

Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Wien, April 2006

Dokumentation

Herausgegeben von
akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland e.V.





Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Wien, April 2006

Dokumentation

Herausgegeben von
akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland 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, Satz und Druck

Justizanstalt Stein

Bestellung

Deutsche AIDS-Hilfe

Dieffenbachstr.33

10967 Berlin

Berlin, Mai 2006

ISBN: 978-3-930425-67-9

ISSN: 0937-1931

Inhalt

Vorwort	5
Vorprogramm	9
Eröffnung..... <i>Dr. Caren Weilandt</i>	13
Grußworte von Frau Bundesministerin Gastinger	17
„Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“	
Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis	19
<i>Dr. Heino Stöver</i>	
Gesundheitspolitische Herausforderungen aus medizinischer Sicht	45
<i>Dr. Wolfgang Riekenbrauck</i>	
Vom Pilotversuch zur Regelversorgung – Wie lassen sich Innovationen im Gefängnisalltag verankern?	51
<i>Stefan Enggist</i>	
Markt der Möglichkeiten	57
Besondere gesundheitliche Belastungen von Frauen in Haft	111
<i>Heike Zurhold</i>	
Zielkonflikt: „Gesundheit versus Haftunfähigkeit“	125
<i>Karlheinz Keppler</i>	
Lösungsansatz der aktuellen Probleme der Strafvollzugsarchitektur	131
<i>Mag.arch. Andrea Seelich</i>	
Besonderheiten der medizinischen Versorgung im österreichischen Justizvollzug	149
<i>Walter Kahl</i>	
Podiumsdiskussion: „Gesundheitsförderung in Haft – Quo vadis?“	175
<i>Gisela Lange</i>	
Bericht zur Auswertung der Konferenz-Evaluation: „Gesundheitsförderung in Haft, 2006“	179
<i>Martina Thelen</i>	

Arbeitsgruppen 06.04.06

<i>AG1: Ärztliche Ethik und Gefangenenrechte</i>	61
<i>AG2: Drogenkonsum? Piercing? Tattoo? – Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bediente</i>	65
<i>AG3: Abschiebehaft/Schubhaft/Ausschaffungshaft</i>	79
<i>AG4: Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug</i>	89
<i>AG5: Sexualität in Haft</i>	103

Arbeitsgruppen 07.04.06

<i>AG1: NAIKAN: Grundlagen für ein selbstverantwortliches Leben</i>	155
<i>AG2: Gesundheitsberichterstattung, Dokumentation und Qualitätssicherung</i>	159
<i>AG4: Medizinische Versorgung am Beispiel HIV, HCV und TB</i>	169
<i>AG5: Legal aber verboten?! – Umgang mit Alkohol und Alkoholabhängigkeit</i>	173

Vorwort



Die 2. Europäische Konferenz „Gesundheitsförderung in Haft“ die vom 4. bis 6. Aprils 2006 in Wien stattfand, wurde gemeinschaftlich organisiert und durchgeführt vom Bundesministerium für Justiz (Österreich), dem Schweizerhaus Hadersdorf, sowie in der gewohnten Zusammenarbeit von Deutscher AIDS-Hilfe, dem WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) und dem BISDRO (Bremer Institut für Drogenforschung). Nach Bonn 2004 war es die zweite Veranstaltung, auf der unter internationaler Beteiligung (knapp 160 TeilnehmerInnen aus fünf Ländern), der Zusammenhang von ‚Gesundheit und Gefängnis‘ und Möglichkeiten der ‚Gesundheitsförderung in Haft‘ diskutiert wurden - mit einigem Erfolg wie die Beiträge überzeugend demonstrieren. Denn auf dieser Konferenz werden länderübergreifend die Probleme gesundheitlicher Versorgung in Haft diskutiert, mit denen jedes Land zu kämpfen hat, und auf die jedes Land (z.T. auch Bundesland oder jede Haftanstalt) eigene Antworten entwickelt hat.

Einige Erkenntnisse sind festzuhalten:

Ein multiprofessioneller und interdisziplinärer Austausch auf diesem Sektor ist dringend geboten, um den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Haft angemessen begegnen zu können. Beispiele „guter Praxis“ werden gesucht, um die z.T. komplexen Probleme der Gesundheitsversorgung in Haft leisten zu können. Auf der Konferenz wurden einige dieser guten Beispiele in ganz unterschiedlichen Bereichen vorgestellt: Gefängnisarchitektur, Prävention, ärztliche Ethik, Gesundheitsberichterstattung etc.

Austausch, Kooperation und verbesserte Kommunikation auch auf internationaler Ebene scheinen umso wichtiger, je mehr organisatorisch-politische Zersplitterung der Strafvollzug in den einzelnen Ländern (v.a. in Deutschland) erfährt. Ist das Gefängnisssystem ohnehin schon atomisiert, so wurden kurz nach der Konferenz – u.a. auch gegen den Protest der Konferenzteilnehmer/innen – durch die Föderalismusreform die Weichen für eine weitere Zersplitterung gestellt: In Deutschland könnte es demnächst jeweils 16 Strafvollzugsgesetze, Jugendstrafvollzugsgesetze und Untersuchungshaftvollzugsgesetze geben. Obwohl einige Bundesländer zusammenarbeiten werden, drohen weitere rechtliche Ungleichbehandlung und unterschiedliche Standards von Bundesland zu Bundesland. Auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung.

Über den Tellerrand zu gucken scheint also wichtiger denn je! Das gilt auch für die unterschiedlichen Haftformen: denn überall dort, wo Menschen hinter geschlossenen Türen leben müssen, stellen sich gesundheitliche Versorgungsfragen neu: Abschiebe-/Jugend-/Frauen-/Männer- und Untersuchungshaft, Ersatzfreiheitsstrafe, aber auch Maßregelvollzug, Polizeigewahrsam/-arrest sind Haftformen, die auf dieser Konferenz eine Rolle spielten.

Orientierungspunkt jeder Gesundheitsfürsorge in Haft muss das in Freiheit erprobte und bewährte System der Gesundheitsfürsorge sein. Welchen Haltepunkt sollte es sonst für eine Gesundheitsfürsorge geben, die im Übrigen weitgehend öffentlicher Transparenz und gesamtökonomischer Beurteilung entzogen wird? Gerade aufgrund der genannten Einschränkungen, für den Einzelnen außergewöhnlich erfahrbar im Verlust der freien Arztwahl, und damit erhöhter Abhängigkeit von einzelnen Personen in einem Kontrollsystem, muss es Orientierungsstrategien geben, die einen Übertritt in die Gemeinde und damit Weiterbehandlungen jeglicher Art erlauben.

Auch in Zeiten knapper Haushaltskassen muss die fast ketzerisch anmutende Frage gestattet sein: Reicht denn diese Äquivalenzorientierung? Wohl kaum, haben wir es hier doch mit einer Verdichtung von gesundheitlich und sozialen Problemlagen zu tun, die in keiner Stadt- oder Landpraxis eines Arztes in der Gemeinde auftreten dürften: Herz-Kreislaufkrankungen, Suizide/Suizidversuche, andere Selbstschädigungen, mentale Gesundheitsprobleme, Abhängigkeitserkrankungen, Infektionskrankheiten etc. Muss man sich angesichts der überproportionalen Verteilung von Sucht- und damit verbundenen Infektionsproblemen nicht fragen, ob beispielsweise die Gesundheitsabteilung einer Haftanstalt eigentlich eine medizinische Schwerpunktpraxis sein müsste? Mit der Triage von Suchtmedizin, sexuell übertragbaren Erkrankungen, und Hepatitisambulanz? Nachhaltige Gesundheitsversorgung ernst genommen erfordert hier dringenden Handlungsbedarf. Der Schlüssel zur erfolgreichen Bewältigung der Gesundheitsprobleme kann nur darin liegen, die Kooperation mit den Gesundheitsdiensten in der Gemeinde zu verstärken. Zu prüfen ist immer wieder, ob die Gesundheitsversorgung in Haft auch den Einrichtungen der Gemeinde übertragen werden sollte, wie es die WHO in ihrer „Moskauer Erklärung“ empfiehlt.

Es scheint den Veranstaltern an der Zeit, ein Netzwerk „Gesundheitsfördernde Gefängnisse“ zu gründen, das mehr formal all die Beispiele, „Guter Praxis“ zusammenführt, für einen Austausch sorgt, und versucht, das Thema „Gesundheit in Haft“ höher auf die Agenda der Justiz und der Gesellschaft zu setzen.

Die Veranstalter möchten sich ganz besonders bedanken bei Harald Spirig, dem Leiter des Schweizer Haus Hadersdorf und Walter Kahl vom österreichischen Bundesministerium für Justiz für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Planung und Vorbereitung der Konferenz. Ein ganz besonderes Dankeschön geht an Doris Theissen vom WIAD, die nicht nur klug und äußerst umsichtig, sondern vor allem auch mit charmanter Freundlichkeit die komplette Konferenzorganisation gemanagt hat.

Bärbel Knorr, Heino Stöver und Caren Weilandt



Vorprogramm

Mittwoch, 05. April 2006

Odysseus - Ein Projekt für Drogenkonsument(inn)en,
Prostituierte und Stricher in Bratislava



Bericht von Barbara Bojack und Peter Wießner

Während der 2. europäischen Konferenz für Gesundheitsförderung in Haft in Wien vom 05. bis 07. April 2006 hatten interessierte Teilnehmer/innen die Gelegenheit eines Projektbesuchs in Bratislava. Die Hauptstadt der Slowakei ist nahe bei Wien gelegen. Die Fahrt mit der Bahn dauert lediglich 45 Minuten.

Das Problem des Drogenkonsums existiert auch in Bratislava mit allen anhängenden Begleiterscheinungen wie Prostitution, Infektionskrankheiten, Aufklärungs- und Substitutionsbedarf.

Die Organisation Odysseus wurde 1997 gegründet. Katarina Jiresova und ihr Team, bestehend aus 7 Vollzeitbeschäftigten und 30 ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n bzw. Teilzeitkräften, haben alle Hände voll zu tun. Odysseus bringt in regelmäßigen Abständen eine Zeitung für Drogengebraucher/innen heraus. In Comic-Broschüren werden wertvolle Hinweise zum Gesundheitsschutz dargestellt.

Ein eigener Bus steht für die Zielgruppen bereit: Darin können Blutuntersuchungen vorgenommen und soziale Unterstützungsangebote vermittelt werden.

Die Aktivitäten der Drogenarbeit des Projekts sind breit gefächert. Das Projekt ist auf diversen Festivals mit Broschüren, Ständen und Informationen vertreten. Streetworker kümmern sich in Bratislava um Hilfsbedürftige. Hilfsangebote gibt es aber auch für Sinti und Roma, deren Communities in anderen Landesteilen angesiedelt sind. Ein weiterer Schwerpunkt neben der Drogenarbeit liegt in der Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten für Schwule und Lesben.

Erklärte Ziele von Odysseus sind:

- ◆ Aufklärung der Drogenkonsument(inn)en und der gefährdeten Gruppe zu Gesundheitsrisiken im Kontext des Drogenkonsums
- ◆ Aufklärung zu Gefahren durch ungeschützten Sexualkontakt
- ◆ Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten der Zielgruppen
- ◆ Verhinderung der Stigmatisierung und Diskriminierung gefährdeter Gruppen

Die Arbeit des Projektes ist durch eine Mischfinanzierung gewährleistet (staatliche Unterstützung, private Sponsoren).

In der Slowakei ist der Konsum von Drogen nicht strafbar, jedoch der Besitz und die Weitergabe. Die Übertragung einer HIV-Infektion ist unter Strafe gestellt. Seit 1985 sind in der Slowakei 200 HIV-Infektionen dokumentiert worden. Die meisten Übertragungen finden durch unsicheren Drogenkonsum und durch ungeschützte Sexualkontakte unter Homosexuellen statt.

Grundsätzlich ist die Behandlung der HIV-Infektion in der Slowakei gegeben. Allerdings können sich einige der Betroffenen die Behandlung nicht leisten, da sie nicht versichert sind bzw. ihren Status bei der Krankenversicherung verloren haben.

Die Möglichkeit der Substitution mit Methadon oder Subutex ist in Bratislava ebenfalls gegeben. Allerdings ist auch dies eine Frage der Kosten. Grundsätzlich ist eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen gewährleistet.

Ein weiteres Problem stellen Hepatitis-Infektionen der Hepatitiden B oder C dar: Die Durchseuchungsraten sind wenig erforscht, die Behandlungsmöglichkeiten sind begrenzt.

Das Projekt Odysseus leistet einen wichtigen Beitrag zu Prävention, Aufklärung und Gesundheitsförderung im Bereich der Drogen-, der Prostitutions- und der Schwulenszenen in der Slowakei.

Der Projektbesuch vermittelte einen lebendigen Eindruck von der Wichtigkeit und Relevanz der vor Ort geleisteten Arbeit mit und für die Zielgruppen. Dass es auch in Staaten, die lange Jahre unter dem Einfluss der Sowjetunion standen, Projekte gibt, die selbstverständlich auf die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten und auf die Entstigmatisierung der Betroffenenengruppen setzen, lässt Hoffnung aufkeimen. Dadurch wird deutlich, wie wichtig der gegenseitige Austausch von Ideen und Handlungsansätzen ist. Auch deshalb sind Konferenzen wie die Europäische Konferenz für Gesundheitsförderung in Haft wichtig.

Die nächste Konferenz wird voraussichtlich in Berlin stattfinden. Man kann den Organisator(inn)en dieser Konferenz zu ihrem Engagement nur gratulieren.



Eröffnung

Donnerstag, 06. April 2006

(Dr. Caren Weilandt)



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

ich freue mich sehr, heute die 2. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft hier in Wien zu eröffnen.

Wie viele von Ihnen wissen, hat die erste Konferenz dieser Art Ende 2004 in Bonn stattgefunden und dies war für uns als Veranstalter nicht nur ein Experiment, sondern auch ein Wagnis, da die erste Konferenz ohne Eigenmittel, ohne Budget und ohne offizielle Unterstützung geplant und organisiert wurde und ich glaube behaupten zu können, dass sie ein voller Erfolg war. Wir hatten über 150 Teilnehmer/innen aus verschiedenen disziplinarischen und institutionellen Bereichen in Bonn, die mit Gesundheit im Vollzug befasst sind. Es war eine interdisziplinäre und internationale Konferenz mit vielen, auch kontroversen Diskussionen, die uns sehr viel Spaß gemacht hat und vor allem auch Mut, eine weitere Konferenz dieser Art anzugehen. Wir hatten damals wie auch heute hochrangige Vertreterinnen und Vertreter der Ministerien und internationaler Organisationen, hier ist vor allem auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu nennen.

Diese Tagung hier in Wien ist noch besser besucht als die Vorgängerkonferenz, was mich überrascht hat, da Österreich ja ein wenig kleiner ist als Deutschland, was dafür spricht, dass die Themen und die Konzeption der Konferenz von Interesse sind.

Diese Konferenz hier in Wien ist möglich geworden durch eine gemeinsame Initiative und gemeinsame Anstrengungen von drei Organisationen und dahinter stehenden Personen, für die ich Sie stellvertretend hier begrüße. Dies sind:

- ◆ Das Referat Menschen in Haft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (in Persona Bärbel Knorr)
- ◆ Das Bremer Institut für Drogenforschung (in Persona Dr. Heino Stöver) und
- ◆ ENDIPP – Europäisches Netzwerk zu Drogen und Infektions prävention in Gefängnissen (Koordiniert vom WIAD und vertreten durch meine Person)
- ◆ Als Mitveranstalter und tragende Stütze hier vor Ort stand und steht uns Harald Spirig vom Schweizerhaus Hadersdorf zur Seite. Ganz großer Dank gilt ihm, denn er hat die ganze Organisation, wie alle anderen auch, engagiert und vor allem ehrenamtlich übernommen.

Bevor ich den Startschuss gebe für diese Konferenz, möchte ich Ihnen kurz einige Worte sagen zu der Idee und dem Konzept der Konferenz.

Uns als Veranstalter und seit vielen Jahren im Bereich Haft tätigen Menschen hat es geärgert, dass es zwar eine Reihe von internationalen Konferenzen zum Thema Gesundheit in Haft gab und auch in Zukunft geben wird, aber die Beteiligung aus dem deutschsprachigen Raum immer recht übersichtlich war. Also der fachliche internationale und interdisziplinäre Austausch zwischen den Nachbarländern war aus verschiedenen Gründen nicht gegeben: Sprachbarrieren, zu teure Tagungen, die mit hohem Aufwand verbunden waren, zu stark wissenschaftlich orientierte Schwerpunkte etc.

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 gescheiterte Versuche gegeben, eine solche Konferenz auf die Beine zu stellen.

Wir haben es also ein zweites Mal einfach angepackt und die Konferenz hier in Wien so organisiert, dass sie sich selbst trägt durch die Teilnahmebeiträge und einige wenige Sponsoren. Wichtig war für uns vor allem auch, dass es sozusagen eine Low-Budget-Organisation gibt, dass die Tagungsgebühren so niedrig wie möglich gehalten werden, damit möglichst viele Praktiker, die sich teure Konferenzen in Vier-Sterne-Hotels nicht leisten können, hier zusammenkommen können. Das war u.a. auch möglich, weil keiner der Referenten ein Honorar erhält und aus purem Engagement hierher kommt, wofür ich mich stellvertretend für meine Kolleginnen und Kollegen aus der Organisationsgruppe bedanken möchte.

Die noch größere Nachfrage nach der 2. Konferenz und die Unterstützung durch nationale und internationale Organisationen hat uns bestätigt in der Einschätzung der Dringlichkeit und Notwendigkeit eines fachlichen Austausches zu den Themenkomplexen, die uns alle heute und morgen beschäftigen werden.

Einen besonderen Dank möchte ich dem österreichischen Bundesministerium für Justiz aussprechen, das uns nicht nur ideell durch die Übernahme der Schirmherrschaft unterstützt hat, sondern auch tatkräftig, indem es z.B. die Ankündigungen gedruckt hat und auch die Dokumentation dieser Konferenz drucken wird und uns heute Abend zu dem Empfang hier im Schloss des Europahauses eingeladen hat. Das österreichische Ministerium der Justiz hat auch einen Teil der Reisekosten für die Delegierten aus Österreich übernommen.

Dass die Themen, die wir hier auf der Konferenz diskutieren werden, für das österreichische Bundesministerium für Justiz einen hohen Stellenwert haben, zeigt sich auch daran, dass die Ministerin Frau Magistra Gastinger morgen persönlich bei uns sein wird. Aber nicht nur das österreichische Justizministerium ist hier prominent vertreten, sondern auch Abgeordnete aus den Justiz- und Gesundheitsministerien der Länder Schweiz, Deutschland, Luxemburg und Slowenien, die sie spätestens auf der 2. Podiumsdiskussion kennen lernen werden.

Von besonderer Bedeutung ist, dass wir die volle Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (Health in Prison Project) haben. Die WHO ist Co-Sponsor dieser Konferenz und eigentlich sollte Dr. Lars Möller heute bei uns sein, aber leider musste Dr. Möller kurzfristig absagen. Wir haben aber eine breite Unterstützung der WHO, wichtige Dokumente liegen hier aus und in der Tagungsmappe findet sich auch ein Factsheet des Health in Prison Networks. Die Konzeption unserer Tagung liegt natürlich auch auf der WHO-Linie Gesundheitsförderung. Health Promotion ist der Leitgedanke, das zentrale Konzept, das wir heute und morgen sozusagen hinter dicke Mauern tragen wollen.

Ich will jetzt nicht mehr viel darüber reden, warum wir Gesundheitsförderung in Haft für so wichtig halten. Ich denke, Sie halten es auch für wichtig, sonst wären Sie heute nicht hier. Wir alle wissen, dass sich in den Haftanstalten ein ganze Reihe von gesundheitlichen Belastungen zeigen und es andererseits hier auch große Chancen zur Gesundheitsförderung gibt, die besser als bisher genutzt werden können. Es ist an der Zeit, 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 Expertinnen und Experten innerhalb und außerhalb des Vollzugs diskutieren. Diese Konferenz soll auch dazu beitragen, das Thema Gesundheitsförderung in Haft höher auf die politische Agenda zu setzen.

Die Konzeption der ersten Konferenz hat sich bewährt, also haben wir sie einfach beibehalten. Es ist eine ausgewogene Mischung aus Plenarvorträgen zu aktuellen Themen, Arbeitsgruppen, in denen auch wirklich gearbeitet und nicht nur referiert wird (die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden am 2. Konferenztag im Plenum vorgestellt), Podiumsdiskussionen und einem Markt der Möglichkeiten. Für die Organisation des Marktes der Möglichkeiten geht ein besonderes Dankeschön an den Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Ergänzend haben wir für alle Delegierten zentrale Dokumente, Resolutionen, Veröffentlichungen, Newsletter und Berichte in ausreichender Anzahl nach Wien geschafft, so dass Sie sich hier auch mit wichtigen Arbeitsmaterialien eindecken können, die sie hoffentlich in ihrer praktischen Arbeit in Zukunft verwenden werden.

Wie auch bei der ersten Konferenz wollen wir für Nachhaltigkeit sorgen. Daher werden auch die Vorträge und Arbeitsgruppenergebnisse dieser Konferenz dokumentiert und veröffentlicht. Des Weiteren bitten wir Sie, den Evaluationsbogen auszufüllen, damit wir ein Feedback bekommen und die nächste Konferenz noch besser inhaltlich vorbereiten können. Auf dem Bogen können Sie auch Präferenzen für den Tagungsort der 3. Konferenz angeben.

Abschließend möchte ich eine Person besonders hervorheben und mich bei ihr für ihr großes Engagement und ihre Kompetenz bedanken: Wir würden hier alle im Chaos versinken und ich hätte schon vor Wochen einen Nervenzusammenbruch erlitten, wenn eine Person nicht an meiner Seite gewesen wäre, nämlich Doris Theissen, die Office Managerin im WIAD. Sie hat diese Veranstaltung vorbildlich organisiert und zwar neben ihren üblichen Aufgaben im WIAD. Dafür kann ich ihr gar nicht genug danken!

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

Grußworte von Frau Bundesministerin für Justiz

Mag^a. Karin Gastinger





Sehr geehrte Damen und Herren,

die Organisation der Gesundheitsvorsorge und die Behandlung von kranken Häftlingen gehören neben den Maßnahmen für die Sicherheit und die Bewältigung des Haftalltages zu den großen Herausforderungen für die Strafvollzugsverwaltungen.

Das Gefängnis ist sozusagen der „Brennpunkt“ für alle Probleme, mit denen auch die Gesellschaft außerhalb konfrontiert ist, nur höher verdichtet und konzentrierter:

Das Anwachsen von psychischen Störungen und Auffälligkeiten innerhalb der Gesellschaft, die fortschreitende Verwahrlosung und die Ausgrenzung von Randgruppen aus vielen gesellschaftlichen Bereichen, das Ansteigen der Suchterkrankungen mit den unmittelbar damit verbundenen Gesundheitsstörungen, die unübersehbar vorhandenen Migrationsprobleme und ihre Folgen für die allgemeine Gesundheitsversorgung – dies alles schlägt sich direkt auf die Situation in den Gefängnissen durch.

