
- ◆ Betriebsklima, Kollegialität, Rückhalt verbessern, Teamarbeit
- ◆ Unter-, Überforderung, Eintönigkeit vermeiden
- ◆ Zielvereinbarungen treffen bezüglich Gesundheit
- ◆ Gesundheit Bestandteil aller Zielvereinbarungen werden lassen
- ◆ Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung verbessern
- ◆ Physikalische Beeinträchtigungen reduzieren
- ◆ Für Transparenz und angemessene Information sorgen
- ◆ Zeitdruck reduzieren
- ◆ Bewegung gegen Rücken-, Muskelverspannungen/Schmerzen
- ◆ Erholungszeiten; Pausen gewähren, Pausen nutzen, Räume freundlich gestalten
- ◆ Sucht-, Krisen-, Schuldnerberatung anbieten
- ◆ Schutz vor Mobbing, sexueller Belästigung und Diskriminierung gewähren
- ◆ Stress-, Zeit- und Selbstmanagement trainieren, Burn-out-Prophylaxe
- ◆ Betriebssport und gesellige Aktivitäten fördern
- ◆ Ernährungsberatung möglich machen
- ◆ Ernährung während der Arbeitszeit (Kantinenessen, Besprechungs-Getränke etc.) verbessern
- ◆ Veränderungsmanagement (für neue Anforderungen) kultivieren
- ◆ Einfluss und Gestaltung ermöglichen (Job – Enrichment – Enlargement); Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitern
- ◆ (Kranken-)Rückkehrgespräche, Gesundheitsgespräche sensibel führen
- ◆ Nacht- und Schichtdienst abmildern
- ◆ Ausgleich, Zufriedenheit und die Balance am Arbeitsplatz fördern

„Gesundheitsförderung in meiner Anstalt“

Prinzipien:

- Selbsthilfeansatz
- Anstaltsinterne Ressourcennutzung
- Kommunikation
- Interdisziplinäre Arbeitsweise
- Partizipation
- Kooperation
- Reflexion
- Kontinuität
- Evaluation



Ziel:

Landesweites Multiplikatorennetzwerk Gesundheitsförderung

Bisher rund 170 Multiplikatoren in 21 Justizvollzugseinrichtungen

Beispiele:

JVA Wolfenbüttel:	„Förderkreis Gesundheit“ mit Abt. JVA Goslar und JVA Königslutter
JVA Celle:	„Arbeitsgemeinschaft Gesundheit“
JVA Meppen:	„Projektgruppe Gesundheitsförderung“
JVA Hildesheim:	„FIT AT WORK – Arbeitskreis Gesundheitsförderung“
JVA Lingen:	„Projekt Gesundheitsförderung in der JVA Lingen“
JVA Lingen-Damaschke:	„Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“
JA Hameln:	„Gesundheitszirkel der JA Hameln“
JVA Hannover:	„Arbeitsgruppe JVA Vital“
JVA Sehnde:	Projektgruppe „OASE“ – Gesundheitsförderung
JVA Vechta-Frauen:	„Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung“
JVA Uelzen:	„Gesundheitskreis der JVA Uelzen“
Abt.: JVA Stade:	„Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung“
Abt.: JVA Lüneburg:	Arbeitsgemeinschaft „Bleib Gesund“
JVA Oldenburg:	„Rückenwind – Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“
JVA Braunschweig:	„Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“
JVA Vechta:	„Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“
JVA Burgdorf:	„Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“
Bildungsinstitut Vechta:	„Gesundheitsgruppe“ (Gesundheitstage)
Bildungsinstitut Wolfenbüttel:	„Ernährung und Gesundheit“

Arbeitsgruppen

28.10.04





AG 1: HIV und Hepatitis im Vollzug: Veränderung in der Prävention nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland

Moderation und Protokoll:
Elfriede Steffan
(SPI Gesundheitsforschung, Berlin)
und Marianne Rademacher
(Berliner AIDS-Hilfe)

Teilnehmer:

15 Ärzte im Justizvollzug, 4 Krankenschwestern im Justizvollzug,
8 Mitarbeiter/innen der AIDS-Hilfe, 3 Pharmareferenten,
5 Mitglieder von Selbsthilfegruppen, 4 Mitarbeiter von Gesundheitsämtern,
1 Mitarbeiterin eines Landesgesundheitsamtes, eine Mitarbeiterin des RKI

Die Gruppe war mit über 40 Anwesenden für eine Arbeitsgruppe sehr groß, trotzdem fand eine kurze Vorstellungsrunde statt, um zu sehen, aus welchen Arbeitsbereichen die Teilnehmer/innen kamen. Insgesamt war die Diskussion lebhaft und kontrovers.

Am 01.01.2001 ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft getreten und hat das bis dahin geltende Bundesseuchengesetz abgelöst. „Zweck des Gesetzes ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.“ (§1 (1)). Im sechsten Abschnitt des Gesetzes werden die zusätzlichen Vorschriften für Gemeinschaftseinrichtungen (hier auch namentlich die Justizvollzugsanstalten) behandelt. Es wurde eine kurze Einführung zur grundsätzlichen Einstellung und zu den für die Prävention relevanten Paragraphen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) gegeben.

Die Diskussion wurde anhand des § 36 (Einhaltung der Infektionshygiene), insbesondere Abs.1, der *Erstellung von Hygieneplänen*, in folgende Punkte gegliedert (analog der Schritte, die im Hygieneplan zu berücksichtigen sind):

1. Analyse der Infektionsgefahren

Unter Analyse der Infektionsgefahren sollten eigentlich die Infektionsrisiken, die gefährdeten Personen und die Ursachen für die jeweilige Einrichtung ermittelt bzw. analysiert werden. In der Arbeitsgruppe wurden hier sehr kontroverse Standpunkte eingenommen. Von einigen wurde bezweifelt, dass eine besondere Gefährdung der Insassen bestehe. Insgesamt wurden der Schutz und die Aufklärung der Bediensteten als sehr wichtig erachtet. Bundesweit bestehen sehr unterschiedliche Vorgehensweisen.

2. Bewertung der Risiken

Nach der Analyse der Infektionsgefahren soll eine Bewertung der Risiken erfolgen. Welche Risiken sind niedrig und können aufgrund dessen hingenommen werden? Welche Risiken sind schwerwiegender und müssen daher mit risikominimierenden Maßnahmen entgegengesteuert werden?

Bei Inhaftierten wurde die Infektionsgefährdung anhand der obligatorischen Eingangsuntersuchung beurteilt und für ausreichend erachtet. Die Maßnahmen werden danach ergriffen, ob es sich um kurz- oder langfristig einsitzende Strafgefangene handelt. Bei langfristigen Strafen wurden mehr präventive Angebote unterbreitet. Eine Entlassungsuntersuchung erfolgt in der Regel nicht.



3. Risikominimierung

Hier sollen die konkreten Maßnahmen festgelegt werden, mit denen ein Risiko reduziert werden kann (z. B. Impfung, Einsatz von Desinfektionsmitteln, Spritzenvergabe).

Es wurden einige Fälle von in der Justizvollzugsanstalt erworbenen Hepatitis-C-Infektionen berichtet. Bei Aufnahme in U-Haft erfolgt eine auf den Einzelfall bezogene Aufklärung durch das Aushändigen von Broschüren, Aushängen von Infomaterialien und Impfangeboten. In vielen Haftanstalten werden im Rahmen der HIV-Prävention Präservative und Gleitgel bereitgestellt, dies erfolgt allerdings nur in NRW auch anonym.

Anstaltsärzte: Für personalkommunikative Präventionsangebote besteht zu wenig Zeit, sie werden in vielen Einrichtungen, insbesondere in Ballungsgebieten, von externen Anbietern in Haftanstalten hineingetragen. Diese externen Angebote stellen sich für die Ärzte in den JVs als aufwendig und unruhestiftend dar. Aufgrund zunehmender Stellenstreichungen in den Haftanstalten werden solche Angebote z.T. auch als Konkurrenz zu den eigenen Angeboten empfunden.

„Angebote von AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen tragen nicht zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Haftinsassen bei, da diese die externen Präventionsanbieter häufig für ihre persönlichen Zwecke ‚benutzen‘. Strafvollzug hat seine eigenen Regeln und ist ‚hartleibig‘ und wird von Außenstehenden häufig nicht verstanden.“

Von Seiten der AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen wurde bemängelt, dass ihre Angebote häufig nicht erwünscht sind und teilweise sogar boykottiert werden von der Anstaltsleitung. Andere haben über gute und reibungslose Zusammenarbeit mit JVs berichtet. Auch für Mitarbeiter von Aidshilfen ist die Etablierung einer reibungsarmen Kooperation mit Anstaltsleitungen und Bediensteten häufig der aufwändigste Teil ihrer Arbeit in den Haftanstalten. *Aber ein Teil, der sich lohne, es sei also wichtig, ‚am Ball‘ zu bleiben.*

Insgesamt wurde bemerkt, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Aidshilfen und Justizvollzug in den letzten zehn Jahren doch sehr verbessert hat, dies wurde durch eine Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe belegt.

4. Festlegung von Überwachungsverfahren

Die obligatorischen Hygienepläne werden anstaltsweise aufgestellt, auf Landesebenen abgestimmt und von Gesundheitsämtern überprüft. Infektionsprophylaxe ist Teil dieser Hygienepläne.

5. Änderungen nach Einführungen des IfSG

Für manche Ärzte in Justizvollzugsanstalten hat sich außer dem Namen des anzuführenden Gesetzes nur die Verpflichtung zur Aufstellung eines Hygieneplanes verändert.

6. Genannte Ziele und Problem in der Schlussrunde

Die Überbelegung von Haftanstalten wird generell als großes Problem angesehen. In ländlichen Gebieten sind kaum externe Präventionsangebote vorhanden, dort wäre man für eine solche Unterstützung dankbar. Die Prävention in Haftanstalten ist nur durch Anstrengung aller beteiligter Akteure innerhalb und außerhalb von Haftanstalten zu erreichen. Hier sollten neben Aidshilfen, Gesundheitsämtern, Drogenhilfen etc. auch Krankenkassen einbezogen werden. Eine Gruppe forderte auch den Zugang für eventuell vorbestrafte Ex-User, die aufgrund eigener Erfahrungen eine besondere Rolle in der Prävention spielen können. Die sprachliche Verständigung mit Migranten in Haft sollte durch den Einsatz von Sprachmittlern/Dolmetscher verbessert werden.



AG 2: „Gesundheit von Drogenkonsument(inn)en in Haft“

Moderation:
Dr. Jörg Pont
(Bundesministerium für Justiz, Wien)
und Urs Weibel
(Strafanstalt Schöngrün, Schweiz)

Protokoll:
Dr. Jörg Pont

Im ersten Impulsreferat wurden die dominierenden Gesundheitsdefizite von Drogenkonsument(inn)en, die Haft als Chance und als Risiko, die Palette der in Haft möglichen Präventionsstrategien, bestehende Defizite in der Durchführung derselben und deren Ursachen zusammengefasst, im zweiten die nun seit zehn Jahren laufenden Projekte Heroin-gestützte Behandlung, Methadon-gestützte Behandlung und kontrollierte Opiatabgabe in Oberschöngrün (Schweiz), der Justizanstalt mit der weltweit längsten Tradition innovativer risikoreduzierender Strategien für Drogenabhängige.

Die Diskussion der mit über 30 Teilnehmern großen interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe war lebhaft und spannend. Der Versuch der Moderatoren, aus dem weit gefassten Themenkreis einzelne Probleme herauszugreifen und vertiefend zu bearbeiten, war zum Scheitern verurteilt, weil die Arbeitsgruppe entschied, dass eine Beschränkung auf partikuläre Aspekte dem komplexen Thema nicht gerecht würde. Dennoch lassen sich die folgenden sieben Schwerpunkte als Arbeitsergebnisse zusammenfassen:

1. Die Diskussion, ob die Verantwortung, Verwaltung und Finanzierung von Gesundheitsbelangen in Haft weiterhin im Aufgabenbereich der Justizbehörden bleiben oder aber in den der Gesundheitsbehörden überführt werden sollte, wurde kontrovers geführt. Es wurden für beide Modelle Vorteile und Nachteile erörtert und letztlich kein Konsens erzielt.
2. Mit Einhelligkeit wurde hingegen beschworen, dass die Ärzte ihr Privileg der Freiheit und Unabhängigkeit bei der Entscheidung über präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen voll wahrnehmen müssen und nicht Versuchen der Einflussnahmen von Seiten der Gefängnisverwaltung und Justizbehörde nachgeben dürfen, wie es gar nicht so selten beobachtet wird.
3. Konsens wurde erzielt, dass sinnvolle Konzepte der Gesundheitsförderung für Gefangene nicht auf medizinische Agenden beschränkt sein dürfen, sondern dass die Motivation zur Selbstverantwortung der Gefangenen und die Einbeziehung von Vollzugsbeamten, Sozialarbeitern, Suchttherapeuten und Psychologen unerlässlich ist.
4. Ebenfalls Konsens herrschte über die Notwendigkeit, Richtlinien und Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung in Haft zu erstellen, die auch die minimal erforderlichen Ressourcen von Ausstattung und Personal festschreiben. Herr Dr. Staub aus Regensdorf (Schweiz) berichtete, dass ein Schweizer Arbeitskreis mit der Erstellung eines solchen Kataloges begonnen hat. Sobald Resultate vorliegen, wird er diese über Frau Weilandt und das WIAD zur Verfügung stellen. Ähnliche Bemü-



hungen sind auch in Österreich angelaufen, deren Ergebnisse auf dem gleichen Weg vernetzt werden sollen.

5. Alle Teilnehmer dieser interprofessionellen Arbeitsgruppe waren einer Meinung, dass strikt abstinentorientierte Behandlungskonzepte für Suchtkranke der Gesamtproblematik der Suchtkrankheit nicht gerecht werden.
6. Konsens bestand weiterhin, dass wir derzeit ständig Gefahr laufen, Drogenabhängigkeit mit Opiatabhängigkeit gleichzusetzen und dabei dem epidemiologisch wesentlich bedeutenderen Problem der Alkoholabhängigkeit und der Polytoxikomanie, für die wir keine Substitutionsstrategien zur Verfügung haben, zu wenig Augenmerk zu schenken.
7. Schließlich wurde die Problematik des hohen Anteils psychischer Komorbidität Drogenabhängiger, insbesondere solcher mit begleitenden Psychosen erörtert, für die die Haftsituation eine nicht zumutbare Belastung bedeutet. Es wäre sinnvoll, Möglichkeiten zu nutzen bzw. zu schaffen, diesen Patienten bei Minimaldelikten die Haftstrafe unter der Auflage aussetzen zu können, dass sie ihre Behandlung durch regelmäßige Kontrollen nachweisen.



Vorherrschende Gesundheitsmängel bei drug users	
Suchtkrankheit Psychosoziale Entwicklungsstörungen Psychische Erkrankungen Folgen chaotischer Lebensführung: STDs, Karies, Ernährungsstörungen, Trainingsmangel.....	Infektionen durch parenteral übertragbare Viren HCV, HBV, HIV

Haft	
erzwungene Stabilisierung der Lebensführung	Extremer psychischer und sozialer Stress
Erreichbarkeit für Prävention, Diagnostik, Therapie	Therapieerfolg unter Zwang?
	Epidemiologischer Focus für HCV, HBV, HIV

Gefängnis: Epidemiologischer Brennpunkt für parenteral übertragbare Infektionen:

- Hohe Dichte von Personen mit Risikoverhalten
iv. Drogenkonsum (ivDU)
Tätowieren
Unsafe sex
- Risikoverhalten wird während der Haft aufrechterhalten
- Präventivmaßnahmen (safe use, safe sex) in Haft erschwert

Prävention gegen die Übertragung von HIV/HBV/HCV in Gefängnissen

1. Verbesserung von Wissen und Einstellungen

- Akzeptanz tabuisierter Fakten im Gefängnis durch Behörden und Öffentlichkeit.
- Alternativen zur Haft für Drogenabhängige
- Ständige Fortbildung für alle Inhaftierte und Beamte

Prävention gegen die Übertragung von HIV/HBV/HCV in Gefängnissen

2. Verminderung von Angebot und Nachfrage von Drogen

- Verschärfte Kontrollen (?)
- Drogenfreie Abteilungen
- Orale Opioid Substitution (Methadon), kontrollierte Abgabe von Opioiden

Prävention gegen die Übertragung von HIV/HBV/HCV in Gefängnissen

3. Harm reduction von Risikoverhalten

- Safer sex – Verfügbarkeit von Kondomen
- Safer use – Information über safer use und Verfügbarkeit von Desinfektionsmittel
- Nadel/Spritzen- Austauschprogramme

Prävention gegen die Übertragung von HIV/HBV/HCV in Gefängnissen

4. Medizinische Maßnahmen

- Hepatitis A/B Impfung für Drogenabhängige
- Antivirale Behandlung von HIV/HCV/HBV Erkrankungen (HAART and IFa2/Ribavirin)
- Postexpositionelle Prophylaxe PEP für HIV

Ursachen für Defizite der Gesundheitsförderung von Drogenabhängigen in Haft ?

- Wissen, Ausbildung, Einstellungen
- Ressourcen: Geld
Personal
Ausbildung
- Methodik, Management, Organisation
- Akzeptanz: drug users? Staff?



Strafanstalt Schöngrün

Strafanstalt der Nordwest- und Innerschweiz

75 Haftplätze für erw. Männer ab 18 Jahren

Delikte: alle

Strafmaß: 6 Monate bis lebenslänglich

Auftrag: Art. 37 StGB
Der Vollzug der Zuchthaus- und Gefängnisstrafen soll erziehend auf den Gefangenen einwirken und ihn auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorbereiten. Er soll zudem darauf hinwirken, dass das Unrecht, das dem Geschädigten zugefügt wurde, wieder gut gemacht wird. Der Gefangene ist zur Arbeit verpflichtet, die ihm zugewiesen wird. Er soll womöglich mit Arbeiten beschäftigt werden, die seinen Fähigkeiten entsprechen und die ihn in den Stand setzen, in der Freiheit seinen Unterhalt zu erwerben.

Rund 50% der Strafgefangenen sind Drogenkonsumenten

Feststellung:

Wo Drogenkonsumenten leben gibt es auch Drogen – auch im Strafvollzug

Primäre Zielsetzung: Drogenabstinenz

Repression:

Urinproben
Personenkontrollen
Zellenkontrollen

Disziplinarmaßnahmen:

Einschluss
Urlaubsaufschub

Sekundäre Zielsetzung:

Schadensbegrenzung

Spritzenvergabe: seit 1992

Heroinvergabe: seit 1995

Methadonvergabe: seit 1996

Wo Drogenkonsumenten leben gibt es auch Drogen – auch im Strafvollzug

Ergebnis/Erfahrungen

Auflösung des Drogenhandels

Schadensbegrenzung

Verbesserung des Gesundheitszustandes

Keine Überdosen

Keine Drogentoten

Keine Stichverletzungen durch Spritzen

Merkblatt, welches beim Eintritt jedem Gefangenen ausgehändigt wird.

So schützen Sie sich auch im Strafvollzug vor Aids

Sehr geehrte Herren!

Aids wird ausschließlich über den Geschlechtsverkehr und die Blutbahnen übertragen. Deshalb müssen Sie folgende Punkte beachten:

- Präservative / „Pariser“

Praktizieren Sie, sofern Sie nicht in einer festen Zweierbeziehung leben, ausschließlich „Safer sex“, d.h. schützen Sie sich immer mit Präservativen („Pariser“).

Präservative können gratis beim Sozialdienst bezogen werden.

- Spritzen

Bezüglich der AIDS-Prophylaxe und Spritzenvergabe gelten in der Strafanstalt Oberschöngrün folgende Regelungen:

Der Konsum von nicht vom Arzt verschriebenen Medikamenten, illegalen Drogen und Alkohol ist verboten und wird disziplinarisch bestraft.

Die Spritzen können beim Arzt bezogen werden.

Die Spritzen müssen im Spiegelschrank in der Zelle in einem Glas aufbewahrt werden.

Die Spritzen müssen beim Arzt entsorgt werden.

Bei nicht ordnungsgemäßen Umgang mit Spritzen (s. Pkt. 3 und 4) wird eine Disziplinarstrafe von 6 Wochen Urlaubsaufschub ausgesprochen.

Tätowierungen

Lassen Sie sich nicht von einem Mitgefangenen eine Tätowierung stechen, da die Tätowierungsgeräte nicht sauber sind. Eine Aids- oder Hepatitis-Infektion über Tätowierungsgeräte ist durchaus möglich.



AG 3: „Gesundheit von Frauen“

Moderation:
Dr. Karlheinz Keppler
(JVA für Frauen, Vechta, Deutschland)
und Ulrike Dieckmann
(Frauenladen Berlin, Deutschland)

Protokoll:
Uwe Niethammer
(Deutsche AIDS-Hilfe)

Teilnehmer/innen: 9

Die Arbeitsgruppe ließ sich in vier Arbeitsabschnitte einteilen, die nachfolgend vorgestellt werden:

1. Bericht Dr. Keppler:

Allgemeines:

- ◆ Die Grundlagen für die Behandlung in der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen sind im Strafvollzugsgesetz § 56-65 geregelt.
- ◆ Nur 4 Prozent der Inhaftierten in deutschen Haftanstalten sind Frauen. 50 Prozent dieser Frauen sind drogenabhängig.
- ◆ Somit ergibt sich für die Betreuung von Frauen die Problematik der Frauen in der Haftsituation und zusätzlich die Drogenproblematik.
 - Die Auswirkungen können sein:
 - Essstörungen
 - Traumatisierungen
 - Transsexualität
 - Homosexualität – gleichgeschlechtliche Partnerschaften
 - Die psychische Belastung, dass das Ganze „unter einem Dach“ geschieht.
- ◆ Anstaltsärzte haben Mitwirkungspflichten in den Hygienebereichen der JVs.
- ◆ Anstaltsärzte, die haupt- oder nebenamtlich in den JVs arbeiten, haben Zugriff auf externe medizinische Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich, wenn die medizinischen Probleme ihre Kompetenzen übersteigen.

Fachliche Spezialisierungen für Ärzte in Haft sind aufgrund der geringen Anzahl von weiblichen Inhaftierten kaum möglich. Die Aufgabengebiete der Anstaltsärzte im Frauenbereich erstrecken sich dennoch über die Gebiete Schwangerschaftsbetreuung, Gynäkologie und allgemeinmedizinische Diagnosen.
- ◆ Schwangerschaften im Haftbereich sind per se Risikoschwangerschaften, aufgrund der Haftsituation.

2. Bericht Ulrike Dieckmann:

- ◆ Das Drogenberatungsprojekt „Frauenladen“ in Berlin arbeitet:
 - ◆ eng mit den inhaftierten Frauen der JVA Lichtenberg zusammen, wo viele drogenabhängige Frauen in speziellen Haftbereichen untergebracht sind
 - ursachenorientiert
 - mit den Auswirkungen/Traumatisierungen ausgelöst durch sexuelle Gewalt
 - mit den Problematiken ausgelöst durch Suchtverlagerung
 - mit den Problematiken ausgelöst durch selbstverletzendes Verhalten



- ◆ Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, entwickeln Suchtstrukturen unterschiedlichster Art, um ihre Lebenssituation und Umwelt besser ertragen zu können. Mit diesen selbstzerstörerischen Suchtstrukturen verdrängen viele dieser Frauen die Traumata der Vergangenheit. Deshalb ist es häufig sehr schwierig, an die Frauen heranzukommen und ihnen ein Hilfesystem anzubieten.
- ◆ Frauen haben in der JVA kaum die Möglichkeit, in den offenen Vollzug zu kommen.
- ◆ Es fehlt an der Nachsorge nach der Haftentlassung, auch im Bereich Substitution.
- ◆ Es fehlt an psychosozialer und finanzieller Betreuung der (drogenabhängigen) Frauen während der Haft und vor allem nach der Haftentlassung.

3. Themensammlung der Teilnehmer/innen zur Problematik von Frauengesundheit in Haft

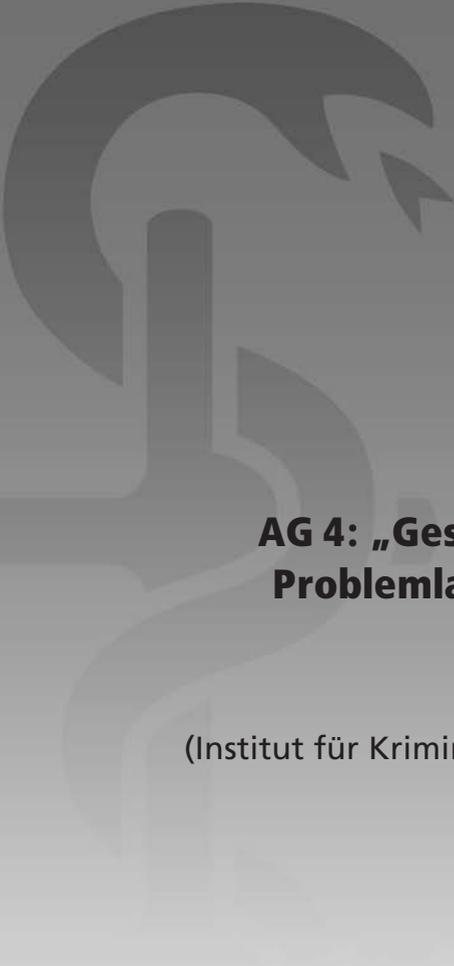
- ◆ Psychologische Versorgung ist nicht individuell und adäquat auf die Frauen abgestimmt.
- ◆ Andauernde Fremdbestimmung ↔ „Geschlossenheit“/eingeschränkte Bewegungsfreiheit schafft kritische psychische Belastungssituationen.
- ◆ Migrantinnen sind aufgrund ihrer rechtlichen und gesellschaftlichen Situation zusätzlich noch benachteiligt in Haft.
- ◆ Zu wenige Behandlungsstandards schafft Willkür.