Dazu kommt noch, dass das Gefängnis als – von seiner Aufgabenstellung her – zwangsläufig „totale Institution“ auch bei bester Führung und Organisation unvermeidbare Störungen in der Psyche des Einzelnen und im Zusammenleben der einzelnen Gruppen verursacht, die zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen der Gesundheit führen. Ich denke hier vor allem an die Probleme der Aggressionsverdichtung durch das Zusammenleben auf engem Raum, der Stresssituation des Freiheitsentzuges, insb. der U-Haft, der sozialen Isolierung, der unausrottbaren negativen Hierarchien in der Subkultur aufgrund unfreiwilliger Zwangsgemeinschaften, des chronischen Bewegungsmangels und vieler anderer krankmachender Faktoren.

Sie als Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Berufsfelder der Gesundheitsdienste innerhalb des Gefängnisses bewegen sich auch permanent im Spannungsfeld zwischen dem an medizinischen und pflegerischen Maßnahmen unbedingt Notwendigen, das eine gleichwertige Versorgung ihrer Schutzbefohlenen gegenüber ihrer Behandlung in Freiheit sicherstellt, und den zwangsläufig verbundenen Einschränkungen, die der Gefängnisbetrieb mit sich bringt.

Ich möchte daher den Initiatoren und Veranstaltern dieser internationalen Konferenz, dem „Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands“ unter der Leitung von Dr. Caren Weilandt und der Schweizerhaus Hadersdorf GmbH unter der Leitung von Mag. Harald Spirig für die sorgfältige und umfassende Themenauswahl innerhalb des breiten Spektrums der gesundheitlichen Betreuung im Gefängnis sehr danken und allen viel Erfolg bei der Umsetzung der Anregungen und Vorschläge wünschen.

Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis

Dr. Heino Stöver¹





Einleitung

Erste Spuren einer auf Gesundheitsförderung angelegten Behandlung von Gefangenen lassen sich bereits im 18. Jahrhundert wahrnehmen. John Howard beispielsweise, einer der großen Strafrechtstheoretiker Englands, kommentiert in seinem Werk „The State of Prisons in England and Wales“ bereits im Jahre 1777 (4. Auflage) das Gesetz zur Gesunderhaltung der Gefangenen (Act for Preserving the Health of Prisoners²):

The late Act for Preserving the Health of Prisoners requires that an experienced Surgeon or Apothecary be appointed to every gaol: a man of repute in his profession. His business is, in the first place, to order the immediate removal of the sick, to the infirmary; and see that they have proper bedding and attendance. Their irons should be taken off; and they should have, not only medicines, but also diet suitable to their condition. He must diligently and daily visit them himself; not leaving them to journeymen and apprentices. He should constantly inculcate the necessity of cleanliness and fresh air; and the danger of crowding prisoners together: and he should recommend, what he cannot enforce. I need not add, that according to the act, he must report to the justices at each quartersessions, the state of health of the prisoners under his care.

Interessant ist, dass bei Howard bereits moderne Prinzipien der Gesundheitsversorgung im Gefängnis deutlich hervorgehoben werden:

- ◆ Es soll sich um einen erfahrenen und anerkannten surgeon handeln, der von jedem Gefängnis benannt werden soll,
- ◆ Die Kranken sollen von den übrigen Gefangenen getrennt im Krankbereich untergebracht werden, mit sauberem Bett und attendance.
- ◆ Die Eisen als Hauptlast sollen entfernt werden und nicht nur Medizin, sondern auch entsprechende Nahrung soll gegeben werden.
- ◆ Tägliche Besuche durch den Arzt, nicht durch anderes Personal
- ◆ Die Notwendigkeit der Einhaltung von Hygiene (Sauberkeit und Frischluft und die Gefahr der Überbelegung werden angesprochen).
- ◆ Und schließlich wird so etwas wie Gesundheitsberichterstattung eingefordert.

Die Geschichte der Bestrafung ist bis heute unmittelbar mit Töten, Foltern, Quälen, dem Zufügen von Leid, der Vorenthaltung von gesundheitlicher Versorgung, mit dem Ziel der Abschreckung, dem Erpressen von Geständnissen, der Gewinnung von Informationen verbunden. Eine schlechtere gesundheitliche Versorgung von Gefangenen als Teil der Strafe wird weitgehend anerkannt und übereinstimmend gebilligt: Durch die in der Bevölkerung populäre „Gefangenschaft bei Wasser und Brot“-Ideologie.

1 Dieser Beitrag basiert zum Teil auf einem gemeinsamen Kapitel (§§56-66) mit Axel Boetticher für den von Johannes Feest herausgegebenen Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (5. Auflage 2006).

2 Dank an Rick Lines, National University of Ireland, Galway, für diesen Hinweis.

Foucault hat in seinem Werk über die ‚Geburt des Gefängnisses‘ die Prozesse von der äußerlich sichtbaren öffentlichen Bestrafung hin zur verdeckten, abgegrenzten ‚inneren‘ Bestrafung beschrieben. Die aktuellen Nachrichten über CIA-Gefängnisse und die dort angewandten Verhörmethoden, die laut Gesetzentwurf den US-amerikanischen Präsidenten ermächtigen, „...die schlimmsten Terroristen der Welt weiter zu befragen und ihre Geheimnisse zu erfahren...“, mit Methoden, die letztlich nur er für zulässig hält, deuten darauf hin, dass Bestrafung nach wie vor auf Leib und Leben, auf Körper, Seele und Geist des Gefangenen zielt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen auch, welche barbarischen und überwunden geglaubte Strategien der Bestrafung von Häftlingen bei Bedarf wieder angewendet werden können, und wohl weltweit in Gulags und (geheimen) Gefängnissen der Welt angewendet werden.

Um unveräußerliche Grundlagen für die gesundheitliche Behandlung Gefangener zu schaffen, haben die Vereinten Nationen bereits Mitte der 50er Jahre die ‚Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners‘ (1955) erarbeitet: „...The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation...“ (Rule 22/1; vgl. auch Vereinte Nationen 1990, Principle 9). 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.“ (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], vgl. auch m.w.N. Pont 2006).

Insgesamt wird heute in der internationalen Diskussion auf die **Notwendigkeit der Angleichung gesundheitlicher Versorgung und psycho-sozialer Unterstützungspraxis** an die extern entwickelten und in der Kommune/Region/Nation praktizierten Standards verwiesen. Von zahlreichen internationalen Organisationen wie WHO oder Europarat, WHO/UNAIDS/UNODC wird die Gleichwertigkeit der Versorgung für einzelne Teilbereiche (z.B. Umgang mit HIV/AIDS in Gefängnissen: WHO 1993; WHO/UNAIDS 2006) oder für das gesamte System medizinischer Behandlung eingefordert (Committee for the Prevention of Torture/CPT).

Die **Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen liegt in der Verantwortung der Justizvollzugsbehörden**. An die Stelle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung in der Herstellung und Erhaltung von Gesundheit tritt die Fürsorge der Anstalt und die Verpflichtung des Gefangenen, 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 Bedeutung der Herstellung bzw. Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit für die Gefangenen muss als eine zentrale Voraussetzung für die Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben betrachtet werden.

Bei der Normierung der Gesundheitsvorschriften sah sich der deutsche Gesetzgeber³ 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, Strafvollzugsgesetz Deutschlands: StVollzG). Diese Regelung soll sicherstellen, dass sowohl für die regelmäßig anfallenden Aufgaben als auch in dringenden Fällen ein Arzt schnell hinzugezogen werden kann. Die über die VV in den einzelnen Bundesländern geltenden Vorschriften sind dort zusätzlich in einer „Dienstordnung Gesundheit“ (DOG) oder in einem vergleichbaren Regelwerk zusammengestellt (vgl. Boetticher/Stöver 2000).

Die Vorschriften des 7. Titels des deutschen Strafvollzugsgesetzes beispielsweise regeln die Ansprüche der Gefangenen hinsichtlich medizinischer Dienstleistungen und deren Kostenübernahme. Er umfasst jedoch **keine Bestimmungen zur Rechtsstellung, zum Aufgabenbereich, zu den Arbeitsbedingungen und Kontrollstrukturen der Ärzte** und ihrer Mitarbeiter (§ 158 StVollzG) im Vollzug.

Grundsätzlich hat sich Anstaltsmedizin an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren – Strafvollzug soll primär nur Freiheit nehmen, aber nicht durch schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen. Dieses **Äquivalenzprinzip** soll die Vergleichbarkeit intra- und extramuraler medizinischen Versorgung gewährleisten. Die Grundlagen für dieses Äquivalenzprinzip bestehen in dem gesetzlichen Auftrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Gegenwirkung schädlicher Wirkungen des Freiheitsentzuges (§ 3 Abs. 1 u. 2). 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 psychosozialen Hilfen innerhalb des Vollzuges: „Es ist alles zu versuchen, um Gefangene nicht kranker aus dem Vollzug zu entlassen, als sie hereingekommen sind: Das ist das Minimum an vorbeugender Gesundheitsfürsorge, das im Vollzug zu leisten ist“ (Alm-Merk 1998, 21). Hierzu sind realistische Einschätzungen und Untersuchungen über die den Gefangenen im Vollzug drohenden gesundheitlichen Risiken und dementsprechende anstaltliche Maßnahmen und Mittel der Risikovorsorge erforderlich (vgl. Levy 2005).

Das Äquivalenzprinzip ist über ethische und fachliche Grundsätze hinaus aber auch von enorm praktischer Bedeutung: Nur durch eine Angleichung der Standards in der Praxis kann eine **wirksame Vernetzung der Hilfen vor und nach der Entlassung in**

3 Im Folgenden orientiere ich mich beispielhaft am deutschen Strafvollzugsgesetz.

die Kommune gewährleistet werden (Pont/Wools 2006). Das heißt, dass die Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen, ausgearbeitet werden sollten. Und sie sollten in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet sein. Schließlich sollten die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (der Bediensteten) Berücksichtigung finden. 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!*“ (vgl. Stöver/Knorr/Weilandt 2006).

1. Gesundheitsversorgungsstrukturen

Eine wesentliche Einschränkung dieses Äquivalenzprinzips besteht in der **Aufhebung des Prinzips der freien Arztwahl**, da Kostenträger nicht die gesetzliche Versicherung, sondern die Vollzugsbehörde ist. Gefangene in offenen Anstalten, die als pflichtversicherte Arbeitnehmer beschäftigt sind, haben dagegen die Berechtigung, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen (§ 62a). Dies bedeutet eine sowohl rechtliche als auch praktische Besserstellung dieser Gefangenen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge, weil ihnen durch Leistungsansprüche gegen die Krankenkasse eine bessere medizinische Versorgung zusteht (vgl. Kirschke 2005, S. 138).

Alle übrigen Gefangenen sind primär auf den Anstaltsarzt angewiesen. Sie haben nur eingeschränkt die Möglichkeit, wie ein Patient außerhalb des Vollzugs auf eigenen Wunsch zu einem anderen Arzt überwiesen zu werden, um Zweifel an der Diagnose zu klären und über die Behandlung mitzuentcheiden. Zwar kann die Anstalt weitere Ärzte hinzuziehen oder dem Gefangenen gestatten, auf eigene Kosten einen freien Arzt aufzusuchen, wenn der Anstaltsarzt dies befürwortet oder nicht erreichbar ist (SondA, S. 212, VV zu § 58 Nr. 2 und 3); die Entscheidung liegt jedoch allein bei der Behörde. Die Einbeziehung aller Gefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung ist bis zum Erlass eines besonderen Bundesgesetzes aufgeschoben (§ 198 Abs. 3). Erst hierdurch werden die Voraussetzungen geschaffen, dass auch die Gefangenen entsprechend dem Angleichungsgrundsatz die für die Allgemeinheit zugänglichen medizinischen Dienste in Anspruch nehmen können, dass eine wesentliche Ursache von Angst und Misstrauen wegfällt (§ 3).

Der Nachteil dieses Konzepts der Gesundheitsfürsorge liegt einmal darin, dass es eine erhebliche **Belastung der Arzt-Patient-Beziehung** mit sich bringt, wenn der Arzt erstens in die Hierarchie des Anstaltspersonals integriert ist, zweitens Kontrollaufgaben für Sicherheitsanforderungen der Institution wahrnimmt (z.B. Urin-Kontrollen) und drittens die



Kontaktaufnahme des Patienten nicht freiwillig erfolgt. Der Anstaltsarzt wird zum „Zwangsansprechpartner“ (Keppler 1996, 111; vgl. auch Riekenbrauck 2005, S. 33; vgl. Pont/Wool 2006), 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. Unter normalen Bedingungen ist der Vertrauensarzt der Krankenkasse, des Arbeitsamtes, des Gesundheitsamtes oder der Betriebsarzt nicht gleichzeitig behandelnder Arzt. Zum anderen dürften die in diesem Titel geregelten Leistungen nicht allein durch hauptamtliche Ärzte zu erbringen sein, so dass das Hinzuziehen von Fachärzten (§ 58 VV Nr. 2 Abs. 2) der Regelfall sein muss. Die Vollzugsbehörde ist nicht in der Lage, die ganze Palette von Spezialisten anzustellen und ihnen die notwendige Praxiseinrichtung zur Verfügung zu stellen.

Die Probleme der Belastung des Arzt-Patient-Verhältnisses waren in der Diskussion des Strafvollzugsgesetzes bereits antizipiert worden (zur geschichtlichen Entwicklung siehe Stöver/Lesting 1999). Vorschläge zur zeitlichen Befristung der ärztlichen Tätigkeit wurden zugunsten eines statischen Modells verworfen. Eine Annäherung an eine **„Normalisierung“ der Krankenbehandlung** und damit einen so weit als möglich geltenden Abbau der Sonderrolle der Anstaltsmedizin kann letztlich auch hier nur durch eine weitgehende Öffnung der Justizvollzugsanstalten, einen fachlichen Austausch und Integration externer Kräfte gelingen.

Für diesen Annäherungsprozess existiert ein Spielraum durch unterschiedliche Organisationsformen, mit denen manche der oben dargestellten Nachteile vermindert werden können: den Ärzten kann gestattet werden, außerhalb der Anstalt nebenher frei zu praktizieren; das Krankenrevier kann zur Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses erklärt werden, mit der Folge, dass ein regelmäßiger Wechsel der Ärzte eingeplant werden kann. Die Möglichkeit der Anforderung des Notarztes oder die Vorstellung bei Fachärzten aus der Region stellt in jedem Fall eine sinnvolle Ergänzung dar.

Anstaltsmedizin arbeitet immer in einem Spannungsfeld zwischen ärztlicher, also patientenorientierter Aufgabe auf der einen Seite und vollzuglichen Vorgaben/Zwängen auf der anderen Seite: Einerseits ist in der Patient-Arzt-Beziehung für die Diagnose und den Dialog über die Therapie ein Vertrauen gefordert, andererseits kann nicht ignoriert werden, dass sich der Patient in einer Zwangssituation befindet und im Einzelfall auch Hilfe vom Arzt erwartet, mit Hilfe von – tatsächlichen oder vorgeschobenen – Krankheitssymptomen aus seiner Lage befreit zu werden. Hilfe und Kontrolle sind miteinander verbunden, so kann eine ärztliche Duldung bzw. Nicht-Überprüfung eines bestimmten Drogenkonsums der Anstaltspolitik zuwiderlaufen, sie kann aber auch dazu führen, dass diese Praxis konform ist mit anstaltlichen Belangen. Der Konsum von Cannabis etwa wäre jederzeit, sowohl in vollzuglich angeordneten als auch in medizinisch angeordneten Urin-Kontrollen überprüfbar (ggf. für Patienten in Substitutionsbehandlungen, wenn man der Auffassung ist, Cannabis stelle einen unzulässigen Konsum etwa innerhalb einer Substi-

tutionsbehandlung dar). Andererseits wird der Cannabisgebrauch oft als „vollzugskonform“ bezeichnet und stillschweigend geduldet, weil er oftmals Ruhe in den Vollzug bringt. Ähnliches gilt für die generelle Verschreibungspraxis des Arztes für das „Vollzugsklima“. Anstaltsmedizin ist im wesentlichen klassisch kurativ, symptomorientiert, nicht ursachenorientiert und – bis auf wenige Ausnahmen (z.B. über die in manchen Anstalten praktizierte Impfempfehlung für Hep. A und B) – nicht prophylaktisch oder im weiteren Sinne präventiv tätig.

Eine **Angleichung der medizinischen Dienste an und Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten** wird von vielen internationalen Gremien gefordert. In den ‚Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners‘ (1955) heißt es bereits: „...The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation...“ (Rule 22/1; vgl. auch Vereinte Nationen 1990, Principle 9; vgl. auch Penal Reform International 1995). Auch in der WHO-Erklärung vom 24. Oktober 2003 in Moskau zum Thema „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 des Patienten/Gefangenen.

Die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis kann so bessere Überleitungen und Behandlungskontinuitäten für die Zeit nach der Haftentlassung herstellen, durch eine beständige Kommunikation und nachhaltige Kooperation mit den Diensten außerhalb kann auch eine verbesserte Absprache (mit Zustimmung des Patienten) bei Haftantritt erreicht werden (Kinner 2006; vgl. zur hohen Mortalität in den ersten Tagen nach Haftentlassung Christensen/Hammerby/Bird 2006). Gesundheitsdienste im Gefängnis und außerhalb fallen immer noch auseinander – zum Nachteil des Patienten: Wenn z.B. die Behandlungskontinuität nicht gewährleistet ist oder Anstaltsärzte medizinische Entscheidungen kompetenter Gremien oder Kolleg(inn)en außerhalb ignorieren.

Dies ist ein Hinweis darauf, anstatt kameralistisch begründete Separierung patientenorientierte Orientierungen einzuüben und auch organisatorisch umzusetzen. 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 (England/Wales, Norwegen, Frankreich und New South Wales/Australien; International Centre for Prison Studies 2004). Denn diese ganzheitliche Patientenversorgung ist patientenorientiert. Für einige Krankheiten (z.B. HIV/AIDS-/Hepatitis-Therapie) bedarf es dringend der Zusammenarbeit mit Schwer-



punktpraxen außerhalb, da nicht jeder Anstaltsarzt oder jeder Vertragsarzt, der für einige Stunden im Vollzug ist, auf dem neuesten Stand der medizinischen Kenntnisse sein kann. Gefangene haben ebenso wie andere Menschen ein Recht darauf, von medizinischen Fortschritten zu profitieren. Dass dies nicht so ist, zeigt beispielsweise eine Untersuchung der Substitutionsbehandlung: Die Behandlung selbst wurde in vielen Bundesländern spät eingeführt, ebenso die Erweiterung der Substitutionsmittelpalette (vgl. insgesamt: Keppler/Knorr/Stöver 2004; Stöver/Hennebel/Casselmann 2004).

Medizinische Leistungen im Vollzug sind immer auch Gegenstand politischer Debatten. An einigen Punkten wird dies eklatant deutlich, etwa wenn es um Gesundheitsversorgung mit umstrittenen, aber bewährten Konzepten wie „harm reduction“ geht, die außerhalb des Vollzuges seit 20 Jahren Einzug in die Drogenhilfearbeit gefunden haben (Uchtenhagen 2005), dann gibt es im Vollzug und auf der politischen Ebene tiefe ideologische Blockaden, diesen notwendigen Transfer erprobter und erfolgreicher HIV/AIDS-Präventionsstrategien in den Strafvollzug zu unterstützen (vgl. Stöver 2005; Nelles/Stöver 2003; Lines et al. 2005). Diese Brisanz wird auch in der oben zitierten Moskauer Erklärung der WHO ausgedrückt und wird als Empfehlung der besseren Zusammenarbeit öffentlicher Gesundheitssysteme und denen 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 führen würde, dass notwendige Krankenbehandlungen so früh wie möglich angegangen werden würden, um Verschlimmerungen und Chronifizierungen zu verhindern, die bei einer verzögerten oder gar nicht stattfindenden Behandlungsaufnahme eher eintreten würden.

Wie es aber tatsächlich um die Gesundheit von Gefangenen bestellt ist, darüber ist aufgrund **ungenügender oder wenig vergleichbarer Datenerfassung und Forschungsarbeiten** wenig bekannt (vgl. für den Mangel an Daten im Bereich psychisch Kranker im Strafvollzug Foerster 2005, S. 143f). Weder gibt es eine Gesundheitsberichterstattung, die detailliert Auskunft geben könnte, noch ist die gesundheitliche Lage Gegenstand kommunaler/regionaler Gesundheitsberichterstattung⁴. Bekannt sind lediglich Untersuchungen aus 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 wenig Verlaufsdaten resp. wenig qualitative Daten über risikoreiches Verhalten oder die Wahrnehmung und Bewältigung riskanter Verhältnisse, die Aufschluss über eine Risikodynamik geben könnten. Forschung in deutschen Strafanstalten wird zudem oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den Justizvollzugsbehörden abgeblockt.

⁴ siehe gute Fortschritte auf diesem Gebiet in Australien: Prisoner Health Information Group 2006

Das System der Gesundheitsversorgung sollte stärker überprüft werden. Effizienter als eine „Selbstüberprüfung“ wäre eine **Überprüfung der Versorgungsqualität durch externe, unabhängige Gutachter**, die direkt den Länderparlamenten und übergeordnet dem Bundestag berichten sollten. Sowohl ethische als auch fachliche Standards müssten in der Alltagspraxis einer Überprüfung standhalten. Leider existiert in Deutschland kein Inspektoratswesen (wie z.B. in den Niederlanden und England), wo unabhängige, meistens beim Gesundheitsministerium angesiedelte Experten die Behandlungsbedingungen in Haft überprüfen. Dies würde zur Qualitätsverbesserung beitragen, jedenfalls eher als die „Fachaufsicht im eigenen Haus“ (durch Ärzte bei den Landesjustizbehörden), deren Effizienz aufgrund der Interessengebundenheit fraglich ist. Ein externes Qualitätssicherungsverfahren wie in Krankenhäusern, anderen Institutionen und auch für niedergelassene Ärzte üblich, findet in aller Regel im Gefängnis nicht statt.

Die Gesundheitsfürsorge im Vollzug, charakterisiert durch den Grundkonflikt zwischen Hilfe und Kontrolle, kann im Prozess einer Normalisierung, d.h. einer Angleichung der Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen an die Verhältnisse zu einer besseren Bewältigung gesundheitlicher Probleme der Gefangenen im Vollzug beitragen. Über die Einführung der üblichen bewährten und erfolgreichen, „evidence-based“ Behandlungs- und Prophylaxeansätze hinaus muss jedoch in den Gefängnissen ein Angleichungsprozess grundsätzlicherer Art eingeleitet werden: Außerhalb des Vollzuges setzt sich zunehmend in der Public-Health-Debatte die Erkenntnis durch, nicht nur auf Krankheit, individuelles Fehl- und Risikoverhalten abzuheben, sondern auch die sozialen Verhältnisse und Spezifika der Systeme in ihrer Interdependenz und inneren Dynamik auf ihr Gesundheitspotential einzubeziehen; also nicht nur reaktiv die Krankheit des Einzelnen zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(-untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen, sondern darüber hinaus eine die Ressourcen des Einzelnen aktivierende Gesundheitsförderung zu betreiben, die alle Akteure in einem bestimmten Setting zu integrieren versucht: Die gesundheitsabträglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen (die physischen, zeitlichen, baulichen und organisatorischen Bedingungen von Gefängnis) müssen 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 begreifen und vor allem Verbindungen mit anderen Institutionen herzustellen (kommunale/regionale Hilfsorganisationen, Familie, Arbeit etc.; vgl. Stöver/Lesting 1999; Stöver 2000). Erfolgreiche Beispiele für diesen Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung sind die von der WHO (auf der Basis der OTTAWA-CHARTA, die Gesundheitsförderung programmatisch entwickelt hat) initiierten Projekte ‚Healthy Cities‘, ‚Healthy Schools‘ etc. Diese positiven Erfahrungen und Ergebnisse sollten auf die Gefängnisse übertragen und im Rahmen einer ‚Healthy Prisons‘-Bewegung umgesetzt werden.