4. Aspekte zur Gesundheitsförderung von Frauen in Haft

- ◆ Die Haftsituation, die immer auch mit einem Gruppendruck einhergeht, ist kontraproduktiv gegenüber einer individuellen Therapie, da die Frauen sich gegenüber der Gruppe schützen müssen und oft Ängste und wenig Möglichkeiten haben, sich zu öffnen. Es ist daher notwendig, in Haft individuell arbeitende Unterstützungsnetzwerke aufzubauen, die auf die Bedarfe und Bedürfnisse der inhaftierten Frauen mehr achten und dann realistische Lösungen individuell erarbeiten und anbieten. Diese Netzwerke können sowohl innerhalb der Haftanstalten existieren, besser aber noch sind Hilfeeinrichtungen, die von „außen“ individuelle Hilfe und Beratung anbieten. Generell sollte es während der ganzen Haftzeit Ansprechpartner/innen geben, besonders aber während Krisenzeiten und vor der Haftentlassung.
- ◆ In der Justizvollzugsanstalt Vechta gibt es ein sog. „FFT-Programm“, d. h. „Fit Für die Therapie“. Mit diesem Programm sollen die Frauen emotional auf eine Psychotherapie vorbereitet werden.

Die Inhaftierten müssen u. U. Therapie machen, sonst wird kein weitergehendes Hilfesystem angeboten. Dieser Umstand (Stichwort Zwangstherapie) kann sehr problematisch sein, da viele der Frauen Psychotherapie aus den unterschiedlichsten

- Gründen ablehnen. Es ist kontraproduktiv für den Therapieerfolg, die Therapie unter Androhung von Strafe anzubieten.
- ◆ Durch abstinenzorientierte Therapieangebote ist manchen Inhaftierten erst einmal geholfen, da die Frauen dadurch lernen können, einen kontrollierten Konsum zu haben und sie sich dadurch besser auf eine Psychotherapie vorbereiten und einlassen können.
 - ◆ Die Eigenverantwortung und die Wahrnehmung der Frauen müssen gestärkt werden und eine geeignete Gesundheitsfürsorge muss angeboten werden. Frauenspezifische Bedürfnisse und Bedarfe müssen dabei berücksichtigt werden. Leider werden diese bedingt durch die geringe Anzahl von weiblichen Insassen kaum berücksichtigt.
 - ◆ Es ist daher notwendig, Standards zur Gesundheitsförderung von Frauen in Haft für die einzelnen Haftanstalten zu entwickeln. ⇒ Es wurde von manchen Teilnehmer(inne)n gefordert, dass weibliche Angestellte diese Standards gegenüber inhaftierten Frauen besser vertreten können, da sie sich eher in ihre Geschlechtsgenossinnen einfühlen können. Andererseits gab es die Meinung, wonach die Gesellschaft aus Frauen und Männern besteht und diese Zweigeschlechtlichkeit auch in der Arbeit mit Inhaftierten bestehen sollte. Als Beispiel wurde angeführt, dass drogenabhängige Frauen häufig symbiotische Beziehungen pflegen, Männer sich in diesem Punkt besser abgrenzen können, was wichtig für die Arbeit in Haft sein kann.
 - ◆ Konzepte zur Gesundheitsförderung müssen jeweils unterschiedlich auf die gegebenen Haftanstalten angepasst werden, um den unterschiedlichen Vor-Ort-Bedingungen gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang wurde die betriebliche Gesundheitsförderung für Angestellte der JVA's angesprochen, die einen Modellcharakter für die (weiblichen) Inhaftierten haben könnten.
 - ◆ In Untersuchungshaft muss Gesundheitsfürsorge initiiert werden, da dieser Haftbereich besonders belastend ist und wenig bis gar nicht gesundheitsmäßig betreut wird.
 - ◆ Es ist notwendig, Hepatitis-Impfkampagnen in Haft zu initiieren.
 - ◆ Kontrovers diskutiert wurde die Frage, ob (Klein-)Kinder mit ihren inhaftierten Müttern in Haft leben sollten oder nicht. Ist es besser für Mutter und Kind, wenn sie getrennt in einer solchen Situation leben oder nicht? Die Mehrheit der Arbeitsgruppe vertrat die Ansicht, dass es besser ist, das Kind nicht der Haftsituation auszusetzen, um späteren Schäden vorzubeugen und dafür ein geregeltes Besuchsrecht zu gewährleisten. Als wichtig wurde es angesehen, unabhängig davon, ob das Kind bei der Mutter in Haft lebt oder nicht, dass eine umfassende Ernährungsberatung für Mütter in Haft angeboten wird, um später in Freiheit besser damit umgehen zu können.



AG 4: „Gesundheit und besondere Problemlagen von Jugendlichen“

Moderation:
Dr. Dirk Enzmann
(Institut für Kriminalwissenschaften, Hamburg)
und Peter Wiessner
(Münchner AIDS-Hilfe)

Protokoll:
Peter Wiessner

Einführung durch Dirk Enzmann und Peter Wiessner.

Dr. Enzmann berichtete von seinen Forschungsarbeiten im Kriminologischen Institut, in denen die Auswirkung von Haftaufenthalten auf den weiteren Lebensweg untersucht werden.

Peter Wiessner stellte seine Präventionsarbeit im Jugendarrest und in Jugendhaftanstalten in München dar. Im Anschluss fanden ein Erfahrungsaustausch und eine Diskussion mit den Teilnehmer(inne)n des gut besuchten Workshops statt.

Hintergrund:

Darstellung der Arbeit der Münchner AIDS-Hilfe im Jugendarrest

Seit drei Jahren engagiert sich die Münchner AIDS-Hilfe verstärkt im Jugendarrest. In Zusammenarbeit mit ehrenamtliche Mitarbeiter(inne)n der JVA-Gruppe der Münchner AIDS-Hilfe werden in der Jugendarrestanstalt Neudeck einmal monatlich zweistündige Fortbildungs- und Präventionsveranstaltungen zu HIV und Hepatitis durchgeführt. Für die Jugendlichen ist die Teilnahme an den Veranstaltungen freiwillig. Der Jugendarrestanstalt werden diese Veranstaltungen kostenlos angeboten. In der Regel ist die für die Jugendlichen im Jugendarrest verantwortliche Sozialarbeiterin anwesend, welche die Jugendlichen gezielt dafür anspricht und dadurch eine gewisse Vorauswahl trifft.

Warum engagiert sich eine AIDS-Hilfe im Jugendarrest?

Ist Gesundheitsförderung im Jugendarrest sinnvoll?

- ◆ Gute Tradition der AIDS-Hilfe ist es, zielgruppenspezifisch zu arbeiten. Der Jugendarrest bietet gute Voraussetzungen, dieses Wissen um zielgruppenspezifische Prävention anzuwenden.
- ◆ Jugendliche im Arrest gehören zu einer hoch gefährdeten Gruppe (Drogen, Sex Work, Exposition etc.).
- ◆ 20 Prozent der Jugendlichen befinden sich wegen Drogendelikten im Jugendarrest.
- ◆ Jugendliche sind „neugieriger“ als Erwachsene.
- ◆ Jugendarrest ist ein einschneidendes Erlebnis für die Jugendlichen. Dies mag die Voraussetzungen, dass Botschaften angenommen werden, erhöhen.
- ◆ Jugendliche sind relativ kurze Zeit in Gewahrsam. Impulse können gesetzt werden, die sich auf die Zeit „draußen“ auswirken.
- ◆ Jugendliche im Arrest können sich nicht entziehen, ihre Aufmerksamkeit und Konzentration ist in der Regel hoch bzw. „gesichert“.



Themen

Bei den in den Veranstaltungen bearbeiteten Themen orientieren sich die Mitarbeiter/innen an den Fragestellungen der anwesenden Jugendlichen. Die eingeplanten Inhalte orientieren sich an folgenden Themenbereichen:

- ◆ Information über die Arbeit der Münchner AIDS-Hilfe, insbesondere im Haft- und Drogenbereich;
- ◆ Leben mit HIV und Aids; Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten, HIV-Test;
- ◆ Grundlagenwissen zu HIV/Aids, Grundlagen zu Hepatitis A, B, und C
- ◆ Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten; Safer Sex, Safer Use,
- ◆ Impfung gegen Hepatitis A und B.

Rahmenbedingungen

Bei einer durchschnittlichen Anwesenheit von ca. 10 bis 12 Jugendlichen ist eine Diskussionsmöglichkeit gegeben. Die Rückmeldungen zu den Veranstaltungen sind seitens der Jugendlichen und der verantwortlichen Sozialarbeiter durchaus positiv. Für die Jugendlichen ist das Angebot eine willkommene Abwechslung ihres Tagesablaufes. Angesichts der anderen Inhalte im Jugendarrest (Bsp. Verkehrserziehung) stellt die Möglichkeit, offen über Sex sprechen zu können, für viele der Jugendlichen eine wirkliche Bereicherung dar.

Wichtig ist die Unterstützung durch die Einrichtung und die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter(inne)n in der Jugendarrestanstalt. Vor allem bei der „Vorarbeit“, der Zusammensetzung der Gruppen, der Betonung auf Freiwilligkeit, ist dies hilfreich. Die Zusammensetzung der Teilnehmer/innen beeinflusst den Verlauf der Veranstaltung: Überwiegt bspw. die Anzahl von Jugendlichen mit moslemischer Prägung, ist ein relativ freizügiges Sprechen über sexuelle Themen, was aufgrund der Übertragungswege nötig ist, nur begrenzt möglich. Unserer Erfahrung nach müssen dann erst andere im Wege stehende Themen abgearbeitet werden, bis wir „zur Sache“ kommen können. Gut ist also das passende Mischverhältnis.

Der Vorteil, den wir als externe Mitarbeiter/innen mitbringen, liegt darin, dass wir nicht in interne Strukturen und Maßnahmen eingebunden sind. Von Vorteil ist auch die Teilnahme von ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n, die oft ein hohes Maß an Betroffenenkompetenz mitbringen.

Gegen Ende der Präventionsveranstaltung erhalten die Jugendlichen einen Fragebogen mit einem Quiz zur Veranstaltung, einem Auswertungsteil und der Adresse unserer Einrichtung (siehe Anlage), der mit auf die Zelle genommen werden soll. Die Sozialarbeiterin in der Jugendarrestanstalt bearbeitet die Antworten der Jugendlichen.

Jeder, der den Bogen ausfüllt, bekommt einen Riegel Schokolade. Die Jugendlichen machen dieses „Spiel“ gerne mit, die Rückmeldungen, die wir erhalten, sind gut, Wissen ist angekommen, Jugendliche erleben die Veranstaltung als interessant, lehrreich und handlungsrelevant.

Ziel/Standards:

- ◆ Unser wichtigstes Anliegen ist, keine Angst zu verbreiten, wenn wir über HIV/Aids und Hepatitis sprechen.
- ◆ Aufklärung vermindert die eventuell vorhandene Angst und fördert Selbstkompetenz.
- ◆ Handlungsspielräume sollen den Jugendlichen eröffnet werden.
- ◆ Angsthemmende Aufklärung verhindert die Diskriminierung unter den Jugendlichen: Menschen mit Hepatitis und HIV müssen nicht ausgegrenzt werden, weil die Übertragungswege bekannt und Ängste als unrealistisch eingeordnet werden können.
- ◆ Die Fragestellungen, Erfahrungen und „Störungen“ der Jugendlichen stehen im Mittelpunkt

Gesundheit unter den Jugendlichen

- ◆ Das Thema Gesundheit hat bei den Jugendlichen keine Priorität: es ist in ihrer Wahrnehmung keine „besondere Problemlage“.
- ◆ Fast alle der Jugendlichen haben Erfahrungen mit den derzeit aktuellen illegalen Drogen, wie Cannabis, Amphetaminen etc.
- ◆ Zum Teil sind auch Erfahrungen mit harten Drogen, Substitution etc. vorhanden, doch betrifft dies nicht die Mehrheit der Jugendlichen im Jugendarrest.
- ◆ Das Gesundheitsbewusstsein unter den Jugendlichen ist eher niedrig
- ◆ Die Einschätzung des Themas „Hepatitis“ wird bei den Jugendlichen gerne heruntergespielt, dies betrifft vor allem Jugendliche aus osteuropäischen Regionen.
- ◆ Auch wenn Jugendliche vorgeben, alles über HIV und Aids zu wissen, ist die Kenntnis zu den Schutzmöglichkeiten eher gering. Zu den unterschiedlichen Hepatitiden fehlt es oft komplett.
- ◆ Obgleich die Jugendlichen zu Gruppen gehören, denen wir ein erhöhtes Risiko unterstellen, ist nur in sehr seltenen Fällen Impfschutz gegen Hepatitis A und B vorhanden.

Problemlagen der Jugendlichen (im Jugendarrest)

- ◆ Bei manchen Jugendlichen sind aufgrund von Drogenmissbrauch bereits Persönlichkeitsveränderungen feststellbar.



- ◆ Manche der Jugendlichen sind verunsichert und hellhörig, wenn wir über die Themen sprechen, dies vor allem dann, wenn sie auf HIV und Hepatitis getestet wurden (ab 3 Wochen Aufenthalt wird im Jugendarrest routinemäßig getestet) und noch auf ihre Testergebnisse warten.
- ◆ Der Wissenstand zu HIV/Aids und den Hepatitiden ist fraglich. Aufgrund des höheren Risikos halten wir eine verstärkte Aufklärung inklusive des Angebots einer Hepatitis-B-Impfung für dringend erforderlich.
- ◆ Sexualität mit Jugendlichen angemessen und ernsthaft zur Sprache zu bringen ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung, für manche Jugendliche ist es sicherlich ein Problem ganz besonderer Art.

Fragestellungen

- ◆ Sind Jugendarrest- und Jugendhaftanstalten angesichts der Rahmenbedingungen und der Problemlagen Jugendlicher ein passender Ort für Prävention und Gesundheitsförderung? Wenn ja, wie können die Angebote verbessert werden?
- ◆ Welche Projekte und Erfahrungen mit externen Anbietern gibt es im Jugendarrest und in der Jugendhaft? Wie kann ein besserer Austausch gewährleistet werden?
- ◆ Ergreifen die Verantwortlichen im Jugendarrest die Chancen, die sie hätten? Wie kann Gesundheitsförderung im Arrest verbessert werden? Was wäre sinnvoll?
- ◆ Wie kann der Erfolg der im Jugendarrest stattfindenden Arbeit evaluiert werden? Woran messen wir den Erfolg unserer Arbeit? Inwieweit führen die von uns unterbreiteten Angebote zu einer Veränderung bei den Jugendlichen?
- ◆ Macht das, was wir engagiert und gerne tun, eigentlich Sinn?
- ◆ Wie kann die in Jugendhaft und Jugendarrest stattfindende Gesundheitsförderung verbessert werden? Bspw. durch Durchführung und Konzeption von Impfkampagnen, bessere Koordinierung der Arbeit, veränderte Versorgungsstrukturen, Bereitstellung von Informationsmaterialien etc.
- ◆ Welchen Sinn macht es, Jugendliche im Jugendarrest und in Jugendhaft auf Hepatitis zu testen, ohne eine Impfung zur Verfügung zu stellen? Wie definieren die Verantwortlichen diesbezüglich ihre Verantwortung gegenüber den Jugendlichen und der Gesellschaft im Allgemeinen?

Die im Anschluss an die Fachvorträge geführte Diskussion drehte sich um folgende Themenbereiche:

1. Wer trägt und verantwortet Gesundheitsförderung in Haft?

Wer leistet Gesundheitsförderung in den Haft- und Jugendarrestanstalten? Oft sind es externe Kräfte, Mitarbeiter von NGOs etc. Was ist jedoch mit den Mitarbeiter(inne)n

der Gesundheitsämter? Wie oft befinden sie sich in den Haftanstalten? Wie definieren sie ihre Aufgabe und Funktion? Wie ist es um die Verantwortung der Justiz bestellt? Definieren sie Gesundheitsförderung als Luxus oder als ernstzunehmende Aufgabe?

Viele der während der Diskussion genannten Beispiele verdeutlichten, dass sich unterschiedliche Akteure in Jugendarrest und Jugendhaft engagieren. Viele der Initiativen geschehen aus eigenem Antrieb, sie kommen von außen, sie sind freiwillig und unbezahlt (das Angebot der Münchner AIDS-Hilfe war nur eines aus einer ganzen Reihe von genannten Beispielen).

Oft haben die Anbieter von Angeboten den Eindruck, dass die Arbeit, die verrichtet wird, nicht genug Anerkennung erfährt (zumindest nicht in finanzieller Hinsicht). Ein Rückzug ist jedoch kaum möglich, da dies dem eigenen Auftrag widerspräche und die geleistete Tätigkeit wohl auch nicht durch andere Stellen oder intern geleistet würde bzw. geleistet werden könnte. Die Lücke – so zumindest die Selbstwahrnehmung – bliebe offen.

Die Verantwortung, die man selbst gerne trägt, würde kein anderer tragen. So wichtig wie einem selbst das Thema Gesundheitsförderung ist, ist es den anderen Akteuren bzw. den Verantwortlichen nicht.

Gesundheitsförderung in Haft wird als ein Luxus wahrgenommen, der, wenn Kapazitäten wieder einmal neu verteilt werden müssen, leicht gestrichen werden könnte.

Außer Acht bleibt, dass Gesundheitsförderung für Jugendliche lebensrettend sein kann, insbesondere in einem Alter, in dem Jugendliche noch geprägt werden können und handlungsrelevante Kenntnisse vermittelt werden.

2. Mit welchem Gesundheitsbegriff ist Arbeit in Haft möglich?

Mit welchem Gesundheitsbegriff arbeiten wir selbst?

Auf der Konferenz war viel vom Gesundheitsbegriff der Ottawa-Charta die Rede. Deutlich geworden ist, dass die Voraussetzungen, die Gesundheit nach diesem Begriff möglich werden lassen, in Haft oft nicht gegeben sind (Gesundheit als nichts Statisches, sondern als prozesshaftes Geschehen, Gesundheit als Förderung von Eigeninitiative etc.).

Eine kurze Gegenüberstellung verdeutlicht dies:

Haft:

Zwang, Sanktion und Kontrolle vs.
Gehorchen müssen vs.

Ottawa Charta

Freiwilligkeit und Einsicht
Entwicklung von Eigeninitiative
und Motivation



In einem System, in dem vor allem die Gefangenen Wertschätzung erfahren, die funktionieren und nicht (unangenehm) auffallen, ist der Weg hin zu einer an der Ottawa-Charta orientierten Gesundheitsförderung besonders beschwerlich und steil, wenn nicht gar unmöglich.

Auf der anderen Seite ist in dem Workshop aber auch deutlich geworden, dass unser eigenes Denken und Fördern von Gesundheit begrenzt ist. Während des Kongresses war viel die Rede von Hepatitis und HIV und das Fehlen der entsprechenden Präventionsmaßnahmen.

Es war wenig die Rede von anderen Gesundheitsproblemen (Jugendlicher). Wie steht es bspw. um:

- ◆ Raucherentwöhnungsprogramme in Jugendarrest-/Jugendhaftanstalten?
- ◆ Alkoholentwöhnung, Alkoholmissbrauch in Jugendhaft, unter Jugendlichen?
- ◆ Bewegungsarmut unter Jugendlichen, Förderung von Sport, Leistungsfähigkeit?
- ◆ Sexualität und Gewalt sind große Themen unter Jugendlichen, diskutiert werden sie kaum.
- ◆ Wie kann die Lücke, die Drogen übernehmen, bei Entzug/Entwöhnung gefüllt werden?

Diese Fragen verdeutlichen, dass unser eigener Gesundheitsbegriff eine Reduktion erfahren hat. Da Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Hepatitis und HIV/Aids, erwarten wir auf zukünftigen Konferenzen eine Erweiterung und Öffnung gegenüber anderen für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen relevanten Themen.

3. Die besonderen Problemlagen von Jugendlichen

Als besondere Problemlagen von Jugendlichen in Jugendhaft/Jugendarrest wurden folgende Punkte generalisierend festgehalten:

Jugendliche ...

- ◆ probieren viele Dinge aus, sie wollen Grenzen erfahren und wahrnehmen (und landen wohl auch deshalb oft in Jugendarrest/Jugendhaft)
- ◆ haben einen besonderen Bewegungsdrang, sie fallen deshalb in ganz besonderer Weise auf (die Nerven)
- ◆ sind sensibel
- ◆ sind neugierig, wollen es manchmal genau wissen
- ◆ wollen erfahren, was der Körper so alles mitmacht und kommen auch deshalb manchmal an die eigenen Grenzen
- ◆ sind in ihrer Persönlichkeit wenig gefestigt, Entwicklung und Beziehungsarbeit sind im Gegensatz zu „abgebrühten“ erwachsenen Gefangenen noch möglich

- ◆ die Sorge um sich selbst ist bei Jugendlichen unterentwickelt. Jugendliche im Arrest können sich in der Regel weniger gut versorgen als Erwachsene, sie kennen die Wege nicht, die eingehalten werden müssen, um Rechte durchzusetzen etc. Diesbezüglich sind Jugendliche von der Hilfestellung anderer in verstärktem Maß abhängig.

Es ist deutlich geworden, dass die meisten dieser Punkte, die sicherlich zum Teil dafür verantwortlich sind, dass Jugendliche sich manchmal in Haft/Jugendarrest wieder finden, durchaus auch als Ressource dienen könn(t)en.

Der Jugendarrest/die Jugendhaft sind gefordert, diese positiven Ressourcen zu erkennen und entsprechende Konzepte zu entwickeln.

4. Fazit und Ausblick

- ◆ Wir waren uns einig, dass die strukturellen Voraussetzungen, unter denen Gesundheitsförderung in Jugendarrest und Jugendhaft stattfindet, angesichts von Mittelkürzungen und anderen Schwerpunktsetzungen (Sicherheit!) nicht besser, sondern schlechter werden.
- ◆ Einig waren wir uns auch, dass es sich in der Arbeit mit Jugendlichen ganz besonders lohnt, Mittel zur Verfügung zu stellen, Mitarbeiter/innen auszubilden etc.
- ◆ Appelliert werden muss auch weiterhin an die Verantwortlichen in Medienwelt und Politik. Die entsprechenden Wortführer müssen ihre Verantwortung erkennen und wahrnehmen. Am besten jetzt sofort, spätestens aber zur nächsten bundesweiten Treibjagd nach dem dann aktuellen jugendlichen Gewaltverbrecher (die kommen wird wie das Amen in der Kirche). Die Glaubwürdigkeit der verantwortlichen Personen ist gefordert. Die Berichterstattung in den Medien muss sich ändern.
- ◆ Damit das Bild nicht grau in grau erscheint, ist auf die positiven Beispiele zu verweisen. Es gibt sie: die guten und erfolgreichen Ansätze von Gesundheitsförderung in Haft. Es sind Ansätze. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.



AG 5: „Gesundheitsberichterstattung und Dokumentation“

Moderation: Dr. Caren Weilandt
(WIAD, Bonn, Deutschland)
und Dr. Heino Stöver
(Uni Bremen, Deutschland)

Wie es tatsächlich um die Gesundheit von Gefangenen bestellt ist, darüber wissen wir recht wenig. Weder gibt es eine Gesundheitsberichterstattung wie für andere Settings (z. B. Schule, Hospitäler), die detailliert Auskunft geben könnte, noch ist die gesundheitliche Lage Gefangener Gegenstand kommunaler oder regionaler Gesundheitsberichterstattung.

Im Justizvollzug existieren wenig aggregierte Daten zur gesundheitlichen Lage Inhaftierter, die systematisch analysiert und zusammengestellt Auskunft geben über den Gesundheitszustand Gefangener. Dies würde zudem mehrere Gefängnisse eines Landes oder einer Region einbeziehen müssen, um die Heterogenität der Zielpopulationen in den unterschiedlichen Haftanstalten adäquat abzubilden. Lediglich für einige ausgewählte Haftanstalten liegen Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage Gefangener vor, die zumindest einige Gesundheitsparameter analysieren (z. B. Tielking et al. 2003¹). Selbst diese Untersuchungen sind jedoch in aller Regel Querschnittsuntersuchungen und somit nicht geeignet, die gesundheitlichen Veränderungen und Dynamiken im Zeitverlauf abzubilden und nachzuvollziehen, und lassen somit keine Schlussfolgerungen über positive oder negative Effekte von Intervention und Prävention zu. Dies wird besonders deutlich an den Infektionsdynamiken im Strafvollzug: Wir wissen wenig über den Infektionsstatus der Gefangenen zu Beginn der Haft und wir wissen fast nichts über das Infektionsgeschehen während der Haftzeit. Oftmals konzentrieren sich gesundheitsbezogene Untersuchungen nur auf Teilgruppen (z. B. Drogenkonsument(inn)en) und lassen keine Rückschlüsse auf die gesamte Gefangenenpopulation zu.

Qualitativ angelegte Studien schließlich könnten darüber hinaus Erkenntnisse z. B. über risikoreiches Verhalten oder die Wahrnehmung und Bewältigung riskanter Verhältnisse bringen.

Darüber hinaus existieren sowohl für einzelne oder mehrere Haftanstalten Untersuchungen über ein Gesundheitsthema (z. B. HIV/Aids). Lediglich einige Daten, die öffentlich von besonders großem Interesse sind, werden dokumentiert und veröffentlicht (z. B. Suizidrate).

Gegenwärtig müssen zu den meisten Untersuchungen jedoch die Krankenakten der Gefangenen durchgearbeitet werden, die zwar nach einem bestimmten System geführt werden, aber letztlich weder dem im Vollzug arbeitenden Arzt einen Überblick über die Gesamtsituation vermitteln, noch anderen internen oder externen Entscheidungsträgern einen Überblick über Trends, Entwicklungen, besondere gesundheitliche Herausforderungen vermitteln.

Forschung in deutschen Strafanstalten wird zudem oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den Justizvollzugsbehörden abge-

1 Tielking, K./Becker, S./Stöver, H. (2003): *Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg*



blockt. So wurde eine Teilnahme an der „Bundesweiten Erhebung zu Infektionskrankheiten und Suchtkrankenhilfe im Justizvollzug“ (vom Europäischen Netzwerk zu Drogen und Infektionskrankheiten im Justizvollzug) von den meisten Justizministerien bzw. Justizvollzugsbehörden mit dem Argument abgelehnt, dass die Personallage dies nicht zulasse. Eine Erklärung für die Weigerung (und verbunden mit Personalbelastung) ist sicherlich auch, dass die Daten für jede Untersuchung neu zusammengestellt werden müssen, weil keine laufende Dokumentation und Aggregation der Daten vorgenommen wird.

Während für die Krankenhäuser seit 2001 die Durchführung und Teilnahme an einer „externen Qualitätssicherung“ verpflichtend ist², gilt dies für medizinische Leistungen im Justizvollzug nicht. U.a. dadurch können Schwachstellen oft nicht erkannt und abgestellt werden.

Ein Versuch des besseren Überblicks ist die „Elektronische Krankenakte“, die derzeit vom Justizministerium NRW im Rahmen eines Länderverbundes entwickelt wird und im Justizvollzug eingesetzt werden soll.

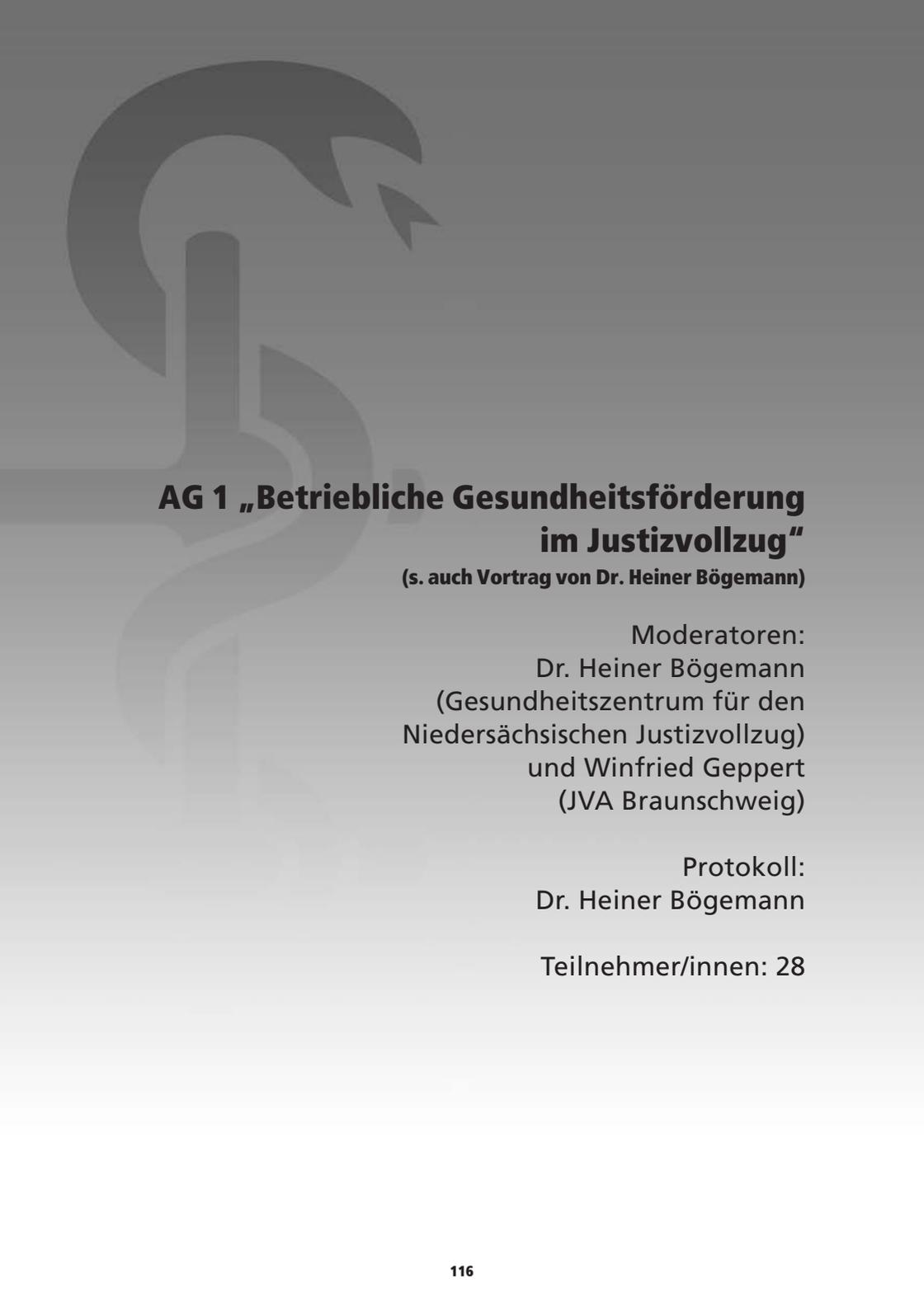
Dieses Dokumentationssystem soll in Verbindung mit dem ebenfalls in Weiterentwicklung befindlichen Vollzugs- und Verwaltungsprogramm, das aus dem ursprünglichen Buchungs- und Abrechnungssystem für den Justizvollzug „BASIS“ weiterentwickelt wird, unter dem Begriff BASIS WEB zusammengefasst werden. Somit können dann die bereits vorhandenen Daten genutzt werden. Hierbei ist der besondere Schutz der medizinischen Daten zu berücksichtigen. Durch die elektronische Ablage der Behandlungsdaten der Gefangenen wird in naher Zukunft auch eine statistische Auswertung über die gesundheitliche Situation im Vollzug möglich werden. Insbesondere die geplante ICD-Verschlüsselung (internationale Klassifikation der Krankheiten) wird eine Statistik der bestehenden Diagnosen zulassen. In weiteren Ausbaustufen des Programms werden dann auch weitere Auswertungen möglich. Zunächst werden die Behandlungsgrunddaten und wesentliche Arbeitsabläufe dokumentiert. Wesentlich ist hierbei, dass jede dokumentierte Information einem Nutzer zugeordnet werden kann. Problematisch ist zur Zeit die langfristige Archivierung, da derzeit nach geltendem Recht die Daten maximal zwei Jahre auf Datenträgern nach Haftentlassung aufbewahrt werden dürfen.

2 Falls die Krankenhäuser nicht an der externen Datenerhebung zur Qualitätssicherung teilnehmen, drohen ihnen finanzielle Sanktionen.

Arbeitsgruppen

29.10.04





AG 1 „Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

(s. auch Vortrag von Dr. Heiner Bögemann)

Moderatoren:

Dr. Heiner Bögemann
(Gesundheitszentrum für den
Niedersächsischen Justizvollzug)
und Winfried Geppert
(JVA Braunschweig)

Protokoll:

Dr. Heiner Bögemann

Teilnehmer/innen: 28

Der Workshop mit dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ hatte zum Ziel, die anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer für diese Problematik zu sensibilisieren und ihre Erfahrungen zu diskutieren. Ursprünglich hatten sich für diesen Workshop 13 Personen gemeldet. Letztlich saßen dort 28 Personen aus unterschiedlichen Professionen sowohl innerhalb als außerhalb des Justizvollzugs. Vertreten waren Ärzte, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Drogenberater, Projektentwickler und Lehrer.

Übereinstimmend wurde festgestellt, dass es eine breitflächige Gesundheitsförderung für Justizvollzugsbedienstete weder in Deutschland (Ausnahme Bundesland Niedersachsen) noch in Österreich oder in der Schweiz gibt. Punktuell gibt es Ansätze der Beratung und Hilfe bei besonderen Vorkommnissen, wie z. B. Suizid eines Gefangenen, tätliche Angriffe gegenüber Bediensteten oder auch Beratungsansätze in Bereich Supervision und Mediation. Was bisher vorhanden ist, ist insgesamt zu wenig.

Der Bedarf bei Bediensteten nimmt bei diesen Themen zu. Insofern konnte übereinstimmend festgestellt werden, dass es an der Zeit wäre, Gesundheitsförderungsmaßnahmen eben auch für Bedienstete zu initiieren. Sie sollten ebenso zur versorgenden Struktur einer Haftanstalt gehören wie das für die Gefangenen, zumindest schon mal auf dem Papier, überwiegend der Fall ist.

Ein erster Ansatz wäre die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes, welches auch für Österreich gilt, da beide Länder in der EU organisiert sind. Die Umsetzung, die schwerpunktmäßig auch die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren am Arbeitsplatz vorsieht, steckt für den Arbeitsplatz Gefängnis jedoch noch weitgehend in den Kinderschuhen. Hier sind vor allen Dingen verantwortliche Behördenleiter und auch Ministerien aufgerufen, diese Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Aber auch die Bediensteten in Justizvollzugsanstalten sind im Rahmen der Mitwirkungspflicht aufgerufen, auf Missstände hinzuweisen und dafür Sorge zu tragen, dass diese Missstände mittel- und langfristig abgestellt werden.

Das Arbeitsschutzgesetz sieht einen sehr intensiven interdisziplinären und partizipativen Ansatz vor, bei dem alle tätigen Bediensteten in einer Justizvollzugsanstalt als aktive Protagonisten angesehen werden. Die Chancen, die sich aus dem Arbeitsschutzgesetz entwickeln können, sind bisher noch nicht überall erkannt worden.

Übereinstimmend wurde in der Gruppe festgestellt, dass es wenig Sinn hat, nur zu klagen, sondern auch den Blick in die Zukunft zu richten. In dem Zusammenhang wurden Utopien für den Strafvollzug gesammelt, wie z. B.:

- ◆ grundsätzlich mehr und gesünderes Personal
- ◆ Nutzung von Gesundheitsförderungsressourcen, die es bereits in den Anstalten gibt
- ◆ weniger oder keine Überstunden
- ◆ Religion und Spiritualität für die Bediensteten
- ◆ Therapie statt Knast durch mehr Therapeuten, weniger Gefangene



- ◆ Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes und psychosoziale Betreuung von Bediensteten
- ◆ bessere und interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit
- ◆ weitflächige Kooperation zwischen den Helferinnen und Helfern innerhalb und außerhalb der Haftanstalten
- ◆ kontinuierliche und fest strukturierte Gesundheitsförderungsangebote für Bedienstete
- ◆ Transparenz von Entscheidungen
- ◆ Politikfreier Raum Justizvollzugsanstalt bzw. Gefängnis
- ◆ keine Einmischung mehr durch die Politik und die Politiker
- ◆ Nichtraucherchutz für Justizvollzugsbedienstete
- ◆ alkoholfreie Arbeitsplätze für Justizvollzugsanstalten
- ◆ frühzeitige Hilfen für suchtmittelgefährdete Bedienstete
- ◆ breitflächige Informationsveranstaltungen für Bedienstete über die Gefahren von Infektionskrankheiten, wie z. B. Hepatitis und Aids
- ◆ kompetente und gut ausgebildete Führungskräfte
- ◆ regelmäßige kollegiale Beratung und Supervision für Justizvollzugsbedienstete
- ◆ den Stellenwert der zwischenmenschlichen Kommunikation und des teilnehmenden Gesprächs unter Bediensteten erhöhen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Justizvollzug im deutschsprachigen Raum, d. h. in Deutschland, Österreich und der Schweiz, insgesamt ein sehr uneinheitliches Bild bietet, was die Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Justizvollzugsbedienstete angeht. Regelmäßigere Reflexion des beruflichen Handelns, z. B. durch Supervision oder durch kollegiale Beratung, ist noch nicht flächendeckend eingeführt worden. Es gibt hier und da Inseln, wie z. B. in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und punktuelle Beratungsangebote in Baden-Württemberg oder Hessen.

Es gibt aber bisher keine Vernetzungen der einzelnen Gesundheitsförderungsansätze. Hier scheint mehr noch eine „Einzelkämpfermentalität“ vorzuherrschen. Nicht nur Gefangene haben eine Suchtmittelproblematik, sondern auch manche Bedienstete insbesondere eine Alkoholproblematik. Auch dieser Bereich ist nach wie vor ein Tabubereich im Justizvollzug und wird überwiegend totgeschwiegen. Die verantwortlichen Führungskräfte, aber auch Kolleginnen und Kollegen meiden dieses Thema und nehmen eher die Rollen von Co-Alkoholikern an. Alkohol als gravierendes Sicherheitsproblem, insbesondere für den Strafvollzug, ist daher auch in Fortbildungen der einzelnen Länder selten ein Thema.

Übereinstimmend ist die Gruppe zu dem Ergebnis gelangt, dass es sinnvoll wäre, in Zukunft eine Schwerpunkttagung zum Thema **Gesundheitsförderung für Justizvollzugsbedienstete in europäischen Haftanstalten** durchzuführen. Dieses Thema sei auf der Tagung in Bonn eher ein Randthema gewesen, was viele Anwesenden bedauer-

ten. Diese Problematik sollte in Zukunft einen größeren Raum einnehmen. Ein Ziel dabei: Vernetzung unterschiedlicher Projekte und Aktivitäten zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung in Gefängnissen“.

Abschließend wurde festgestellt, dass Gesundheitsförderung für das Gefängnispersonal eine breite Zukunft hat. Ohne motiviertes und gesundes Personal ließen sich die schwierigen Aufträge des Justizvollzugs nur noch ansatzweise bis gar nicht mehr erfolgreich umsetzen.



AG 2: „Gesundheit von Migrant(inn)en im Vollzug“

Moderation:

Dr. med. Thomas Staub
(Kant. Strafanstalt Pöschwies, Schweiz)
und Klaus Jünschke
(Sozialwissenschaftler,
Kölner Appell gegen Rassismus)

Referentin:

Dora Rizzardo,
Juristin, Universität Padua

Protokoll:

Peter Wiessner
(Münchener AIDS-Hilfe)

Eingangsreferat der drei Referent(inn)en mit anschließender Diskussion

Herr Jünschke berichtete von den Ergebnissen seiner Befragung unter 18 Gefangenen in der JVA Köln. Thematisiert wurde die Kriminalisierung von Migranten und Menschen ohne Papiere; analysiert und in Frage gestellt wurden allgemein bekannte Begriffe wie bspw. der Begriff der „Ausländerkriminalität“. Festgehalten wurde, dass sich Straftaten nicht aus der Zugehörigkeit zu einer Nationalität heraus erklären lassen, es gleichwohl Straftaten gibt, die nur von Nichtdeutschen begangen werden können (z. B. Verstöße gegen das Ausländergesetz). Oft wird im Strafvollzug unter den verschiedenen Migrantengruppen nicht differenziert (Zugewanderte, Arbeitsmigranten, Asylbewerber, Illegale, Spätaussiedler, Russlanddeutsche etc.). Trotz allem ist festzuhalten, dass Migranten in Haft ähnliche Probleme haben wie andere Gefangene auch: Migranten in Haft sollten nicht unnötig „exotisiert“ werden.

In der von Herrn Jünschke durchgeführten Befragung benennen die Häftlinge als besonders belastende und krankmachende Haftformen/Haftbedingungen: Isolationshaft, engmaschig vergitterte Fenster, keine Spiegel im Badebereich, demütigende Prozeduren bei der regelmäßigen Urin-Abgabe, kein frisches Obst, kaum Salate, Gemüse uvm. Die schlechter werdenden Bedingungen in Haft werden für Gefangene zunehmend zur Belastung.

Zur Gesundheitsversorgung der Migranten in Haft benannte Herr Jünschke Beispiele mangelnder Versorgung: Besonders problematisch ist, wenn Gefangene, die einen Arzt zu Gesicht bekommen möchten, oft bereits am Sanitärer scheitern. Immer wieder kommt es vor, dass diese entscheiden, wer zum Arzt vorgelassen wird und wer nicht. Weitere Defizite: das Stellen von Ferndiagnosen, das „Ausgehen“ von Medikamenten, monatelanges Warten auf Facharztvorführungen, das Fehlen von Gesundheitsaufklärung etc. Massage für Gefangene mit Rückenproblemen gilt offensichtlich als purer Luxus, jedenfalls gibt es in Haft dieses Angebot nicht.

Eine angekündigte Abschiebung wird von Migranten in Haft oft als „soziale Hinrichtung“ erlebt. Besonders belastend und problematisch für die Mitgefangenen ist es, wenn ein Gefangener Suizid begeht: Eine psychologische Begleitung der unmittelbar betroffenen Mitgefangenen gibt es in diesen Fällen nicht.



Herr Staub berichtete von seinen Erfahrungen als leitender Gefängnisarzt der Strafanstalt Pöschwies in Regensdorf/Schweiz mit 436 Plätzen und 270 Personalstellen. 50 Nationen sind in Pöschwies vertreten, lediglich 30 Prozent der Gefangenen sind Schweizer, ein Großteil der Gefangenen kommt aus dem Balkan.

Über die Gesundheit von Migranten im Vollzug zu sprechen ist schwierig, da kaum Daten und statistisches Material zur Verfügung stehen. Trotz weitläufiger Recherchen wurden keine aktuellen Zahlen über den Gesundheitszustand von inhaftierten Personen in der Schweiz gefunden. Es gab 1993 eine „Gesundheitsbefragung in Schweizer Gefängnissen“, die jedoch aufgrund stark veränderter Migrationsbewegungen und veränderter Ausländerpopulation kaum mehr repräsentativ ist. Seit 1998 läuft beim Bundesamt für Gesundheit der Schweiz (in Zusammenarbeit mit einigen JVA's aus Deutschland) ein Forschungsprojekt, das demnächst abgeschlossen und ausgewertet wird. Auch an der Universität Bern ist ein Forschungsprojekt zum Thema Ausländer/innen im geschlossenen Strafvollzug im Gange, dessen Daten allerdings noch nicht ausgewertet sind.

In seinem Vortrag ging Herr Staub auf die WHO-Definition von Gesundheit ein: Gesundheit ist mehr als das Fehlen einer Krankheit oder eines Gebrechens, sondern auch körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. In diesem Sinne gehört Gesundheit zu den Grundrechten des menschlichen Lebens.

Die gesundheitlichen Probleme unter Migranten im Vollzug haben oft unterschiedliche Ebenen (gesellschaftspolitisch, rechtlich, religiös, soziokulturell, körperlich und psychisch). Wenn die unterschiedlichen Ebenen im Justizvollzug beachtet werden, kann dies erheblich dazu beitragen, dass es den Häftlingen besser geht.

◆ *Religion*

Es muss beachtet werden, dass es zu Spannungen führen kann, wenn Gefangene mit moslemischem und christlichem Hintergrund zusammengelegt werden. Insbesondere während des Ramadans, wenn moslemische Gefangene tagsüber keine Nahrung und keinen Tabak zu sich nehmen, kann es problematisch werden, wenn Gefangenen-Gruppen aufeinander treffen, die nicht aufeinander Rücksicht nehmen können oder wollen. Beachtet werden muss auch, dass tagsüber während des Ramadans oft keine Medikamente genommen werden können. Während des Ramadans können Gefangenen Nahrungsmittelpakete gegeben werden, so dass sie am Abend die Möglichkeit haben, etwas Warmes zu kochen.

◆ *Körperlich, psychisch*

Gefangene mit geringem Sprachverständnis haben oft keine andere Möglichkeit als das, was sie wollen bzw. brauchen, „psycho-somatisch“ auszudrücken: Wer die Sprache des Landes nicht sprechen kann, wird in die somatische Ebene flüchten, um „die Sprache des Arztes“ zu sprechen.

Werden Aspekte wie diese sensibel wahrgenommen, kann dies zum besseren Befinden der Gefangenen beitragen.

Weitere günstige Voraussetzungen für die Krankheitsbewältigung von Gefangenen:

◆ *Bildungs- und Kommunikationsfähigkeit*

Sprachbarrieren zwischen Arzt/Haftpersonal und Gefangenen werden als besonders problematisch erlebt. Je gebildeter und kommunikationsfähiger Migranten sind und sich sprachlich verständlich machen können, desto besser werden sie für sich sorgen können. Dies ist vor allem bei der Diagnosestellung wichtig. Wenn der Patient sich nicht ausdrücken kann, dann bleibt dem Arzt oft nur übrig (bspw. durch Ausschlussdiagnostik) zu raten, was dem Patienten fehlen könnte.

◆ *Genesungswunsch und Kooperation*

Manche Migranten wollen gar nicht gesund werden, weil sie wissen, dass sie bei besserer Gesundheit abgeschoben werden. Dies ist für Migranten ein riskantes Spiel. Eine Genesung ist bei fehlender Kooperation schwierig.

◆ *Sozialer Status und Einbettung des Migranten*

Günstig ist es für die Genesung, wenn Migranten in das System eingebettet sind und einen (rechtlichen) Status haben. Die Lebenslüge „kein Einwanderungsland“ erschwert dies.

◆ *Zukunftsaussichten*

Ein erreichbares Ziel zu haben, bspw. durch Aussicht auf Ausbildung und Berufsausübung etc., wirkt sich günstig auf die Krankheitsbewältigung aus. Therapieangebote des Gesundheitswesens (psycholog. Betreuung etc.)

Angebote für einen guten Gesundheitszustand durch die Haftanstalt

◆ *Aufklärung und Prävention*

Um eine bessere Gesundheit der Gefangenen zu erreichen ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass Gefangene verständliche Aufklärungs- und Präventionsmaterialien erhalten.

◆ *Eintrittsuntersuchung, Diagnostik, Behandlung, Prophylaxe*

Die Eintrittsuntersuchung bietet die Möglichkeit, den Gefangenen einen umfassenden Gesundheits-Check anzubieten. Eine gute und rationelle Diagnostik ist für eine angemessene Behandlung und die Prophylaxe von Spätfolgen eine wichtige Voraussetzung.



◆ *Interventionen*

Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals

Dies muss nicht ausschließlich die Ärzte betreffen: Auch Sanitäter und andere Angestellte sollten regelmäßig fortgebildet werden

◆ *Information, Prävention und Gesundheitsförderung*

Einbezogen werden sollte das Thema homosexuelle Kontakte in Haft, Kondome müssen den Gefangenen zugänglich sein.

◆ *Gesundheitsversorgung*

Die Gesundheitsversorgung der Gefangenen ist durch Empfehlungen und Richtlinien zu begleiten und zu gewährleisten. Die medizinischen Möglichkeiten sind von der Größe der Anstalt abhängig.

◆ *Therapieangebot für Traumatisierte im Asylbereich*

Therapieangebote für Folteropfer sind wichtig. Bei Migranten ist die Aufmerksamkeit sehr oft alleine auf den Arzt fixiert, vor allem auch deshalb, weil alle anderen, für die übrigen Häftlinge geltenden Angebote oft wegfallen. (Psychotherapie etc. funktioniert mit Migranten oft nicht).

◆ *Peergroup-Ansätze*

Peergroup-Ansätze sollten ausgebaut werden. Positive Erfahrungen existieren in Ansätzen. Beispiel: Ernährungsgewohnheiten von Migranten. Wenn die Ernährungsgewohnheiten von Migranten bekannt sind (und beachtet werden), es ihnen bspw. erlaubt wird, gemeinsam gewohnte Maisgerichte zu kochen, dann wirkt sich dies positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit aus. In Gesundheitsfragen ist es wichtig, die kulturelle Prägung auf Migranten zu berücksichtigen und auf sie zuzugehen.

Programm

1. Vorstellung der Strafanstalt Pöschwies
2. Definition „Gesundheit“ (WHO 1958)
3. Gesundheitliche Probleme von MigrantInnen (im Vollzug)
4. Gute Voraussetzungen für die Krankheitsbewältigung
5. Angebote für einen guten Gesundheitszustand
6. Interventionsachsen (Kleingruppen)

Prävention
Gesundheitliche Förderung

Die Strafanstalt Pöschwies in Regensdorf / Schweiz

- Die Strafanstalt Pöschwies ist mit 436 Plätzen für straffällige Männer die grösste geschlossene Anstalt der Schweiz. Die heutige Anstalt wurde 1995 eröffnet und ersetzt die alte Strafanstalt Regensdorf aus dem Jahre 1901. Die Strafanstalt Pöschwies verfügt über 270 Personalstellen.

In die Strafanstalt Pöschwies werden volljährige Männer eingewiesen, die zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr Dauer oder zu einer Verwehungsmassnahme verurteilt worden sind. Seit Januar 2004 werden im Erweiterungsbau auch Insassen mit kürzerer Strafdauer aufgenommen.

Die Straffälligen sind zur Arbeit verpflichtet. Sie haben die Möglichkeit, in den modernen Gewerbebetrieben der Strafanstalt Pöschwies eine Berufsausbildung zu absolvieren.