Die WHO hat sich deshalb nach dem Vorbild erfolgreicher „settings-projects“ zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von „**Health in Prisons-Projekten**“ (www.hipp-europe.org) aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen für eine solche Entwicklung zu schaffen. Gegenwärtig sind 32 Länder in diesem Netzwerk zusammengefasst (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, Gesundheit am Arbeitsplatz etc. (WHO 1997, 1998 u. o.J.; Möller 2005, 17ff).

Gesundheitsgefährdungen und -belastungen bestehen nicht nur für die im Gefängnis einsitzenden, sondern auch für die dort arbeitenden Menschen. Sie sind ebenfalls besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Übergriffe, Frustrationen, Involvierung in Gewalthandlungen, Infektionsgefahren bei Zellendurchsuchungen (beispielsweise Infektion mit HCV). Im Rahmen von **Strategien zur Betrieblichen Gesundheitsförderung** im Gefängnis sollten die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Insbesondere die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes, das auch die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren vorsieht, sollte offensiv angegangen werden. Die bisher vorhandenen Ansätze, lediglich bei besonderen Vorkommnissen wie Suizid eines Gefangenen, tätlichen Angriffen Bediensteten gegenüber, oder auch Beratungsansätze in den Bereichen ‚Supervision‘ und ‚Mediation‘ sind nicht ausreichend. Allein die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag bei Bediensteten sollte zum Ausgangspunkt der Thematisierung von ‚Gesundheit‘ im Vollzug allgemein genutzt werden (Bögemann 2005).

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 entsprechenden Eigenbeteiligungen an den Gesundheitskosten der Gefangenen, entsprechend denen der Bürger/innen außerhalb in den Krankenversicherungen, werden ebenso geführt wie Diskussionen darüber, dass Gefangene eine gesundheitlich hoch belastete Population darstellen, die eine besondere und überproportionale Gesundheitsleistungen erfordert. Letztlich bleibt Richtschnur des Handelns der Akteurinnen und Akteure in der Gesundheitsfürsorge (Ärzte/Ärztinnen, Mediziner/innen in den Landesjustizbehörden), die (notwendigen) Leistungen zum Erhalt und zur (Wieder-)Herstellung von Gesundheit entlang den Vorgaben des SGB V zu erbringen – angelehnt an die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Doch diese Orientierung wird erschwert durch viele Besonderheiten, die sich zum Teil aus der Strafvollzugssituation mit der hohen Sicherheitsdominanz aller Vorgänge einerseits und der hohen gesundheitlichen Belastungsdichte andererseits ergeben. Zusätzlich bestehen sehr unterschiedliche Konzepte darüber, was eigentlich innerhalb einer vorgegebenen Zeit der

Inhaftierung zu leisten ist bzw. geleistet und finanziert werden soll. Hier zeigen sich die Problembereiche zwischen „defensiver (klassischer) (Gefängnis-)Medizin“ auf der einen Seite und einer auf Nachhaltigkeit, Vernetzung und Kooperation mit den übrigen Gesundheitsdiensten in der Gemeinde orientierten Gesundheitsversorgung auf der anderen. Nur beispielhaft sind hier einige Fragestellungen skizziert: Sollen Grippeimpfungen, Hepatitis-A+B-Impfungen (offensiv) durchgeführt werden? Wie wird mit Diagnostik, Monitoring und möglicher anschließender Therapie von HIV, HBV/HCV umgegangen (Überweisung in Schwerpunktpraxen außerhalb)? Werden Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige begonnen (vgl. Stöver/Hennebel/Casselmann 2006)? Welche Therapien zum Substanzmissbrauch werden angeboten? Welche Ansprüche bestehen auf zahnmedizinischen Leistungen? Welche gesundheitlichen Leistungen erhalten straffällig gewordene Asylbewerber/innen oder Abschiebehäftlinge?

Aber **reicht die Äquivalenzorientierung überhaupt aus**, wenn Gefangene lediglich 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? Die oben erwähnten spezifischen gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen erfordern über das normale Maß durchschnittlicher Krankenversorgung hinausgehende und außergewöhnliche Maßnahmen, die durchaus präventiv und kausal orientiert sind (Lines 2007).

Mit dem Bestehen eines gefängnis-eigenen Gesundheitssystems entstehen zwangsläufig Bruchstellen mit der Weiterbehandlung in der Kommune bzw. mit der Fortsetzung von in der Kommune begonnenen Krankenbehandlungen. Die Schnittstellenproblematik wird auf der Gefängnisebene zwar z.T. 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 als **handlungsleitende Prinzipien** benannt werden, die von enormer Bedeutung für die Herstellung von äquivalenten Gesundheitsdienstleistungen innerhalb und außerhalb des Vollzuges von großer Wichtigkeit sind. Die ethisch-fachlich handlungsleitenden Prinzipien müssen sein: informierte Zustimmung und Vertraulichkeit als Ausdruck von Professionalität – im Gefängnis muss noch stärker auf die Einhaltung dieser 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. Professionelle Gesundheitsdienstleistende sind die einzigen Ansprechpartner/innen der Gefangenen und sind unabhängige Anwälte/Anwältinnen für die Gesundheit des Gefangenen und die öffentliche Gesundheit. Prinzipien evidenzbasierter Medizin, zusammen mit Menschlichkeit und Leidenschaft, sind im Strafvollzug sogar stärker gefordert 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 Behandlungs-/Unterstützungsstandards in gefängnisbezogenen Protokollen 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 durch alle beteiligten Berufsgruppen vor Ort.

Es braucht eine grundlegende **Verpflichtung zur Qualifizierung und Ausbildung von geeignetem Personal**. Es ist anzustreben, examiniertes Krankenpflegepersonal in einem patientenfreundlichen, festgelegten Patient-Pflege-Schlüssel anzustellen, der aufgrund höherer Gesundheitsbelastungen der Patient(inn)en mindestens dem Schlüssel in der Gemeinde folgt. Besondere und ständig aufzufrischende Fortbildung aller Akteure im Gesundheitsbereich muss zielgruppennah durchgeführt werden, um den basalen Erkrankungsrisiken wie mehrere Diagnosen bei Patient(inn)en, Erkennung chronischer Erkrankungen, viralen Infektionskrankheiten, Diagnostik psychischer Störungen, Einschätzung des Geisteszustandes von Gefangenen etc. angemessen begegnen zu können. Für die Fortbildung sollten auch interaktive Medien wie Internet genutzt werden (siehe Seminar zur Ethik im Justizvollzug: <http://lupin-nma.net/>; siehe auch zu Qualifizierungsbedarfen von Ärzten: Gray/Pearce/Marks 2006).

2. Gesundheitliche Belastungen der Gefangenen und Problembereiche der Anstaltsmedizin

Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen: **Der Entzug von Freiheit an sich stellt ein Gesundheitsrisiko dar**. Die vollzuglichen Belastungen durch Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, Versorgungscharakter der Gefängnisse tragen eher zu psychisch belastenden Symptomen von Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Passivität, Interessen- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Alltagsgeschehens führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit, das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht angemessen behandelt zu werden oder im Notfall lange auf Hilfe warten zu müssen (für den in einigen Anstalten lediglich der polizeiliche Beweissicherungsdienst vorgesehen ist).

Die erzwungene Inaktivität im körperlichen wie im sozialen Bereich lässt Spannungszustände ins Leere laufen, eine der wesentlichen Ursachen von Stresserkrankungen. D.h., es findet insgesamt eine Ressourcenverringerung statt – eine Depravierung gleich der längerer Krankenhaus- bzw. anderer Anstaltsaufenthalte, die letztlich abhängigkeitsfördernden Charakter hat und nicht zur Erweiterung von Handlungs- und Sozialkompetenzen beiträgt (vgl. Hillenkamp 2005, S. 15f). Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Symptome steigt, während die Abwehrkräfte gegen Infektionen und organische Beeinträchtigungen verringert werden. Dazu kommen weitere strukturelle Gesundheitsrisiken für die Inhaftierten unter den gegebenen Bedingungen:

Das gehäufte Auftreten von Problemgruppen mit spezifischen Krankheitsbildern bei Haftantritt nach Zeiten von Obdachlosigkeit, körperlicher Verelendung durch massive Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen, Überbelegung, Schmutz, deprimierende Umgebungen, oftmals kritisiertes Essen, Bedrohungen, Erpressungen und Aggressionen (nicht nur in körperlicher Form, sondern auch verbal, sexuell oder rassistisch) sowie der Verlust von Privat- und Intimsphäre tragen letztlich dazu bei, dass die seelische Gesundheit der Gefangenen verglichen mit der der Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist (vgl. WHO 1998, 4). Zwar haben diese Störungen z.T. bereits vor Haftantritt bestanden, sie können im Vollzug jedoch nicht adäquat behandelt werden und verschlimmern sich in Haft noch.

Gleichwohl gibt es Gefangene, für die die **medizinische Versorgung stabilisierende Effekte** hat, weil sie vorher nicht über solche Ressourcen verfügt haben (etwa regelmäßige Mahlzeiten, Zahnsanierung, Hygieneverhältnisse). Für viele sichtbar, erfolgt bereits nach relativ kurzer Zeit bei einigen Gefangenen eine körperliche Erholung, die sich an Anzeichen wie Gewichtszunahme, verbessertem Allgemeinzustand, Ansprachemöglichkeit und Beteiligung an Sportaktivitäten etc. festmacht. Gelegentlich finden ernsthafte Krankheitssymptome erst nach der Inhaftierung Beachtung. Infektionskrankheiten und ein erheblich reduzierter Allgemeinzustand als Folge der Lebensbedingungen kommen besonders bei Drogenkonsumenten und Alkoholikern vor. Für diese Gefangenen ist der Gang zum Arzt leichter als in Freiheit. Allerdings darf diese schnelle körperliche Erholung nicht mit einer parallel verlaufenden psychischen Verbesserung gleichgesetzt werden. Die äußeren Verbesserungen sind lediglich darauf zurückzuführen, dass es in Haft zu regelmäßiger Nahrungsaufnahme und zur Einhaltung eines Tag-Nacht-Rhythmus kommt (Keppler 1996, 83).

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. Bei den Gefangenen handelt es sich zum großen Teil um sozial Benachteiligte – alle Merkmale dieser Benachteiligung lassen sich in erhöhtem Maße wiederfinden: geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau, hohe Arbeitslosigkeit, erhöhter Anteil von Migrant(inn)en. Dies führt zu einer im Vergleich zur übrigen Gesellschaft **stark überrepräsentierten Häufung von Erkrankungen**: Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, vor allem aber auch Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen sowie weitere psychische Störungen belasten die Gefangenen überproportional (vgl. Fazel/Danesh 2002; Andersen 2004). In einigen Regionen der Welt wird die Verbreitung von HIV/AIDS und TB wesentlich als ausgehend von Gefängnissen betrachtet (Walcher 2005). In den Gefängnissen findet sich daher eine Verdichtung von Problemlagen: So existieren im Gefängnis 20-mal höhere Infektionsraten von HIV und 40-mal höhere von Hepatitis C im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, eine 5-mal höhere Suizidrate, ein



2-4-mal häufigeres Auftreten von psychischen Störungsbildern, ein etwa 3-mal häufigerer Nikotingebrauch. Etwa 30-50 % der Gefangenen gelten als drogenerfahren oder -abhängig – verglichen mit etwa 1 % in der Gesamtbevölkerung. Etwa 50-75 % der Gefangenen leiden unter psychischen Störungen, v. a. an Psychosen, Affekt- und Angststörungen (vgl. auch zur Lage der psychiatrischen Versorgung im dt. Justizvollzug: Sezer/Walpuski 2004). 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 und seelischen Folgen. Unter Kostengesichtspunkten sind vor allem folgende Krankheitsbilder relevant, wie die Berliner Senatsverwaltung feststellt: koronare Herzerkrankungen mit Interventionsbedürftigkeit, HIV-Erkrankungen (vgl. Jürgens 2006/2006a), Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, chronische Hepatitis und Psychosen.

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. Selbst wenn man einen gleichen Versorgungsschlüssel (Zahl von Ärzten und Krankenpflegepersonal zu Patienten „drinnen“ und „draußen“ unterstellt, zeigt die sehr viel höhere gesundheitliche Belastung der Gefangenen eine Struktur der gesundheitlichen Ungleichheit („health inequality“) auf (vgl. Meier 2005, 50). Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug ist allein gebunden durch die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Diese gesundheitlichen Störungen insbesondere der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen hohen Teil der medizinischen Leistungen. In einer Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg wurden 76 % aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt (Tielking/Becker/Stöver 2003). 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.

3. Zur gesundheitlichen Situation von Frauen im Strafvollzug

Zur gesundheitlichen Situation von Frauen im Strafvollzug liegen (europaweit) nur lückenhafte Erkenntnisse vor (Tomasevski 1992; Keppler 2005, vgl. The International Journal of Prisoner Health 2005). Als Erklärung des erkannten Defizits wird der geringe Frauenanteil von etwa 4 % (Maelicke 1995) unter der Gefangenenpopulation angeführt⁵ und als mangelnde Relevanz für den Gesamtstrafvollzug gedeutet (zur allgemeinen

⁵ Dieser Prozentsatz steigt allerdings: in Finnland beispielsweise stieg der Anteil der inhaftierten Frauen von 122 im Jahre 1994 auf 205 im Jahre 2003 (68 %iger Anstieg); in den Niederlanden von 385 auf 1025 (ein 166 %iger Anstieg); in Zypern von 20 auf 102 (ein 410 %iger Anstieg).

Benachteiligung von Frauen im Strafvollzug Knarr/Kriesel FoR 1995, 44 f.). Eine Ausnahme bildet die Beachtung des Zusammenhanges Frauen und Mutterschaft als frauenspezifische Realität im Strafvollzug, die umfassender aufgearbeitet und in verschiedenen Praxismodellen umgesetzt wurde. Über die unterstützenswerten subjektiven Interessen und Erfordernisse bei Schwangerschaft und Mutterschaft unter Haftbedingungen hinaus blickend, wirkt eine reduzierte Wahrnehmung der gesundheitlichen Situation von inhaftierten Frauen allein unter dem Blickwinkel der biologischen und sozialen Funktion von Mutterschaft affirmativ zu herrschenden gesellschaftlichen Weiblichkeitsvorstellungen und damit einseitig und entwicklungsbegrenzend. Die empirische und vollzugspraktische Beachtung vielfältiger Zusammenhänge von Lebens- und Haftbedingungen weiblicher Gefangener hat gegenwärtig nur ausschnitthaft stattgefunden.

Da drogenabhängige Frauen im Vollzug stark überrepräsentiert sind (im mehreren Frauenhaftanstalten z.T. deutlich über 50 %; siehe Zurhold/Haasen/Stöver 2005), weisen viele Frauen gesundheitliche Probleme durch ihren langjährigen Drogenkonsum und damit verbundenem Leben in der Illegalität auf. Entsprechend sind drogenbedingte Erkrankungen bzw. solche aufgrund einer langjährigen Verelendung, Mehrfachabhängigkeit und Prostitutionstätigkeit im Vollzug verbreitet: Abszesse, venöse Erkrankungen, Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Hepatitiden, Geschlechtskrankheiten), gynäkologische Erkrankungen, hohe psychische Belastungen, Trennung von eigenen Kindern (Palmer 2003). Frauenspezifische gesundheitliche Hilfe- und Unterstützungsleistungen in Medizin und psychosozialen Diensten ‚von Frauen für Frauen‘ sind im Vollzug Mangelware. Heterosexualität ist auch im Vollzug die gesetzte Norm: Sexualpräventive Maßnahmen beschränken sich häufig auf eine instrumentelle Praxis der Vergabe von Kondomen mit entsprechenden Verhaltensappellen. Lesbische Sexualität findet in diesem Präventionsverständnis keine Beachtung. Werden gelebte sexuelle Orientierungen in ihrer Vielfalt nicht durch entsprechende Anerkennung in präventiven Angeboten ernst genommen, wirken sie auf die Zielgruppe unglaublich und realitätsfremd und verlieren an Effektivität.

Das **Erfahrungsspektrum Sexualität bei inhaftierten Frauen** durchzieht häufig, gerade bei Drogenkonsumentinnen und Abschiebebehäftlingen, noch andere biographische Erlebnishintergründe: Prostitutionserfahrungen, sexuelle Gewalt und Missbrauchserlebnisse. Inwieweit sexuelle Nötigungen im Strafvollzug Realität sind, lässt sich nur aus einzelnen – anekdotenhaften – Berichten entnehmen. Wie auch immer die Verbreitung dieser Form von Gewalt ausübender Sexualität ist, präventive Schritte, so noch gehbar in einer solchen Situation, erfordern eine schnelle und möglichst anonyme Zugänglichkeit zu Kondomen (vgl. Laubenthal 2005, S. 206). Der Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und Sexualverhalten bei Gefangenen ist nur wenig erforscht. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Antonietti/Romano (1997) mit 90 weiblichen Gefangenen. Dabei berichteten 40 % der Gefangenen über ihre Zustimmung zu Sexualkontakten im Austausch für Waren oder Geld. All die Frauen, die über diesen Austausch berichteten, bezeichneten



sich selbst als Drogenkonsumentinnen. 75 % der Befragten nahmen an, dass dies gewöhnliche Ereignisse unter drogenabhängigen Gefangenen seien, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Über Erfahrungen sexuellen Missbrauchs berichten 43,3 % der Frauen, die angaben, jemals Sexualkontakte ohne Zustimmung gehabt zu haben. Diese Angaben bezogen sich nicht nur auf drogenkonsumierende Gefangene.

4. Sexualität als medizinisches Problem im Gefängnis

Eine grundsätzliche Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit männlicher und weiblicher Gefangener betrifft Grundbedürfnisse wie den **Verlust sozialer Sexualität** mit den Folgen der Reduzierung auf Selbstbefriedigung, Objektivierung des anderen Geschlechts und Stimulation gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte. Durch eine Verobjektivierung des weiblichen, z.T. auch des männlichen Körpers in Form von Postern an den Zellenwänden und einer starken Präsenz sexualitätsbezogener Gesprächsinhalte drückt sich der entfremdete Umgang mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen aus. Der Objektstatus des sexualisierten Körpers reduziert wiederum die eigene Empfindungsspanne und verleugnet die mit partnerbezogener Sexualität assoziierten Bedürfnisse nach Nähe, Gemeinsamkeit, Entspannung, Befriedigung.

Das Dilemma besteht in der Allgegenwärtigkeit von Sexualität im Alltag und der stark eingeschränkten Befriedigung und letztlich erzwungenen Milieuanpassung sexueller Bedürfnisse. Daraus erwachsen Spannungen, Frustrationen, Aggressionen, sexualisierte Gewaltphantasien. Vorhandene Probleme mit diesem Dilemma können nicht besprochen werden, weil weder informelle noch offizielle Foren im Vollzug zur Verfügung stehen. Zwar existieren vereinzelt Modelle in Strafanstalten, die im Rahmen von Langzeitbesuchen auf eine Ermöglichung auch sexueller Kontakte unter (Ehe-)Partner(inne)n zielen (z.B. JVA Werl, JVA für Frauen Vechta) und lockerungsberechtigte Häftlinge können im Urlaub sexuelle Kontakte haben. Doch dies sind vereinzelte und isolierte Möglichkeiten, partnerorientierte Sexualität zu leben. Neben der bedürfnisorientierten Sicht von Sexualität in Haft stellt sich auch die Frage nach dem Recht auf Erfüllung eines Kinderwunsches für Inhaftierte und die Unterstützung sexueller Kontakte zu ihren Partnern aus diesem Grund (vgl. Jacob/Stöver 1997).

In Haft ist Sexualität ein Tabu: Symbolisierungen sind allgegenwärtig: „Unterschwellig scheint das ‚Verbot‘ der Ausübung von Sexualität nach wie vor als Teil der Strafe angesehen zu werden“ (Schwermer 1995, 55). Weil Sexualität individuell abgespalten werden muss und die Thematik Sexualität im Vollzug offiziell ausgeblendet wird, finden alle Formen gelebter sozialer Sexualität verdeckt statt. Es gibt eine Realität von Homosexualität, die kaum thematisierbar ist. Der Geheimhaltungsdruck verstärkt sich vor allem dann, wenn die in Haft gelebten homosexuellen Kontakte nicht dem eigenen sexuellen Selbstverständnis („heterosexuell“) entsprechen, was bei vielen Inhaftierten der Fall sein wird, die in der Inhaftierungszeit in Ermangelung heterosexueller Möglichkeiten homosexuelle

Kontakte als „Notlösung“ praktizieren. Sozio-kulturelle Barrieren einer Zwangsheterosexualität als gesellschaftliche Normalität und Homophobie wirken in dieser doppelten Realität der sexuellen Identität, die sich in der praktizierten Sexualität im Vollzug nicht wiederfindet. Wenn diese „Notlösungen“ über lange Zeit zur Gewohnheit sexueller Aktivität werden, repräsentieren sie Normalität unter den Inhaftierten, ohne offizielle Anerkennung und Verantwortungsübernahme. So entwickelt sich Homosexualität als Dunkelfeld, wo Prostitution, z.B. zur Drogenbeschaffung, oder Vergewaltigungen stattfinden, ohne offen als Realität anerkannt zu werden.

Gerade unter dem Aspekt **„Infektionsschutz“ erhält die verdeckte gleichgeschlechtliche Sexualität** Relevanz. Während weibliche Homosexualität als wenig infektionsrisikobehaftet gilt, ist männliche Homosexualität aufgrund hochriskanter Sexualpraktiken aus infektionsprophylaktischer Sicht als möglicher Transmissionsweg zu bewerten. Müller (1997, 356 f.) macht erhöhte HIV-Risiken für Männer aus, die gelegentlich mit Männern Sex haben, die auch auf andere sexuell übertragbare Krankheiten anzuwenden sind und gerade auch im Strafvollzug besondere Bedeutung erlangen: Es findet keine Identifikation mit den „schwulen Risiken“ der HIV-Infektion statt. Deshalb wird das konkrete HIV-Risiko oft unterschätzt oder negiert, insbesondere bei Jugendlichen spielen die Lust am Abenteuer und Unverletzlichkeitsphantasien eine Rolle. Zum defizitären Selbst-Bewusstsein kommen Selbstablehnung, Selbsthass, starke Scham- und Schuldgefühle hinzu, was dann entscheidende Ursache für mangelnde Kommunikations- und Aushandlungsfähigkeit bezüglich Sexualität insgesamt und „Safer Sex“ im Besonderen sein kann, dies führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zur verstärkten Anpassung an Initiativen und Wünsche der Sexualpartner, z.B. nach dem „unsafen Sex“ (siehe umfassend zu „Sexualität in Haft“ Knorr 2005).