Die Strafanstalt Pöschwies verfügt über einen internen Sozialdienst und einen internen Arztdienst. Der Psychiatrisch-Psychologische Dienst des Amts für Justizvollzug ist für die psychiatrische Versorgung und für die gerichtlich angeordneten Therapien verantwortlich.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Strafanstalt Pöschwies beträgt rund zwei Jahre. Im Anschluss an den Aufenthalt in der Strafanstalt kommen verschiedene Möglichkeiten in Frage:

- eine Versetzung in den offenen Vollzug oder in die Halbfreiheit, zum Beispiel in die Kolonie Rinowil oder in das Haus Lagerin
 - die bedingte Entlassung, manchmal verbunden mit einer Landesverweisung oder verbunden mit einer Schutzaufsicht
 - die Entlassung in die Freiheit nach Ablauf der gesamten Strafe
 - die Überführung in die Ausschaffungshaft
 - die Auslieferung an ein Drittland
- Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft*

Die Strafanstalt Pöschwies in Bildern



Prävention
Gesundheitliche Förderung

Die Strafanstalt Pöschwies in Bildern



Prävention
Gesundheitliche Förderung



WHO-Definition „Gesundheit“:

- nicht allein das Fehlen einer Krankheit oder eines Gebrechens, sondern auch
- körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden
- gehören zu den Grundrechten des menschlichen Lebens
- WHO, Palais des Nations, Genève 1958

Gesundheitliche Probleme von MigrantInnen (im Vollzug):

- gesellschaftspolitisch
- rechtlich
- religiös
- sozio-kulturell
- körperlich
- psychisch

psychi-
somatisch

Gute Voraussetzungen für die Krankheits-Bewältigung:

- Bildung und Kommunikationsfähigkeit
- Genesungswunsch und Kooperation
- sozialer Status / Einbettung
- Zukunftsaussichten
- Therapieangebot des Gesundheitswesens

Angebote für einen guten Gesundheitszustand:

- verständliche Aufklärung und Prävention
- Eintrittsmusterung / Gesundheits Check up
- gute und rationale Diagnostik
- angemessene Behandlung, Heilung
- Prophylaxe von Spätfolgen

Interventionsachsen (Gruppenarbeit)

1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung
3. Gesundheitsversorgung
4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring)

Frau Dora Rizzardo von der Universität Padua berichtete spontan über die Ergebnisse einer Befragung unter 540 Vollzugsangestellten in 23 italienischen Vollzugsanstalten. Die Befragung drehte sich um die Kriterien, nach denen wir die Gesundheit von Personen beurteilen: „Wie würden Sie jemanden beschreiben, der bei guter Gesundheit ist?“ Der zweite Teil der Fragestellung fragte nach den Kriterien der Heilbehandlung: „Worin besteht Ihrer Meinung nach eine Heilbehandlung?“ Die Textanalyse der unterschiedlichen Aussagen brachte interessante Ergebnisse zu Tage.

Eine Person von guter Gesundheit hat den Aussagen der Befragten zufolge folgende Eigenschaften:

- ◆ sie ist ausgezeichnet durch körperliches und geistige Wohlbefinden
- ◆ sie hat weder körperliche noch geistige Probleme
- ◆ sie benutzt keine Medikamente
- ◆ sie braucht keine Therapie
- ◆ und sie ist ruhig...

Die Ergebnisse zeichnen ein schablonenartiges, wenig differenziertes, klischeehaftes und statisches Bild von „Gesunden“. Was bedeuten die Ergebnisse für die in den Haftanstalten betreuten Gefangenen? Wenn Gefangene, die sich still verhalten, als gesund wahrgenommen werden, dann ist das aus vielen Gründen problematisch (sie könnten ja auch sediert oder gar tot sein, sie könnten Angst haben, sich beim Arzt zu melden etc.).

Könnte es nicht sein, dass die Benennung des Sich-ruhig-Verhaltens der Gefangenen in diesem Kontext eher ein Ausdruck für die Entlastung des überarbeiteten Personals ist? Ein Personal, das dankbar dafür ist, wenn es in Ruhe gelassen wird und einen Augenblick verschlafen kann? Wenn in Haft „Ruhe“ mit „Gesundheit“ in eins gesetzt wird, dann zeigt dies im Lichte der Ottawa-Charta (Förderung der Eigeninitiative, Mitwirkung der Kranken bei der Heilbehandlung etc.) ein problematisches Bild der Gesundheitsförderung in Haft: Nicht das „Sich-ruhig-Verhalten“ der Gefangenen wäre nach der Ottawa-Charta als gesund zu fördern, sondern Initiative und Teilnahme am Geschehen, was ohne Bewegung wohl kaum möglich ist. In vielen Haftanstalten würde dies sehr wahrscheinlich als störend empfunden und sanktioniert werden.

Der zweite Teil der Befragung zum Verständnis der Heilbehandlung brachte zutage, dass dem Arzt als alleinigem Akteur auf dem Feld der Gesundheit die maßgebliche Rolle beigemessen wird. Dies auch in Bereichen, für die Ärzte weder ausgebildet noch qualifiziert sind (psychisches Wohlbefinden etc.).

Falls diese Ergebnisse wirklich das Denken der in den Haftanstalten Tätigen ausdrückt, dann spiegelt es ein altes Verständnis von Gesundheitsförderung wider, welches außerhalb der Haftanstalten kaum mehr zu finden ist. Nach diesem Verständnis ist der Arzt in allen Gesundheitsfragen der alleinige Ansprechpartner. Im neuen, modernen Verständnis von Gesundheitsförderung teilt sich der Arzt das Aufgabengebiet mit anderen Berufsgruppen (Psychologie, Public Health, Sozialwissenschaft etc.). Dass dies auch eine Machtfrage ist, belegen die Kämpfe, die es gekostet hat, die entsprechenden Strukturen durchzusetzen und finanziert zu bekommen.

Ist es möglich, dass sich in den Haftanstalten Enklaven gehalten haben, an denen diese Entwicklungen spurlos vorübergegangen sind?



Die anschließende Diskussion in der Gesamtgruppe drehte sich um folgende Themenbereiche:

◆ *„Wer sich in Haft wohl fühlt, muss nach der WHO-Charta krank sein“*

Es ist deutlich geworden, dass die WHO-Definition von Gesundheit auf den Haftbereich kaum angewendet werden kann: Der Definition der WHO entsprechend ist der Gefängnisaufenthalt (Freiheitsentzug) als gesundheitsschädigend zu betrachten. Ein Teilnehmer drückte es mit den Worten aus: „Wer sich in Haft wohl fühlt, muss nach der WHO-Charta krank sein“.

◆ *Gesundheitsförderung von Migrant(inn)en und Vollzugsbeamten im Vollzug*

Bei der Gesundheitsförderung von Migrant(inn)en im Vollzug muss der Gesundheitszustand der Vollzugsbeamten unbedingt miteinbezogen und ebenfalls mitgefördert werden. Wenn im Justizvollzug gesunde und zufriedene Mitarbeiter/innen arbeiten, dann wird sich dies auch auf das Wohl und die Zufriedenheit der Gefangenen auswirken. Neben der Frage, wie Migrant(inn)en durch unsere Angebote besser erreicht werden können, ist also auch zu überlegen, wie diese Erreichbarkeit unter Vollzugsbeamten gewährleistet werden kann.

◆ *Grundkenntnisse über Kultur, Religion und soziale Strukturen*

Für einen besseren (medizinischen) Zugang zu den Migrant(inn)en ist es unabdingbar, dass Grundkenntnisse über ihre Kultur, Religion, sozialen Strukturen etc. vorhanden sind. Es muss überlegt werden, wie diese Grundkenntnisse vermittelt und nahe gebracht werden. Teilbereiche davon könnten eventuell durch verschiedene „Institutionen“ (Bsp. Seelsorger, Sozialdienst etc.) übernommen und interdisziplinär bearbeitet werden. Peergroup-Ansätze wären wünschenswert. Die Teilnahme von ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n könnte sehr hilfreich sein und sollte deshalb gefördert werden.

◆ *Präventionsmedien*

Für eine gute Aufklärung zur Krankheitsvorsorge sollten verschiedene mehrsprachige und sprachlich einfach gestaltete Medien mit viel Bildmaterial entwickelt und angewandt werden. Es ist wichtig, die Bildungsschwächeren unter den Migrant(inn)en besser zu erreichen. Migrant(inn)en sollten bei der Produktion dieser Materialien einbezogen werden.

◆ *Fort- und Weiterbildung für medizinische Mitarbeiter/innen*

Medizinische Mitarbeiter sollten regelmäßige Weiterbildungen erfahren und in Anspruch nehmen können. Die Angebote und Methoden sollten regelmäßig überprüft und optimiert werden. Wenn sich dabei herausstellt, dass der Aufwand-Kosten-Nutzen-Effekt unangemessen ist, dann könnten u. U. auch Einsparungen gemacht werden.

Referat von Frau Dora Rizzardo

Die Führung der Gesundheit in den italienischen Vollzugsanstalten Ein Forschungsbeitrag: das Projekt „Ausländer und Drogen“

Gian Piero Turchi, Alessandro Salvini, Andrea Perno, Luisa Orrù, Dora Rizzardo

Vorwort

Die „Erste Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ bietet die Gelegenheit, zwei grundlegende Fragen zu untersuchen: Auf der einen Seite die Verwaltungsstrategien für die Gesundheitspflege im Vollzug, auf der anderen Seite die Durchführung der Behandlungsarten, die die Gesundheit selber fördern.

In Bezug auf die erste Frage: Das Merkmal, das die deutsche Verteilung in Ländern kennzeichnet, ist der Mangel einer bundesweiten Prüfung und eines Vergleichs der Initiativen, die in den einzelnen Justizvollzugsanstalten durchgeführt werden, und die Konsequenzen aus diesem Mangel.

Der gleiche kritische Aspekt betrifft die Organisation des Vollzuges in Italien: Das weist das vom Institut für Generellpsychologie der Universität Padua und dem Italienischen Justizministerium ausgearbeitete Forschungsprojekt „Ausländer und Drogen“ nach. Das Projekt untersucht die Gesetzgebung und die Behandlungsarten gegenüber ausländischen Gefangenen, insbesondere Drogenabhängigen und weiblichen Strafgefangenen, in Italien und in den vier anderen europäischen Ländern, die die stärkste Einwanderung aufweisen: Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Belgien. Für Italien wurde ferner eine Feldforschung ausgeführt: Durch Fragebogen wurden die Berichte von Bediensteten, ausländischen und italienischen Gefangenen gesammelt, in Bezug auf die intramurale Behandlung. Dann wurden die Antworten analysiert nach Kriterien, die sich auf die verwendeten Begriffe stützen. Die Ergebnisse des Projekts werden für die Fortbildung der Bediensteten benutzt.

Mit Rücksicht auf die bibliographische Forschung, aus der Analyse der von den italienischen Vollzugsanstalten erteilten Unterlagen, ergibt es sich, dass es im Rahmen der Gesundheitspflege keine Verwaltungsstrategie gibt, die die verschiedenen Anstalten gemeinsam benutzen. Es ergibt sich hingegen, dass es viele „Ortskulturen“ gibt. Diese sind auf einer Seite nicht imstande, die durchgeführten Initiativen an zentralem Niveau sichtbar zu machen, und auf der anderen Seite treffen sie die Voraussetzungen nicht, die eine Überprüfung der Wirksamkeit oder eine Ausbreitung von positiven Erfahrungen gegenüber anderen Anstalten ermöglichen.

Um die Behandlungspraxis zu überprüfen und um ihre Ausbreitung zu ermöglichen, ist es erforderlich, eine begründete und gemeinsame Verwaltungsstrategie zu benutzen, die deutliche und erreichbare Ziele setzt.



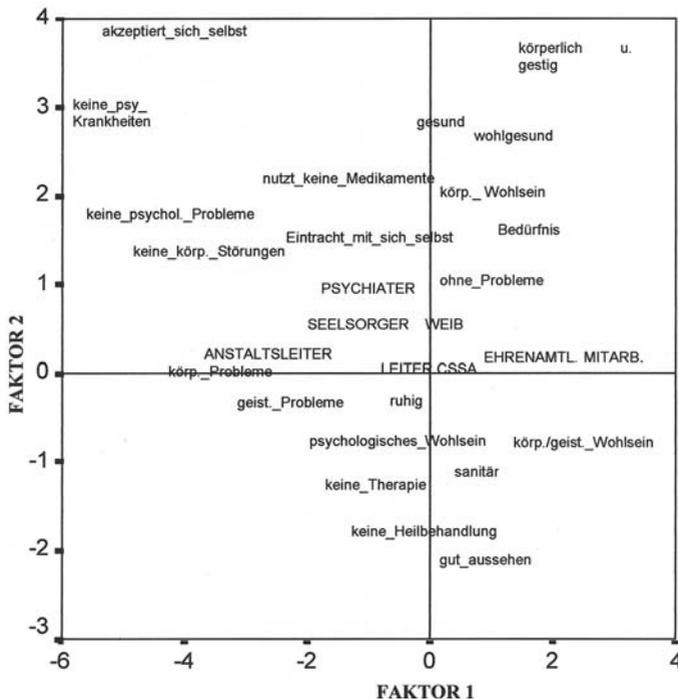
Methodologie (Feldforschung)

Die Feldforschung wurde in den 23 italienischen Justvollzugsanstalten geführt, die die größte Anzahl von Ausländern aufweisen. Die Fragebogen, die hier vorgestellt werden, wurden an Personen verteilt, die amtliche Stellungen haben (Leiter, Ärzte, Sozialhelfer, ehrenamtliche Mitarbeiter, Lehrer, Psychologen, Kriminologen, Erzieher, Psychiater, Vollzugsbedienstete). Für die statistische Analyse waren 540 Fragebogen gültig. Zur Analyse der Antworten wurde eine Software für Textanalyse („Spad-t“) benutzt.

Für diesen Beitrag wurden die folgende Fragen analysiert: „Wie würden Sie jemanden beschreiben, der bei guter Gesundheit ist?“, „Worin besteht Ihrer Meinung nach die Heilbehandlung?“ Weiter unten folgen die Ergebnisse der Analyse.

Ergebnisbeschreibung

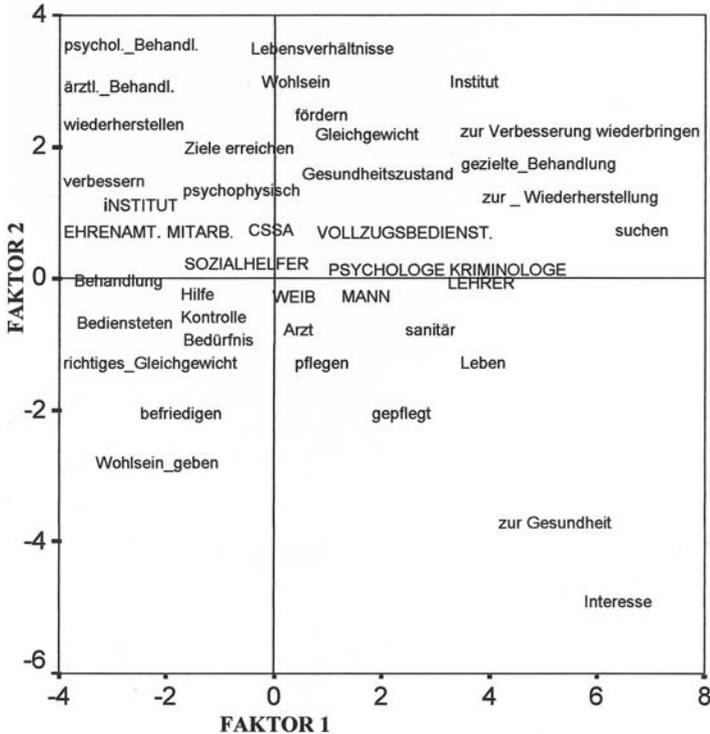
Frage 1: „Wie würden Sie jemanden beschreiben, der bei guter Gesundheit ist?“



Wie man merken kann in Bezug auf die graphischen Formen, die in den Quadranten erscheinen, die Person, die „bei guter Gesundheit ist“, wird so beschrieben: Sie ist

„gesund“, hat „körperliches und geistiges Wohsein“ und hat „keine Probleme“ (s. 1. und 4. Quadrant); sie weist weder „körperliche Probleme“ noch „geistige Probleme“ auf (s. 2. und 3. Quadrant). Deshalb: Wer „bei guter Gesundheit ist“ nutzt „keine Medikamente“ noch braucht er „Therapie“ und ist „ruhig“ (s. 2. und 3. Quadrant).

Frage 2: „Worin besteht Ihrer Meinung nach die Heilbehandlung?“



Wie es sich aus der Graphik ergibt, die Heilbehandlung ist auf die „Lebensverhältnisse“, das „Wohsein“, die „Gesundheit“ und das „Interesse“ gerichtet, als allgemeine Begriffe gemeint und nicht näher bestimmt, die als allgemeine Ziele des Instituts angezeigt werden (s. 1. und 4. Quadranten). Andere graphische Formen weisen darauf hin, dass die Tätigkeit des Instituts das Ziel haben soll, das „richtige Gleichgewicht“ wiederherzustellen, zu „befriedigen“ und „Wohsein zu geben“, also zur „Wiederherstellung“ des Wohlseins und zur „Verbesserung“ (s. 2. und 3. Quadrant). Zur Erreichung dieser Ziele die Rolle des Arztes aufgezeigt(s. 4. Quadrant), während die Bereiche der Behandlung zwei sind: der ärztliche und der psychologische (s. 2. Quadrant) Bereich.



Schlussbemerkungen und praktische Anwendungen

In Bezug auf die oben genannten Ergebnisse kann man feststellen, dass die Behandlung im Hinblick auf ein ideales und statisches Bild der „Person, die bei guter Gesundheit ist“ durchgeführt wird (d. h. im Hinblick auf das ideale Bild einer Person, die, nach den Bediensteten, „keine körperlichen oder geistigen Probleme“ hat, „keine Therapie“ oder „Medikamente“ braucht, und „ruhig“ ist. In anderen Worten, es wird ein Klischee, ein wahres Wortregister bestimmt, das sich auf ein sehr allgemeines Niveau stellt (z. B. „gesund“, „Wohlsein“), und da es nicht klar ist, sich als unerreichbares Ziel vorstellt.

In Bezug auf das Verständnis der Heilbehandlung kann man zwei Behandlungsrahmen erkennen: der erste betrifft die körperliche Gesundheit, der zweite die geistige Gesundheit. Der zentrale Aspekt ist, dass auf den Arzt hingewiesen wird, als die einzige Rolle, die für diesen Bereiche zuständig ist (s. Graphik 2). In anderen Worten: Obwohl zwei verschiedenen Rahmen der Behandlung erkannt werden, wird für beide auf die Zuständigkeit einer einzigen Rolle hingewiesen, und nicht einer Gruppe mit verschiedenen Rollen (die angemessene Behandlungsarten, jeweils nach dem Rahmen, anwenden können). Es ergibt sich keine Spezifikation der einzelnen Rollen in Bezug auf die festgesetzten Ziele.

Wenn es sich um körperliche Gesundheit handelt, verfügt eigentlich der Arzt über wirksame Mittel; er hat aber nicht die erforderlichen Kenntnisse für die Behandlung im nichtorganischen Rahmen (z. B. dem psychologischen Rahmen).

Eine wirksame Gesundheitsverwaltung in den Justivollzugsanstalten muss deswegen auf Grund einer Begriffsbestimmung strukturiert sein, die sich auf nichtärztliche Aspekte erstreckt. Damit können alle berufliche Rollen in die Behandlung einbezogen werden. Um ein solches Ziel zu erreichen, ist es aber erforderlich, dass Ziele und Kompetenzen aller beruflichen Rollen klar bestimmt werden.

Kontakt:

*Prof. Gian Piero Turchi,
Lehrstuhl klinische Psychologie und Psychologie der Abhängigkeiten
E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it
Tel: +39 049 8276633
Fax: + 39 049 8276600
Adresse: Dipartimento di psicologia generale,
Via Venezia, 8,
35100 Padova (Italia)*

„Gesundheit von Migrant(inn)en in Haft“

Klaus Jünschke

Vorbemerkungen zum sozialen und historischen Kontext

Als die Bundesregierung 1973 die „Internationale Konvention über ökonomische, soziale und kulturelle Rechte“ unterzeichnete, in der u. a. auch das Recht aller Menschen auf den „höchsten erreichbaren Gesundheitszustand“ festgehalten ist (vgl. Holl 2003), gab es in der Bundesrepublik in der Debatte um die Reform des Strafvollzugs noch kritische Kriminologen, die die Abschaffung der Gefängnisse forderten. Vorbild war die Abschaffung von geschlossenen Anstalten für Jugendliche im US-Bundesstaat Massachusetts (Steinert 1993, 10). „Freiheit heilt“, war damals der Slogan der Anti-Psychiatrie und wurde angesichts der hohen Rückfallquoten auch in die Kritik am Strafvollzug aufgenommen (vgl. Goffmann 1972).

Als die Weltgesundheitsorganisation WHO 1986 in der Ottawa-Charta „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ als Ziel formulierte, war diese Reform-Diskussion längst Geschichte. In einem Aufsatz über das wachsende Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle sprach Bundesverfassungsrichter Winfried Hassemer von einer „neuen Lust auf Strafe“: „Noch vor Jahren musste Strafe, besonders eine harte und hohe Strafe, begründet werden. Heute ist eher das Gegenteil der Fall“ (Hassemer 2001).

Den Weg dieses neuen strafrechtlichen common sense nach Europa hat der Soziologe Loic Wacquant brillant nachgezeichnet (Wacquant 2000). Die Entscheidung in den USA, die Armen als Gegenstück zum Sozialabbau zu kriminalisieren, hat dazu geführt, dass sich innerhalb von zwei Jahrzehnten die Zahl der Gefängnisinsassen vervielfachte. Heute sind von 100.000 Menschen in den USA 701 in Haft – zum Vergleich: in Russland sind es 606 und in Deutschland 98 (vgl. World Prison Population List 2004). Über zwei Drittel der Gefangenen sind Afro-Amerikaner und Latinos. Angesichts dieser Entwicklung sieht Wacquant Europa vor eine historische Entscheidung gestellt: „Wegschluss der Armen und polizeiliche und strafrechtliche Kontrolle der von den Umwälzungen auf dem Arbeitsmarkt und dem entsprechenden Abbau sozialer Schutzmaßnahmen destabilisierter Bevölkerungsschichten einerseits... offensive Wiederherstellung der sozialen Leistungsfähigkeit des Staates andererseits“ (Wacquant 2000, 149).

Es ist keine Frage, dass die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ eine Parteinahme für den Sozialstaat und gegen seinen Abbau ist. Das folgende Zitat aus der Ottawa-Charta – auf die sich die Konferenz bezog – unterstreicht das:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch



Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ (vgl. http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa_charta.htm).

Aber gerade weil das so schön klingt, sollte man sich keinen Illusionen hingeben und nicht vergessen, in welchem Kontext die Ottawa-Charta heute zu lesen ist und die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ Ende 2004 stattfand. Sie stehen für eine extrem minoritäre Position in einer verhärteten Gesellschaft. Die Mehrheit der Bevölkerung in der Bundesrepublik kann sich nach einer seit über zwei Jahrzehnten andauernden Kriminalitäts-Debatte, die von „law and order“ geprägt war und der Zero-Tolerance-Forderung den Boden bereitete, nicht vorstellen, dass die in dem Zitat enthaltenen Forderungen zur Gesundheitsförderung auch für Gefängnisinsassen gelten sollen. Und: Eine seit den 60er Jahren andauernde Debatte um „Ausländerkriminalität“ hat bei vielen Menschen die Vorstellung verfestigt, Kriminalität sei quasi eine Ausländereigenschaft. Hinsichtlich der straffällig gewordenen Migrant(inn)en wünschen sich über zwei Drittel der Wähler aller Parteien nicht mehr Gesundheitsförderung sondern nur eines: ihre Abschiebung (vgl. Lautmann u. a. 2004, 3).

Migration und Kriminalität

Im Unterschied zum Thema Gesundheit und Migration oder gar zum Thema der Gesundheitsprobleme der inhaftierten Migrant(inn)en ist die Zahl der Studien zum Thema „Ausländerkriminalität“ bzw. Migration und Kriminalität kaum noch zu überblicken (beispielhaft seien nur Bielefeld u. a. 1982, Kubink 1993, Kawamura-Reidl u. a. 2002 genannt). Die Berichte über Migrant(inn)en in den Medien der Bundesrepublik waren von Beginn der Anwerbung im Jahre 1955 vom Kriminalitätsthema dominiert. So wurde der Eindruck erweckt, Ausländer seien krimineller als Deutsche (Mansel 2003, 339). In der Kriminologie dagegen ist man sich heute weitgehend darüber einig, dass nicht die Staatsangehörigkeit mit der Kriminalitätsbelastung zusammenhängt, sondern diese ist wie bei den deutschen Straffälligen ein Resultat bestimmter sozialer Problemlagen und blockierter Lebensperspektiven. „Allen kriminologischen Erkenntnissen zufolge sind soziale Unterschichten (auch bei Deutschen) in der registrierten Kriminalität generell stärker vertreten als andere soziale Schichten“ (Sachverständigenrat 2004, 371).

Der Soziologe Fritz Sack wird nicht müde, darauf hinzuweisen, dass man seine Aufmerksamkeit auf den Kontext der Individuen, auf die Gesetze und die Sozialstruktur richten muss, wenn man Kriminalität verstehen will:

„Kriminologie auf der Ebene der Familie anzusetzen, heißt Ursache und Wirkung zu vertauschen; Kriminalpolitik auf die Familie zu fokussieren bedeutet, Verantwortung für gesellschaftliche Probleme aus dem öffentlichen Bereich von Politik und Staat in den Raum von Individuen und Familie zu verschieben; Kriminologie und Kriminalpolitik auf der Ebene der ausländischen Familie anzusetzen ist gleichbedeutend mit Ausländerpolitik im Gewande von Wissenschaft“ (Sack 2000, 71).

Migration und Gesundheit

In Lebenserinnerungen und Biographien von Migrantinnen und Migranten aus der sogenannten ersten Generation der Gastarbeiter/innen kann man immer wieder lesen, wie demütigend viele die Gesundheitsprüfungen empfanden, die am Beginn des Anwerbeverfahrens in den Herkunftsländern standen. Nur die gesündesten und kräftigsten Menschen sollten nach Deutschland in die Fabriken kommen. Und so wurde jede/r zehnte Bewerber/in zurückgewiesen (vgl. www.domit.de).

Die Unterbringung in Baracken und die Arbeitsbedingungen, die sie in Deutschland erwarteten, waren bekanntlich nicht die besten: körperlich anstrengend, belastet mit Schmutz, Lärm und anderen Gefahren, bedeuteten sie extreme gesundheitliche Belastungen und führten zum Raubbau an der Gesundheit.