Selbst wenn eine **Kondomzugänglichkeit in der Anstalt** gewährleistet ist, was nicht durchgängig selbstverständlich, kostenlos, kostengünstig, niedrigschwellig, vertraulich und anonym erfolgt, lässt sich angesichts der abgespaltenen und häufig verleugneten Realität von gelebter Sexualität von den einzelnen Inhaftierten ein formulierter Bedarf an Kondomen nicht erwarten. Allein ein niedrigschwelliger und anonymisierter Zugang zu Kondomen könnte den individuellen Konflikt mildern und eine Annahmefähigkeit als Infektionsschutz steigern. Dieser Zugang ist jedoch in den meisten Anstalten nicht umgesetzt: Vorwiegend sind Kondome beim Drogenberater, Seelsorger, Sozialarbeiter, Sanitäter oder Kaufmann erhältlich (in der Regel alle zwei Wochen), oder sie sind beim Arzt verfügbar (setzt Arzttermin voraus). Vereinzelt werden Kondome auch beim Sozialdienst ausgelegt. Knapp (1996, 371) zeigt auf, dass ein Drittel der von ihm befragten Gefangenen eine Verfügbarkeit von Kondomen in den ihnen selbst bekannten Justizvollzugsanstalten verneint (vgl. bestätigend europäische Übersicht: O'Brian). Auch wenn das OLG Koblenz in NStZ 1997, 360 festgestellt hat, dass die Anstalten nicht zur kostenlosen Abgabe von Kondomen verpflichtet sind, sollten Kondome zur Vermeidung der Übertragung von Infektions- und Geschlechtskrankheiten – wie in mehreren Anstalten praktiziert – an-



onym, kostenlos und vor allem leicht zugänglich abgegeben werden (zust. Beschluss des 12. Strafverteidigertages StV 1988, 275; Michels KJ 1988, 425); mindestens sollte den Gefangenen aber die Möglichkeit eingeräumt werden, Kondome unbeobachtet und preiswert zu erstehen (Siegel ZfStrVo 1989, 159, abl. Eberbach in Schünemann/Pfeiffer 1988, 254).

Welches Ausmaß **Tätowieren** unter Strafgefangenen noch besitzt, lässt sich schwer abschätzen (Knapp 1996, 385; Laubenthal 2005, S. 210). Während in anderen Strafvollzugsgesetzen diese Praxis als Ordnungswidrigkeit sanktioniert wird (bspw. Österreich), bestehen darüber im deutschen Strafvollzugsgesetz keine Vorschriften. Problematisch ist das Tätowieren in Hinsicht auf eine Übertragung von Infektionskrankheiten (HIV und Hepatitiden), wenn mit unsterilen Nadeln gearbeitet wird. Auf diese Gefahren sollte mit Aufklärung und mit Einladung externer Tattoo-Professioneller reagiert werden (vgl. Trautmann/Stöver 2003).

5. Gesundheitliche Lage der Gefangenen in Deutschland

Über die gesundheitliche Lage von Menschen in Deutschlands Haftanstalten existieren keine zusammenfassenden Erkenntnisse – lediglich über Teilbereiche liegen vereinzelte Informationen vor (über den Zustand der medizinischen Versorgung in den Anstalten Moabit, Tegel [„medical care remained of a high standard“], das zentrale Vollzugskrankenhaus in Hamburg [„equipped to a high standard“] und das Gefängnis in Bützow [„the number of full-time medical and nursing staff was sufficient to provide somatic care,“ „psychiatric care had been seriously neglected“] liegt ein Bericht des European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) vom 17. Juli 1997 vor; Abschnitt 5 Rz. 127 ff.). Dieses Defizit resultiert daraus, dass **im Strafvollzug keine systematisierende Forschung und Dokumentation zur gesundheitlichen Lage der Gefangenen** (etwa im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung oder eines Gesundheitssurveys) existiert, die ggf. noch bundesländerübergreifende Sichtweisen und Vergleiche einbezieht, und die zur Planungssicherheit von Gesundheitsversorgung genutzt werden könnte (wie etwa in der Schweiz: Koller u.a., oder beispielhaft für Australien: Butler/Milner 2003). Insbesondere an Längsschnittstudien zur Erfassung von gesundheitlichen Veränderungsprozessen während der Haft mangelt es, obwohl die Institution Strafvollzug einen weitgehend konstanten Zugang zu den Forschungssubjekten/Befragten über längere Zeiteinheiten und Messzeitpunkte gewährleisten könnte. Nahe liegend wäre etwa eine Erforschung der Zusammenhänge zwischen Gesundheitsrisiken und Mehrfachbelegungen der Hafträume. Zahlenmäßig erfasst werden nur außergewöhnliche Vorfälle: Mortalität, Suizidalität und bestimmte meldepflichtige Krankheiten. Aufgrund dieses fehlenden systematisierten Überblicks über die gesundheitliche Lage der Gefangenen (aber auch über die der Bediensteten, z.B. ihr Krankenstand) erwächst der Eindruck fehlender Vergleichbarkeit mit der ‚Normalbevölkerung‘, hoher Intransparenz und Unklarheit über gesundheitliche Versorgungspotentiale, -qualität und -notwendigkei-

ten. Insbesondere ist hier zu nennen die Kooperation mit Gesundheitsdiensten der Gemeinde (z.B. Beginn und Fortführung von Therapien, wie z.B. HIV-/Hepatitis- und Substitutionstherapien), denn je eher die Behandlung einer Krankheit beginnt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit ihrer Heilung.

Beispielhaft für eine Längsschnittstudie zur Gefangenengesundheit ist „*Prisoner health – Report of the New South Wales Chief Health Officer*“. Diese im Auftrag des Justice Health Service, in New South Wales erarbeitete empirische Untersuchung erhebt seit 1996 Daten zur gesundheitlichen Situation der Gefangenen:

- ◆ psychische Erkrankungen
- ◆ Infektionskrankheiten
- ◆ gesundheitliche Risikofaktoren
- ◆ hochprävalente Gesundheitsprobleme im Strafvollzug.

Bei den übertragbaren Krankheiten spielt HIV/AIDS im Jahr 2001 gegenüber 1996 nur noch eine völlig untergeordnete Rolle (0,1 % der männlichen und 0 % der weiblichen Insassen sind HIV-positiv), dafür aber Hepatitis C (40,1 % der Männer und 63,6 % der Frauen) und B (28 bzw. 31,1 %), Herpes Simplex (18,6 und 50,7 %) sowie Tuberkulose (14,4 und 14,1 %). Bei den chronischen Erkrankungen stehen im Jahr 2001 psychische Krankheiten im Mittelpunkt (41 bzw. 54 %), dann Sehschwächen (28,7 und 32,7 %), Rückenprobleme (27,5 und 37 %), Asthma (20,6 und 43,8 %), Herzbeschwerden (25 und 33 %), Arthritis (13 und 19 %). Krebs ist bei 15,3 % der Frauen festgestellt worden (bei 4,5 % der Männer); statistisch an letzter Stelle liegt Diabetes mit 3,2 bzw. 3,3 %. Alles in allem zeigt die Auflistung, dass eine ganze Reihe ernsthafter chronischer Krankheitsbilder im australischen Justizvollzug hochprävalent sind. Einige Beschwerden wie psychische Erkrankungen, Rücken- und Herzprobleme sowie Asthma und Krebserkrankungen haben von 1996 bis 2001 außerdem zugenommen.

Ein Blick auf die gesundheitlichen Risikofaktoren zeigt, dass der regelmäßige Gebrauch illegaler Drogen (80 und 83,6 %) sowie starkes Rauchen (77,6 und 82,9 %) eindeutig an der Spitze liegen. Bei beiden Problemen ist wie beim speziell untersuchten Gebrauch gespritzter Drogen (53,1 und 73,5 % im Jahr 2001) eine deutliche Zunahme zwischen 1996 und 2001 erkennbar. Als weitere Risikofaktoren sind exzessiver Alkoholkonsum (bei den Männern immerhin 48,4 %), ein hoher Cholesterinspiegel, mehr als fünfzig Sexualpartner bis zum Zeitpunkt der Befragung sowie Spielsucht und mangelnde körperliche Bewegung aufgelistet.

Die Gefangenen beklagen sich, dass die von ihnen geäußerten Symptome allerdings sehr häufig als Reaktion auf die **Haftbedingungen missverstanden** und als Simulation, Arbeitsunlust, Medikamentenmissbrauch, Erschleichung von Vergünstigungen oder Wehleidigkeit eingestuft werden. Die Klagen über die Beeinträchtigungen des Wohlbefindens werden nicht immer entsprechend ernst genommen, was die Angst der Gefangenen, ausgeliefert zu sein, verstärkt. Die Angst hat besonders da ganz reale Gründe, wo es die



Regel ist, dass der erste Hilferuf nach einem Arzt grundsätzlich als Simulation gilt (vgl. etwa den von LG Berlin StV 1989, 164, entschiedenen Fall). Psychische Störungen werden zudem oft unterdiagnostiziert in den ärztlichen Untersuchungen.

Gewöhnlich wird ein Gefangener dem **Arzt erst dann vorgestellt**, wenn er vorher den zuständigen Bediensteten von der Notwendigkeit seines Anliegens überzeugt hat. Der Arzt wird regelmäßig dann hinzugezogen, wenn die Anstalt für den Betroffenen unangenehme Sicherungs- oder Disziplinarmaßnahmen durchführen will (§§ 21 Satz 1, 91 Abs. 2, 92, 106 Abs. 2 Satz 2, 107 Abs. 1). Solche Erfahrungen können dazu führen, dass der Gefangene den Arzt verstärkt als Interessenvertreter der Vollzugsbehörde ansieht. Andererseits ist der Arzt hinsichtlich medizinischer Fragen autonom, seine Autorität leitet sich aus seinem Beruf ab und nicht aus der Position in der Personalhierarchie.

Der Patient erwartet vom **Arzt unmittelbare Hilfe**, da er in der Regel einem naturwissenschaftlichen Verständnis der Symptomatik verhaftet ist. Diese symptomorientierte Erwartung wird vom Allgemeinmediziner in Freiheit oftmals befriedigt. Auch die Verschreibung von Psychopharmaka (hier v.a. Tranquilizer der Benzodiazepin-Gruppe) findet eine weite Verbreitung außerhalb des Gefängnisses. Inwieweit dies auch allgemeine Praxis innerhalb der Vollzugseinrichtungen ist, lässt sich aufgrund fehlenden Datenmaterials nicht sagen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Mittel häufig Verhandlungsobjekte zwischen Arzt und Patient bilden. Nicht-medikamentengestützte Behandlungsformen im Vollzug (wie mehr Bewegung, insgesamt gesündere Ernährung, Einschränkung des Rauchens) besitzen oftmals nur appellativen Charakter, weil viele dieser Bereiche entweder fremdbestimmt, nicht zugänglich oder unter Vollzugsbedingungen unrealistisch sind (z.B. Raucherentwöhnung, völlige Aufgabe des Drogenkonsums). Die Folge dieser Bedingungen ist Verstärkung des Misstrauens, der Angst und ein negatives Image der Gesundheitsfürsorge.

Literatur

Andersen, H.S.: Mental Health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. Acta Psychiat. Scand. 110 (Suppl. 424), 2004, S. 5–59

Boetticher, A.; Stöver, H. (2000): Gesundheitsfürsorge §§ 56–66 StVollzG. In: Feest, Johannes (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. Neuwied 2000

Boetticher, A.: Einwilligung und Aufklärung in der Strafvollzugsmedizin. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Bögemann, H.: Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug. In: Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Bonn, Oktober 2004. Dokumentation. Hrsg.: akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., WIAD, Berlin, 2005, S. 117–119 (siehe Dokumen-

tation der gesamten Konferenz: www.wiad.de)

Butler T, Milner L. 2001 Inmate Health Survey. (2003) Corrections Health Service. ISBN 073473560X. Corrections Health Service. Sydney 2003

Christensen, P.B.; Hammerby, E.; Bird, S. (2006): Mortality among Danish drug users released from prison. In: The International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No.1, March 2005, pp. 13–19

Deutsche AIDS-Hilfe: positiv in Haft. Ein Ratgeber für Menschen mit HIV/AIDS in Haft. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2005

Engelhardt, J.: Living with the Daily Dose. Comparing National Policies and practices to Improve Access and Adherence of HIV-infected Drug Users to Anti-retroviral Treatment. European Commission, Directorate – General V, Mainline

Fazel, S.; Danesh, J.: Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. Lancet 359, 545–550, 2002

Foerster, K.: Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus, 2005

Gray, A.; Pearce, S.; Marks, L. (2006): The training needs of doctors working in English and Welsh prisons: A survey of doctors. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 2, 111–130

Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2005

Hillenkamp, Th.: Der Arzt im Strafvollzug – Rechtliche Stellung und medizinischer Auftrag. In: ders.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Jürgens, R. (2006): HIV/AIDS in prisons. A select annotated bibliography (part 1). In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 1, 21–34

Jürgens, R. (2006a): HIV/AIDS in prisons. A select annotated bibliography (part 1). In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 2, 131–149

Kirschke, B.: Geschlossener Vollzug und freies Beschäftigungsverhältnis – Zwei-Klassen-Medizin? In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005



Keppler, K.: Gefängnismedizin im Frauenvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Keppler, K.; Stöver, H. (2002): Zwei Systeme – eine Substitution – Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. In: Suchttherapie 3, Sept. 2002, p. 168ff

Keppler, K. (2004): Statement on the 7th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, "Prison, Drugs and Society in the Enlarged Europe: Looking for the right direction, organised by the European Network of Drug Services in Prison – ENDSP, and the Central & Eastern European Network of Drug Services in Prison – CEENDSP (Prague/Czech Republic from 25–27 March 2004)

Keppler, K.; Knorr, B.; Stöver, H. (2004): Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 53, H. 4 (August 2004), 202–207

Kinner, S. (2006): Continuity of health impairment and substance misuse among adult prisoners in Queensland, Australia. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 2, 101–113

Konrad, N.: Managing the mentally ill in the prisons of Berlin. In: The International Journal of Prisoner Health 1, No.1, March 2005, pp. 39–48

Knorr, B.: Sexualität in Haft. Eine Befragung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. September – Dezember 2004 (Unveröff. Ms., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin)

Laubenthal, K.: Sucht- und Infektionsgefahren im Strafvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Laue, Chr.: Zwangsbehandlung im Strafvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Levy, M. (2001): Tuberkulose im Gefängnis: Erfassungs- und Hilfestrategien mit Internationaler Perspektive. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2001, S. 157–168

Levy, M. (2005): Prisoner health care provision: Reflections from Australia. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 1, No. 1, pp. 65–73

Lines, R.; Stöver, H.: HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. For: The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Vienna. 17th March 2005

Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Stöver, H.: 2005: Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. In: The International Journal of Prisoner Health 1, No.1, March 2005, pp. 49–64

Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Laticevski, D.; Nelles, J.; Stöver, H.: Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of international Evidence and Experience. Canadian HIV/AIDS legal Network, 2004 (www.aidslaw.ca)

Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Stöver, H. (2005): Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 1, No. 1, pp. 49–64

Lines, R. (2007): Beyond the Principle of Equivalence: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 3, No. 1, (in press)

Meier, B.-D.: Ärztliche Versorgung im Strafvollzug: Äquivalenzprinzip und Ressourcenknappheit. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Möller, L.: Die WHO zur Konferenz Gesundheitsförderung in Haft. In: Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Bonn, Oktober 2004. Dokumentation. Hrsg.: akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., WIAD, Berlin, 2005

Nelles, J.; Stöver, H.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European Prisons. In: International Journal of Drug Policy Dec./2003, volume 14, Issues 5-6), S. 437–444

Palmer, J.: Clinical Management and Treatment of Substance Misuse for Women in Prison. Central and North West London NHS, Mental Health NHS Trust, Substance Misuse Service, London, England, 2003

Pont, J.; Wool, R. (2006): Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt. Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen. Österr. Bundesmin. Für Justiz (Hrsg.), Mai 2006

Pont, J. (2006): Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 4, (in press)

Riekenbrauck, W.: Statement. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005, S. 33



Prisoner Health Information Group (2006): Towards a national prisoner health information system. Submitted to AHMAC by Prisoner Health Information Group. Australian Institute for Health and Welfare, Canberra. AIHW, cat no. PHE 79

Riekenbrauck, W.: Tuberkulose in deutschen Gefängnissen: Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2001, S. 169–176

Rosenbrock, R.: Innovationen statt Katastrophe. Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. In: *WZB-Mitteilungen*, 2003, S. 33–36

Sezer, A.; Walpuski, O. (2005): Echt Irre: Zur Lage der psychiatrischen Versorgung im deutschen Justizvollzug. In: Rehn, G.; Nanninga, R.; Thiel, A. (Hrsg.): *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Herbolzheim: Centaurus Verlag, 2004, S. 137–148

Stöver, H.: Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug – eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2001, S. 13–66

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

Stöver, H.: Hepatitis-Prophylaxe für Drogengebraucher(innen). In: *Suchttherapie*, 3. Jahrgang, Juli. 2002, S. 31–S37

Stöver, H. (2005): Infektionsgefahren (HIV/AIDS, Hepatitis) im Strafvollzug: Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden. In: Burkhardt, S.; Graebisch, Chr.; Pollähne, H. (Hrsg.): *Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte*. Münster: LIT, 2005, S. 354–367

Stöver, H. (2005b): : Medikamentöse Behandlung HIV-positiver DrogenkonsumentInnen: Zugänge und Adhärenz. Projektbericht. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2005

Stöver, H., Hennebel, L.C. and Casselman, J.: *Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries*. Oldenburg: BIS-Verlag, 2004

Stöver, H.; Lines, R.: Silence Still = Death. 25 years of HIV/AIDS in Prisons. World Health Organisation/WHO – Regional Office for Europe (ed.): *HIV/AIDS in Europe. 25-Years On*. WHO: Copenhagen, 2005

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.; Knorr, B.; Weilandt, C. (2006): Prison Health is Public Health! A report on two German Language conferences. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 2, 151–152

Stöver, H., Hennebel, L.C. and Casselman, J. (2006): Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. In: International Journal of Prisoner Health, Vol. 2, No. 1, 3–12

Tag, B.: Das Arztgeheimnis im Strafvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005,

The Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia. In: The International journal of prisoner health 1, No.1, March 2005, pp. 89–98

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

The International Journal of Prisoner Health (2005): Schwerpunkttheft zu „Gesundheit von Frauen im Strafvollzug“, Vol. 1, No.2–4,

Trautmann, F.; Stöver, H.: Risikominimierung im Strafvollzug. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin, 2003

Uchtenhagen, A.: Geleitwort. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2005, S. 18ff

Walcher, G. (2005): Prisons as regional drivers of HIV/AIDS and tuberculosis in some Central Asian countries: A matter of ‚least eligibility‘? In: The International Journal of Prisoner Health, Vol. 1, No.2-4, , pp. 103–115

Weilandt C.: Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen. Ausgewählte Ergebnisse der Berichterstattung. In: Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Bonn, Oktober 2004. Dokumentation. Hrsg.: akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., WIAD, Berlin, 2005, S. 47–69 (siehe Dokumentation der gesamten Konferenz: www.wiad.de)

WHO/UNAIDS (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. UN, New York 2006

Zurhold, H.; Haasen, Chr.; Stöver, H.: Female drug users in European prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the women’s perspectives. Oldenburg: BIS-Verlag, Nov. 2005



Gesundheitspolitische Herausforderungen aus medizinischer Sicht

Dr. Wolfgang Riekenbrauck





Das Thema lässt einen weiten Spielraum. Ich möchte mich auf zwei Kernpunkte konzentrieren. Zum einen gilt es, die fachliche Qualität der medizinischen Versorgung im Strafvollzug zu sichern. Zum anderen gilt es, aktuell einer ungünstigen Rechtsentwicklung in Deutschland entgegenzuhalten.

Als Einstieg für mein erstes Anliegen möchte ich einige Ausführungen zur Zuckerkrankheit machen. Fachleute haben gesagt, dass es seit der Entdeckung des Insulins vor 65 Jahren nur eine wesentliche Innovation gegeben hat, nämlich die Patientenschulung. Die Faktenmenge, welche ein zu schulender Diabetiker sehr gut beherrschen sollte, entspricht etwa der Menge an Wissen, die man zur Erlangung des Autoführerscheins benötigt.

Vor Einführung der systematischen Patientenschulung vor über 20 Jahren bestand das Problem darin, dass die Patienten ermahnt wurden und mit einer Fülle von schriftlichen Informationen, die man ihnen ans Herz legte, allein gelassen wurden. Sie versanken schier in einer Fülle von Broschüren, Handreichungen, Falltafeln, Heftchen, Gesundheitstipps, Pharmareklame, Diätkochbüchern usw. Wenn man einem Patienten die Frage stellte, ob er denn genug Informationsmaterial habe, verwies er sofort auf ein gefülltes Nachtschränkchen oder einen hohen Stapel von Informationsmaterial. Die Materialfülle trug jedoch nicht zur Wissensvermehrung bei, sondern eher zur Verwirrung und Unübersichtlichkeit. Ein wirklicher Wissenserfolg und das Entstehen von Patientenkompetenz ergaben sich erst, als man sich auf ein einziges knappes, didaktisch korrektes Lehrbuch konzentrierte und sämtliche übrigen Informationsmaterialien beiseite ließ.

Ein ähnliches Problem sehe ich bei dem Thema Gesundheitsförderung in Haft. Andere Begrifflichkeiten dafür sind Haftmedizin, desmoterische Medizin, intramurale Medizin. Hier auf dieser Konferenz sind Insider, sind Spezialisten für Gesundheitsförderung in Haft und wir können uns unter diesen Begriffen etwas vorstellen. Wo wir Informationsbedarf haben, können wir uns gezielt informieren. Schwieriger ist es für weniger engagierte Mitarbeiter und ganz schwierig bzw. nicht zu bewältigen ist die gegenwärtige Informationslage für Neueinsteiger und sog. interessierte Kreise.

Zur Gesundheitsförderung in Haft gibt es eine Fülle von Informationen, welche verborgen sind in kleinen Broschüren, Dokumentationen, Anleitungen für Betroffene, Aufsätze, Promotionen, Fachtagungen, Sonderdrucken, esoterischen Fallschilderungen oder Konferenzprotokollen. Vor einigen Jahren hat ein ärztlicher Kollege, der in meinem Krankenhaus die Tätigkeit aufnehmen wollte, zuvor, um sich wenigstens etwas kundig machen zu können, das Buch von Hans Fallada gelesen: „Wer einmal aus dem Blechnapf frisst“. Leider sind die Einzelthemen gewidmeten Niederschriften, trotz ihrer Qualität, für ein breites Publikum nicht verfügbar oder in einer aktuellen Situation nicht auffindbar. Ein wesentlicher Teil unserer Mitarbeiter besucht nicht regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und auch die vielen Berufsgruppen, die nur sporadisch mit medizinischen Fragen im Strafvollzug befasst sind, haben keine Möglichkeit, im praktischen Alltag kurzfristig an die rich-

tigen Informationen zu kommen. Daraus schließe ich folgendes:

Es fehlt ein solides Buch, mit dem Anspruch, umfassend zu informieren, es gehört ins Regal eines Arztes, einer Krankenschwester, eines Anstaltsleiters, eines Psychiaters, eines Vertragsarztes, eines Journalisten, eines Ministerialbeamten, eines Ministers, eines juristischen Wissenschaftlers, eines Gefangenenbeirats, eines Bewährungshelfers, eines Fachanwalts für Strafrecht, eines Mitarbeiters von Amnesty International und eines Mitarbeiters im Petitionsausschuss. All diese Personen können nicht aktuell Detailwissen über Gesundheitsförderung hinter Gittern haben, sie müssen sich jedoch hin und wieder versiert informieren können und eine solche Informationsquelle griffbereit haben.

Unsere Aufgabe ist die Bündelung des bekannten Wissens. Das Buch, von dem hier die Rede ist, ist eigentlich schon geschrieben. Erforderlich ist die Zusammenführung und Gewichtung. Dadurch wird aus einem Buch mehr als die Summe seiner Einzelteile, es wird zu einem Standard, einer Referenz, einer Leitlinie. Allein die Existenz eines derartigen Werkes wäre für alle Beteiligten ein „Muss“.

Es sei erneut betont, dass der umfassende Anspruch wichtig ist, dass es Geld kostet, dass es verständlich und informativ für Fachleute ist und auch für interessierte Laien, und dass es in etwa dem „Mainstream“ entspricht. Es müsste etwa 400 bis 600 Seiten haben. Übertreibungen müssen unter allen Umständen vermieden werden und das Pendel weder am Gutmenschen noch am Bestrafungsideal orientiert sein.

Im Folgenden darf ich zur Konkretisierung meines Vorschlages ein Inhaltsverzeichnis dieses Lehrbuches der intramuralen Medizin vorstellen. Es hegt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

LEHRBUCH DER INTRAMURALEN MEDIZIN

Inhaltsverzeichnis

3	Seiten	Vorwort
20	Seiten	A Geschichte der Bestrafung
80	Seiten	B Juristische Rahmenbedingungen der Medizin im Justizvollzug
200	Seiten	C Medizinische Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit hinter Gefängnismauern (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Dialyse, Diabetes, Haftfähigkeit, Operationen und Rehabilitationsmaßnahmen, Allergien, Diäten, Arbeitsmedizin...)
40	Seiten	D Besondere Fragen: -Psychiatrie des Strafvollzuges -Dauerkonflikt: Medizin versus Vollzug



			-Der Betrüger als Patient
			-Sterben im Vollzug
			-Simulation
			-Drogen und Haft
			-Rollenverständnis des Allgemeinen Vollzugsdienstes
			-Medizinische Versorgungsqualität und Gerechtigkeit
			-Krankheit und Delikt und die Kenntnisse von beiden
			-Medizin als resozialisierende Maßnahme
20	Seiten	E	Dokumente, Bilder, Schautafeln
20	Seiten	F	Stichwortverzeichnis, Literaturangaben

Wie stelle ich mir die konkrete Erstellung des Buches vor? Ich denke an 2 bis 3 Herausgeber und etwa 10 Autoren. Das Inhaltsverzeichnis muss zuvor exakt festgelegt werden und die Zielrichtung, der Duktus und die Seitenzahl der einzelnen Beiträge werden von den Herausgebern vorgegeben. Es gibt einen festgelegten Abgabetermin für die Beiträge, z.B. 31.12.2006 und es müsste ein renommierter Medizinverlag gefunden werden.

Den zweiten Schwerpunkt meines Referates möchte ich dem Stichwort Föderalismusreform widmen. Für alle Nichtdeutschen sei gesagt, dass eine „Kommission zur Modernisierung der bundesstaatlichen Ordnung in Deutschland“ aktuell den Plan hegt, die Gesetzgebungskompetenz in die Hände der Länder zu legen. Das einheitliche Strafvollzugsgesetz ist gültig seit dem 01.01.1977. Heinz Müller-Dietz zitiert Christian Bommarius von der Berliner Zeitung mit den Worten: „Wenn die Föderalismuskommission den Strafvollzug zur Ländersache erklärt, opfert sie eine der respektabelsten Leistungen ihrer bundesdeutschen Rechtskultur.“ Es würde die Rechtsentwicklung auf den Kopf gestellt und es entstünde ein Ende der Rechtseinheit und eine Entwicklung zur Rechtszersplitterung und Kleinstaaterei. Der Schaden ist nach Heinz Müller-Dietz gar nicht abzuschätzen.

Daher fordere ich die Teilnehmer/innen dieser zweiten europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft auf, eine Resolution an den Deutschen Bundestag zu schicken. Im Mai 2006 wird es dazu noch Anhörungen geben. Die Resolution lautet:

Resolution an den Deutschen Bundestag zur Föderalismusreform Anhörung Mai 2006

Die zweite europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, vom 05.-07.05.06 in Wien, fordert den Deutschen Gesetzgeber auf, die Pläne zur Übertragung der Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug auf die Ebene der 16 deutschen Bundesländer NICHT weiterzuverfolgen. Strafvollzugsrecht sollte in der Kompetenz des Bundes bleiben.

Andernfalls käme es zu einer anachronistischen Rückentwicklung der Rechtseinheit.

Die Bemühungen um Konvergenz und Internationalisierung des Rechts würden konterkariert und die Bundesrepublik verlöre an Einfluss.

Strafvollzugsrecht als Ländersache würde den Aufbau weiterer Bürokratien fördern und gesellschaftliche Ressourcen kosten, ohne zu einer Steigerung der Qualität und Effizienz zu führen.*

* (Anmerkung der Redaktion: Die Resolution wurde von 62 Konferenzteilnehmer(inne)n unterzeichnet und an den Deutschen Bundestag geschickt)

Aus Zeitgründen kann ich auf weitere interessante Themen wie Justizvollzugskrankenhäuser, Pflegeabteilungen, Anstaltsarztpraxen, Zwangsernährung, Haftfähigkeit, Ärztemangel und Forschungsbedarf nicht eingehen. Ich darf die Konferenz jedoch bitten, zwei wesentliche nachhaltige Signale auszusenden: Ein Lehrbuch zur Gesundheitsförderung in Haft bedeutet eine fachliche Emanzipation der intramuralen Medizin. Eine Resolution an den Deutschen Bundestag ist ein weiteres eindrückliches Signal, damit nicht wider besseren Wissens eine falsche Weichenstellung auf rechtlichem Gebiet erfolgt.



Vom Pilotversuch zur Regelversorgung – Wie lassen sich Innovationen im Gefängnisalltag verankern?

Stefan Enggist





I. Pilotversuche zur Schadenminderung der 90er Jahre

Ende 80er und zu Beginn der 90er Jahre gab es in den größeren Schweizer Städten offene Drogenszenen. Berüchtigt und international am bekanntesten war der Zürcher Limmatpark. Hunderte von intravenös Drogen Konsumierenden kauften und injizierten sich täglich den preisgünstigen Stoff in der Öffentlichkeit. Das so genannte „Drogenelend“ wurde zum medialen Ereignis und Begriff. Das Risiko, sich mit HIV anzustecken, war für die Drogen Konsumierenden groß. Der unhaltbaren Situation wurde mit Maßnahmen zur Prävention- und Schadenminderung begegnet. Drogen Konsumierenden wurde zunächst von kirchlichen Kreisen und später von der Öffentlichen Hand sauberes Injektionsmaterial zur Verfügung gestellt.

Weil aber nach schweizerischem Recht Konsum und Handel von Drogen strafbar sind, gerieten viele Delinquenten in den Strafvollzug, wo sich die Problematik konzentrierte: 45 % aller Inhaftierten zwischen 25 und 35 Jahren konsumierten auch in Haft regelmäßig Heroin und/oder Kokain, die HIV-Prävalenz betrug in dieser Gruppe mit bis zu 5,1 % ein Mehrfaches im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (< 1 %). Anstaltsmediziner alarmierten ihre vorgesetzten Amtsstellen. Mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit BAG konnten in mehreren Anstalten Pilotversuche zur Abgabe sauberen Injektionsmaterials durchgeführt werden. Von insgesamt 8 Versuchen wurden jene in den Anstalten Hindelbank (Frauengefängnis, Kanton Bern) und Realta (Männergefängnis, Kanton Graubünden) vom BAG finanziert sowie von unabhängigen Forschungsteams wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Projekte verfolgten 3 Hauptziele: 1. Kein (Wieder-)Einstieg in den Drogenkonsum in Haft, 2. Schadenminderung bei intravenös Drogen Konsumierenden, 3. Keine Übertragung von HIV und Hepatitis in Haft. Die Projekte richteten sich in erster Linie an Inhaftierte, aber auch Direktionen, Aufsichtspersonen und Angehörige der Gesundheitsdienste sowie verantwortliche Behörden mussten für die Versuche gewonnen werden. Aus politischen und strategischen Erwägungen konnte zudem auf eine möglichst offensive und transparente Information der Öffentlichkeit nicht verzichtet werden. Die pilotierten Maßnahmen umfassten die Abgabe von mehrsprachigen schriftlichen Informationsmaterialien, Maßnahmen zur freien Verfügbarkeit von Kondomen, Informationsveranstaltungen für Inhaftierte und für das Personal, ärztliche Sprechstunden für Inhaftierte sowie regelmäßige öffentliche Informationen über den Projektverlauf zu Händen der Öffentlichkeit. Kern des Maßnahmenpaketes jedoch bildeten die Installation und der Unterhalt von Spritzenaustauschautomaten in den Anstalten. Die Möglichkeit, Spritzen anonym zu tauschen, war als vertrauensbildende Maßnahme das wichtigste Kriterium zur Beantwortung der Frage, wo in den Anstalten die Automaten zu platzieren waren.

Im Jahr 2000 lagen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Projekte vor. Sie belegten die Angemessenheit der Maßnahmen und stimmten im Hinblick auf ein ra-

sches Scaling-up in die übrigen Anstalten des Freiheitsentzuges sehr zuversichtlich: 1. wurde keine Zunahme des Drogenkonsums festgestellt, 2. änderte sich das Risikoverhalten der Drogen Konsumierenden nicht, das heißt, es wurde kein Umstellen auf andere Konsumformen festgestellt, sondern die rege Benutzung der neuen Spritzentauschgebote, 3. konnte damit die gemeinsame Benutzung von Spritzen vollständig eliminiert werden, 4. traten signifikant weniger Überdosen oder Abszesse auf als vor den Versuchen, 5. wurde für alle Maßnahmen bei allen Zielgruppen ein hohes Mass an Akzeptanz festgestellt, und schliesslich und am wichtigsten, wurden 6. keine weiteren Neuinfektionen mit HIV oder Hepatitis mehr verzeichnet.

Mit den Pilotversuchen wurden verantwortungsvolle Anstaltsleitungen in ihrer Haltung bestärkt, wonach Drogen- und damit verbundene Infektionsprobleme in den Anstalten des Freiheitsentzuges nicht nur aus drogenrechtlicher, sondern auch aus den Perspektiven der öffentlichen Gesundheit und des Grundrechtes auf Gesundheit betrachtet und gewürdigt werden müssen, und dass nur pragmatisches Handeln auf Basis eines offenen Umgangs mit den Problemen einen Beitrag zu ihrer Lösung zu leisten vermag. Solches Handeln, so das übergeordnete Fazit der Pilotversuche, hat sich intra mures à la longue genauso am Viersäulenprinzip der offiziellen Drogenpolitik zu orientieren, wie entsprechendes Handeln außerhalb des Freiheitsentzuges: 1. Repression/Kontrolle, 2. Prävention, 3. Schadenminderung und 4. Therapie. Für das Bundesamt für Gesundheit BAG lautete das Fazit im Jahr 2000: Gesundheit in Haft bedarf weiterer Fördermaßnahmen.

II. Gesundheit in Haft – Gegenwart

Betrachtet man die heutige Schweizer Haftlandschaft, lassen sich in Bezug auf Gesundheitsfragen 3 Tendenzen festhalten: 1.: Das Vorkommen von Drogenkonsum sowie von Infektionen mit den Aids- und Hepatitisserregern ist in Haft nach wie vor 5 bis 10 Mal höher als in der Gesamtbevölkerung. 2.: Aufgrund der besonderen Situation und Population in Haft (Stichworte: Zwang, Drogen, Bildungsniveau, hoher Ausländeranteil bzw. hoher Anteil allophoner Personen) ist das Infektionsrisiko gegenüber jenem in der Gesamtbevölkerung weiterhin erhöht. 3.: Maßnahmen zur Gesundheitsförderung stagnieren: In den 122 Anstalten der 26 Kantone, wo am Stichtag des 07.09.2005 6111 Inhaftierte lebten, davon 70 % Nicht-Schweizer/innen, wurden bis heute keine weiteren Versuche zur Abgabe sterilen Injektionsmaterials unternommen; die in den 90er Jahren pilotierten Maßnahmen wurden nicht flächendeckend in die gesundheitliche Regelversorgung der Anstalten integriert und die Datenlage zur gesundheitlichen Situation in Haft lässt weiterhin sehr zu wünschen übrig. Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat sein Engagement im Freiheitsentzug trotz erfolgreicher Pilotversuche nicht weitergeführt und die damalige Aufbruchstimmung ungenutzt verebben lassen. Man kommt nicht umhin, ein für die Prävention und Gesundheitsförderung in Schweizer Haftanstalten verlorenes halbes Jahrzehnt zu beklagen.



III. 9 Thesen zur Integration in die Regelversorgung

Die Gründe für das Erliegen konzentrierter Bemühungen zur Prävention von übertragbaren Krankheiten im Speziellen sowie zur allgemeinen Gesundheitsförderung in Haft sind vielfältig. Einerseits ist der Leidensdruck heute im Vergleich zu den 90er Jahren aufgrund des rückläufigen intravenösen Drogenkonsums geringer, andererseits gilt der Strafvollzug in der Schweiz nach wie vor primär als kantonale Angelegenheit, die sich gemäß föderalistischem Prinzip weitgehend der Kontrolle durch die Bundesregierung entzieht. Erschwerend hinzu kommen die allgemeine Tendenz zum Abbau staatlicher Leistungen sowie ein gegenüber Devianz reserviertes bis ablehnendes politisches Klima. Trotzdem wird das Bundesamt für Gesundheit BAG seine Bemühungen zur Bekämpfung von übertragbaren Infektionskrankheiten in Haft wieder aufnehmen mit dem Ziel, die erfolgreichen Maßnahmen der 90er Jahre in der gesamten Regelversorgung zu verankern, damit das Risiko, dass Menschen im Freiheitsentzug mit übertragbaren Krankheitserregern infiziert werden, nachhaltig eingedämmt wird. Das BAG hat hierzu folgende 9 Thesen für eine flächendeckende Integration von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung in die Regelversorgung der Anstalten des Freiheitsentzuges formuliert:

These 1

Prävention und Gesundheitsförderung in Haft brauchen kontinuierliche Leadership durch die nationalen Gesundheits- und Justizbehörden sowie entsprechende Steuerungs- und Kontrollinstrumente.

These 2

Nur eine juristisch einwandfreie Kompetenz- und Pflichtausscheidung zwischen allen verantwortlichen Akteuren des Freiheitsentzuges schafft verbindliche Zuständigkeiten in Bezug auf Fragen der Gesundheit in Haft.

These 3

Der Dialog zu Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung in Haft muss aus der intramuralen Isolation befreit und in einen multisektoralen Dialog überführt werden.

These 4

Der (schweizerische) Regelfall „Ausländer im Vollzug“ wurde vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, weshalb die gesetzlichen Aufträge zum Gesundheitsschutz und zur Resozialisierung Inhaftierter spezifische flankierende Maßnahmen erfordern. Dabei geht es u.a. um Maßnahmen zur Förderung der Mobilität zwischen geschlossenem und halboffenem Vollzug, um gesundheitsförderliche Urlaubsregelungen oder andere Maßnahmen zur Verminderung sozialer Isolation, um frühzeitige Entscheide in Bezug auf Landesverweis sowie um entsprechende Rückkehrprogramme bzw. Nachbetreuungskonzepte im Falle nicht vollziehbarer Landesverweise, um den systematischen Einsatz mehrsprachiger Informationsmaterialien und von Dolmetscher(inne)n, um transkulturelle Weiterbildungsmöglich-

keiten für das Personal sowie um ein gezieltes Monitoring der Morbidität in verschiedenen Zielgruppen.

These 5

Prävention und Gesundheitsförderung in Haft brauchen konkrete Gesundheitsziele, basierend auf den Prinzipien der Äquivalenz und der Nichtdiskriminierung.

These 6

Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung in Haft müssen durch ihre Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit legitimiert und also mess- und vergleichbar sein.

These 7

Prävention und Gesundheitsförderung in Haft muss auf die Gesundheit von Insass(inn)en und Personal fokussieren.

These 8

Die Finanzierung aller Maßnahmen muss transparent geregelt und gemeinsam von Staat, Versicherern und Insass(inn)en getragen werden.

These 9

Anliegen der Prävention und Gesundheitsförderung in Haft werden zunehmend wichtiger (Stichworte: ausgeprägte soziale Ungleichheit, Zunahme der ausländischen Wohnbevölkerung/Migration, steigende Prävalenz übertragbarer und psychischer Krankheiten). Nur gut dokumentiert und strategisch in den Grund- und Menschenrechten verankert können sie sich in der populistisch zugespitzten öffentlichen Debatte um „Ausländerkriminalität“ durchsetzen.

Bern, 06. April 2006: Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktion Öffentliche Gesundheit, Sektion Aids, Stefan Enggist, Projektleiter



Markt der Möglichkeiten





Arbeitsgruppen

Donnerstag, 06.04.06





Prof. Dr. Johannes Feest und Dr. Rainer Pöhl





Die Arbeitsgruppe umfasste etwa 40 Teilnehmer/innen. Leider konnten wir angesichts dieser großen Zahl keinen genauen Überblick über die Zusammensetzung gewinnen. Aktiv an der Diskussion beteiligt waren Vertreterinnen der AIDS-Hilfen, Ärzte und ein Vertreter des Elternverbandes.

Die Diskussion wurde eingeleitet von einem kurzen Eingangs-Statement von Johannes Feest. Er wies darauf hin, dass er weder Arzt noch Medizinethiker sei. Er könne das Thema daher am ehesten unter dem Gesichtspunkt der Gefangenrechte beleuchten (zu den Einzelheiten vgl. die ausgearbeitete Fassung seines Beitrages). Diese seien im Medizinbereich durch einige mehr oder weniger international anerkannte Prinzipien gekennzeichnet

- ◆ das Äquivalenzprinzip (vor allem im Bereich der Krankenbehandlung, aber zunehmend auch der Gesundheitsförderung);
- ◆ das Prinzip der informationellen Selbstbestimmung, aus dem im Gesundheitsbereich auch ein grundsätzliches Recht auf Einsicht in Krankenakten gefolgert werden müsse;
- ◆ für den Fall, dass bestimmte Diagnosen oder Therapien im Vollzug nicht möglich seien, sei im Grundsatz auch das Recht auf Verlegung in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs bzw. die Entlassung wegen Haftunfähigkeit anerkannt.

Mit der Umsetzung dieser hehren Prinzipien gebe es jedoch charakteristische Probleme. Diese seien auf verschiedenen Ebenen angesiedelt:

- ◆ zunächst gebe es beträchtliche Lücken bei der Umsetzung in die nationale Gesetzgebung
- ◆ darüber hinaus würden Versuche einer Umsetzung etwa des Äquivalenzprinzips immer wieder an Ressourcen scheitern (personelle und sachliche Ausstattung der Krankenstationen im Vollzug)
- ◆ ferner gebe es bekanntlich kein Recht auf freie Arztwahl und eine Verquickung der ärztlichen mit anderen Funktionen im Vollzug.
- ◆ schließlich sei auch der Rechtsschutz in der totalen Institution Strafvollzug selbst dann problematisch, wenn der Weg zu den Gerichten grundsätzlich offen stehe.

In dieser Situation komme den in der Anstalt arbeitenden Ärzten und der ärztlichen Ethik eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Die anwesenden Praktiker seien gefragt, dieses Spannungsfeld aus ihrer Sicht zu beleuchten.

Gesundheitsbetreuung im Justizvollzug

In der Diskussion wurden Besonderheiten der Gesundheitsbetreuung im Justizvollzug herausgearbeitet. Dabei wurden drei „Facetten“ unterschieden:

Als Arzt habe man es im Vollzug mit Insassen zu tun, die bestimmte Delikte begangen hätten. Es sei nicht immer leicht, von diesen Delikten zu abstrahieren und sich ganz dem Patienten und seinen gesundheitlichen Problemen zuzuwenden. Teilweise wurde die Mei-

nung vertreten, dass es in der Regel besser wäre, keine genauere Kenntnis des Delikts zu haben. Dagegen wurde eingewandt, dass der Arzt nicht umhin komme, sich ein umfassendes Bild zu verschaffen.

Als zweite Facette wurde die Zugehörigkeit des Arztes zur Anstaltsorganisation identifiziert. Dies habe zwei Seiten: zum einen werde im Vollzug viel Ärztliches von Nichtmedizinern (Sanitätsbediensteten, Gefangenen) gemacht. Zum anderen würden an den Arzt auch nicht-medizinische Fragestellungen herangetragen. Es bestand Einigkeit darin, dass z.B. „Vollzugstauglichkeit“ kein medizinischer Begriff sei.

Drittens habe es der Arzt mit seinen genuine Aufgaben der Diagnose und Therapie zu tun. Diese seien im Vollzug erschwert durch Beschränkung der Ressourcen, aber auch durch die besondere Situation der Patienten (seine Unfreiheit, die Unmöglichkeit freier Arztwahl etc.)

Rolle des Arztes bei Maßnahmen unter Gewaltanwendung

Ein Teilnehmer berichtete von folgendem Vorfall, mit dem er als noch relativ neu im Vollzug angestellter Arzt konfrontiert wurde: Er wurde geholt, nachdem ein Gefangener Bedienstete mit einer Rasierklinge bedroht hatte und anschliessend von einer Übermacht von Bediensteten überwältigt und entwaffnet worden war. Als Arzt sollte er die Zulässigkeit der Fesselung bestätigen. Zufällig kannte er den Gefangenen. Auf diese Weise war es ihm möglich, durch Gespräch mit den Bediensteten zu erreichen, dass der Gefangene ihm in die Krankenstation überstellt und damit die Fesselung unnötig gemacht wurde (die vielleicht sonst über Nacht gedauert hätte). Anhand dieses und ähnlicher Beispiele wurde die Funktion des Arztes in derartigen Situationen des „unmittelbaren Zwangs“ besprochen.

Im Rahmen seiner medizinischen Rolle obliegt es dem Arzt, Krankheiten zu diagnostizieren, eine eventuelle Gefährdung des Patienten festzustellen, insbesondere Gesundheitsschäden zu verhindern. Daneben fällt ihm jedoch häufig die Funktion des „Kalmierens“ zu, wie sie auch in dem obigen Beispiel beschrieben wird. Es handelt sich nicht um eine spezifisch medizinische Funktion, sondern um eine, die dem Arzt aufgrund seines besonderen Prestiges in der Anstalt zufällt. In der Diskussion wurde diese Funktion einhellig als ein positiver Aspekt der Rolle des Arztes im Vollzug gesehen.

Umgang mit dem Dilemma

Kontrovers diskutiert wurde die Frage, wie mit dem Dilemma umzugehen ist, dass im Vollzug von den Ärzten manchmal auch Entscheidungen verlangt werden, die außerhalb des Vollzugs keineswegs als medizinische angesehen würden. Hauptbeispiel ist die Beteiligung an Disziplinar- und Sicherungsmaßnahmen. So heißt es im deutschen Strafvollzugsgesetz: *„Ist ein Gefangener in einem besonders gesicherten Haftraum untergebracht*



oder gefesselt, so sucht ihn der Anstaltsarzt alsbald und in der Folge möglichst täglich auf“ (§ 92 StVollzG). Dies erscheint als zweckmäßige, ja zum Schutz des Gefangenen unabdingbare Forderung. Ein Problem medizinischer Ethik kann jedoch dadurch entstehen, wenn von dem Arzt verlangt wird, zu bescheinigen, dass der Gefangene für die Einzelhaft geeignet ist.