Aber auch andere Belastungen existierten und existieren: „Trennung von der Familie und von Freunden, soziale Ausgrenzungen wegen der fremden Herkunft, unklarer und unsicherer Aufenthaltsstatus, Verfolgung und möglicherweise auch Folter im Herkunftsland“ (Schulte-Sasse 2003, 15).

Das aber wollte niemand so genau wissen.

Als der bundesweite „Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit“ im Februar 2002 nach Berlin zur Fachtagung „Gesunde Integration“ einlud, musste die Integrationsbeauftragte Marie Luise Beck in ihrer Begrüßungsansprache feststellen:

„Die Gesundheitsberichterstattung erlaubt uns nur in wenigen Bereichen gesicherte Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ (Beauftragte der Bundesregierung 2003, 10). Sie sprach aber immerhin offen aus, warum das der Fall ist: „Wir wissen, dass die Einwanderungsrealität der Bundesrepublik jahrzehntelang ignoriert wurde. Diese Ignoranz führte zu einer verfehlten Politik: Menschen mit Migrationshintergrund wurden in der Regel weder als Nachfrager noch als Gestaltende der öffentlichen Gesundheitsversorgung berücksichtigt“ (Beauftragte der Bundesregierung 2003, 11).

Im Bundesgesundheitsministerium wurde das Thema als Aufgabe erst im Januar 2000 aufgegriffen und verankert (Hommes 2003, 22). Auch die Drogenbeauftragte



der Bundesregierung konnte auf der Fachtagung „Gesunde Integration“ nur mitteilen, dass Expertisen zum Thema „Migration und Sucht“ erstmals 2002 erschienen sind (Caspers-Merk 2003, 88).

Migrant(inn)en in Haft

In Deutschland gibt es 204 Gefängnisse mit ca. 80.000 Haftplätzen (Statistisches Bundesamt 2004). Dabei handelt es sich um: Untersuchungshaft für Jugendliche und Erwachsene; Jugendstrafhaft, Offener Vollzug für weibliche und männliche Jugendliche; Strafhaft, Offener Vollzug für weibliche und männliche Erwachsene; Sicherungsverwahrung; Maßregelvollzug für Jugendliche und Erwachsene, Sozialtherapeutische Anstalten und Abschiebungshaft.

95 Prozent aller Gefangenen sind Männer und fünf Prozent Frauen.

Am 31.3.2000 waren von den 83.083 Gefangenen in der Bundesrepublik 60.872 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte, 18.784 Untersuchungsgefangene und 1.960 Gefangene in Abschiebungshaft. Der Rest waren Gefangene in sonstigen Haftformen und in militärischem Strafarrrest (Bundesministerium 2001, 414).

In Strafhaft waren 14.235 Inhaftierte ohne deutschen Pass, das entspricht einem Anteil von 23,4 Prozent (Bammann 2002, 95). In ostdeutschen Bundesländern ist dieser Anteil niedriger als in westdeutschen.

In der Untersuchungshaft ist der Anteil nichtdeutscher Gefangener höher als in Strafhaft. „Bislang gibt es keine bundesweite Statistik zur Entwicklung des Ausländeranteils in der Untersuchungshaft“ (Staudinger 2001, 15).

In Nordrhein-Westfalen betrug der Anteil ausländischer Gefangener in der Untersuchungshaft am 31.2.2002 sogar 44,4 Prozent (Justizministerium NRW 2002, 35).

Exkurs: Ausländer, Migranten, Menschen mit Migrationshintergrund

An dieser Stelle sei festgestellt, dass der Begriff „Ausländer“ nicht nur aufgrund der zunehmenden Einbürgerung seine analytische Aussagekraft verliert (Beck-Gernsheim 2002, 27). Es kann ganz grundsätzlich festgehalten werden: „Eine Statistik, die die Menschen nach dem Kriterium der Staatsangehörigkeit zuordnet und dabei nur zwei Kategorien kennt – entweder Deutscher oder Ausländer –, ist nicht fähig, mit den vielfältigen Überlappungen und Übergängen, Misch- und Zwischenformen umzugehen, die heute in immer mehr Biographien auftauchen.“ (Beck-Gernsheim 2002, 38). Die Rubriken der deutschen Ausländerstatistik sind so definiert, dass gerade die gut integrierten Ausländer tendenziell gar nicht in ihr Gesichtsfeld geraten. Dabei handelt es sich vor allem um zwei Gruppen – um die Rückwanderer und die Eingebürgerten (Beck-Gernsheim 2002, 29). Andererseits werden die zugewanderten Deutschen (die Russlanddeutschen bzw. Spätaussiedler) nicht berücksichtigt, obwohl sie mit vielen ih-

rer Merkmale und Problemen Flüchtlingen und anderen Migrant(inn)en ähneln. Bei allen Gruppen gibt es Menschen, die in der Bundesrepublik geboren sind, die also im wörtlichen Sinne keine Migrant(inn)en sind, sie haben aber durch ihre Familiengeschichte einen Migrationshintergrund.

Migrant(inn)en in den Justizvollzugsanstalten von Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen werden die inhaftierten Aussiedler seit März 2002 als „Gefangene deutscher Staatsangehörigkeit, die im Ausland geboren wurden“ erstmals erfasst.

„Zu diesem Zeitpunkt befanden sich insgesamt 1592 im Ausland geborene Deutsche in den Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen, das entspricht einem Anteil von 8,6 Prozent. Im März 2003 waren es mit 1770 Gefangenen 9,6 Prozent, ein Jahr später 1792 Gefangene bzw. 9,8 Prozent. Größer ist der Anteil im Ausland geborener Deutscher im Jugendstrafvollzug. Hier war 2003 ein Anteil von 18,7 Prozent zu verzeichnen, im März 2004 betrug ihr Anteil 15,6 Prozent“ (NRW.JUSTIZintern, Heft 4/2004, S. 17).

Wenn man diese Zahl in Beziehung zur Belegung von Deutschen und Ausländern sieht, dann verändert sich nicht nur die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Haft:

Im Jahre 2004 waren in den 35 Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen 12.805 deutsche Gefangene und 5.448 ausländische Gefangene inhaftiert. Wenn man weiß, dass von den 12.805 deutschen Gefangenen 1.792 Spätaussiedler bzw. im Ausland geborene Deutsche waren, dann ist klar, dass mindestens 7.240 der insgesamt 18.253 Gefangenen einen Migrationshintergrund haben – deutlich über 33 Prozent. Die eingebürgerten ehemaligen Ausländer sind dabei nicht mitgezählt.

Wenn wir von Gefangenen mit Migrationshintergrund sprechen, haben wir es folglich mit verschiedenen Gruppen zu tun:

Arbeitsmigrant(inn)en und nachgeholte Angehörige, ihre in Deutschland geborenen Kinder und Enkel, Asylbewerber/innen, Illegale sowie Touristen/Durchreisende, eingebürgerte Arbeitsmigrant(inn)en und anerkannte Flüchtlinge und schließlich die Gruppe der (Spät-)Aussiedler/innen (vgl. Staudinger 2001, 74).

Die nichtdeutschen Personen in den Gefängnissen von NRW kamen im Jahre 2002 aus 114 Herkunftsländern. Kein Wunder also, dass das Justizministerium feststellt: „Als Hindernisse, die nur schwer zu überwinden sind, erweisen sich namentlich die Sprachbarriere und die Herkunft aus Kulturkreisen, die sich von dem deutschen oft wesentlich unterscheiden“ (Justizministerium 2002, 35).



Auf eine kleine Anfrage der FDP-Fraktion hinsichtlich mehrsprachiger Therapeuten in den Kliniken des Maßregelvollzuges und in den Justizvollzugsanstalten antwortete die Regierung am 24.11.2003: „In 35 Justizvollzugsanstalten sind 17 therapeutische Fachkräfte (neun Angehörige des psychologischen Dienstes, vier Angehörige des Sozialdienstes, ein Angehöriger des pädagogischen Dienstes, zwei externe Psychiater sowie eine externe Krankenschwester) mit Migrationshintergrund tätig.“ Und: „In 35 Justizvollzugsanstalten sind derzeit 113 sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (zu überwiegendem Teil Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes sowie einzelne Bedienstete aus den Berufsgruppen des Sozialdienstes, des ärztlichen Dienstes, des Krankenpflegedienstes, des Verwaltungsdienstes und des seelsorgerischen Dienstes) mit Migrationshintergrund beschäftigt“ (Landtag NW 2003, 2).

Am Beispiel der JVA Köln

Auf der Einladung zum „Symposion Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug“, das am 21. und 22. Januar 2005 in der Universität Heidelberg stattfand, war zu lesen: „Die Intramurale Medizin, also die medizinische Versorgung der Strafgefangenen innerhalb der Gefängnismauern, ist ein wissenschaftlich vernachlässigtes Gebiet“ (Juristisches Seminar 2004).

Schon im Titel des Symposion wird deutlich gesagt, dass die Gesundheitsfürsorge von Gefangenen zwischen Heilauftrag der Medizin und dem Strafvollzug steht. Und in der Ankündigung wird darüber hinaus mitgeteilt, dass die Forschung hier an ihrem Anfang steht.

Im Unterschied dazu sind offizielle Stellungnahmen der Justiz von weniger Zweifel geplagt: „Die ärztliche Versorgung der Gefangenen im Lande Nordrhein-Westfalen ist sichergestellt, sie kann sogar als gut bezeichnet werden“ (Justizministerium 2000, 75).

Dabei sollten allein schon die Stellungnahmen der Vertreter der Strafvollzugsbediensteten zu mehr Vorsicht raten. Angesichts der Überbelegung der Gefängnisse und der aus ihrer Sicht zunehmend problematischeren Zusammensetzung der Gefangenen (Drogensüchtige, Ausländer mit denen man sich nicht verständigen kann, Gewalttäter) warnen sie seit Jahren vor der Zunahme kritischer Vollzugssituationen aufgrund der unzureichenden Personalausstattung. Und zur daraus resultierenden besonderen Belastungssituation seines Berufsstandes verwies Wolfgang Schröder, der Bundesvorsitzende des Bundes der Strafvollzugsbediensteten, auf die Ergebnisse einer von der Universität Potsdam durchgeführten Belastungsstudie: „Bei nahezu 40 Prozent der Bediensteten wurden mittelfristig krankmachende psychische und/oder physische Belastungsmomente festgestellt“ (Bund der Strafvollzugsbediensteten 2004).

Am 24.6.2004 gab Dr. Mann, der leitende Arzt der JVA Köln, den Vertreter(inne) der Gefangenen-Mitverantwortung (GMV) eine dramatische Situationsschilderung: Von den 18 Planstellen im Bereich der medizinischen Abteilung der JVA waren zu die-

sen Zeitpunkt nur zwölf besetzt. Aber wegen Urlaub und krankheitsbedingt waren tatsächlich nur acht Angehörige des Sanitätspersonals bei der Arbeit. Und bei der JVA Köln (vgl. Jünschke 1997, 210ff.) handelt es sich um eine Anstalt mit knapp 1200 Haftplätzen, von denen 65 Prozent für Untersuchungsgefangene sind. Da diese oft nur für Tage oder Wochen in Haft kommen, ist die Fluktuation sehr hoch. Jährlich kommen über 5.000 Menschen in der Kölner JVA in Untersuchungshaft, die alle dem Arzt vorgeführt werden müssen. Viele von ihnen kommen direkt von der Straße, befinden sich teilweise in extrem desolatem Zustand und sind dringend behandlungsbedürftig.

Es sollte daher nicht verwundern, dass Gefangene ihre ärztliche Versorgung anders sehen als das Justizministerium. Dennoch sei auf den subjektiven Charakter der folgenden Angaben hingewiesen. Für die Vorbereitung auf die „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ konnte keine repräsentative Untersuchung durchgeführt werden. Die auf den folgenden Seiten gemachten Angaben basieren auf Gesprächen mit acht deutschen und ausländischen männlichen Jugendlichen und zehn deutschen und ausländischen weiblichen und männlichen Erwachsenen. Das Gespräch mit den Jugendlichen fand am 5.10.2004 statt. Bei den Erwachsenen handelte es sich um die Mitglieder der Gefangenenmitverantwortung der JVA Köln. Das Gespräch mit ihnen war am 12.10.2004.

Bevor es um die Probleme geht, die nur oder überwiegend von Gefangenen mit Migrationshintergrund geäußert werden, sollten eine Reihe von Themen abgehandelt werden, die von allen Gefangenen beklagt wurden. Da die Thematik so komplex ist, kann sie nur in Stichworten vorgestellt werden.

Allgemeine Probleme

◆ *Unterbringung*

Aufgrund der Überbelegung sind viele Gefangene zu zweit in einer Einzelzelle. Wer auf einer Einzelzelle allein sein will, kommt auf eine Warteliste und muss lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Beklagt wurde, dass die Zellenfenster zusätzlich mit einem feinmaschigen Gitter verschlossen worden sind, sodass das Gefühl, eingesperrt zu sein, noch verstärkt wurde.

Beklagt wurde, dass die Matratzen in der Zelle durchgelegen sind und dass es keine Kopfkissen gibt.

Jugendliche haben sich darüber beschwert, dass sie keine Spiegel über den Waschbecken haben.

◆ *Essen*

Gelobt wurde, dass es für Moslems Essen ohne Schweinefleisch gibt.

Allgemein beklagt wurde das aus der Sicht der Gefangenen zu geringe Angebot an Obst, Gemüse und Salat.



◆ *Sport*

Beklagt wurde, dass es zu wenig Sport gibt. Manche arbeitende Gefangene kommen unter der Woche nicht zur Freistunde in den Hof, weil die Alternative nach der Arbeit Duschen oder Freistunde sei.

◆ *Armut in Haft*

Es gibt nicht für alle Gefangenen Arbeit und nicht jedes zuständige Sozialamt überweist bereitwillig Taschengeld. Das trägt mit dazu bei, dass sich Gefangene prostituieren, gegenseitig bestehlen oder dass sie illegale Beschäftigungen aufnehmen, z. B. Drogenhandel.

◆ *Umgang mit ansteckenden Krankheiten*

Gefangene berichteten empört, dass sie erst nach und nach erfuhren, dass ihr Zellenkollege, mit dem sie zusammengelegt worden sind, Aids hatte.

Die Gefangenen haben den Eindruck, dass die Beamt(inn)en in den Betrieben und in den Zellenhäusern auf die Gefangenen hingewiesen werden, mit denen Blutkontakt zu vermeiden ist. Sie selbst werden darüber nicht informiert.

Als bei einem Gefangenen Tuberkulose entdeckt wurde, konnten sich alle Beamten röntgen lassen, die Gefangenen, die mit ihm Kontakt hatten, nicht.

Die Gefangenen wünschen sich eine vernünftige Aufklärung über diese angstbesetzten Themen, aber die gibt es nicht in systematischer Form.

◆ *Hygiene*

Wer nicht arbeitet, darf nur zweimal die Woche duschen. Wer arbeitet, kann fünfmal die Woche zum Duschen.

Einige Duschen werden als unhygienisch beschrieben, da von Schimmelpilz befallen.

◆ *Drogenproblematik*

Der Anstaltsleiter Jörn Foegen sagt auf öffentlichen Diskussionsveranstaltungen immer wieder, dass er kein Krankenhaus-, sondern Gefängnisdirektor ist. Wenn es eine andere Drogenpolitik geben würde und die Süchtigen als Kranke entkriminalisiert wären, dann könnte er ein Drittel seiner Zellen dicht machen.

In der Frauenabteilung gelten 70 Prozent als drogensüchtig, bei den männlichen Jugendlichen 50 Prozent und bei den erwachsenen Männern etwas weniger.

Ein Drittel aller Neuinhaftierten zeigen bei Haftantritt Symptome einer akuten Drogenabhängigkeit. Aufgrund der Rechtslage besteht die Aufgabe des Vollzugs in erster Linie darin, Drogenabhängige möglichst frühzeitig in externe Therapieeinrichtungen zu bringen (Justizministerium 2000, 76).

Die Gefangenen berichten, dass die Vermittlung in die Therapie bis zu einem Jahr dauert.

In der Drogenabteilung der Frauen kommt es zu regelmäßigen Urin-Kontrollen. Die Frauen schildern es als demütigend, wenn die Beamtinnen, die sie täglich sehen, neben ihnen stehen, wenn sie sich – die beiden Hände sichtbar über die Schamwand gehalten – zum Urin lassen auf ein Töpfchen setzen müssen. Bei positiven Befunden bekommen Gefangene, die Arbeit haben, für drei Monate Arbeitsverbot. Spritzen werden keine ausgegeben, sondern durch häufige Zellenkontrollen gesucht. Angesichts der Infektionsrisiken durch die gemeinsame Nutzung von unsterilen Spritzen und angesichts von wissenschaftlichen Begleitforschungen, die bewiesen haben, dass Drogenkonsumenten, die kontinuierlich an Spritzenaustauschprojekten teilnehmen, die geringste Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich Aids oder Hepatitis C zuzuziehen (vgl. Harrach 2004), ist das gesundheitspolitisch kaum zu rechtfertigen.

Trotz der hohen Zahl gerade entlassener Gefangener unter den Drogentoten gebe es keine systematischen Entlassungsvorbereitungen für Süchtige.

Zur Substitutionsbehandlung allgemein: „Eine systematische Auswertung der Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen im deutschen Strafvollzug hat bisher nicht stattgefunden“ (Keppler 2004, 202).

◆ *Arztvorführungen*

Aufgrund der großen Zahl von zu untersuchenden Neuzugängen sind die drei Ärzte der JVA Köln regelmäßig überfordert. Die Sanitäter haben daher die Aufgabe, zu entscheiden, welche Gefangene zum Arzt kommen. Das ist ein dauernder Konfliktpunkt. Gefangene haben dadurch den Eindruck, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden.

Beklagt wurde auch, dass man sich nicht richtig Zeit nimmt, sie anzuhören und gründlich zu untersuchen. Viele sprechen von Ferndiagnosen.

Beklagt wurde der unfreundlicher Ton von Teilen des Sanitätspersonals.

Bemängelt wurde, dass Medikamente nicht immer ausreichend vorrätig seien und es zu lange dauert, bis Ersatz beschafft worden ist.

Da Fachärzte – außer bei akuten Notfällen – nur in die JVA kommen, wenn es genügend Fälle gibt, ist es für die einzelnen Gefangenen nicht nachvollziehbar, wenn sie auf einen Termin bei einem Facharzt wochen- oder monatelang warten müssen.

◆ *Psychotherapeutische Angebote*

Es gab ganz kontroverse Auskünfte zu den Psychologen.

„Auch wenn psychotherapeutische Interventionen bereits seit längerem intramural durchgeführt werden (einen Überblick dazu gibt Hinrichs 2003), ist der relativ dürftige Informationsstand zum Vorliegen psychischer Störungen bei Inhaftierten nach wie vor zu beklagen“ (Repp 2004, 199).



◆ *Nachtdienst*

Gefangene beklagten, dass sie oft zu lange warten bis jemand kommt, wenn sie nachts das Signal drücken, weil sie z. B. Kopfschmerzen oder Angstzustände haben.

◆ *Selbsttötungen*

Innerhalb des Vollzugs hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass den Beamt(inn)en, die Gefangene aufgefunden haben, die sich selbst töteten, geholfen werden muss, dies zu verarbeiten.

Es wird mit den Gefangenen nicht bearbeitet, wenn sich ein Mitgefangener tötet. Sie haben den Eindruck, dass sich „laufend“ jemand umbringt.

Ausländerspezifische (Gesundheits-)Probleme

Grundsätzlich ist zu bedenken: „Bislang jedoch fehlt es an empirischem Datenmaterial, welches die Situation ausländischer Inhaftierter im Vollzug der Untersuchungshaft konkret erhellen könnte. Die besondere Problematik ausländischer Gefangener im Vollzug der Untersuchungshaft ist erst in jüngster Zeit auf Interesse gestoßen“ (Staudinger 2001, 138).

Bevor man sich mit den besonderen Problemen von ausländischen Gefangenen und den nicht oder schlecht deutsch sprechenden deutschen Gefangenen befasst, muss man sich bewusst machen, dass sie teilweise nur wegen der Sprachprobleme oder ihrem Aufenthaltsstatus bzw. seinem Fehlen in Haft sind.

So gibt Ross für die russlanddeutschen Gefangenen den Hinweis: „Man kann vermuten, dass sie aufgrund ihrer eingeschränkten Deutschkenntnisse und ohnehin gegebenen Marginalisierung in Bezug auf die Voraussetzungen zur Anwendung des § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, K.J.) nur unzureichend untersucht worden waren, so dass sie im Strafvollzug landeten und nicht in den Genuss einer wirksamen Abhängigkeitsbehandlung kamen“ (Ross u. a. 2004, 34).

Ilka Staudinger stellt in ihrer Studie über jugendliche ausländische Untersuchungsgefangene fest: „...die Anlassdelikte bei Illegalen und Touristen/Durchreisenden waren nahezu durchweg der leichten Kriminalität zuzuordnen. Bei diesen Personen lag damit in vielen Fällen eine Unverhältnismäßigkeit der Untersuchungshaft nahe, wodurch der Verdacht eines Missbrauchs dieses Instruments zu ausländerrechtlichen Zwecken größeres Gewicht erhält“ (Staudinger 2001, 207).

In der Abschiebungshaft sind die dort beruflich Tätigen immer wieder mit Menschen konfrontiert, die überhaupt nicht verstehen, warum sie inhaftiert sind, die ihnen immer und immer wieder versichern, nicht kriminell zu sein (vgl. Nuguid 2005). Menschenrechtsorganisationen verlangen die Abschaffung der Abschiebungshaft (vgl. <http://www.proasyl.de>).

◆ *Zur interkulturellen Öffnung des Vollzugs*

In den vergangenen Jahren wurden – wie bei der Polizei so auch im Justizvollzug – große Anstrengungen unternommen, um Berufsanfänger aus den Reihen der zugewanderten Minderheiten zu gewinnen. In der JVA Köln mit ihren über 550 Bediensteten haben ca. 40 Prozent der Inhaftierten einen Migrationshintergrund. Bei den Bediensteten sind es keine 4 Prozent.

◆ *Verhältnis Deutsche-Ausländer*

In Freiheit waren die Migrant(inn)en eine Minderheit, in vielen westdeutschen Gefängnissen sind sie die Mehrheit. Gerade im Jugendvollzug oder in der Untersuchungshaft für Jugendliche berichten Gefangene von Übergriffen einzelner nicht-deutscher Gefangener, die diese Umkehr der Machtverhältnisse auch artikulieren: „Draußen haben mich die Deutschen gefickt, hier drinnen fickte ich die Deutschen.“

Der hohe Ausländeranteil kann Vorurteile beim Personal befördern (Staudinger 2001, 147). Gefangene berichteten von diskriminierenden und beleidigenden Äußerungen von Seiten einiger Beamter: „Sprechen Sie deutsch, Sie sind hier in Deutschland.“ Oder: „Seien Sie froh, dass Sie hier sind, in Ihrer Heimat würden Sie gar nicht behandelt.“

◆ *Abgeschottete Subkulturen*

Als eine besondere Problemgruppe gilt seit einigen Jahren die Gruppe der russisch sprechenden Gefangenen. Auch wenn sie gut deutsch sprechen können, gehört es zu ihrem Kodex, mit den Bediensteten so gut wie nicht zu reden (Ross u. a. 2004, 31). In Auseinandersetzungen mit anderen Gefangenen setzen sie ihre Interessen extrem gewalttätig durch. Inzwischen gibt es auch hier Modellprojekte mit Hilfe von externen Migrationssozialberater(inne)n und ehrenamtlichen Helfer(inne)n aus den russisch sprechenden Gemeinden.

◆ *Sprachprobleme*

Fehlende deutsche Sprachkenntnisse spielen eine erhebliche Rolle für die hohe Stressbelastung inhaftierter Migranten (Ross u. a. 2004, 22). Es liegt auf der Hand, dass dies umgekehrt für die Bediensteten genauso ist. „Die Nationalitätenvielfalt in deutschen Justizvollzugsanstalten ist beträchtlich. An der Spitze stehen Nordrhein-Westfalen und Bayern mit 114 (Stichtag 31.03.2002) landesweit im Strafvollzug gezählten Nationen“ (Winkler 2003, 221). In fast allen Justizvollzugsanstalten gibt es inzwischen Deutschkurse für die Inhaftierten. Zunehmend lernen auch Bedienstete Fremdsprachen jenseits von Englisch und Französisch.



◆ *Kulturelle Verständigungsprobleme*

Treten zu den sprachlichen noch kulturelle Verständigungsprobleme hinzu, vergrößern sich die Missverständnisse nicht nur zwischen den ethnischen Gruppen und dem Anstaltspersonal, sondern auch zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen untereinander (Staudinger 2001, 146).

Die Rolle des Kranken ist in vielen Herkunftskulturen passiv, Helfer sollen dann Autoritätspersonen und ratgebende Experten sein (Birck 2004, 181). So gehen Teile der türkischen Patienten nicht davon aus, dass sie dem Arzt die von ihm gewünschte exakte Beschwerdebeschreibung zu geben haben, sondern sie erwarten, dass dieser ihnen erklärt, was ihnen fehlt: „Türkische Ärzte sagen mir meine Krankheit, Deutsche wollen sie von mir wissen“ (Gün 2003, 37).

Viele der türkischen Klienten sind überfordert, wenn von ihnen im therapeutischen Prozess verlangt wird, sich und ihre Schwierigkeiten in eine Gruppe offen einzubringen und beispielsweise von Konflikten in der Familie zu berichten (Bodamer 2004, 187).

Angesichts der überdurchschnittlich hohen Abbrüche der Drogentherapie von nichtdeutschen Jugendlichen, hat der für die Beratung der Süchtigen zuständige Sozialarbeiter Norbert Linden in den JVA Köln einen Vorbereitungskurs entwickelt, in dem die Gefangenen lernen, mit dem besser umzugehen, was in der eigentlichen Drogentherapie auf sie zukommt.