Einige Teilnehmer leugneten, dass es sich dabei um ein Dilemma handle; der Anstaltsarzt habe eben im Vollzug zusätzliche Aufgaben zu erfüllen. Dieser Position nahe kam eine andere in der Diskussion vertretene Position, die zwar einräumt, dass es sich um ein Dilemma handle, zugleich aber unterstellt, dass der Arzt sich als gewissenhafter Akteur schon richtig entscheiden werde. Eine deutliche Gegenposition besagt, dass der Arzt im Gefängnis sich im Zweifelsfall als behandelnder Arzt seines Patienten und als nichts anderes zu verhalten habe und daher auch den Anschein vermeiden müsse, „Vollzugstauglichkeit“, „Einzelhafttauglichkeit“ etc. zu bescheinigen. Die zuletzt genannte Position wird auch in einem kürzlich vom österreichischen Bundesministerium der Justiz herausgegebenen Leitfaden⁶ vertreten. Sie kann sich ferner auf die von den Vereinten Nationen beschlossenen Prinzipien der medizinischen Ethik für das Gesundheitspersonal im Gefängnis⁷ berufen, worin es heißt:

„Es ist eine Verletzung medizinischer Ethik für das Gesundheitspersonal, besonders für Ärzte, in einer professionellen Eigenschaft mit Gefangenen zu tun zu haben, wenn der Zweck dieser Tätigkeit nicht ausschließlich darin besteht, die physische und psychische Gesundheit des Gefangenen zu evaluieren, zu schützen und zu verbessern“ (Prinzip 3).

6 Jörg Pont/Rosemary Wool: *Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt. Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen.* Wien 2006.

7 *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.* Beschlossen von der UN Vollversammlung als Resolution 37/194 vom 18. 12. 1982.

AG 2: Drogenkonsum? Piercing? Tattoo? „Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bediente“

**Jan-Hendrik Heudtlass, Landschaftsverband Westfalen-Lippe und
Jörg Duckwitz, AIDS-Hilfe Köln e.V.**





1. Die Ausgangslage: Gesundheit in Haft

Die Arbeitsgruppe sollte die Bedarfe, gegenwärtige Praxis und die Perspektiven von Präventionsangeboten, die auf riskante Praktiken beim Drogenkonsum und beim Piercing und Tattooing in Haftanstalten fokussieren, thematisieren. Pro Jahr durchlaufen etwa 200.000 bis 250.000 Häftlinge die Anstalten Deutschlands. Menschen aus verschiedensten Nationen leben dort zusammen, darunter viele, die schon vor Haftantritt erheblichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren. Infektionskrankheiten und psychische Störungen kommen bei Häftlingen überproportional häufig vor. So ist die HIV-Infektionsrate in dieser Population 25-mal und die Hepatitis-C-Rate sogar 40-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Etwa 30 bis 50 % der Gefangenen gelten als drogenerfahren oder drogenabhängig, und 50 bis 75 % weisen psychische Störungen auf. Der Anteil der Kranken und Behandlungsbedürftigen steigt stetig an – zurzeit sind mehr Drogenabhängige inhaftiert als je zuvor, und viele von ihnen leiden unter den körperlichen Folgen ihrer Sucht. Die etwa 40.000 Vollzugsangestellten stehen damit vor Herausforderungen, die mit den Verhältnissen außerhalb der Gefängnismauern nicht vergleichbar sind.

Gefangene sind jedoch Teil der Gesellschaft, weshalb das Leben in Haftanstalten laut Paragraph 3 (2) des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) so weit wie möglich den allgemeinen Lebensbedingungen entsprechen soll (Angleichungsgrundsatz), um so den schädlichen Folgen des Vollzugs entgegenzuwirken (Gegensteuerungsgrundsatz). Laut Paragraph 56 (1) StVollzG ist zugleich für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen (Fürsorgeverpflichtung). Wenn in Haft aber keine sterilen Spritzen verfügbar sind, Hepatitis-Impfungen nicht zum Regelangebot gehören und die HIV-Therapie nicht den draußen üblichen Standards entspricht, ist dies nicht nur inhuman, sondern zugleich ein Verstoß gegen geltendes Recht – und aus gesundheitspolitischer Sicht äußerst kurzfristig. Denn die meisten Häftlinge kehren – in der Regel nach Verbüßung relativ kurzer Haftstrafen – in die Freiheit zurück. Im Gefängnis zugezogene oder durch die Haftbedingungen verschlimmerte Krankheiten werden dann zwangsläufig „mitgenommen“. Prävention und Gesundheitsförderung im Justizvollzug ist somit auch ein Thema der öffentlichen Gesundheit.

Die Arbeitsgruppe war mit ca. 35 Teilnehmer(inne)n groß und durch die verschiedensten Professionen wie JVA-interne und externe Sozialarbeiter/innen, Seelsorge, Psycholog(inn)en, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Ärzte und Ärztinnen etc. umfassend vertreten.

In der Arbeitsgruppe wurden zunächst die beiden zugrunde liegenden Präventionskonzepte zur

- ◆ Infektionsprophylaxe beim Drogenkonsum und
 - ◆ Infektionsprophylaxe bei Tattooing und Piercing
- kursorisch skizziert.

2. Präventionskonzept „Safer Use“

Im Folgenden werden die Grundlagen, die Inhalte und die methodische Ausgestaltung eines Präventionstrainings für Gefangene in Justizvollzugsanstalten dargestellt. Der Autor hat dieses Manual in den 90er Jahren eigenständig konzeptualisiert, in ca. 100 Seminarveranstaltungen bei Selbsthilfeorganisationen, professionellen Berater(inne)n verschiedener Einrichtungen des Drogenhilfesystems und u.a. auch im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes im Auftrag der niedersächsischen Landesregierung in den Justizvollzugsanstalten Vechta und Lingen II erprobt und fortlaufend modifiziert. (Heudtlass 1994)ⁱ.

Das Curriculum beschreibt die Inhalte eines modular aufgebauten Trainings, welches die strukturellen Bedingungen der Haftanstalten und die personalen Bedingungen der Akteure des Justizvollzugs, nämlich Management, Vollzugsbeamten und inhaftierte Drogenkonsument(inn)en zu berücksichtigen und integrieren sucht. Die Besonderheiten des Justizvollzuges prägen dieses Curriculum. Wesentliche Inhalte sind aber auch unter anderen Rahmenbedingungen mit den entsprechenden Anpassungen einsetzbar. Der Autor hat sie vor allem im Bereich der Drogenselbsthilfe und der Drogen- und Aidsberatungsinstitutionen, aber auch in Drogenentzug und -therapie mit ihren doch sehr heterogenen Interessen, Aufgaben und Zielgruppen eingesetzt. (Heudtlass 1997)ⁱⁱ

Konzeptionelle Grundlagen

Das Konzept knüpft an ein Verständnis von Gesundheitsförderung an, wie es in der sog. „Ottawa Charta“, verabschiedet von der „First International Conference on Health Promotion“ in Ottawa/Kanada 1986, beschrieben ist. „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... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“ (v. Troschke et al. 1997)ⁱⁱⁱ. Die Übertragung dieses Ansatzes, der als wesentliche Elemente Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbsthilfe in sich aufnimmt, auf ein Präventionsangebot für Drogenkonsument(inn)en, und dazu noch unter den besonderen Bedingungen einer Inhaftierung, erscheint widersprüchlich oder gar unmöglich. Der Konsumalltag wird zumindest bei Drogenkonsument(inn)en mit Abhängigkeitsmerkmalen von Fremdbestimmtheit,



gesetzlichen Reglementierungen und entsprechenden Interventionen und anderen – fremdbestimmten – Faktoren geprägt. Der Haftalltag ist daneben in der Regel gekennzeichnet durch Passivität, Lethargie, geringe Partizipations- und Gestaltungschancen. Und dennoch bieten sich auch hier im Einzelnen Chancen, einen eigenverantwortlich ausgestalteten Beitrag zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit zu leisten. Sie sollen unter Berücksichtigung der eingeschränkten Möglichkeiten in der Haft aufgegriffen, thematisiert und vermittelt werden. Seine Grenzen findet ein solcher Ansatz in Haft da, wo er politisch nicht gewollt oder getragen und gefördert wird. Die auftretende AIDS-Krise in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts und die enorme Ausbreitung der Hepatitiden in der Drogenpopulation in den 90er Jahren hat – neben anderen Faktoren – auch bei der Politik zur Erkenntnis geführt, dass im Sinne einer effizienten Infektionsprophylaxe drogenbegleitende Hilfen in das Hilfesystem einzubinden sind. Das und die Anerkennung der Tatsache, dass die Haftanstalt ein Infektionsherd erster Güte darstellt, hat in den letzten Jahren zu einer vorsichtigen Öffnung der Haftanstalten einzelner Bundesländer für ein Konzept konsumbegleitender Prävention geführt. Das bei einem solchen Implementierungsprozess auch immer doppelte Botschaften gesendet werden, die Elemente von Hilfe und Kontrolle gleichzeitig beinhalten, darf im Setting einer Haftanstalt nicht verwundern. Diese Zusammenhänge sind für die präventive Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten evident: Drogenkonsum findet als illegale Handlung in einem System statt, das gerade für dieses – außerhalb der Anstalt – praktizierte Verhalten bestrafen soll. Insofern geht ein solcher, gewünscht offener Diskurs über gesundheitsschädigende Drogenkonsumpraktiken und Safer-Use-Trainings immer – das haben die praktischen Erfahrungen auch in dem niedersächsischen Modellversuch gezeigt – bei den Inhaftierten einher mit der Angst vor sozialer Kontrolle.

Das auf Antonovskys Theorie der Salutogenese (Antonovsky 1979)^v aufbauende, von Becker (1992, S.100) entworfene Konzept „Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit“ geht davon aus, dass Gesundheit des Individuums darüber definiert wird, welche externen und internen Ressourcen ihm zur Verfügung stehen, um Lebensanforderungen erfolgreich zu bewältigen. Unter externen Ressourcen werden die in der Umwelt vorhandenen psychosozialen und physischen Kapazitäten, wie z.B. günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, verstanden. Unter internen Ressourcen werden psychische Ressourcen, wie eine hohe seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft, sowie physische Ressourcen im Sinne günstiger angeborener oder erworbener konstitutioneller Dispositionen gefasst

Zielgruppeninteressen

Die verschiedenen Zielgruppen innerhalb der JVA haben unterschiedlichste Bedürfnisse und Zielorientierungen, die in der Konzeption berücksichtigt werden müssen, um eine möglichst hohe Akzeptanz zur Aufnahme der Präventionsbotschaften zu erzielen.

Die Drogengebraucher/innen haben vor allem ökonomische Interessen: Wie kann ich mit den teuer erworbenen Substanzen möglichst sparsam umgehen? Sie wollen Fragen zum Schutz von Körper und Gesundheit vor Belastungen beantwortet haben, auch wenn sie nicht auf den Konsum verzichten wollen. Und sie wollen für den Notfall gewappnet sein: Wie helfe ich mir selbst (und im optimalen Falle auch den anderen), wenn es zu Verletzungen, zu Überdosierungen und anderen gesundheitsgefährdenden Komplikationen kommt?

Die Mitarbeiter/innen interessiert insbesondere, was eigentlich beim Konsum passiert, wie dessen Praxis aussieht. Sie wollen Gefahren, die sich aus dem Konsum und seinen Folgen ergeben, rechtzeitig erkennen und Schäden für sich und die Umgebung vermeiden. Sie wollen Sicherheit gerade im Umgang mit dem Notfall, sie wollen vor allem Schutz vor den Infektionsrisiken.

Bei den am Management Beteiligten, zu denen im engeren Sinne die Justizbehörden und die Leitung der Haftanstalten gehören, in einem weiter gefassten Sinne ja selbst die Gefangenenvvertretung und die Personalvertretung zu zählen sind (im Sinne eines Co-Managements), geht es zuallererst um Transparenz für die Inhalte dieses Präventionsangebotes:

- ◆ Sind die Inhalte im Einklang oder Widerspruch zur aktuellen Drogenpolitik?
- ◆ Welche Botschaften und Intentionen werden vermittelt?
- ◆ Welche Unterstützungsleistungen soll das Management einbringen, was erwarten wir vom Vollzugspersonal und was von den Inhaftierten?
- ◆ Welche Widrigkeiten und Probleme sehen wir vor allem auf der infrastrukturellen Ebene der Haftanstalten, um Safer Use praktisch zu realisieren und mit den übrigen Erwartungen von Gesetzgeber, Öffentlichkeit etc. in Einklang zu bringen?
- ◆ Welche Voraussetzungen müssen also bei den Verhältnissen in Haftanstalten gegeben sein, um konsumbegleitende Angebote für das Individuum und die Umwelt wirksam werden zu lassen?



Inhalte

Im Mittelpunkt des Curriculums stehen die Beschreibung von gesundheitlichen Risiken beim i.-v.-applizierten Drogenkonsum und die Suche nach Problemlösungen:

- ◆ Welche riskanten Konsumformen werden praktiziert, welche weniger schädlichen Alternativpraktiken gibt es unterhalb der Schwelle zum Verzicht auf den Drogenkonsum?
- ◆ Wie können Drogenkonsument(inn)en unter Haftbedingungen trotz fortgesetztem Konsum Gesundheit erhalten, wie kann Gesundheit gefördert werden?
- ◆ Welche Bedingungen sind dazu in der Infrastruktur der Haftanstalt vorhanden oder zu schaffen?
- ◆ Welche Einstellungen müssen dazu vermittelt werden bei den Akteuren – den inhaftierten Drogengebraucher(inne)n und ihrer Gefangenenmitvertretung, den Mitarbeiter(inne)n, dem Management der JVA auf mittlerer und oberer Leitungsebene, der Personalvertretung und den Funktionsdiensten (Medizinischer Bereich/ Sozial- bzw. Suchtberatungsdienst etc.)?

3. Präventionskonzept „Piercing und Tattooing“

Es gibt viele Gründe, weshalb sich Menschen in Haft tätowieren oder piercen lassen: aus Protest gegen den Freiheitsentzug oder die Haftbedingungen, als Ausdruck dafür, dass man nicht aufgibt, sich nicht besiegen oder brechen lässt. Die „Zeichnungen des Körpers“ erzählen von Stolz, Liebe und Leidenschaft, aber auch von der Lust am Schmerz oder vom Hang zur Selbstverletzung.

Tätowiert und gepierct wird daher in aller Regel unter schlechten hygienischen Bedingungen und mit selbst gebauten Maschinen (z.B. einem umgebauten Rasierapparat oder Walkman), denn die Möglichkeiten, auf legale Weise an sterile Instrumente und Desinfektionsmittel zu gelangen, sind hinter Gittern sehr begrenzt. Und weil das „Handwerk“ häufig als Dienstleistung oder Freundschaftsdienst ausgeführt wird, werden die Materialien geteilt. Beim Tätowieren etwa wird dann ein und dieselbe Nadel in den gemeinsamen Farbtopf eingetaucht und bei mehreren Personen eingesetzt. Dass auch dabei alle möglichen Krankheitserreger, wie Hepatitisviren oder HIV, übertragen werden können, ist den meisten Häftlingen nicht bekannt.

Neben den bekannten Piercingformen, z.B. im Gesicht oder am Nabel, ist besonders bei jungen russischen Männern eine ganz eigene Variante anzutreffen. Dabei werden aus geschmolzenem Plastik geformte Kügelchen durch Schnitte am Penis unter die Vorhaut geschoben, wo sie dann einwachsen. Dieser Eingriff, der angeblich die Lust beim Sex steigert, stellt ein hohes Infektionsrisiko dar, vor allem dann, wenn dabei z.B. ein abgefeilter, unsauberer Kaffeelöffel verwendet wird, mit dem man sich dann auch noch gegenseitig aushilft. Der Gang zum Sanitär zur Wundversorgung wird in aller Regel aus Furcht vor Sanktionen verschleppt.

Prävention und Gesundheitsförderung in der JVA Köln

Seit 2004 veranstaltet die AIDS-Hilfe Köln e.V. in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Köln Schulungen zum Thema „Tätowieren und Piercen in Haft“, die der Autor dieses Beitrags durchführt. Anstoß für diese Maßnahme gab vor allem die DAH-Broschüre „Tattoo und Piercing in Haft“, die auch in den haftinternen Schulungen eingesetzt und von den Inhaftierten durchweg positiv beurteilt wird. Einige wenige Anstaltsmitarbeiter/innen kritisieren zwar, die dort abgebildete selbstgebaute Tätowiermaschine rege zur Nachahmung an. Grundsätzlich jedoch begrüßen sowohl die Anstaltsleitung als auch die meisten Mitarbeiter/innen die Nutzung von DAH-Medien, woran deutlich wird, dass die Haftanstalt und die Inhaftierten ein gemeinsames Interesse haben, Infektionen zu verhindern. Zugleich erachten es beide Seiten als sinnvoll, dass die Präventionsarbeit in diesem Bereich von einem externen Mitarbeiter geleistet wird, da das Vollzugspersonal das Tätowieren und Piercen zu unterbinden hat.

„Tätowieren und Piercen in Haft“ ist für die meisten Inhaftierten ein unverfängliches Thema. Dass sich der Kursleiter beim Schulungsbeginn als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter „entpuppt“, wird erst einmal nur zur Kenntnis genommen. Im weiteren Gesprächsverlauf wird dann schnell ersichtlich, ob die Schulung auf das angekündigte Thema beschränkt bleibt oder ob es auch als „Türöffner“ für den Einstieg ins Thema Safer Sex oder Safer Use genutzt werden kann. Ausschlaggebend hierfür sind die Interessen, der Wissensstand, die Offenheit und Kommunikationsfähigkeit der Kursteilnehmer/innen.

Die Mitarbeit/innen der Haftanstalt werden unter anderem in Bereichskonferenzen der verschiedenen Haft Häuser und in der Sozialdienstkonferenz über die Schulungsinhalte und die in den laufenden Kursen gemachten Erfahrungen informiert (selbstverständlich teilt der Schulungsleiter dabei nichts über einzelne Kursteilnehmer/innen mit). In diesen Konferenzen wird zugleich den gesundheitlichen Belangen des Vollzugspersonals Raum gegeben. Themen sind z.B. der Impfstatus und die Impfbereitschaft der Mitarbeiter/innen (Hepatitis A und B), die Infektionsrisiken im Arbeitsalltag (vor allem Hepatitis C und HIV) und die Möglichkeit der HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP, z.B. nach Nadelstichverletzungen). Wichtig dabei ist vor allem die offene Auseinandersetzung mit den Risiken und Ängsten des Vollzugspersonals: Der Arbeitgeber muss sie ernst nehmen und ihnen mit entsprechenden Maßnahmen entgegenwirken, indem er z.B. Informationen und Schutzhandschuhe für die Leibesvisitation und Zellendurchsuchung zur Verfügung stellt. Die Mitarbeit/innen können die Inhaftierten ja nur so weit in der Prävention unterstützen, wie sie selbst in der Lage sind, für ihren eigenen Schutz am Arbeitsplatz zu sorgen. Die Gesundheitsförderung für Inhaftierte steht daher in engem Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter/innen.⁸



AG 2: Drogenkonsum? Piercing? Tattoo? „Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bedienstete“

Als effektiv hat sich erwiesen, dass die Schulungen für Inhaftierte und die Informationsrunden für die Anstaltsmitarbeiter/innen von ein und derselben Person geleitet werden: Da sie die Interessen und Bedürfnisse beider Seiten kennt, kann sie als Vermittler fungieren und so das gegenseitige Verständnis fördern. Allerdings erfordert dies besondere Sensibilität, gerade im Hinblick auf Schweigepflicht und Parteinahme.

Schulungen für Inhaftierte zum Thema „Tätowieren und Piercen in Haft“

Zielsetzung

Die Schulungen sollen es den Inhaftierten ermöglichen, Wissen über die Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen zu erwerben und auf dieser Grundlage ein persönliches Risikomanagement zur Verhinderung von Hepatitis- und HIV-Infektionen zu entwickeln. Die eingeschränkten Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe in Haft sollen dabei ebenso berücksichtigt werden wie der Bildungsstand und die soziale Kompetenz des Einzelnen.

Langfristiges Ziel ist, Präventionsveranstaltungen als festen Bestandteil in das haftinterne Schul- und Ausbildungssystem zu installieren, die neben dem Thema „Tätowieren und Piercen“ auch die gesundheitlichen Risiken in den Bereichen Sex, Drogengebrauch sowie Arbeit und Beruf (z.B. Friseur- und andere Handwerksberufe) berücksichtigen.

Zielgruppe

Erreicht werden Jugendliche sowie erwachsene Männer und Frauen in Untersuchungs- und Straftaft, die sich bereits im Kurs-, Schul- und Ausbildungssystem der JVA befinden. Das hat den Vorteil, dass die Gefangenen sich nicht einzeln zur Schulung anmelden müssen und daher auch nicht als Personen identifizierbar sind, die das Thema „Tätowieren und Piercen“ unmittelbar angeht.⁹

Vorbereitung

Terminvereinbarungen werden mit den Lehrer(inne)n oder Ausbildungsleiter(inne)n erst dann getroffen, wenn sich eine neue Gruppe in ihren Strukturen gefestigt hat. Im Vorfeld

8 Für Präventionsarbeit und gesundheitsfördernde Maßnahmen bedarf es allerdings entsprechender finanzieller und personeller Ressourcen – woran es in Deutschlands Haftanstalten meist mangelt. In der JVA Köln z.B. ist der Medizinische Dienst schon seit längerer Zeit unterbesetzt. So waren nach Auskunft des leitenden Arztes im Sommer 2004 von 18 Planstellen nur zwölf besetzt und wegen Urlaub und Krankheit schließlich nur noch acht Angestellte im Dienst. Es wundert daher nicht, dass der Medizinische Dienst es ablehnt, Infomaterialien und Kondome bereitzustellen, und zurzeit (Oktober 2005) auch keine Hepatitis-C-Therapie anbietet.

9 Dies gilt umso mehr bei den Themen Sex und Drogengebrauch. Denn wenn bekannt wird, dass ein Häftling sich speziell hierfür interessiert, wird er gleich in die Schublade „homosexuell“ oder „drogenabhängig“ gesteckt und läuft Gefahr, von Mitgefangenen wie auch Bediensteten diskriminiert zu werden. Schulungsleiter/innen müssen sich dessen bewusst sein und auch während der Kurse darauf achten, dass sie niemanden ungewollt „outen“.

der Schulungen werden Teilnehmerzahl, Geschlechterverteilung, Alter, allgemeiner Wissensstand und Nationalitäten abgefragt. Außerdem wird geklärt, ob Verständigungsprobleme zu erwarten sind und ob es Anknüpfungspunkte an den aktuellen Lernstoff oder an spezielle Situationen am Arbeitsplatz gibt. Kurz vor der Schulung informiert der Lehrkörper der JVA den Schulungsleiter über aktuelle Konflikte in der Gruppe, die den Kursverlauf eventuell beeinträchtigen könnten.

Durchführung

Um den Teilnehmer(inne)n einen offeneren Austausch zu ermöglichen, sind bei den Schulungen keine Beamten anwesend.

Zunächst verdeutlicht der Schulungsleiter gegenüber der Gruppe seine eigene Rolle in der JVA: Er ist ein externer Berater mit Schweigepflicht und kein Vollzugsbeamter (auch wenn er sich im Gefängnis frei bewegen kann und eventuell sogar einen eigenen Schlüssel hat). Denn da die Wissensvermittlung an den persönlichen Erfahrungen der Inhaftierten anknüpfen soll, muss der Schulungsleiter versuchen, das Vertrauen der Gruppe zu gewinnen.

Beim Einstieg in das Thema „Tätowieren und Piercing“ bittet der Kursleiter einen Teilnehmer um ein Feuerzeug und fragt, wozu man dieses beim Tätowieren verwenden kann. In aller Regel findet sich jemand, der das weiß: Man erzeugt damit Ruß, der, vermischt mit Shampoo, die Farbe liefert; und die Feder des Feuerzeugs kann an einen Griff befestigt und so als Nadel zum Stechen verwendet werden. Mit Hilfe einfacher Methoden der Gesprächsführung werden die Teilnehmer/innen dazu gebracht, ihre Erfahrungen auch untereinander auszutauschen, sich ihre Tattoos zu zeigen und deren Entstehung (im Strafvollzug oder „draußen“ in einem professionellen Studio) zu schildern. Meist wird gerne erzählt und geprotzt, wodurch sich eine lebendige und offene Arbeitsatmosphäre entwickelt.

Im nächsten Schritt erfolgt die Wissensvermittlung zu Hepatitis und HIV, den Infektionswegen und -risiken besonders unter Haftbedingungen und den gesundheitlichen Folgen einer Ansteckung. Wichtig dabei ist, dass die Teilnehmer/innen erkennen können, welche Infektionsrisiken die von ihnen geschilderten Praktiken bergen: So schafft man eine gute Grundlage für die gemeinsame Erarbeitung alternativer Methoden, mit denen sich Gesundheitsrisiken ausschließen oder zumindest verringern lassen. Thematisiert werden ebenso die Möglichkeiten der Erkennung und Behandlung von HIV- und Hepatitis-Infektionen, wobei es wichtig ist, die Bedingungen der jeweiligen Haftanstalt zu berücksichtigen, um unrealistischen Erwartungen vorzubeugen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, den Inhaftierten Strategien zur Durchsetzung ihrer Rechte aufzuzeigen und auf Wunsch den Kontakt zu weiteren unterstützenden Personen oder Einrichtungen herzustellen.

Im Anschluss daran erhalten die Teilnehmer/innen die Broschüren „Tätowieren und Piercing in Haft“ und „Gesundheitstipps für Frauen im Knast“ bzw. „Gesundheitstipps für



AG 2: Drogenkonsum? Piercing? Tattoo? „Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bediente“

Männer im Knast“ sowie nach Bedarf weitere DAH-Veröffentlichungen für Inhaftierte (z.B. „Tipps für Gefangene ohne deutschen Pass“, „Substitution in Haft“ oder „Positiv in Haft“) für die eigene Nachbereitung und zur Weitergabe an Mitgefangene und Anstaltsmitarbeiter/innen. An die Männer verteilt der Schulungsleiter außerdem Kondome und Gleitmittel (an Frauen dürfen in der JVA Köln keine Kondome ausgegeben werden).

Erfahrungen

Für eine Schulung eignen sich am besten Gruppen von fünf bis acht Teilnehmer(inne)n. Bei größeren Gruppen wird es schwieriger, für eine ruhige Arbeitsatmosphäre zu sorgen, worunter die ohnehin oft begrenzte Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmer/innen leidet.

Wenngleich die Lehrer/innen im Vorfeld der Schulungen gerne auf „ihre Problemfälle“ aufmerksam machen, kommt es in den Kursen selten zu Störungen. Für Inhaftierte stellen Schulungen meist eine willkommene Abwechslung im öden Haftalltag dar. Als potenzielle Störenfriede Angekündigte lassen sich oft durch ein Mehr an Aufmerksamkeit und durch eine klare, auch namentliche Ansprache einbinden. Bei einem eher unverfänglichen Thema wie „Tätowieren und Piercing“ kommt es in Gruppen, in denen männliche und weibliche Inhaftierte oder Gefangene mit unterschiedlichem kulturellem oder religiösem Hintergrund vertreten sind, in der Regel zu keinen Problemen. Gerade beim Thema Sexualität kann das jedoch anders sein, weshalb es hier sinnvoll sein kann, die Gruppe entsprechend aufzuteilen.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass das Thema „Tätowieren und Piercing in Haft“ genügend Stoff bietet, um in einem geschützten Rahmen mit Inhaftierten ins Gespräch zu kommen. Dabei wird in aller Regel sehr schnell deutlich, dass die gesundheitlichen Risiken des unprofessionell ausgeführten „Handwerks“ unterschätzt, ignoriert oder schlicht nicht bekannt sind. Gezeigt hat sich allerdings auch, dass man mit einem solchen Kurs sehr viel mehr Gefangene begeistern kann als mit einem, der unter der Überschrift „Infektionsgefahren in Haft“ nur allgemein informiert.

Zusammenfassung

Schulungen zum Thema „Tätowieren und Piercing in Haft“ müssen die Bedingungen des Justizvollzugs berücksichtigen, denn nur so können realitätsnahe Präventionsbotschaften vermittelt werden. Inwieweit diese von den Inhaftierten umsetzbar sind, hängt wesentlich von der Unterstützung der Vollzugsmitarbeiter/innen ab. Entsprechende Fortbildungen für die Mitarbeiter/innen sind daher eine notwendige und lohnende Investition, um die Gesundheitsförderung für Gefangene zu verbessern – dies auch und gerade im Interesse der öffentlichen Gesundheit.

4. Diskussion in der Arbeitsgruppe

Für die Diskussion in der Arbeitsgruppe wurde als Prämisse gesetzt, dass es in der Gegenwart nicht mehr um die Frage, ob primärpräventive Angebote zur Infektionsprophylaxe vermittelt werden, gehen könne. Justizvollzugsanstalten sind nach übereinstimmender Auffassung von Experten ein Infektionsort ersten Grades, nicht zuletzt aufgrund riskanter Konsumpraktiken bzw. riskanter Piercing- und Tattooing-Praktiken unter Gefangenen.

Als Vorgabe für den Diskussionsverlauf wurden folgende Fragen vorgegeben:

- ◆ Welche **Botschaften** möchte ich reinbringen?
- ◆ Welche **Barrieren** stehen mir im Weg?
- ◆ Welches sind machbare **Schritte**?

Zu den Botschaften: Aus den verschiedensten Bundesländern und Arbeitsbereichen wurden Projekte und Erfahrungen mit Präventionsangeboten in Haft geschildert. Über die Aktualität einer insbesondere auf Hepatitis-Viren und HIV bezogenen Prävention gab es breiten Konsens angesichts der Inzidenz- und Prävalenzdaten in dieser Hochrisikogruppe mit Transmissionswegen durch Nadeln und andere Arbeitsmaterialien mit Blut-Kontakt zwischen Gefangenen.

Zu den Barrieren: Nach den Berichten schien ein Einstieg in die Präventionsarbeit schon an der Akzeptanz für die Botschaft zu scheitern, die u.a. auf ministerieller Ebene gar nicht erst die notwendige politische Unterstützung und entsprechendes Gehör finde. Die Einschätzung, ob niedrigschwellige konsumbegleitende Präventionsangebote gewollt seien, sei wieder eher pessimistischer zu beurteilen als noch vor einigen Jahren. Belegt wurde das u.a. mit dem Zurückfahren etwaiger Spritzenvergabe bzw. der Vergabe von Desinfektionsmitteln und anderen Spritzenutensilien in Haft. Erschwerend sei, dass das Interesse der Häftlinge oder Mitarbeiter/innen nicht selbstverständlich sei, sondern erzeugt werden müsse. Ein chronischer Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen erschwere das und mache in vielen Anstalten ein stabiles Angebot in der Prävention fast unmöglich. Einzelmaßnahmen- und befristete Projektfinanzierung seien Ausdruck dafür, dass eine auf Dauer angelegte, regelhafte Aufgabe in dieser präventiven gesundheitsförderlichen Arbeit nicht gesehen werde.

Es hat sich gezeigt, dass verschiedene Präventionsbotschaften unterschiedliche Barrieren hervorrufen. Die Botschaft: „Es sollte ... Veranstaltungen, Spritzen, Desinfektion, Substitution geben.“ wird vermutlich auf größere Barrieren stoßen als eine positiv formulierte Botschaft wie „Gesundheit fördern“.

Daher könnte zunächst einmal das Ziel sein, das Thema „Gesundheitsförderung in Haft“ zu installieren. Dies gilt für beide Hauptzielgruppen in Haft, für Gefangene, aber auch be-



AG 2: Drogenkonsum? Piercing? Tattoo? „Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bediente“

sonders für Vollzugsmitarbeiter/innen in Haft. Für die Mitarbeiter müsse der eigene und der gemeinsame Nutzen für alle zu erkennen sein, um Kooperationspartner/innen in Haft gewinnen zu können, die zukünftige Projekte und Inhalte mittragen. Besonderes Interesse bestand in einer besseren Einbindung des Medizinischen Dienstes in den einzelnen JVAen in die Präventionsarbeit selbst, aber auch in der Vernetzung von Ärzt(inn)en der JVAen landes- und bundesweit.

Selbst in den Bereichen, in denen Prävention in Haft schon installiert ist, wurde in der Diskussion teilweise hinterfragt, welche Themen die Haftanstalt auch unter der Berücksichtigung sich verändernder politischer Hintergründe, eines sich verändernden „Zeitgeistes“, unter immer stärkeren Kontrollen, zunehmender Restriktion und Ordnungspolitik noch „aushält“, und ob bestehende Angebote oder Botschaften (z.B. Spritzenvergabe) zurückgefahren werden müssen, um eine allgemeine Versorgung in der Prävention in Haft nicht zu gefährden.

Vorrangig bleibt, eine nachhaltige Verankerung von Präventionsangeboten und Versorgung mit Spritzen und anderen Utensilien in den Einrichtungen zu schaffen bzw. dort zu sichern, wo sie schon implementiert sind. Ein erneuter Einstieg von außen in die Haftanstalt hinein ist immer mit großem Aufwand verbunden.

5. Stimmungsbilder aus der Arbeitsgruppe

Stimmungsbilder und Assoziationen sollten während der Arbeitsgruppe mit Kartenabfrage nach der Metaplan-Technik erfasst werden. Die Meinungsäußerungen bezogen sich auf die Eingangsfragestellungen. Ein Ausschnitt:

Welche **Botschaften** möchte ich reinbringen?

- „Es sollte ... Veranstaltungen, Spritzen, Desinfektion, Substitution geben.“
- „Nachhaltig wirksam wird Tattoo und Safer Use, wenn von der Politik gewollt!“
- „Gesundheit für alle“ fordert mehr heraus
- An die Ärzte: „Zeigt doch mal, was ihr könnt! – Interne Experten“
- „Impfung ein Muss“

Welche **Barrieren** stehen mir im Weg?

- „Liegt Akzeptanz noch im Mainstream?“
- „Politischer Umschwung“
- „Man kann einiges einfach nicht machen“
- „Justizministerium – konservative Politikorientierung“

Welches sind machbare **Schritte**?

- „Spritzenvergabe – Ich kann's nicht mehr hören!“
- „Neue/erweiterte Begrifflichkeiten“
- „kleine Schritt“
- „Arzt/Medizinischer Dienst als Kooperationspartner gewinnen“
- „Haftärzte zusammenbringen“
- „Offensive konsumbegleitende Prävention: Gesetzlich spricht nichts dagegen...“
- „Prävention: Benefit für alle wichtig und hilfreich“
- „Unterschiedliche Zugänge nutzen – 1000 Wege“
- „Mitarbeiter/innen als Vorbilder“
- „Website nutzen zur Vernetzung guter Beispiele!“

I Heudtlass, J.-H. (1998): Inhalt der safer use- Botschaft. In: F.Trautmann, C. Barendregt (Hrsg.), Europäisches Peer- Support- Handbuch. Niederländisches Institut für Alkohol und Drogen, Utrecht/NL, Kap. 3, S.1-20

II Heudtlass, J.-H. (1997): Akutbehandlung bei DrogengebraucherInnen- Über die Weiterentwicklung des Drogenentzuges. In: H. Bossong, J. Götz, H. Stöver (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Campus, Frankfurt/Main/ New York, S. 104 - 138

III Troschke v., J., Hoffmann-Markwald, A., Reschauer, G.: Ottawa- Charta. In: Die Bedeutung der Ottawa- Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg, S.182 ff. IV Antonovsky, J.: Health, stress and coping. London, Jossey- Bass.



AG 3: „Abschiebehaft Schubhaft Ausschaffungshaft“

Moderation: Peter Prechtel und Ernst Rohner





Inputreferat

Ernst Rohner

Einleitung

Ich bin seit 1976 in den Diensten der Justizdirektion des Kantons Zürich. 1994 wurde ich mit dem Aufbau und der Inbetriebnahme des Flughafengefängnisses beauftragt und bin somit mit der Einführung der Zwangsmaßnahmen im Ausländerrecht und der damit verbundenen Vorbereitungs- und Ausschaffungshaft im Februar 1995 ein Mann der ersten Stunde.

Das Flughafengefängnis umfasst die Abteilung Untersuchungshaft und Strafvollzug mit 108 Plätzen sowie die Abteilung Ausschaffungshaft mit 106 Plätzen. Der Betrieb weist 70 Arbeitsplätze auf. In den vergangenen 11 Jahren seit der Betriebsaufnahme fanden wiederholt und teilweise lange andauernde Überbelegungen beider Abteilungen statt. Im Herbst 2004 verzeichnete die Abteilung Ausschaffungshaft mit 140 Eingewiesenen eine Auslastung von 132 %.

Chronologie der Zwangsmaßnahmen

Die Schweiz kannte bis zum Jahre 1995 nur die Möglichkeit einer 30-tägigen Polizeihaft, um Ausländer/innen ohne Aufenthaltsrecht in der Schweiz aufzugreifen, Papiere zu beschaffen und außer Landes zu bringen. Anfang der 90er Jahre entwickelten sich in den größeren Schweizer Städten offene Drogenszenen, die von illegal anwesenden Ausländern dominiert wurden.

Die Schweizer Regierung erkannte den dringenden Handlungsbedarf und legte ein Bundesgesetz über die Zwangsmaßnahmen im Ausländerrecht vor, welches vom eidgenössischen Parlament in ungewöhnlicher Einigkeit und Geschwindigkeit verabschiedet wurde. Linke Kreise ergriffen das demokratische Instrument der Referendumsabstimmung, doch die Stimmbürger/innen erteilten im Dezember 1994 den Gegnern mit einer 73 %igen Willenskundgebung zur Einführung der Maßnahmen eine deutliche Abfuhr.

Die Zwangsmaßnahmen im Ausländerrecht umfassen verschiedene Instrumente, von denen ich die beiden wichtigsten nennen will:

Vorbereitungshaft

In Vorbereitungshaft, d.h. zur Vorbereitung des eigentlichen Wegweisungsentscheides, kann genommen werden, wer sich in einem Asylverfahren befindet und sich z.B. den behördlichen Weisungen wie Meldepflicht, Rayonverbot oder der Kooperationspflicht widersetzt oder wenn die Gefahr besteht, dass er untertaucht.

Die Vorbereitungshaft kann durch die Migrationsbehörden des Kantons beantragt und muss zwingend durch einen Haftrichter bewilligt werden. Die Maximaldauer beträgt 3 Monate.

Ausschaffungshaft

In Ausschaffungshaft kann gesetzt werden, wer trotz rechtskräftiger Weg- oder Ausreiseverfügung und Ablauf der Ausreisefrist nicht innert 96 Stunden ausgeschafft werden kann. Gemäß heutigem Erfahrungsstand „landen“ im Kanton Zürich nur etwa 10 % der festgenommenen illegal anwesenden Ausländer/innen vor dem Haftrichter, nämlich, weil sie ihre Identität nicht offen legen, nicht über ordnungsgemäße Papiere verfügen, nicht ausreisewillig sind und keine Ausschaffung innert 96 Stunden vollzogen werden kann. Somit kann gesagt werden, dass illegal anwesende Ausländer, die ihre Identität verschleiern und keine Papiere vorlegen können, mit einem Antrag auf Anordnung der Ausschaffungshaft beim Haftrichter vorgeführt werden. Die Ausschaffungshaft kann für maximal 9 Monate angeordnet werden.

Verschärfungen der Zwangsmaßnahmen

Im eidgenössischen Parlament wurden letzten Herbst mit der 2. Teilrevision des Asylgesetzes Verschärfungen beschlossen, gegen die wiederum das Referendum ergriffen wurde und in diesem Jahr zu einer Volksabstimmung führen wird. Kernpunkte der Verschärfung sind die Verdoppelung der Vorbereitungshaft von 3 auf 6 Monate und der Ausschaffungshaft von 9 auf 18 Monate. Zudem ist zusätzlich die Möglichkeit einer so genannten Durchsetzungshaft von 18 Monaten vorgesehen (die Dauer der Vorbereitungs-, Ausschaffungs- und Durchsetzungshaft darf kumuliert nicht mehr als 24 Monate betragen). Daneben ist zusätzlich eine Haft zur Sicherstellung des Vollzuges von maximal 60 Tagen zulässig, dies ohne Anrechnung von Vorbereitungs-, Ausschaffungs- und Durchsetzungshaft).

Das Haftregime der Ausschaffungshaft

Die per 1. Februar 1995 eingeführten Zwangsmaßnahmen provozierten in den ersten Monaten landesweit zahlreiche Beschwerden gegen das Verfahren und das Haftregime. Das schweizerische Bundesgericht (Verfassungsgericht der Schweiz in Lausanne) sah sich von März 1995 bis März 1996 mit über achtzig Beschwerden im Zusammenhang mit den Zwangsmaßnahmen im Ausländerrecht konfrontiert.

Das Bundesgericht nahm die Beschwerde eines Ausschaffungsgefangenen aus dem Flughafengefängnis zum Anlass, im Gefängnis einen Augenschein zu nehmen und anschliessend das Haftregime zu definieren. Aus dieser Visite und dem anschliessenden Bundesgerichtsentscheid resultierten verschiedene Anpassungen wie Gruppenvollzug, Besuche ohne Trennscheibe, freier Telefonverkehr, Sportmöglichkeiten etc. Das Flughafengefängnis fasste vom Bundesgericht die Aufgabe, die Anpassungen innert Wochenfrist vorzunehmen, was umgehend geschah.



In den folgenden Jahren ergaben sich keine weiteren Beschwerden mehr, und die Antifolterkommission des Europarates (CPT) stellte anlässlich der Inspektionen von 2001 und 2003 fest, dass das Haftregime auch ihren Vorstellungen gerecht wird.

Die Klientel in der Ausschaffungshaft

Als Grundaussage kann hier festgehalten werden, dass Vorbereitungs- und Ausschaffungshaft von den Betroffenen sehr unterschiedlich erlebt wird:

Ein Teil der in Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft gesetzten Menschen sind auf der Suche nach einem besseren (wirtschaftlichen oder sozialen) Leben und empfinden die Haftzeit als erträgliche Zwangspause – sie fallen in einen kontrollierten „Schlaf“ und sind zu ihrer Entlassung auf freien Fuss hellwach zurück.

Ein weiterer Teil der Inhaftierten empfindet die Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft als unerträglichen Gewaltakt. Es leuchtet ihnen nicht ein, weshalb sie ohne verübte Straftat ins Gefängnis gesteckt werden. Und ein immer geringerer Anteil kooperiert mit den Migrationsbehörden, um möglichst rasch ausgeschafft zu werden.

Ein immer grösser werdender Anteil der Eingewiesenen schliesslich kommt aus irgendeinem Krisengebiet dieser Welt und sitzt nun in Ausschaffungshaft. Sie tragen im Grunde nur ein Ziel mit sich herum: Nicht mehr dorthin zurück, wo sie weggegangen sind, der Rest ist egal.

Verantwortbare und dennoch wirksame Maßnahmen

Die Leitung des Flughafengefängnisses hat im Sommer/Herbst 2004 beschlossen, die Dienstleistungen der Abteilung Ausschaffungshaft nachhaltig einzuschränken, ohne geltendes Recht zu verletzen. Als Garant des Erfolges wurde eine klare Kommunikation gegenüber den Eingewiesenen deklariert, was sich rückwirkend betrachtet als völlig richtig erwiesen hat.

01.07.2004:	Neuregelung des Besuchswesens: Schaffung einer übersichtlichen Großraumanlage mit zugeteilten Plätzen. Einschränkung der Besuchszeiten (neu ohne Mittwoch und Samstagnachmittag).
01.07.2004:	Präzisierung der Gabenregelung: Maximal 1 Gabe pro Woche und maximal 10 Kilogramm Gewicht.
16.08.2004:	Neuregelung der Pflegedienst- und Arztvisiten.
01.09.2004:	Reduktion der Gruppenvollzugszeiten: Einschlusszeiten werktags neu 1630 h statt 1815 h. Mittwochs kein Gruppenvollzug.
01.09.2004:	Einstellung der Gefangenenbeschäftigung am Mittwoch. Das Werkdienstteam unterstützt die Aufsichts-/Betreuungsteams.
01.09.2004:	Reduktion des Duschangebotes. Mittwochs entfällt das Duschen, da kein Gruppenvollzug.

01.09.2004:	Reduktion des Kraftraumangebotes: Nur noch 1 Stunde pro Gruppe/Woche.
14.10.2004:	Verschärfung der Ausweisbestimmungen für Besucher/innen: nur gültiger Pass oder Identitätskarte; nur Ausländerausweise B (Aufenthalt) und C (Niederlassung), G (Grenzgänger) und L (Kurzaufenthalter); keine CH-Führerausweise mehr; keine Ausländerausweise N und F, wenn Identität nicht feststeht.

Alle getroffenen Maßnahmen haben das Ziel, den Betrieb zu beruhigen und dem Personal den nötigen Freiraum für rückwärtige Arbeiten zu schaffen. Zudem ist der Mittwoch als offizieller Aus- und Weiterbildungstag deklariert, die meisten internen und externen Weiterbildungstage entfallen daher auf den Mittwoch.

Es ist seit der Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen zu keinem einzigen ernsthaften Problem gekommen, und der Betrieb hat eine stark spürbare Beruhigung erfahren. Um die Dimensionen etwas aufzuzeigen, folgen hier ein paar statistische Angaben:

Belegung der Abteilung Ausschlaffungshaft

Jahr	Eintritte Inland	Eintritte Transit	Night Stop	Verpfl.- Tage	Durchschn. Tag	Durchsch. Aufenthalt	Bestand 31.12.
1997	756	---	---	32.001	87,7	42,3	99
1998	953	---	---	38.014	104	39,8	105
1999	958	2	---	37.796	103	39,3	116
2000	737	73	---	34.492	94,2	46,8	81
2001	604	125	588	31.062	85	41,0	104
2002	574	162	721	37.977	104	49,6	117
2003	544	161	757	43.349	119	59,3	110
2004	640	111	1.024	45.500	124,3	56,4	99
2005	532	91	928	40.266	110,3	72,0	110

Weitere Angaben zur Abteilung Ausschlaffungshaft

In der Abteilung Ausschlaffungshaft sind seit der Eröffnung von Dezember 1996 bis März 2006 folgende Kenndaten zu verzeichnen:

- 1 verletzt Mitarbeiter (ein geworfener Gegenstand verletzte seine Hand)
- 0 Suizide
- 1 erfolgreicher Ausbruch von 2 Gefangenen (Gitter/Natodraht)
- 1 erfolgreiche Flucht aus dem Spazierhof
- 2 misslungene Fluchten aus dem Spazierhof



Im Jahre 2002 wurde in der Abteilung Ausschaffungshaft keine einzige Disziplinarstrafe (Arrest) ausgesprochen. Im Jahre 2003 waren 5 Disziplinierungen mit total 85 Arresttagen notwendig (4 Brandstiftungen, eine versuchte Tötlichkeit gegen das Personal). Daraus ist zu deuten, dass die Zahl und Heftigkeit der besonderen Ereignisse von der jeweiligen Herkunft der Klientel, möglicherweise aber auch von der jeweiligen Belegungssituation abhängen.