Der Psychologe Ali Kemal Gün weist eindringlich darauf hin, dass bei allen kulturspezifischen Besonderheiten bei jedem Patienten von einem individuellen Fall ausgegangen werden sollte (Gün 2003, 40).

Seit Ende der 90er Jahre gibt es Bemühungen im Strafvollzug zur Entwicklung von interkultureller Weiterbildung (vgl. http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Allg_paeda/eb/pro/ieis.html).

◆ *Kontakt zu Angehörigen*

Viele Migrant(inn)en leiden unter den fehlenden oder erschwerten Kontakten zu den Angehörigen. In der Untersuchungshaft wird als belastend beschrieben, dass die Eltern, die oft kaum oder kein Deutsch können, beim Besuch nur deutsch sprechen sollen.

Gefangene, deren Angehörige im Ausland leben, wünschen sich häufigere Telefongespräche.

◆ *Therapiefinanzierung*

Die meisten ausländischen Gefangenen haben vor ihrer Inhaftierung nur eine Duldung gehabt und verlieren diese nach wenigen Monaten in der Haft meist auch noch. Die Drogentherapie wird aber vom Landschaftsverband Rheinland oder anderen Trägern nur finanziert, wenn ein Aufenthaltstitel von wenigstens sechs Mo-

naten vorliegt. In einer JVA wie der in Köln, in der Untersuchungsgefangene aus dem ganzen Rheinland einsitzen, kann es sich der soziale Dienst in der Regel nicht leisten, mit allen involvierten Ausländerämtern Kontakt aufzunehmen, um eine sechsmonatige Duldung zu erwirken.

◆ *Ausbildung und Lockerungen*

Wenn die zuständigen Ausländerämter erklären, dass sie eine Ausweisung betreiben wollen, bedeutet es in der Regel für die ausländischen Gefangenen, dass sie keine Haftlockerungen (Ausgang, Freigang, Urlaub) erhalten und auch bei der Berufsausbildung benachteiligt werden. Gerade für Jugendliche und Heranwachsende ist es sehr belastend, zu erleben, dass vom Arbeitsamt finanzierte Ausbildungen nur für die sind, die nach der Entlassung auch dem deutschen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

◆ *Vorurteile bei Gefangenen mit Migrationshintergrund*

Unter den Inhaftierten aus der Türkei, dem Iran und arabischen Ländern sind viele, die behaupten, dass es Homosexualität in ihren Herkunftsländern nicht gibt. Es bedarf bei ihnen viel Geduld und einfühlsame längere Gespräche, um sie zur Annahme von Aufklärungsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe (z. B. „In Haft. Tipps für Gefangene ohne deutschen Pass“) zu bewegen. Wenn daher von Seiten der Justiz mitgeteilt wird: „Neben der Aushändigung von Merkblättern, werden die Bediensteten und die Gefangenen unter Beteiligung des Anstaltsarztes über die Krankheit (Aids, K.J.), die Übertragungswege, die Ansteckungsrisiken und die Untersuchungsmöglichkeiten sowie über geeignete Schutzmaßnahmen nach dem jeweils neuesten Stand der medizinischen Erkenntnis ständig unterrichtet“ (Justizministerium 2000, 77), so mag das zur eigenen und zur öffentlichen Beruhigung dienen – Gespräche mit Gefangenen bestätigen dies nicht.

◆ *Traumatisierte Gefangene*

Unter den Gefangenen ohne deutschen Pass befindet sich regelmäßig eine beachtliche Zahl von Flüchtlingen. „Nach Schätzungen haben etwa 25-30 Prozent aller Flüchtlinge, die Nord- und Mitteleuropa erreichen, Folter erlitten“ (Birck 2004, 177). „Bei traumatisierten Flüchtlingen besteht ein sehr hoher Bedarf für psychosoziale, therapeutische und medizinische Hilfe. Die gesundheitliche Regelversorgung bietet hierfür keine adäquaten Angebote“ (Birck 2004, 178).

◆ *Drohende Abschiebung*

1981 haben Franz Hamburger, Lydia Seus und Otto Wolter in der Forschungsreihe des Bundeskriminalamtes eine Studie zur Delinquenz ausländischer Jugendlicher veröffentlicht.



Im Vorwort ihrer Studie äußern die Verfasser die Hoffnung, dass es zu praktischen Konsequenzen kommt, die den Jugendlichen nützen: „...insbesondere, dass ihnen die Ausweisung – nicht zu Unrecht als ‚soziale Hinrichtung‘ bezeichnet – erspart bleibt“ (Hamburger 1981, 3). Ein Bewusstsein davon, dass eine Ausweisung für Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt in der Bundesrepublik gefunden haben, einer ‚sozialen Hinrichtung‘ gleichkommt, ist heute leider weitgehend verloren gegangen.

Trotzdem sollte man sich klarmachen, dass die Ausweisung wie ein Damoklesschwert während der ganzen Haftzeit über der Mehrheit der Gefangenen ohne deutschen Pass schwebt und jedenfalls für diejenigen eine zusätzliche Belastung darstellt, die eine Rückkehr in ihr „Heimatland“ fürchten.

Ausblick

Nach allem bleibt festzuhalten, dass die weitere interkulturelle Öffnung des Justizvollzuges notwendig ist, genauso wie die Ausbildung der interkulturellen Kompetenz der im allgemeinen Vollzugsdienst und in den Fachdiensten arbeitenden Menschen.

Wenn allerdings wie in den USA auch in der Bundesrepublik immer mehr Menschen inhaftiert und zu immer längeren Strafen verurteilt werden, wird es keine wirklichen Verbesserungen geben.

Damit die gegebenen Probleme nicht zunehmen, muss mehr in Projekte zur Haftvermeidung und Haftverkürzung investiert werden. Nach wie vor gilt, dass eine gute Sozialpolitik die beste Kriminalpolitik ist.

In diesem Sinne muss sich die ärztliche, pädagogische, psychologische, sozialarbeiterische und seelsorgerliche Arbeit in der JVA auch als Menschenrechtsarbeit verstehen. Und: „Öffentlichkeitsarbeit ist eine notwendige Ergänzung der therapeutischen Arbeit ... Für die Patienten ist das Wissen, dass sich Therapeuten auch außerhalb des Therapiebereiches öffentlich für Menschenrechte engagieren oft eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ... sie sich auf eine vertrauensvolle Beziehung einlassen können“ (Birk 2004, 183f.).

Literatur

- Bammann, Kai (2002): Die rechtliche Situation ausländischer Inhaftierter im Spannungsfeld von Strafvollzugsrecht und Ausländerrecht. In: Kawamura-Reindl u. a. (Hrsg.): Migration, Kriminalität und Kriminalisierung. Freiburg, S. 95115
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (1999): Gesundheit und Migration, Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Bonn
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2002): Im Irrgarten der Ausländerstatistik. In: Mittelweg 5/2002, S.24-40
- Bielefeld, Uli/Kreissl, Reinhard/Münster, Thomas (1982): Junge Ausländer im Konflikt. Lebenssituationen und Überlebensformen. München
- Birck, Angelika (2004): Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. In: Migration und Soziale Arbeit, Heft 3+4, Oktober 2004, S. 177-185
- Bodamer, Ludmilla (2004): Migrationsspezifische Angebote bei der ‚mudra-Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. Nürnberg. In: Migration und Soziale Arbeit, Heft 3+4, Oktober 2004, S. 186-193
- Bund der Strafvollzugsbediensteten (2004): BSBD schlägt Alarm: Überlastung des Personals gefährdet Sicherheit des Strafvollzuges und Gesundheit der Bediensteten. Presseerklärung. In: http://www.bsdb.de/meldungen/170904_gewerkschaftstag.htm
- Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2001): Erster Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin
- Caspers-Merk, Marion (2003): Suchtprobleme bei Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, S. 88-91
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: In Haft. Tipps für Gefangene ohne deutschen Pass. Berlin
- Goffman, Erving (1992): Asyl. Über die soziale Situation von psychiatrischen Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.
- Gün, Ali Kemal (2003): Therapie. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, S. 36-42
- Hamburger, Franz/Seus, Lydia/Wolter, Otto (1981): Zur Delinquenz ausländischer Jugendlicher. Sonderband der BKA-Forschungsreihe. Wiesbaden
- Harrach, Tibor (2004): Tödliche Prohibition. Drogen und Infektion im Knast. In: Jungle world, Heft 53, 22. Dezember 2004, S.5
- Hassemer, Winfried (2001): Die neue Lust auf Strafe. In: Frankfurter Rundschau vom 15.01.2001
- Holl, Yvonne (2004): Nur mit Kärtchen. Zur medizinischen Versorgung von Migranten in Europa. In: Frankfurter Rundschau vom 22.12.2003



- Hommes, Monika (2003): Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, S. 22-25
- Jünschke, Klaus/Tekin, Ugur (Hrsg.) (1997): Kölner Stadtbuch Jugendkriminalität. Gegen die Kriminalisierung von Jugendlichen. Köln
- Jünschke, Klaus/Paul, Bettina (Hrsg.) (2005): „Wer bestimmt denn unser Leben?“ Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe (im Erscheinen)
- Juristisches Seminar, Universität Heidelberg (2004). Symposium Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. 21. und 22. Januar 2005 in Heidelberg
- Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2002): Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Kawamura-Reindl, Gabriele/Keicher, Rolf/Krell, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Migration, Kriminalität und Kriminalisierung. Herausforderungen an Soziale Arbeit und Straffälligenhilfe. Freiburg
- Kepler, Karlheinz/Knorr, Bärbel/Stöver, Heino (2004): Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: ZfStrVo 4/2004, S.202-207
- Kölner Gesundheitsforum – Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger“ (1998): Sucht und Migration. 1. Kölner Fachtagung am 08. Oktober 1997 in Köln. Köln
- Kubink, Michael (1993): Verständnis und Bedeutung von Ausländerkriminalität. Eine Analyse der Konstitution sozialer Probleme. Pfaffenweiler
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2003): Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 1497 der Abgeordneten Dr. Ute Dreckmann und Dr. Robert Orth, FDP: Mehrsprachige Therapeuten in den Kliniken des Maßregelvollzugs und in den Justizvollzugsanstalten. Drucksache 13/4659 vom 24.11.2003
- Lautmann, Rüdiger/Klimke, Daniela/Sack, Fritz (Hrsg.) (2004): Punitivität. 8. Beiheft zum Kriminologischen Journal. Weinheim
- Mansel, Jürgen/Albrecht, Günter (2003): Die Ethnie des Täters als Prädiktor für das Anzeigeverhalten von Opfern und Zeugen. In: soziale welt heft 3/2003, S. 339-372
- Nuguid, Gisela (2005): Beratung in der Abschiebungshaft. In: Jünschke, Klaus/Paul, Bettina (Hrsg.): „Wer bestimmt denn unser Leben?“ Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe (im Erscheinen)
- Repp, Nicole/Köhler, Denis/Hinrichs, Günter (2004): Psychotherapeutische Angebote in den Jugendanstalten. In: ZfStrVo 4/2004, S. 199-201
- Ross, Thomas u. a. (2004): Stressbelastung und Persönlichkeitsstörungen bei strafgefangenen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. In: MschrKrim, Heft 1/2004, S. 22-36
- Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration (2004): Migration und Integration – Erfahrungen nutzen, Neues wagen. Jahresgutachten 2004. Berlin
- Sack, Fritz (2000): Einige Thesen zum Thema „Ausländerkriminalität“. In: Freudenbergstiftung (Hrsg.) (2000): Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt – Tagungsdokumentation. S. 67-71

Schulte-Sasse, Hermann (2003): Was bedeutet Migration für die Gesundheit? In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, S.14-21

Sonnen, Bernd-Rüdiger (2004): Minderjährige Immigranten und das Risiko abweichenden Verhaltens. Internationales Seminar in Rom am 1./2. Oktober 2003. In: ZJJ 1/2004; S. 94f.

Staudinger, Ilka (2001): Untersuchungshaft bei jungen Ausländern: rechtliche und tatsächliche Probleme im Umgang mit einer heterogenen Klientel. Mönchengladbach

Statistisches Bundesamt (2003a): Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzuges jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres (Stand 02.07.2003). Wiesbaden. Online-Publikation

Statistisches Bundesamt (2003b): Strafgefangene 2002: Zahl gegenüber Vorjahren kaum verändert. Pressemitteilung vom 28. Januar 2003

Statistisches Bundesamt (2004): Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzuges jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres (Stand 19.05.2004). Wiesbaden. Online-Publikation

Staudinger, Ilka (2001): Untersuchungshaft bei jungen Ausländern. Mönchengladbach

Steiner, Heinz (1993): Alternativen zum Strafrecht. In: Kaiser/Kerner/Sack/Schellhoss (Hrsg.): Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg, S. 9-14

Tzschaschel, Nadja (2002): Ausländische Gefangene im Strafvollzug. Herbolzheim

Wacquant, Loic (2000): Elend hinter Gittern. Konstanz

Winkler, Sandra (2003): Ausländer und Aussiedler im Strafvollzug. In: Deutscher Präventionstag (Hrsg.): 8. Deutscher Präventionstag, 28. und 29. April 2004 in Hannover. Programm, Vorträge & Workshops, Gutachten, Teilnehmende. Hannover, S. 211-302

Wirth, Wolfgang (1998): Ausländische Gefangene im Jugendstrafvollzug NRW. In: ZfStrVo, Heft 5/1998, S. 278-286

Internet- Quellen:

Bremer Institut für Drogenforschung
<http://www.bisdro.uni-bremen.de>

Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands
<http://www.bsbd.de>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
<http://www.aidshilfe.de>

Europäisches Netzwerk zur Drogen- und Infektionsprävention in Gefängnissen
European Network on Drugs and Infectious Prevention in Prisons
<http://www.endipp.net>

Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten:
<http://www.stadt-koeln.de/bol/gesundheit/produkte/06004>



AG 2: „Gesundheit von Migrant(inn)en im Vollzug“

Gesundheitsprüfung bei der Anwerbung
<http://www.domit.de/pdf/Materialsammlungpdf>

Informationsdienst „Migration und öffentliche Gesundheit“:
<http://www.infodienst.bzga.de/migration>

Interkulturelle Kompetenz
<http://www.interkulturelle-kompetenz.de>

Interkulturelle Weiterbildung im Strafvollzug
<http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Allg-paeda/eb/pro/ieis.html>

Ottawa-Charta:
http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa_charta.htm

WHO – Health in Prisons Project (Gesundheit im Gefängnis-Projekt der Weltgesundheitsorganisation):
<http://www.hipp-europe.org>

World Prison Population List
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r188.pdf>



AG 4: „JVA als Teil der Gemeinde: Kooperation und Kommunikation“

Moderation:
Hans A. Hüsgen
(ehem. Landesdrogenbeauftragter
NRW, Deutschland)
und Dr. Heino Stöver
(Universität Bremen, Deutschland)

Protokoll:
Hans A. Hüsgen



Gesundheitsförderung im Setting Justizvollzugsanstalt leidet nach den vorliegenden Daten an einer Reihe von Rahmenbedingungen, die das umfassende Konzept der Gesundheitsförderung nicht zum Tragen kommen lassen. Die Konferenz hat dazu eine Reihe von Aspekten beigetragen. Um so notwendiger erscheint eine Brücke zur Außenwelt.

Eine Justizvollzugsanstalt ist traditionell Teil einer Gemeinde. Sowohl seitens der Bürger als auch seitens der Justiz und vieler Insassen besteht ein durchgehendes Interesse an der Kooperation und Kommunikation. Dieses Interesse ist gewachsen durch die hohe Zahl suchtkranker und drogenkonsumierender Häftlinge; für sie ist erklärterweise die Haft nicht der angemessene Ort der Gesundung.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe im einzelnen:

1. Bundesweit leisten zahlreiche freie und verbandliche Hilfsorganisationen regelmäßig und organisiert Straffälligenhilfe/Gefährdetenhilfe nach der Haft, aber auch in der Haft. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Justizbehörden und durch Bußgelder.

Sie organisieren mittels zahlreicher Ehrenamtlicher nicht nur eigene Hilfen, sondern schaffen Kooperation und Netzwerke zugunsten der Gefangenenhilfe. Die Mitarbeiter der Gefangenenenseelsorge spielen dabei eine bedeutende Rolle.

Die sich ergebenden Synergieeffekte sind beträchtlich. Die meist geringe öffentliche Förderung zahlt sich aus, sie darf nicht gestrichen werden. Die Justiz würde sich dadurch bedeutsamer Hilfen berauben.

2. Erkennbar streben weitere Unterstützer in die JVA (Aidshilfe, Selbsthilfe ...). Für die Justiz stellt sich angesichts ihres Sicherheits- und Resozialisierungsauftrags die Aufgabe, die weiteren Kräfte auf Sicherheit und Transparenz zu überprüfen. Es bestehen zwischen den Kräften innen und den Kräften außen Spannungen: Misstrauen, Konkurrenz, Eigenmächtigkeiten – Spannungen, die viele Hilfen blockieren.

Die traditionellen Hilfsvereine sind für die Justiz „Garanten“ der Verständigung. Aber nicht alle Anbieter sind bereit, sich in die bestehenden Vereine zu integrieren. Hier kommt es auf vertrauensbildende Maßnahmen mit der Gefängnisleitung an.

3. Ausdrücklich und grundsätzlich bejaht wurde die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer stabilen Brücke zwischen innen und außen. Es bedarf einer kontinuierlichen und zuverlässigen Kooperation und Kommunikation zwischen der Haftanstalt und der Gemeinde. Sie muss an jeder Haftanstalt etabliert sein.
4. In den Haftanstalten bestehen in Fragen der Gesundheitsförderung und der Resozialisierung Defizite und uneingelöste Bedarfe. Sie sollten von der JVA gesehen und gesichtet werden. Die Gefängnisleitung sollte grundsätzlich offen sein und auch selbst aktiv Kooperation und Kommunikation suchen. Gefangenenzeitungen sollten gepflegt werden.

Zusammengefasst:

Gesundheitsförderung in der Haft bedarf einer tragfähigen Brückenkonstruktion zwischen innen und außen. Die Brücke lagert auf zwei stabilen Köpfen. Für die Belange in der Haft wird eine Art Ombudsmann vorgeschlagen, der die Bedarfe in der Haft sichtet und bündelt, er soll einen Sitz im Gefängnisbeirat haben. Außen wird eine straffe Koordinationsstelle empfohlen, die die Anbieter externer Hilfen vor Ort zusammenführt. Die Eltern drogenabhängiger Jugendlicher sollten einbezogen werden. Die Synergieeffekte einer solchen Brücke sind beträchtlich. Hier darf seitens der Justiz nicht gespart werden, es wäre ein negatives Signal.

Eingespart werden dürfen auch nicht Mittel der Sozialbehörden für externe Sucht- und Drogenberater; diese leisten im überörtlichen Sinne Arbeit, die nachweislich von niemand anderem geleistet werden kann. Angesichts einer fehlenden Rechtsgrundlage handelt es sich zwar um eine „freiwillige Leistung“; diese ist aber nur deshalb freiwillig, weil es bisher versäumt wurde, eine Rechtsgrundlage zu schaffen. Es lohnt sich, darüber nachzudenken, wie die Brückenkonstruktion standardisiert werden kann.



AG 5: „Hepatitis-B-Impfung“

Moderation und Protokoll:
Dr. Doris Radun
(RKI, Deutschland)
und Bärbel Knorr
(Deutsche AIDS-Hilfe)

Input-Referat: Dr. Doris Radun, Robert Koch-Institut, Abt. Infektionsepidemiologie, Berlin

„Hepatitis-B-Impfung“: Aspekte der Hepatitis-B-Epidemiologie weltweit und in Deutschland. Überblick über die Geschichte der Hepatitis-B-Vakzine, Auszüge aus der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI zur Hepatitis-B-Impfung. Danach wird eine Impfung unter anderem beruflich Exponierten (für die die Biostoffverordnung (§ 15 (4) bindend gilt), länger einsitzenden Strafgefangenen, Drogenkonsumenten und Personen mit Kontakt zu HBsAg-Trägern empfohlen. Übersicht über in Deutschland zur Verfügung stehenden Impfstoffe, Impfschemata und Darstellung der Daten zur Hepatitis-B-Impfprävalenz unter Kindern bei Einschulung in Deutschland. Gefährdung durch Hepatitis B in Haft (z. B. unlängst zurückliegende Häufung von Hepatitis B in einer Haftanstalt in Deutschland, wissenschaftliche Aufarbeitung von Hepatitis-B-Ausbrüchen in britischen Haftanstalten), mögliche Ursachen für unzureichende Impfprävalenz unter Häftlingen.

ROBERT KOCH INSTITUT



Hepatitis B - Impfung -

Dr. Doris Radun, Abt. Infektionsepidemiologie, RKI, Berlin

Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
Bonn, 29.10.2004

Hepatitis B



- DNA-Virus, 1963: Australia-Ag (B. Blumberg)
- Übertragung: parenteral, sexuell, vertikal
- Inkubationszeit: 45-180 Tage
- Symptomspektrum:
 - akut: keine Symptome → schwere Hepatitis
 - chronisch*: Leberzirrhose (~20%/10 J.), (davon ~10%/10 J.: Leberzellkarzinom)
- Verlauf (abhängig vom Alter):
 - Kinder: oft Chronifizierung
 - Erw.: oft Aushheilung (ca. 95%)

* Viruspersistenz für > 6 Monate

Hepatitis B-Seroprevalenz weltweit



> 400 Millionen chronisch infizierte (6%)

HBsAg Endemicity

- 8% and above - High
- 2% - 8% - Intermediate
- Below 2% - Low

Quelle: WHO

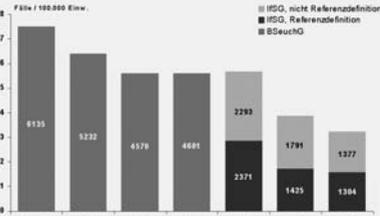
Epidemiologie der Hepatitis B Deutschland

Prävalenz	Allgemeinbev.	IVDA
anti-HBc	7,0%*	34,1** - 76,0%***
HBs-Ag	0,6%*	2,1** - 8,3%***

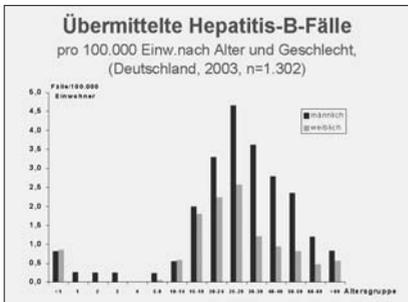
- Meldeinzidenz 2003 (akute Hepatitis B): 1,6/100.000
- Risikofaktoren:
 - sexuelle Expositionen, (operativ-diagnostische Eingriffe), i.v. Drogengebrauch, Haushaltskontakte

* Thierfelder W. Europ J Epidemiol 2001
** Weber B. Zbl Bakt 1995
*** de Ridder. Dt. Ärzteblatt 2004

Übermittelte Hepatitis-B-Fälle nach Meldejahr, Deutschland, 1997-2003



Meldejahr	IBSG, nicht Referenzdefinition	IBSG, Referenzdefinition	IBSsuchO
1997	6135		
1998	5232		
1999	5170		
2000	4881		
2001	2371	2293	
2002	1425	1791	
2003	1204	1377	



Hepatitis B- Impfung

- 1972 - HBs-Ag als Impfstoff patentiert
- 1982 - weite Verfügbarkeit der Vakzine
- Plasmaderivat → rekombinant
- „erster Impfstoff gegen Krebs“
- 1992: WHO empfiehlt Aufnahme in nationale Impfprogramme bis 1997

Impfempfehlung Deutschland (STIKO):

- Risikogruppen: 1982 (West-)/1984 (Ost-)
- Säuglinge, Kinder und Jgd!.: 1995

STIKO - EMPFEHLUNGEN

(Stand: Juli 2004)

Indikationsgruppen für Hepatitis B-Impfung (Auszug)

- Neugeborene, Kinder, Jugendliche (seit 1995)
- Beruflich Exponierte (z.B. Gesundheitsdienst, Polizei, Gefängnispersonal mit Kontakt zu Drogenabh.)
- Risikogruppen: z.B. homosexuell aktive Männer, länger einsitzende Strafgefangene, Drogenabhängige
- Personen mit chronischer Nierenerkrankung, Hämodialyse, regelmäßiger Substitution von Blutprodukten
- Reisende in Länder mit hoher Prävalenz
- Kontakt zu HBs-Ag-Trägern

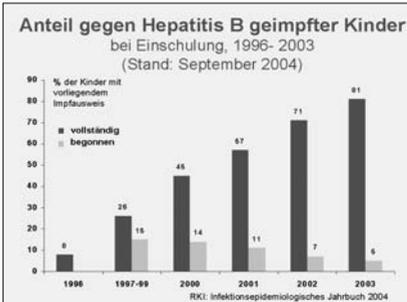
Hepatitis-B-Impfstoffe

Name	Firma	Preis pro Dosis (€)
Engerix	GSK	59,58
Engerix-children	GSK	43,24
Gen H-B-Vax	Aventis Pasteur...	60,22
HBVAXPRO-children/adolescents	Aventis Pasteur...	44,13
Hexavac (Diphth., Tet., Pertuss., Polio, Hib + Hep B)	Aventis Pasteur...	78,52
Infanrix hexa (+DTP, IPV + Hep B)	GSK	78,52
Twinrix adults (Hepatitis A + B)	GSK	66,26
Twinrix children (Hepatitis A + B)	GSK	47,29

Rote Liste, Stand 2002

Hepatitis-B-Impfung

- traditionell 0, 1, 6 Monat
→ Impfschutz in > 90% der Fälle
- beschleunigt 0, 1, 2, und 12 Monate
0, 1, 3 Wochen, 12 Monate



Hepatitis B und Haft

- „desmoterische Infektion“ (Gause J, Ges.wesen 1993)
- Verschränkung von „IVDA“ und „Gefängnisaufenthalt“
- Nach bisherigem Wissen Impfrate unter Gefängnisinsassen suboptimal (3-35%)*
... **Compliance, Aufenthaltsdauer, Kosten...**
- Impfung in der Bilanz kosteneffektiv**, (screening, wenn Seroprävalenz von antiHBc > 20%)

* Christensen PB, Eur J Epidemiol 2000, Weiland C, ENDIPP, 2. Annual report, 1996
Stark K, Int J Epi 1997
Stark K, Modellprojekt Spritzenvergabe in Berliner JVA, Bericht 2001
** Pisu M, Vaccine 2002

Hepatitis B und Haft

Deutschland

- Ausbruch von Hepatitis B, JVA Hameln (6 Fälle)
- Impfkation
- GB: Ausbrüche in 6 Gefängnissen (1992-94) durch einen Virusstamm – ca. 20 Virussträger, 117 Fälle, Assoziation mit i.v. Drogengebrauch*

* Hallett RL, Clin Infect Dis 2004

*Moderation: Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
Protokoll: Dr. Doris Radun*

Sammeln von Informationen zur jeweiligen Praxis im Hinblick auf serologische Tests und Hepatitis-B-Impfung im Justizvollzug

Zunächst wurden Informationen zur Testpraxis (Eingangsuntersuchung), zum jeweiligen Kostenträger für eine Hepatitis-B-Serologie bzw. eine Hepatitis-B-Impfung und zum Impfangebot innerhalb von Justizvollzugsanstalten verschiedener Bundesländer zusammengetragen.

Die Arbeitsgruppenteilnehmer aus Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Berlin und Hessen, die unter anderem als Anstaltsärzte oder Mitarbeiter von Gesundheitsämtern oder Landesgesundheitsämtern beschäftigt sind, berichteten teils detailliert und über einzelne JVA hinausreichend über Informationen zu landesweiten Gepflogenheiten. Insgesamt zeichnete sich ein Trend zu Einschränkungen der Testpraxis und des Impfangebotes ab. In **Baden-Württemberg** werde eine Hepatitis-B-Impfung Angehörigen von STIKO-Indikationsgruppen angeboten. Kosten der Labortests würden hier vom Sozialministerium getragen. In Baden-Württemberg konkurrierten Kosten für Impfungen nicht mit Kosten für andere Gesundheitsleistungen in Haft. In **Rheinland-Pfalz** würden serologische Eingangsuntersuchungen lediglich bei Angehörigen von Risikogruppen und bei Küchenpersonal durchgeführt. Hepatitis-B-Impfungen würden nicht angeboten, auch nicht solchen Personen, die engen Kontakt mit HBsAg-Trägern hätten. Ein hoher Anteil von Ausländern unter den Insassen würde die Kommunikation mit Anstaltsärzten erschweren, so dass den Insassen in der Vergangenheit häufig nicht in ausreichendem Maße erklärt werden konnte, was es mit einem Test oder einer Impfung auf sich habe. Überdies sei beobachtet worden, dass sich gerade ausländische Insassen häufiger mit eingebildeten Impfnebenwirkungen gemeldet hätten. In **Nordrhein-Westfalen** werde, soweit der AG-Teilnehmer informiert war, bei Aufnahme in eine JVA eine Hepatitis-B-Serologie durchgeführt. Bei negativer Serologie werde grundsätzlich eine Impfung angeboten. In der Untersuchungshaft in **Hamburg** werde inzwischen nur noch bei Angehörigen von Risikogruppen Blut für eine serologische Testung abgenommen. Eine Hepatitis-B-Impfung werde ebenfalls Angehörigen von Risikogruppen mit negativer Serologie angeboten, bereits außerhalb der Haft begonnene Impfungen würden komplettiert. In der Untersuchungshaft in **Hessen** würden ebenfalls ausschließlich Angehörige von Risikogruppen serologisch getestet, wobei keine Kenntnis hinsichtlich der landesweiten Regelung bestand. Die AG-Teilnehmerin aus **Berlin**, die in einem Gesundheitsamt tätig ist, wies darauf hin, dass in Haft begonnene Impfungen durchaus von Gesundheitsämtern komplettiert werden können. Die Testpraxis in Haft innerhalb Berlins sei nach ihrer Kenntnis uneinheitlich. Generell



könne die Zusammenarbeit von Anstaltsärzten und Gesundheitsämtern verbessert werden.

Insgesamt werde in den Fällen, in denen ein Häftling bereits einmal in einem anderen Bundesland inhaftiert war, zu selten die Möglichkeit, auf Vorbefunde aus Justizvollzugsanstalten anderer Bundesländern zurückzugreifen, genutzt.

In allen Bundesländern, aus denen Vertreter an der AG teilnahmen, scheinen mindestens einmal jährlich Treffen unter Anstaltsärzten stattzufinden, bei denen Themen wie Testung und Impfangebot erörtert würden.

Pro und Contra „Hepatitis-B-Impfung in Haft“

Es wurden vor allem Kostenaspekte genannt, die gegen ein großzügiges Impfangebot sprächen. In einigen Fällen würde den Anstaltsärzten ein Gesamtbudget für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, was zu einer oftmals schwierigen Abwägung hinsichtlich der Ressourcenverteilung führe.

Weiterhin sei oft eine kurze oder unbestimmte Haftdauer ein Grund, keine Hepatitis-B-Impfung zu beginnen.

Darüber hinaus wurde eine oft unzureichende Compliance seitens der Insassen oder Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Insassen genannt.

Generell erschwere eine oftmals vorhandene Überbelegung der JVA eine ausführliche medizinische Beratung.

Mehrheitlich wurde angenommen, dass die Sicherheit in Haft steigen würde, wenn Insassen (wie auch Angestellte) gegen Hepatitis B geimpft seien. Es wurde angemerkt, dass allerdings Personen, die bereits zuvor chronisch infiziert waren, übersehen werden könnten.

Durch eine Impfung in Haft würde nach Haftentlassung indirekt auch die Bevölkerung geschützt.

Gründliche Gesundheitsaufklärung und wiederholte Termine beim Anstaltsarzt zu Folgeinjektionen im Rahmen der Grundimmunisierung könnten grundsätzlich den Kontakt zu den Insassen verbessern.

Ein Impfangebot i.S. der STIKO-Empfehlungen könne zur Imageverbesserung einer Einrichtung führen.

Welchen Gefangenengruppen und Bediensteten sollte die Hepatitis-B-Impfung angeboten werden?

Nach der Biostoffverordnung (*BioStoffV § 15 (4)*), die 1999 in Kraft trat, ist Beschäftigten, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sein können, eine Impfung anzubieten, wenn ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht. Danach hat der Arzt die

Beschäftigten über die zu verhütende Krankheit, über den Nutzen der Impfung und über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen aufzuklären.

Die STIKO empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung unter anderem länger einsitzenden Strafgefangenen, Personen mit Kontakt zu HBsAg-Trägern, Drogenabhängigen, Homosexuellen und Personen mit einer Leber- oder Nierenerkrankung. Seit 1995 empfiehlt die STIKO allen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr eine Hepatitis-B-Impfung.

Wie erfolgt die Umsetzung? Welche begleitenden Maßnahmen erscheinen sinnvoll?

Es wurde diskutiert, inwieweit eine Verbesserung des Austausches von Anstaltsärzten mit den Mitarbeitern des zuständigen Gesundheitsamtes verbessert werden kann. Weiterhin wurde angesprochen, dass erwogen werden könnte, durch „Amtshilfe“ Dritter Impfstoffe zu vergünstigten Preisen zu erwerben.

Insgesamt wurde eine intensiviertere Zusammenarbeit von Anstaltsärzten mit dem zuständigen Gesundheitsamt als sinnvoll betrachtet.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wird in 2005 eine kleine Kampagne zu Hepatitis-B-Impfung in Haftanstalten starten. Der nachfolgende Text geht auf diese „Kampagne“ ein.

Deutsche AIDS-Hilfe

Hepatitis-B-Impfung in Haft

Virus-Hepatitis sind unter Drogen gebrauchenden Inhaftierten, aber auch unter Gefangenen allgemein weit verbreitet. 60–80 Prozent der intravenös Drogen Konsumierenden haben eine chronische Hepatitis C¹, 50–60 Prozent haben eine Hepatitis B durchgemacht (davon sind 3–5 Prozent chronisch infiziert).² Nicht nur der fortgesetzte Drogenkonsum, auch Risiken wie Tätowieren und Piercen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen, Sex, generell mangelnde Hygiene und das enge Zusammenleben fördern die Verbreitung dieser Infektionskrankheiten.

Abgesehen von den individuellen gesundheitlichen Schäden (von akutem Leberversagen über Leberzirrhose bis zum Leberkrebs) und sozialen Beeinträchtigungen (z. B. Verlust der Arbeitsfähigkeit) bringen Hepatitis-B-Impfungen aber auch erhebliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft (Krankenkassen, Kommunen) mit sich (Kosten für Behandlung, Transplantation, Arbeitsunfähigkeit usw.). *Gesundheitsdienste innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs treten daher dafür ein, Gefangenen und dem Per-*

1 RKI, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, Berlin 2003

2 RKI, Epidemiologisches Bulletin, Nr. 2/16. Januar 2004



sonal geeignete Schutzmöglichkeiten zu bieten und so letztendlich auch uns alle zu schützen.

Eine Hepatitis-B-Impfung ist im Strafvollzug grundsätzlich möglich, und zwar nach dem Strafvollzugsgesetz entsprechend den Leistungen der GKV³. Laut STIKO⁴ sollte sie zumindest Gefängnispersonal, Drogen gebrauchenden Inhaftierten und Gefangenen mit langen Haftstrafen angeboten werden. In der Praxis stellen sich allerdings zahlreiche Fragen, z. B.: „Können alle Gefangenen geimpft werden oder sollte das Angebot auf bestimmte Zielgruppen beschränkt werden?“, „Welche Kosten sind mit der Impfung verbunden?“ oder „Welches Impfschema sollte man wählen?“.

Um dem Justizbereich bei solchen Fragen Unterstützung anzubieten, haben sich verschiedene Organisationen zusammengeschlossen, die zu einer Erhöhung des Hepatitis-B-Impfschutzes für Inhaftierte und Bedienstete beitragen wollen (siehe Begleitschreiben). Vereinzelt Infoveranstaltungen im Justizvollzug haben bereits im Mai 2003 im Rahmen der vom Deutschen Grünen Kreuz veranstalteten Ersten Nationalen Impfwache stattgefunden. Wir wollen dieses erfolgreiche Konzept, in einem begrenzten Zeitraum intensiv über Infektionskrankheiten aufzuklären und einen Impfschutz anzubieten, aufgreifen und eine Kampagne zur Hepatitis-B-Impfung im Justizvollzug starten.

Ziele/Aspekte der Kampagne

- ◆ *Infektionen verhindern*
 - ◆ Gefängnispersonal, Gefangene und deren Angehörige sowie mittelbar auch die Gesellschaft vor Hepatitis B und D schützen
 - ◆ Chronische und behandlungsbedürftige Hepatitis B und Folgen wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs vermeiden
 - ◆ Komplikationen durch Mehrfachinfektionen (insbesondere bei zugrunde liegender Hepatitis C!) reduzieren
 - ◆ Erreichen einer Durchimpfungsrate, die Ausbrüche verhindert
- ◆ *Abbau von Ängsten und Erhöhung des Risikobewusstseins durch verbesserte Aufklärung*
- ◆ *Entstigmatisierung*
- ◆ *Erfüllung der rechtlichen Vorgaben und Empfehlungen*
- ◆ *Kostenreduktion (Präventivmedizin zur Kostensenkung)*

3 Gesetzliche Krankenversicherung

4 Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

Infektionen verhindern

In Haftanstalten ist die Infektionsgefahr besonders hoch, da die Hepatitis-Prävalenz hier ungleich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Ursache von Infektionen sind vor allem die gemeinsame Benutzung von Spritzen, Nadeln und Zubehör beim Drogengebrauch, ungeschützte Sexualpraktiken, verunreinigte Instrumente beim Tätowieren, Piercen, Ohrlochstechen oder die gemeinsame Benutzung von Rasierern, Nagelscheren und Zahnbürsten. Hinzu kommen noch zahlreiche ungeklärte Übertragungen der Hepatitis C, die sich vermutlich auf mangelnde Hygiene (z. B. Blutreste an Fingern oder auch Gegenständen) zurückführen lassen.

Da es aber bei Hepatitis-B- und -C-Infektionen nur begrenzte Behandlungsmöglichkeiten gibt (die zudem nur bei einem Teil der Erkrankten wirksam sind), sollte hier die *Prävention* die wichtigste Rolle spielen. Die *effektivste und sicherste Methode* sind *Schutzimpfungen*, die zumindest für Hepatitis A und B zur Verfügung stehen. (Da es gegen Hepatitis C noch keine Impfstoffe gibt, bedarf es *weiterer Schutzvorkehrungen*, die z. T. auch vor anderen Hepatitiden schützen, z. B. sterile Spritzen und Kanülen, Desinfektionsmittel oder Kondome.)

Der *Hepatitis-B-Impfung* kommt insofern eine bedeutende Rolle zu, als dadurch neben akuten Leberentzündungen auch ein *chronischer Krankheitsverlauf mit den Spätfolgen Leberzirrhose und Leberkrebs verhindert werden kann*. Die Impfung gegen Hepatitis B schützt zudem gleichzeitig vor einer Hepatitis D. Bislang sind aber nur fünf bis zehn Prozent der Inhaftierten gegen Hepatitis B geimpft.

Abbau von Ängsten und Erhöhung des Risikobewusstseins durch verbesserte Aufklärung

Viele Menschen haben Angst, sich eine schwer wiegende Infektionskrankheit zuzuziehen. Das ist in Haftanstalten nicht anders, im Gegenteil: Die veränderten Lebensumstände verunsichern zusätzlich; Menschen leben auf äußerst engem Raum, teilen sich häufig eine Zelle und den Sanitärbereich. In dieser Situation werden mangels Informationen Risiken falsch eingeschätzt, nämlich entweder völlig überschätzt (z. B. Berührungen) oder stark unterschätzt oder ignoriert (z. B. Tätowieren und Piercen). Hier bedarf es *intensiver und realistischer Aufklärung über die Infektionsrisiken und Schutzmaßnahmen*. Dies umso mehr, als *viele Inhaftierte aufgrund ungünstiger sozialer Bedingungen (z. B. fehlende Bildungschancen) bisher nur unzureichend oder überhaupt nicht von Präventionsmaßnahmen und -angeboten erreicht* wurden. Die Erkenntnis, dass sozial benachteiligte Menschen verstärkt in Präventionsbemühungen einbezogen werden müssen, hat sich mittlerweile bei zahlreichen Menschen aus Wissenschaft, Politik, Prävention und Gesundheitswesen durchgesetzt – auch die *Haftanstalten* können hier einen *wichtigen Beitrag* leisten.



Entstigmatisierung

Die mit Infektionskrankheiten verbundenen Gefahren verursachen Angst unter denjenigen, die annehmen, dass sie gefährdet sind – das gilt für Inhaftierte, Bedienstete und die jeweiligen Angehörigen gleichermaßen. Diese Angst potenziert sich, wenn es sich um schwere oder gar tödlich verlaufende Erkrankungen handelt, die Übertragungswege unbekannt sind oder falsch eingeschätzt werden oder wenn es keine ausreichenden Schutzmöglichkeiten gibt. Für Gefangene kommt zu dieser Angst das Gefühl des Ausgeliefertseins und fehlender Handlungsmöglichkeiten hinzu.

Unabhängig davon, wie realistisch das tatsächlich vorhandene Infektionsrisiko ist, führt die Angst vor einer Ansteckung häufig zur Stigmatisierung und Ausgrenzung derjenigen Mitgefangenen, die als „Gefahrenquelle“ wahrgenommen werden, was deren Lebensqualität häufig stärker beeinträchtigt als die Erkrankung selbst: Pöbeleien, Ausschluss von Gruppenaktivitäten und Beschimpfungen gehören zu ihren alltäglichen Erfahrungen. Viele der betroffenen Gefangenen versuchen daher, ihre Infektion zu verbergen, um nicht ausgegrenzt zu werden oder sich aufgrund ihres Lebensstils rechtfertigen zu müssen. Die Verarbeitung ihrer Krankheit wird dadurch erheblich erschwert, Gespräche sowohl zum Umgang mit der Krankheit als auch zur Vermeidung von Infektionsrisiken finden nur sehr begrenzt statt.

Dieser Stigmatisierung und Ausgrenzung muss Einhalt geboten werden – das gebietet nicht nur die Achtung der Menschenwürde, sondern das ist auch ein Gebot der Prävention, wie wir am Beispiel HIV und Aids gelernt haben. Die Übertragung von Hepatitiden kann durch einfache und effektive Methoden verhindert werden – eine davon ist die Hepatitis-B-Impfung. Zusammen mit der Bereitstellung von Präventionsmitteln (z. B. Kondome, Desinfektionsmittel, sterile Spritzen und Kanülen) sowie Informationen zu den Übertragungswegen (unter Berücksichtigung der Lebensumstände und -weisen) und Schutzmöglichkeiten schafft dies einen ausreichenden Schutz aller Beteiligten.

Erfüllung der rechtlichen Vorgaben und Empfehlungen

Aufgrund ihrer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung sind Impfungen für die Gesundheit von Gefangenen von besonderer Bedeutung. Der Anspruch darauf wurde deshalb in verschiedenen Gesetzen, Verordnungen und Empfehlungen festgehalten, u. a. in

- ◆ § 61 Strafvollzugsgesetz
- ◆ § 20 Infektionsschutzgesetz
- ◆ Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- ◆ § 15 Abs. 4 Biostoffverordnung
- ◆ § 21 SGB VII
- ◆ Empfehlungen des Ministerkomitees des Europarats No. R (98) 7 vom 08.04.1998.

Die medizinische Versorgung in Haft ist in den §§ 56–66 des Strafvollzugsgesetzes geregelt. Vorschriften zu Art und Umfang der Leistungen finden sich im § 61: Hiernach müssen die medizinischen Vorsorgeleistungen den Vorschriften und Regelungen des SGB V entsprechen.

Nach § 20 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen, diese werden den obersten Landesgesundheitsbehörden übermittelt und veröffentlicht.

Nach § 20 Abs. 4 müssen die Kosten dieser Impfungen von den Trägern der Krankenversicherung nach SGB V getragen werden. Da Gefangene in der Regel nicht in der Krankenversicherung sind, aber nach § 61 StVollzG die medizinischen Vorsorgeleistungen den Vorschriften und Regelungen des SGB V entsprechen sollen, müssen die Kosten der Impfung aus dem Justizbereich erbracht werden.

Die Ständige Impfkommission empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung unter anderem für folgende Personenkreise:

- ◆ Gefängnispersonal mit Kontakt zu Drogenabhängigen
- ◆ Länger einsitzende Strafgefangene
- ◆ Drogenabhängige
- ◆ Homosexuell aktive Männer
- ◆ Personen mit chronischen Lebererkrankungen sowie HIV-positive ohne HBV-Marker
- ◆ Sexualpartner von HBsAG-Trägern
- ◆ Personen bei Verletzungen mit möglicherweise erregerehaltigen Gegenständen, z. B. Nadelstichexposition

Für das Gefängnispersonal und Gefangene, die einer Beschäftigung nachgehen, treffen weitere gesetzliche Regelungen und Verordnungen zu:

- ◆ § 15 Abs. 4 Biostoffverordnung: Beschäftigten, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sein können, ist eine Impfung anzubieten, wenn ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht.
- ◆ § 21 SGB VII: Der Arbeitgeber ist für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame erste Hilfe verantwortlich.

Nach den Empfehlungen des Ministerkomitees des Europarats soll die Hepatitis-B-Impfung allen Gefangenen und dem Gefängnispersonal angeboten werden. Außerdem wird die Zugänglichmachung weiterer Präventionsmöglichkeiten empfohlen, um auch die Übertragung der Hepatitis C zu verhindern.



Impfungen tragen zur Kostensenkung bei

Häufig wird innerhalb des Justizvollzugs argumentiert, dass man sich die Impfung gegen Hepatitis A und B nicht leisten könne. Dieses Argument kann man leicht widerlegen, wenn man die Behandlungskosten bei chronischer Hepatitis B den Kosten einer Impfung gegenüberstellt. Das Ergebnis: Erfolgreich durchgeführte Impfungen kosten weniger, als wenn das Gesundheitssystem die Folgekosten chronisch gewordener Hepatitis-B-Fälle tragen muss.

Kosten einer Hepatitis-B-Impfung

Der Impfstoff gegen Hepatitis B kostet laut der sog. Roten Liste, nach der Ärzte ihre Medikamente verschreiben, bei drei durchgeführten Impfschritten derzeit 161,76 Euro (Impfstoff: HB Vax pro).⁵ Wie wir allerdings aus unseren Erfahrungen mit bereits durchgeführten Impfkampagnen wissen, lassen sich bei den Impfstoffherstellern Preisnachlässe von ca. 30–40 Prozent erwirken.

Rechnung Hepatitis-B-Impfung:

$$\begin{array}{r} + 161,76 \text{ € (100\%)} \\ - 64,70 \text{ € (40\% Reduktion)} \\ \hline + 97,06 \text{ €} \end{array}$$

für die dreimalige Hepatitis-B-Impfung für einen Gefangenen (ohne Aufrechnung der Personalkosten, Logistik usw.).

Behandlungskosten einer Hepatitis B

Derzeit gibt es mehrere Behandlungsmöglichkeiten bei behandlungsbedürftiger Hepatitis B. Bei einem Behandlungsschema von sechs Monaten entstehen alleine für die Medikamente folgende Kosten (Angaben nach roter Liste):

Behandlung mit Lamivudin

104,02 € für einen Monat
624,12 € für sechs Monate

5 Der Impfstoff für eine Kombinationsimpfung gegen hepatitis A und B (Twinrix) ist mit etwa 210 Euro für drei Impfungen etwas teuer.

Behandlung mit Interferon Alfa

220–240 € für eine Woche

880–960 € für einen Monat

5.280–5.760 € für sechs Monate

Kombinationsbehandlung mit Interferon Alfa und Lamivudin⁶

Da je nach Ansprechen der Therapie Interferon Alpha in Kombination mit Lamivudin gegeben wird, ergibt dies im ungünstigsten Fall folgende Kosten:

5.904,12–6.384,12 € für die sechsmonatige Behandlung für einen Häftling.

Behandlung mit Adefovir Dipivoxil

Als neuestes, viel versprechendes Medikament ist Adefovir Dipivoxil für die Behandlung der Hepatitis B zugelassen worden. Adefovir Dipivoxil ist das teuerste der derzeit auf dem Markt erhältlichen Medikamente.

627,13 € für einen Monat

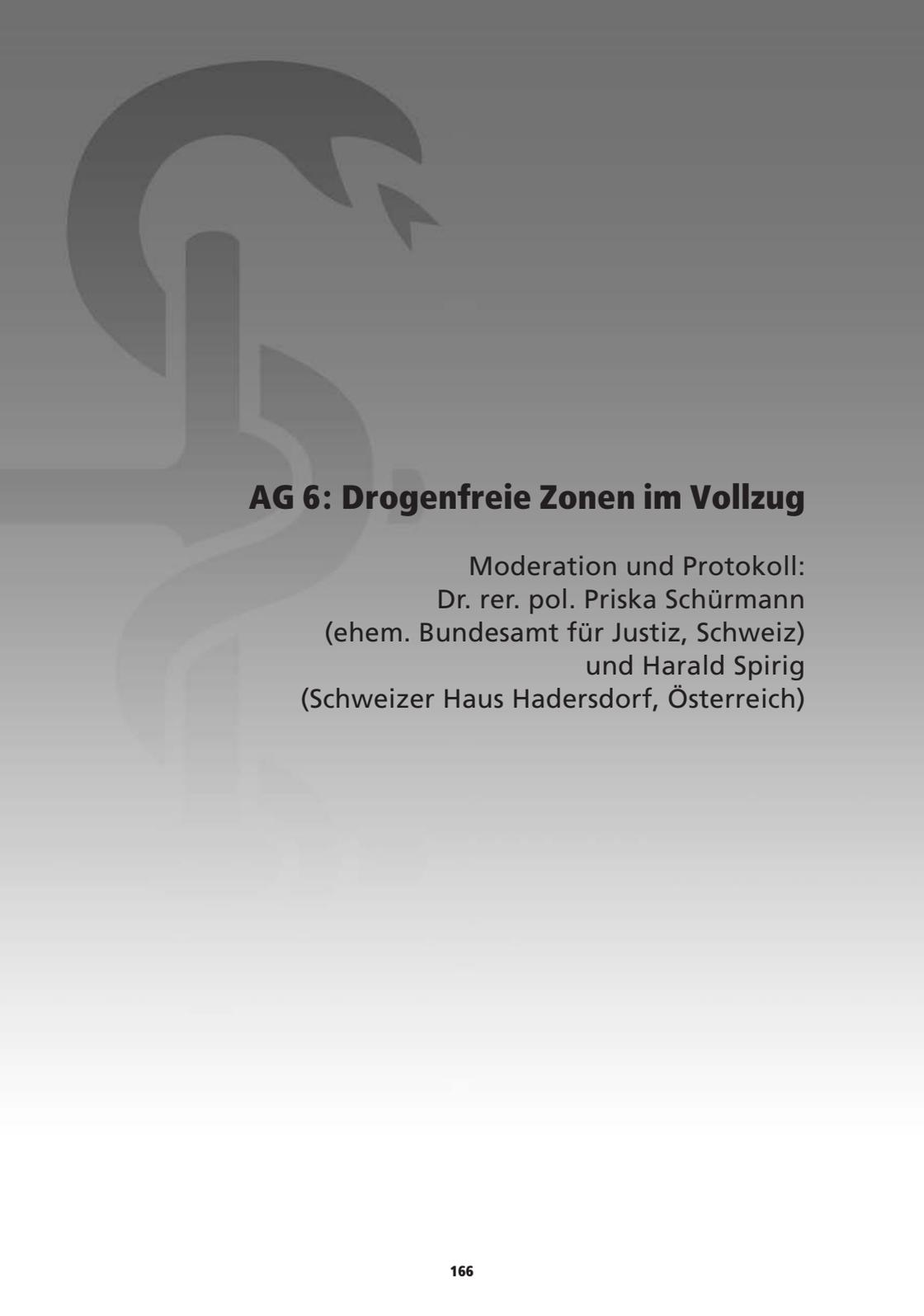
3.762,78 € für sechs Monate

All diese Kosten beziehen sich lediglich auf die Medikamente. *Nicht eingerechnet sind* Labor- und Arztkosten, Kosten für Diagnostik, Krankenhausaufenthalte, spätere Kosten der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit etc.

Für die durchschnittlichen Kosten für die sechsmonatige Behandlung nur eines Gefangenen in Höhe von ca. 4.619 Euro könnten 47 Gefangene geimpft werden!

Gesamtgesellschaftlich gerechnet ist eine Impfung gegen Hepatitis B für den Justizvollzug wesentlich billiger als die Behandlung einer chronifizierten Hepatitis.

6 Die Kombination von Interferon alfa und Lamivudin zeigt bei bestimmten Patienten Vorteile gegenüber einer Monotherapie mit den jeweiligen Substanzen. Eine generelle Empfehlung zu einer solchen Kombinationstherapie kann allerdings derzeit (noch) nicht gegeben werden, entsprechende Studien laufen.



AG 6: Drogenfreie Zonen im Vollzug

Moderation und Protokoll:
Dr. rer. pol. Priska Schürmann
(ehem. Bundesamt für Justiz, Schweiz)
und Harald Spirig
(Schweizer Haus Hadersdorf, Österreich)

An der Arbeitsgruppe „Drogenfreie Zonen im Vollzug“ nahmen ca. 40 Personen mit unterschiedlichstem Hintergrund teil.

1. Vorstellung der Moderator(inn)en

Priska Schürmann, Bern

Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Bern (Dr. rer. pol.), anschließend langjährige Tätigkeit in der Sektion Straf- und Maßnahmenvollzug im Bundesamt für Justiz, die auf Bundesebene für den Straf- und Maßnahmenvollzug zuständig ist, die letzten 15 Jahre als Chefin der Sektion. Die Sektion subventioniert Anstaltsbauten für Erwachsene und Minderjährige, den Betrieb von Erziehungseinrichtungen für Minderjährige sowie Modellversuche im Freiheitsentzug und der Jugendhilfe. Seit dem 1. Juli 04 im vorzeitigen Ruhestand, jedoch noch als Expertin tätig.

Harald Spirig, Wien

Soziologe, langjährige leitende Tätigkeit im Strafvollzug, Integration von Haftentlassenen, dzt. Leiter des Schweizer Haus Hadersdorf (therap. Einrichtung für Drogenabhängige); daneben versch. Forschungsprojekte zur Gesundheitsprävention im Strafvollzug, Country Coordinator von ENDIPP in Österreich

2. Harald Spirig: Input zu „Drogenfreie Bereiche“

Erste Modelle von „Drug Free Wings“ entstanden Anfang der 90er Jahre in England, später folgten Modelle „Drogenfreier Zonen“ (DFZ) bzw. „Drogenfreier Bereiche“ (DFB) in Österreich, der Schweiz und Deutschland. Alle DFB unterscheiden sich untereinander bis heute sehr. Es gibt weder nationale noch länderübergreifende Standards. Einziges verbindendes Kriterium ist der Versuch, bestimmte Bereiche innerhalb eines Gefängnisses (annähernd) drogenfrei zu halten. Trotz aller Unterschiedlichkeit sind DFB inzwischen in zahlreichen Gefängnissen eingerichtet. Sie werden von Gefangenen ebenso wie von den Anstalten als nützliches Mittel zur Bewältigung des Vollzugsalltages angesehen.¹

1 Untersuchungen zur DFZ in der Justizanstalt Hirtenberg (südlich von Wien gelegene Justizanstalt für ca. 300 männliche Gefangene, DFZ seit 1995, umfasst ca. Zweidrittel der Anstalt) zeigen z.B.: die DFZ führt zu einer Beruhigung innerhalb der Anstalt, Verbesserung des Arbeitsklimas und signifikanter Rückgang von Krankenständen, erhöhte Selbstverantwortung der Gefangenen, Reduktion von Haftschäden, nach der Entlassung geringer Rückfälligkeit.



Das Modell eines DFB lässt sich entlang von Stichworten und Fragen beschreiben:

◆ *Was bedeutet „drogenfrei“?*

Es gibt kein Gefängnis ohne Drogen. DFB sollen jedoch annähernde Drogenfreiheit in einem abgegrenzten Bereich eines Gefängnisses ermöglichen.

◆ *Was ist das Ziel von DFB?*

Sie können als Teil eines Behandlungsangebots an Drogenkonsumenten, aber auch völlig losgelöst von einem Behandlungskonzept angelegt sein. Je nachdem unterscheiden sich DFB in Zielen und Umsetzungen erheblich.

◆ *Wer sind die Zielgruppen?*

Es gibt DFB, die als Unterstützung für Insassen gedacht sind, die ihren Drogenkonsum reduzieren oder beenden wollen. Hier gibt es oft ein zusätzliches sozialpädagogisches Angebot wie Gruppen- oder Einzelgespräche, Freizeitgestaltung u. ä. DFB haben aber grundsätzlich nichts mit Drogenbehandlung im engeren Sinn zu tun.

Es gibt DFB, die als Schutz für nicht-drogenkonsumierende Insassen konzipiert sind, um diese vor Belastungen abzuschirmen, die sonst im Umfeld von Drogenkonsum und -handel anzutreffen sind.

◆ *Welches sind die Zugangskriterien?*

Je nach Zielsetzung und Zielgruppen der DFB sind die Zugangskriterien gestaltet. Primär wird die grundsätzliche Bereitschaft der Gefangenen zum Verzicht auf alle psychotropen Substanzen (illegale Drogen sowie Alkohol und bestimmte Medikamente) vorausgesetzt. Weitere Kriterien sind häufig (Rest-)Strafdauer oder rechtlicher Status (z. B. werden Ausländern Ausgänge und andere Möglichkeiten verwehrt).

◆ *Wie funktioniert das Modell DFB?*

Zwischen Anstalt und Gefangenen wird eine Art „Vertrag“ geschlossen: Im Austausch gegen Wohlverhalten und Verzicht auf Drogenkonsum werden eine Reihe von Vergünstigungen wie (länger) geöffnete Hafträume, Beschäftigung, vermehrte Freizeitmöglichkeiten, Gruppen- und Einzelausgänge u. ä. in Aussicht gestellt. Angelpunkt ist die Kontrolle der Drogenfreiheit mittels Harntests.

Im Zentrum stehen dabei nicht primär Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen, sondern eine prinzipiell freiwillige Übereinkunft zwischen Insassen und Justizanstalt nach dem Modell von Belohnung und Strafe.

Hier können sich auch rechtliche Fragen stellen: Mit welcher Begründung werden Möglichkeiten, die grundsätzlich für alle Gefangenen vorgesehen sind (Arbeit,

Ausgänge usw.) bestimmten Gefangenen vermehrt gewährt und anderen vorenthalten?

◆ *Chancen für Gefangene?*

DFB können Gefangenen einen stressfreieren Haftalltag ermöglichen. Die weitgehende Abwesenheit von Drogenkonsum, vermehrte Freizeitaktivitäten und Beschäftigungsmöglichkeiten sind ein direkter und indirekter Beitrag zur physischen und psychischen Gesundheitsprävention. Die vermehrte Übernahme von unmittelbarer und längerfristiger Verantwortung kann Hospitalisierungsschäden vermindern und nach der Entlassung die Reintegration begünstigen.

◆ *Chancen für das Personal?*

DFB ermöglichen andere und vielfältigere Formen des Umgangs zwischen Justizwache und Gefangenen. Die gegenseitige Übereinkunft als Grundlage der DFB ist ohne ein Mindestmaß an gegenseitigem Vertrauen nicht zu treffen, das neben das prinzipielle Gewaltverhältnis tritt. Es hat sich gezeigt, dass in DFB die allgemeine Arbeitszufriedenheit höher als in anderen Bereichen ist.

◆ *Standards für Drogenfreie Bereiche?*

Wie schon erwähnt sind die konkreten DFB, die heute in verschiedenen Anstalten bestehen, von größtmöglicher Heterogenität gekennzeichnet. Das Verbindende reduziert sich dabei auf „Geographie“ (definiert abgegrenzter Bereich einer Anstalt) und „Deal“ zwischen Anstalt und Gefangenen (Drogenfreiheit zum gegenseitigen Nutzen), gruppiert um einen „Vertrag“ zwischen Anstalt und Insassen der DFB und um einen „Kontrollmechanismus“ in Form von Harntests. Voraussetzung für das Funktionieren ist dabei größtmögliche Transparenz in der Anwendung des „Vertrags“ und in der Anwendung der Sanktionen (z. B. Verlassen der DFB nach positivem Harntest).

Alle weiteren Merkmale sind abhängig von den Bedingungen einer konkreten Anstalt sowie der gewählten Zielsetzung und den Zielgruppen für den DFB.

Von wesentlicher Bedeutung ist die institutionelle Absicherung von DFB, sei dies innerhalb der Anstalt oder gegenüber übergeordneten Institutionen. Wie sich gezeigt hat, stehen DFB meist auf fragilen Beinen. Bei Überbelag oder veränderter Vollzugspolitik sind sie oft unter den ersten Maßnahmen, die auf der Strecke bleiben.



3. Priska Schürmann: Input zur rechtlichen Situation von DFB auf Grund der föderalistischen Strukturen der Schweiz

◆ *Zuständigkeit und Organisation*

Die Durchführung des Strafvollzugs fällt entsprechend dem föderalistischen Staatsaufbau der Schweiz (Art. 3 und Art. 123 Abs. 2 Bundesverfassung [BV]) in den Kompetenzbereich der einzelnen Kantone. Der Bundesgesetzgeber hat auf den Erlass eines Strafvollzugsgesetzes verzichtet.

Das Schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) und die dazugehörigen Verordnungen enthalten strafvollzugsrechtliche Rahmenbestimmungen, insbesondere über die Ziele und Aufgaben des Vollzugs, die einzelnen Sanktionen und die verschiedenen Anstaltstypen. Weitere Vollzugsnormen sind durch Bundesgerichtsentscheide auf Grund von Beschwerden einzelner Inhaftierter, resp. potenziell Betroffener zustande gekommen. Empfehlungen und Inhalte internationaler Konventionen, die die Schweiz unterzeichnet und ratifiziert haben, sind ebenfalls zu respektieren.

◆ *Pflichten und Kompetenzen der Kantone – Strafvollzugskonkordate*

Da der Strafvollzug Sache der Kantone ist (Art. 123 Abs. 2 BV) bedeutet dies für diese nicht nur den Vollzug der von ihren Gerichten ausgefallten Urteile, sondern auch die Errichtung und der Betrieb von Vollzugseinrichtungen; über deren Benutzung können die Kantone Vereinbarungen treffen. Es handelt sich dabei um interkantonale Vertragswerke, die eine Lücke zwischen der Gesetzgebung des Bundes und jener der Kantone schließen und eine Vereinheitlichung des Vollzuges mittels verbindlicher Richtlinien, Normen und Empfehlungen anstreben.

◆ *Oberaufsicht des Bundes*

Der Bundesrat (Exekutive) hat nach Art. 49 Abs. 2 BV in Verbindung mit Art. 186 Absatz 4 BV die Pflicht, über die Einhaltung bundesrechtlicher Vorschriften, einschließlich jener der Konkordate, zu wachen. Er tut dies mittels Oberaufsicht, die im Strafgesetzbuch – zusätzlich zum verfassungsmäßigen Grundsatz – verankert ist.

Einfluss auf den Strafvollzug sichert sich der Bund (gestützt auf Art. 123 Abs. 2 BV) auch mit Baubeiträgen an Vollzugsanstalten für Erwachsene, junge Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie Betriebsbeiträge an die Institutionen der drei letztgenannten Alterskategorien zu. Innovationen im Vollzug unterstützt der Bund durch Finanzierung (bis zu 80 Prozent) von Modellversuchen in diesem Bereich, die zwingend evaluiert werden müssen.

Föderalistische Strukturen

Auf Grund dieser Strukturen gibt es in der Schweiz verschiedene Ansätze und Konzepte, mit Drogen im Vollzug umzugehen. Eine differenzierte Antwort auf Drogenkonsum im Freiheitsentzug ist dort möglich, wo spezielle Programme und Konzepte zur Verfügung stehen, resp. zur Anwendung kommen. Ansonsten gilt:

Drogenkonsum ist illegal und wird geahndet, zumindest disziplinarisch. Allenfalls ist auch eine Anzeige nicht ausgeschlossen und damit eine erneute Verurteilung möglich.

Hier einzelne Beispiele des Umganges mit Insassen und Insassinnen mit Drogenproblemen:

◆ *Frauenstrafanstalt Hindelbank:*

Diese Anstalt gibt jeder Insassin beim Eintritt eine saubere Spritze ab. Wenn sie sie benutzt, kann sie sie im Toilettenraum auf der Wohngruppe austauschen.

Insassinnen mit offensichtlichen Drogenproblemen sind in einem UP-Programm, das heißt, dass sie regelmäßig Urin abgeben müssen, der auf Drogen getestet wird. Bevor ihnen ein Urlaub gewährt wird, muss eine gewisse Anzahl von negativen Testresultaten vorliegen. Sind die Resultate positiv, verunmöglicht sich die Insassin selbst den Urlaub.

Zu erwähnen ist, dass in der Schweiz kein Recht auf Urlaub besteht, dieser jedoch als Eingliederungsmaßnahme akzeptiert ist und auch eingesetzt wird. Die Konkordate haben entsprechende Richtlinien erlassen. Wohlverhalten im Vollzug ist eine der wichtigsten Voraussetzungen.

◆ *Strafanstalt Realta:*

Auch diese Anstalt für erstmals in eine Vollzugsanstalt eingewiesene Männer strebt eine Lösung an, die den Insassen helfen soll, ihr Drogenproblem zu lösen. Ihre Handlungsweise ist bestimmt durch ihre Grundsätze und Leitideen:

„Wir Mitarbeiter setzen alles daran, dass im Strafvollzug Drogenabstinente in keine Suchtentwicklung geraten ...

Die Weiterführung und Aufnahme einer Substitutionsbehandlung wird unterstützt.“

In dieser Einrichtung ist auch die Abgabe von Heroin an ausgewählte Drogenabhängige unter ärztlicher Kontrolle möglich. Zudem sind Spritzenaustauschapparate installiert und frei zugänglich.

◆ *Arbeitserziehungsanstalt Uitikon (für junge erwachsene Männer):*

Die Hausordnung informiert den Eingewiesenen, dass Urin-Proben zur Überprüfung der Drogenabstinenz abgenommen werden. Dies kann aufgrund von regu-



lären Programmen oder als Stichprobe auf Weisung von in der Hausordnung dazu ermächtigten Funktionsträgern (Pikettverantwortlicher, Abteilungsleitung) verlangt werden, meistens auf Grund eines erhärteten Verdachtes. Positive Proben werden mit dem Klienten besprochen und haben Disziplinarmaßnahmen zur Folge. Zum Beispiel kann die Rückversetzung in die vorherige Vollzugsstufe (aus der Austrittsabteilung) angeordnet werden.

◆ *Strafanstalt Pöschwies:*

In dieser geschlossenen Anstalt für rückfällige Männer gibt es eine Abteilung für Suchtfreiheit und Männer, die in einem Methadonprogramm stehen. Ziel dieser Abteilung ist die Distanzierung von der internen und externen Drogenszene und Vermeidung des Beschaffungsstress. Primär soll eine Tagesstruktur wieder an- und eintrainiert werden und geübt werden, miteinander zu leben. Das Programm verläuft phasenweise. Die Probezeit dauert 3 Monate, sie wird abgelöst von einer Lern- und Übungsphase von 6-18 Monaten Dauer. Nach einer Stabilisierungsphase von mindestens 2 Monaten kann das Anschlussprogramm absolviert werden. Dies geschieht in einer freier geführten Einrichtung oder in einem Männerheim. In den Alltag eingebettete Aktivitäten umfassen: Kreatives Arbeiten, Sport, Schule (Projektunterricht), soziales Training, Gruppengespräche, körperzentriertes Arbeiten. Eine erste Auswertung dieses Projektes musste feststellen, dass das Ziel der völligen Drogenabstinenz etwas zu hoch angesetzt ist.

Die Drogenabstinenz ist nicht an Vergünstigungen geknüpft, daher werden hier auch keine Verträge abgeschlossen. Als Teil der Vollzugsplanung wird jedoch festgelegt, dass die Gewährung des ersten Urlaubs erst nach einer – z. B. – halbjährigen, nachgewiesenermaßen drogenfreien Zeit, geprüft wird. Ein Mal pro Woche müssen die Insassen zur spontanen Urin-Abgabe (UP) antreten.

Abschließend kann festgehalten werden:

◆ *Grundsätzlich gilt für DFB*

Ausschlaggebend für den DFB ist,

- dass der Insasse/die Insassin ohne Drogen auskommen will (Abstinenz) oder
- dass der Insasse/die Insassin nicht dauernd mit Drogen konfrontiert werden will (Schutz).

Deshalb ist der Insasse/die Insassin auch bereit, die Bedingungen zu erfüllen – ohne zwingend besondere Vergünstigungen zu erhalten.

4. Arbeitsgruppen

Anschließend an die Inputreferate wurden unter den Teilnehmer(inne)n drei freie Arbeitsgruppen gebildet. Diskussionsthemen waren

- ◆ Rechtsgrundlagen und Voraussetzungen zur Errichtung eines DFB
- ◆ Definition von Zielgruppen für DFB
- ◆ Sichtweise von Personal/Betreuer(inne)n in einem DFB

Die Diskussionen waren sehr lebhaft und spannend. Hier in Stichworten die Ergebnisse:

◆ **Rechtsgrundlagen und Voraussetzungen zur Errichtung eines DFB**

Vor der Errichtung eines DFB müssen drei Grundentscheidungen getroffen werden:

Erste Grundentscheidung: *Ist der DFB für Nichtkonsument(inn)en vorgesehen oder für Ausstiegswillige aus dem Drogenkonsum, die sich vor weiteren Versuchungen schützen wollen?*

Zweite Grundentscheidung: *Soll der DFB zum Zwecke der Drogentherapie im Gefängnis (wobei sich das Problem der „Zwangstherapie“ stellt), oder zum Zweck der Anbahnung einer externen Drogentherapie dienen?*

Dritte Grundentscheidung: *Sollen im DFB substituierte Gefangene mit anderen gemeinsam untergebracht werden oder nicht?*

Feststellung: *Für jede (größere) Anstalt ist die Einrichtung eines DFB jedenfalls erstrebenswert.*

Anmerkung der Moderator(inn)en: DFB sind grundsätzlich auch unabhängig von Behandlungsansätzen vorstellbar.

◆ **Definition von Zielgruppen für DFB**

Die Differenzierung nach Zielgruppen ist notwendig, da diese unterschiedliche Bedürfnisse haben: z. B. Nicht-Abhängige gegenüber Abhängigen, welche die Abstinenz erproben wollen.

Notwendig ist ein abgestuftes System, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen: z. B. abhängige Menschen, die dies bleiben wollen, Substituierte ohne Beikonsum und von vornherein Abstinente und Nicht-Abhängige.

Es wurde intensiv diskutiert, wie eine Station mit unterschiedlichen Gruppen und mit Abstinenzanspruch funktionieren kann.



◆ **Sichtweise von Personal/Betreuer(inne)n in einem DFB**

DFB sind im **Maßregelvollzug (Maßnahmenvollzug)** oder im **Strafvollzug** unterschiedlich zu führen.

Je nachdem sind die Zielgruppen **Patient(inn)en** oder **Insassen**: im Maßregelvollzug (Maßnahmenvollzug) sind alle Insassen betroffen, im Strafvollzug nur Freiwillige.

Diskussion, ob der Zugang zum DFB **nieder- oder hochschwellig** sein sollte.

Entscheidend ist die ausreichende Ausstattung mit **Personal und Finanzen**:

- Zusätzliches Personal
- Interdisziplinäres Personal
- Einbindung von „Fremdpersonal“
- Integriertes Konzept mit freien, externen Einrichtungen
- Beachtung des Äquivalenzprinzips
- „Ex vacuo“ ist die Errichtung eines DFB unrealistisch

Anmerkung der Moderator(inn)en: Die einfache Einrichtung eines DFB ist auch mit relativ geringen finanziellen Aufwendungen (Durchführung von Harnanalysen) und durch Umschichtungen des bestehenden Personals möglich.

◆ **Zusammenfassung der Diskussion:**

DFB haben **positive Auswirkungen** auf

- Insassen
- Bedienstete
- Justizanstalt
- Im Weiteren auch auf die Gesellschaft.

DFB sind mit vergleichsweise **geringen Mitteln** umsetzbar.

DFB sind ein Beitrag zur „**Normalisierung**“ des Vollzugsalltags.



Ärzte fordern Schadensminderung in der Zelle

Häftlinge werden medizinisch viel schlechter behandelt als freie Menschen. Ein Bonner Kongress forderte besser ausgebildete Ärzte und Suchtprogramme. Nicht die Abstinenz von Drogen sei das Ziel, sondern Schadensminderung

BONN taz ■ Die medizinische Gleichbehandlung von „Normalbürgern“ und Häftlingen wurde auf der „Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ in Bonn gefordert. Rund 160 Experten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien nahmen an der zweitägigen Konferenz am vergangenen Wochenende teil. Initiiert wurde die erstmals stattfindende Veranstaltung vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), der Deutschen Aids-Hilfe und dem Bremer Institut für Drogenforschung.

Die Veranstalter kritisieren nicht nur die zweitklassige medizinische Versorgung Inhaftierter, sondern fordern darüber hinaus die Bundesregierung auf, endlich einheitliche Kriterien für die medizinische Fürsorge von Gefangenen einzuführen. Vorbild ist hier das „Health in Prison Project (HiPP)“ der WHO. 27 Länder haben diese Erklärung unterschrieben, Deutschland aber nicht. Das Projekt fördert einen Paradigmenwechsel in der deutschen Drogenpolitik – weg vom Dogma völliger Abstinenz, hin zum Prinzip der Schadensminderung, „harm reduction“ im Ärztedeutsch. „Wir fordern die konsequente Durchsetzung von Schadensminderungskonzepten“, sagte Bärbel Knorr von der Deutschen Aids-Hilfe.

Die medizinische Versorgung von Strafgefangenen hat sich in den letzten Jahren durchweg verschlechtert. 220 Haftanstalten (JVAs) gibt es in Deutschland, jedes Jahr werden sie von einer Viertelmillion Menschen durchlaufen, durchschnittlich befinden sich 80.000 Menschen in Haft. Heino Stöver vom Bremer Institut für Drogenforschung schätzt, dass rund ein Prozent davon, also 800 bis 1.000 Häftlinge, HIV positiv ist. „Die Infektionsrate mit Hepatitis C ist eine tickende Zeitbombe.“ Das ganze Ausmaß der Erkrankung sei erst in fünf bis zehn Jahren absehbar. 15 bis 20 Prozent der Inhaftierten litten unter dieser Krankheit, von der insbesondere Drogenabhängige betroffen sind. Als drogenerfahren oder drogenabhängig gelten 30 bis 50 Prozent der Häftlinge,



die wiederum aufgrund der Haftbedingungen verstärkt Gefahr laufen, sich mit Aids, Hepatitis oder Tuberkulose zu infizieren. Verlässliche Zahlen gibt es aber nicht. „Das beweist, wie wenig Interesse dem Thema entgegen gebracht wird“, sagt die Bonner Ärztin Caren Weilandt vom WIAD. Ihr Versuch, bei den Landesjustizbehörden an Zahlen zu kommen, sei „erschütternd“ gewesen. Nur vier hätten sich zurückgemeldet, Informationen habe es keine gegeben.

Die Experten bemängeln, dass die Anstaltsärzte keine Spezialisten seien, wie sie aber unter anderem eine HIV-Erkrankung erfordere. Insgesamt gelte, dass trotz ihres rechtlichen Anspruchs weder drogenabhängige noch schwerkranke Häftlinge denselben Zugang zum medizinischen Angebot haben wie Nicht-Häftlinge. Freie Arztwahl gäbe es im Knast ebenso wenig wie Entgiftungsprogramme für Drogenabhängige. Der kalte Entzug in der Zelle sei Alltag. Weiterhin kritisieren die Veranstalter, dass es kaum Substitutionsplätze in den Haftanstalten gibt. „Das Argument beschränkter Kapazitäten gilt nicht“, sagt Knorr. Wenn man für chronisch Kranke oder Drogenabhängige in Haft keine angemessene medizinische Versorgung gewährleisten könne, dann „haben diese Menschen in den Haftanstalten einfach nichts zu suchen“, so Knorr.

Wie die Situation für Häftlinge in Nordrhein-Westfalen aussieht, das kann auch der ehemalige Drogenbeauftragte des Landes, Hans Hüsgen, nur schwer abschätzen. Spritzentauschprogramme habe in NRW das Justizministerium verhindert, so Hüsgen. Dafür habe das Land früh Methadonprogramme für Häftlinge eingeführt. „Insgesamt ist die Drogenpolitik des Landes recht liberal“, sagt Hüsgen. Rückschlüsse auf die Zustände in den JVs lasse das aber nicht zu. „Hier geben Anstaltsleitungen und Anstaltsärzte den Ton an.“

MARTIN OCHMANN

taz NRW Nr. 7504 vom 3.11.2004, Seite 2, 131 TAZ-Bericht MARTIN OCHMANN