Gesundheitsförderung in der Ausschaffungshaft

Mit der voran geschilderten Situation bzw. sehr differenzierten Klientel ist keine einheitliche Gesundheitsförderung zu machen. Zu unterschiedlich sind die Sprachen, Kulturen, Ethnien, zu unterschiedlich die Ziele des Einzelnen.

Aus meiner mehr als elfjährigen Erfahrung mit der fremdenrechtlichen Haft bin ich dazu geneigt, den Titel Gesundheitsförderung mit dem Wort Gesundheitserlangung bzw. Gesundheitserhaltung zu ersetzen.

Zahlreiche Eingewiesene weisen einen für westeuropäische Normen knapp genügenden bzw. ungenügenden Allgemeinzustand auf, und nicht wenige Personen sind Träger oder Opfer unterschiedlichster Krankheiten. Wiederholt beherbergen wir Gefangene, die größere oder schwere Operationen überstanden haben. Ihre Körper sind zwar geheilt, ihre Psyche nicht. Sie haben vielleicht anderen beim Morden zusehen müssen, vielleicht haben sie sich gar selbst am Morden beteiligt.

Die vielen Eingewiesenen, welche ihre wahre Identität verschleiern, bringen keine nachvollziehbare Krankengeschichte mit. Wer von Nirgendwo kommt, hat auch nirgends eine überprüfbare Krankengeschichte zurückgelassen, welche angefordert werden könnte. Innerhalb der letzten zehn Jahre, also seit der Existenz des gefängniseigenen Pflegedienstes im Flughafengefängnis, wurde je eine konkrete ärztliche Anfrage an ein Spital in Bosnien und in Kamerun eingereicht. Beide Fälle führten zu keinem Ergebnis. Dafür sind wir umso deutlicher mit der ganzen Welt verbunden, wenn es um neue Krankheiten und Epidemien geht. Für diese internationale Beteiligung sorgen jene Eingewiesenen, welche im Flughafen Zürich gestrandet sind und in Ausschaffungshaft gesetzt werden.

Im Haftregime der Ausschaffungshaft, mit seiner von Gruppenvollzug und Gruppenaktivitäten geprägten Durchlässigkeit, können sich ansteckende Krankheiten fatal auswirken. Allein aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass beim Aufnahmeprozedere eine Sichtung des Allgemeinzustandes durch das Aufsichts- und Pflegepersonal stattfindet. Eine erdrückende Mehrheit der Eingewiesenen befand sich vor der Verhaftung illegal in der Ausländerszene, wurde bei einer Personenkontrolle oder Razzia aufgegriffen und über die Polizeikaserne und Haftrichter dem Flughafengefängnis zugeführt. Ihre Habseligkeiten haben meist in einem kleinen Plastiksack Platz, und die letzte Körperpflege liegt um

Wochen oder Monate zurück. Mit der Eintrittsdusche kehren zahlreiche Personen erstmals wieder sprichwörtlich an die „Oberfläche“ zurück, und den Stress der drohenden Verhaftung haben sie nun hinter sich.

Somit beginnt beim Eintritt eines Ausschaffungsgefangenen zuerst einmal die Gesundheitserhaltung von Körper und Psyche. Für das Erstere steht der interne Pflegedienst mit einem frei praktizierenden Somatiker zur Verfügung, für das Letztere der Psychiatrisch Psychologische Dienst des Zürcherischen Amtes für Justizvollzug. Die medizinische Versorgung ist grundsätzlich ohne größere Probleme möglich, während die psychiatrische Betreuung wegen zahlreichen Einschränkungen (keine Krankengeschichte, Unveränderbarkeit des Haftzweckes etc.) schwieriger zu gewährleisten ist.

Die wohl schwierigste Herausforderung im Zusammenhang mit Ausschaffungshaft ist, die Menschen über eine längere Zeitspanne zu motivieren. Die ihnen drohende Ausschaffung entspricht nicht ihren persönlichen Plänen, und so ist das Gefängnis ein indirekter Verbündeter des Gegners „Polizei“, welche die Ausschaffung vorzunehmen hat. Ein Wohlverhalten in Ausschaffungshaft führt – im Gegensatz zum progressiven Strafvollzug – nicht zu Vergünstigungen, denn es stehen kein erhöhtes Urlaubskontingent, kein Wohnexternat und keine probeweise Entlassung oder dergleichen als „Belohnung“ zur Verfügung. Sogar der Untersuchungsgefangene hat die besseren Perspektiven, wenn Geständnis und Kooperation das Verfahren beschleunigen und Reue den Richter milde stimmen.

Aus dem Gesagten kann abgeleitet werden, dass in der Ausschaffungshaft nicht übermäßig viele Instrumente und Ressourcen zur Verfügung stehen, um dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung eine besondere Beachtung zu schenken. So sind im Rahmen der alltäglichen Späraufträge mit gleichzeitiger Aufgabenausweitung und Überbelegung Ansätze zu finden, die lösungsorientiert, maßgeschneidert und effizient sind.

Gesundes Personal als Wurzel der Gesundheitsförderung in Haft

Als Basis fruchtbarer Gesundheitsförderung in Haft betrachte ich gut geschultes und zufriedenes Aufsichts-/Betreuungspersonal. Grundvoraussetzung für eine Tätigkeit im Gefängniswesen sind die vier „M“: Man muss Menschen mögen. Ist dies gegeben, ist die Basis für einen erträglichen und vor allem nicht krank machenden oder unnötig belastenden Haftalltag gegeben. Das eingesetzte Personal sichert sich den konfliktfreien bzw. konfliktarmen Alltag mit den Eingewiesenen durch respektvolles Verhalten. Auch wenn mit verschiedenen Eingewiesenen mit exotischen Sprachen keine tiefer gehende Konversation möglich ist, so wissen sie doch die respektvolle Begegnung zu würdigen.

Gestresstes, überlastetes und daher unzufriedenes Personal ist nicht in der Lage, den voran geschilderten Voraussetzungen zu genügen und ist – wenn auch völlig unverschuldet – möglicherweise für die eingeschränkte körperliche und vor allem psychische



Gesundheit der Eingewiesenen mitverantwortlich. Eine Entlastung des durch die Arbeitslast überforderten Personals mittels Personalvermehrung steht den Spar- und Abbaubemühungen der öffentlichen Hand diametral entgegen, und ein nachhaltiger Abbau der Überbelegung scheitert am politischen Willen, den technischen Vorgaben (Verschärfung der Zwangsmaßnahmen) Taten folgen zu lassen.

Zusammenfassung

Klienten in Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft sind für eine befristete Zeit in unserer Verantwortung und bedürfen einer speziellen, von vollzugsorientierten Vorstellungen losgelösten Betreuung und Behandlung. Ihre medizinische, psychologische und psychiatrische Betreuung ist als Überlebens- und Stabilisierungshilfe zu betrachten. Dem mit dieser Aufgabe betrauten Pflege- sowie Aufsichts-/Betreuungspersonal ist seitens der Gefängnisleitung die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken und in Zeiten anhaltender Überbelastung ist rechtzeitig für die erforderlichen Maßnahmen zu sorgen.

Die Sparanstrengungen der öffentlichen Hand, welche auch vor dem ohnehin nicht üppig dotierten Gefängniswesen nicht Halt machen, haben zur Folge, dass von den Insassen in den Zürcher Gefängnissen seit Anfang dieses Jahres eine Umtriebsentschädigung pro behandelten Krankheitsfall (Arzt oder Psychiater) von 5 Franken verlangt wird. Damit soll die Hemmschwelle der Gefangenen zur Anmeldung für die Arztvisite angehoben werden, was sich durch weniger Visiten und in Form von tieferen Arztkosten niederschlagen soll (der Somatiker ist frei praktizierend und rechnet nach Aufwand ab).

Ein mit Kostenfolge verbundener Ausbau der sozialen, medizinischen und psychiatrischen Betreuung der in Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft gesetzten Personen hat somit im Kanton Zürich nicht die geringste Chance. Wir werden uns vielmehr dafür einsetzen müssen, die heutige Grund- und Notfallversorgung kostenneutral zu optimieren und zu verfeinern. Alles andere gehört in den heutigen Tagen in die Traumfabrik.

Was folgt auf die Ernüchterung durch das Impulsreferat?

Das Impulsreferat hat die Geschichte, den Rahmen und die Möglichkeiten der Ausschaffungshaft aufgezeigt. Noch nichts haben Sie über das derzeitige Angebot der Gesundheitsförderung bzw. eben der Gesundheitserhaltung in der Ausschaffungshaft am Beispiel des Flughafengefängnisses Zürich erfahren. Dies will ich nun als Beitrag zur nachfolgenden Arbeitsgruppen-Diskussion tun:

Der Pflegedienst des Flughafengefängnisses Zürich

Das Flughafengefängnis verfügt über einen gefängniseigenen Pflegedienst. Die Stelleninhaberin ist als Stationsleiterin (Pflegefachfrau DN II) auch fachliche Vorgesetzte der Pfl-

gefachfrau (Psychiatrie-Pflegefachfrau DN I) der Abteilung Untersuchungshaft und Strafvollzug. Sie unterstützen und vertreten sich gegenseitig, und ihnen steht in der Regel eine Praktikantin oder ein Praktikant (in Ausbildung zur/zum Psychiatriepflege-Fachfrau/-Fachmann) als Unterstützung zur Verfügung.

In den weiteren Ausführungen beschränke ich mich nun auf die Abteilung Ausschaffungshaft.

Das Gefangenenaufnahmebüro (Aufsichts-/Betreuungspersonal) nimmt bei jedem Gefangenen eine Leibesvisitation mit Kleider- und Effektenkontrolle vor. Der Gefangene wird über sein Befinden befragt, gewogen und mit den wichtigsten Informationen versorgt. Stellt das Personal bei der Leibesvisitation Auffälligkeiten wie z.B. offene Wunden, schlechter Gesundheitszustand, Husten etc. fest, so wird umgehend der Pflegedienst informiert.

Das Thema **AIDS-Prävention** wird bereits im Gefangenenaufnahmebüro angesprochen, indem jeder neu eintretende Gefangene eine Informationsbroschüre des Bundesamtes für Gesundheitswesens (BAG) mit dem Titel **Was bedeuten Aids und HIV?** in einer ihm verständlichen Sprache erhält (z. Z. sind Ausgaben in 14 verschiedenen Sprachen erhältlich).

Den Gefangenen stehen während ihres Gefängnisaufenthaltes unentgeltlich Kondome zur Verfügung. Diese können sie anlässlich des werktäglichen Duschens im Duschaum diskret beziehen und müssen somit weder den Pflegedienst noch das Aufsichts-/Betreuungspersonal bemühen.

Die Haltung der Gefängnisleitung zum Thema Kondome lautet: Es mögen viele Tausend Kondome „missbräuchlich“ verwendet werden (z.B. für Ballonspiele, mit Wasser füllen) – eine einzige verhinderte Ansteckung verdammt alle Kosten-Nutzen-Fragen zur Bedeutungslosigkeit.

Der Pflegedienst führt mit allen neu eintretenden Gefangenen ein Aufnahmegespräch. Dieses findet grundsätzlich am Eintrittstag statt. Es wird der Allgemeinzustand geprüft und die Frage nach bekannten und unbekannten Krankheiten gestellt. Anhand allfälliger Symptome werden weitere Abklärungen oder Untersuchungen vorgenommen und allenfalls die nötigen Vorkehren getroffen (z.B. Isolation, Beobachtung).

Bei jedem eintretenden Gefangenen werden die Vitalfunktionen erhoben (Blutdruck, Puls, Temperatur), zudem wird seit Anfang dieses Jahres ein TB-Test gemacht, weil die grenzsanitären Untersuchungen gestrichen wurden.

Gefangene, welche aus dem Transitbereich des Flughafens zugeführt werden, müssen vor dem Gefängniseintritt (in Verantwortung der Flughafenpolizei) einen Thorax machen lassen; außerdem muss ein Routing der zugeführten Person vorgelegt werden.

Erfordern die Feststellungen des Pflegedienstes einen ärztlichen Handlungsbedarf, so wird die betroffene Person unverzüglich bei der nächstfolgenden Visite dem Gefängnisarzt vorgeführt. In Einzelfällen kann eine Isolation mit besonderen Maßnahmen (Handschuhe, Mundschutz) angeordnet werden.



Der Gefängnisarzt (Somatiker) ist ein frei praktizierender Arzt, welcher durch die Justizdirektion gewählt wurde. Er gewährt jeweils am Dienstag- und Freitagnachmittag Sprechstunden, in denen die vom Pflegedienst triagierten bzw. gemeldeten Gefangenen untersucht werden. Der Pflegedienst ist während der gesamten Arztvisite anwesend.

Der Gefängnisarzt gewährleistet ausserhalb der ordentlichen Visiten einen ununterbrochenen Notfalldienst (nachts, Wochenende, Feiertage). Bei seiner Abwesenheit besteht die Möglichkeit, die Flughafensanität (Anfahrtszeit 2 Minuten) aufzubieten oder die Gefangenen im Airport Medical Center vorzuführen.

Der Psychologisch Psychiatrische Dienst (PPD) ist eine Abteilung des Justizvollzuges des Kantons Zürich. Der PPD steht montags, mittwochs und freitags für Visiten im Gefängnis zur Verfügung. Die Anmeldungen erfolgen nach Triage durch den Pflegedienst des Gefängnisses.

Eine psychiatrische Notfallversorgung für nachts oder die Wochenenden besteht nicht. Der Gefängnisarzt kommt jedoch auf Ersuchen vor Ort und trifft die nötigen Entscheide. In weniger komplizierten Fällen werden verhaltensauffällige Gefangene in eine Sicherheitszelle verlegt und zur nächstmöglichen Pflegedienstvisite vorgeführt. Der Pflegedienst trifft die weiteren Massnahmen bzw. lässt den Gefangenen der nächstmöglichen Psychiatervisite zuführen.

Der Gefängnis-Zahnarzt ist ein frei praktizierender Zahnarzt, welcher auf Ersuchen des Pflegedienstes (in der Regel vierzehntäglich) im gefängniseigenen Zahnarztzimmer notfallmäßige Behandlungen vornimmt (Schmerzbehandlung, Zahnziehen, Wurzelbehandlung, prov. Zahnfüllung). Zur Erfüllung seiner Aufgabe nimmt er die eigene Praxishilfe mit.

Statistische Angaben

Im Jahre 2005 wurden in der Abteilung Ausschaffungshaft im Bereich Pflege/Arzt, Psychiater/Zahnarzt folgende Dienstleistungen erbracht:

Arzt - Konsultationen	232
Arzt - Notfallkonsultationen	19
Arzt - Praxisvorführungen (Röntgen)	61
Psychiater-Konsultationen	265
Zahnarzt - Konsultationen	62
Pflegedienst - Konsultationen	2.162

AG 4: „Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“

**Moderation: Dr. Helmut Pollähne und Dr. Wolfgang Werdenich
Protokoll: Dr. Helmut Pollähne**





AG 4: „Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“

Zur Einführung in die Thematik dienten zwei Referate der Moderatoren: eines aus theoretischer und juristischer – und nicht zuletzt deutscher – Sicht (Pollähne), eines aus der Sicht eines österreichischen Praktikers (Werdenich).

Gute Besserung!

Zur Sicherung der Gesundheitsförderung zwischen Justiz- und Maßnahmevollzug **Dr. Helmut Pollähne**

(Institut für Kriminalpolitik – BRIK, Bremen)

1. Gesundheitsförderung in Freiheitsentziehung

Für diesen Themenkomplex muss das Tagungsthema erweitert werden, denn „Haft“ steht traditionell als Kürzel für den Justizvollzug (insb. Straf- und Untersuchungshaft). Der Ankündigungstext dieser Arbeitsgruppe stellt diesen Justizvollzug in Kontrast zum „Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“.

Freiheitsentziehung gemäß Art. 5 EMRK als Oberbegriff

Als Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen wird zurückgegriffen auf den Schlüsselbegriff der „Freiheitsentziehung“, wie er in Art. 5 EMRK Verwendung findet (vgl. auch Art. 104 Abs. 2 GG). Eine deutsche Legaldefinition findet sich in § 2 Abs. 2 des FreiheitsentzG, der zufolge unter Freiheitsentziehung verstanden wird jede „Unterbringung einer Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in einer Justizvollzugsanstalt, einem Haftraum, einer abgeschlossenen Verwahranstalt, einer abgeschlossenen Anstalt der Fürsorge, einer abgeschlossenen Krankenanstalt oder einem abgeschlossenen Teil einer Krankenanstalt“. Gemeinsames Moment ist mithin die (in der Regel hoheitliche, s.u. 2.) Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen in einer stationären (in der Regel totalen) Institution.

Probleme des Gesundheits-Begriffs in Unfreiheit

„Gesundheit“ ist ohnehin ein problematischer Begriff, historisch belastet, stark normativ aufgeladen, politisch und moralisch anfällig, ökonomisch relativiert und bürokratisch reguliert... Unter Bedingungen der Freiheitsentziehung in totalen Institutionen werden all diese Probleme noch zugespitzt (Tielking/Becker/Stöver 2003, 25 ff. und 43 ff. m.w.N.). Zudem wird die „Gesundheit in Unfreiheit“ zwangsläufig verknüpft mit Aspekten der Vollzugstauglichkeit einerseits und von Sicherheit und Ordnung andererseits. In Unfreiheit wird die Gesundheit im Kern relativiert, weil sie sich unter prinzipiell „ungesunden“ Lebensbedingungen entfalten muss, anders gewendet: Freiheitsentzug, insbesondere langfristiger, ist für die von ihm Betroffenen vor allem ein Gesundheitsrisiko!

Chancen und Risiken

Jenseits dieser plakativen Beschreibung des Grundwiderspruchs der „Gesundheit in Unfreiheit“ sind aber gerade im Hinblick auf Gesundheitsförderung deren Chancen und Risiken in der Freiheitsentziehung präziser herauszuarbeiten:

Für Menschen, die in „Freiheit“ (hier nur als Gegenbegriff zur Unfreiheit) vom regulären Gesundheits- und Versorgungssystem nicht (mehr) erreicht werden, bildet die längerfristige Unterbringung oft eine große Chance, zumindest für eine systematische Gesundheitsversorgung: Es hat etwas Zynisches, aber so manchem wird auf diese Weise das Leben gerettet – der Knast gewissermaßen als „last exit“, als letzte Chance, die womöglich umso nachhaltiger wirken kann, je länger und intensiver sie „ausgekostet“ wird. Der Zugang zu den Untergebrachten über eine systematische Gesundheitsversorgung bedeutet freilich noch nicht zwangsläufig eine gesicherte Gesundheitsförderung. Insoweit muss die Situation auch für das Gesundheitssystem als Chance begriffen werden, die Untergebrachten mit Förderangeboten überhaupt zu erreichen.

Die Risiken dieser „glücklichen“ Fügung liegen auf der Hand: Gesundheitsversorgung und -förderung können sich immer nur – wenn überhaupt – unter den problematischen Bedingungen der totalen Institution entfalten: Verlust von Patientenautonomie; Standards auf relativ niedrigem Niveau ohne Alternative; Verknüpfung der Regeln ärztlicher Kunst mit Vollzugsrationalitäten (exemplarisch die Grenzen der Schweigepflicht); fließende Übergänge zum System gesundheitlicher Zwangsmaßnahmen etc.

2. Justizvollzug vs. Maßnahmevollzug

So klar – zumal über europäische Grenzen hinweg – sein mag, was unter Justizvollzug (Haft) zu verstehen ist, so diffus ist der hier vage mit „Maßnahmevollzug“ charakterisierte Kontrastbereich der Freiheitsentziehung. Wenn im Folgenden versucht wird, dieses Feld systematisch und normativ zu erfassen, so bezieht sich diese Darstellung zunächst einmal nur auf die deutsche Rechtslage und die darauf basierenden Versorgungs- und Organisationsstrukturen (zu Österreich vgl. Locatin 2005). Als „Maßnahmevollzug“ wird dabei nur jener Bereich erfasst, der in der allgemeinen Zwecksetzung (s.u.) und der konkreten Aufgabenstellung einem therapeutischen Anspruch verpflichtet ist (therapeutischer Maßnahmevollzug = Maßregelvollzug i.e.S.).

Systematik

Eine vergleichende Systematik beider „Versorgungsbereiche“ soll sich hier auf die Kategorien „Zweck“ und „Zuständigkeiten“ beschränken und bemüht zur Typologisierung eine stark vereinfachende Perspektive:

Im Rahmen der sog. „Zweispurigkeit“ des kriminalrechtlichen Sanktionensystems dient



AG 4: „Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“

die Strafe der Repression (Bestrafung), die Maßnahme hingegen der Prävention (Gefahrenabwehr). Diesseits rechtskräftiger Sanktionierung kommen verfahrenssichernde Freiheitsentziehungen in Betracht (insb. Untersuchungshaft), im Vorfeld der Maßregelanordnung vorläufige Maßnahmen (insb. die einstweilige Unterbringung, vgl. Pollähne 2003). Spätestens im Vollzug verschwimmen die Grenzen: So sehr die freiheitsentziehenden Maßnahmen auf den Zweck „Besserung und Sicherung“ verpflichtet bleiben sollen (Pollähne in AK-StVollzG § 136 Rn. 8 ff.), so sehr nähert sich der Strafvollzug mit seinem Resozialisierungsanspruch – zumindest konzeptionell – dieser Programmatik an. Quer dazu liegt der Vollzug der Sicherungsverwahrung, die im Folgenden aber außer Betracht bleiben soll (dazu Köhne 2005).

Für den Vollzug der Strafe, der Untersuchungshaft und der Sicherungsverwahrung ist die Justiz zuständig, weshalb sinnfölig von „Justizvollzug“ die Rede ist: Geföngnisse, Strafanstalten, Haftanstalten... Der therapeutische Maßnahmevollzug liegt in der Verantwortung der Sozial- und Gesundheitsressorts: psychiatrische Krankenhöuser, Suchtfachkliniken, Forensik... In beiden Sektoren gibt es Grenzfölle, die aber die Systematik nicht in Frage stellen: Im Justizbereich die sozialtherapeutischen Anstalten, im Gesundheitsbereich die im Vordringen befindlichen Hochsicherheits-Verwahranstalten („long stay units“, s.u. 4.).

Gemeinsamkeiten und Differenzen

Als Gemeinsamkeiten des Justiz- wie des Maßnahmevollzuges lassen sich ausmachen: löngerfristige Freiheitsentziehung in totalen Institutionen; strafrichterlich begründet, kontrolliert und beendet; Kriminalkontext: rechtswidrige (Straf-)Tat als Strafgrund bzw. Maßnahmeanlass; hoheitlicher Vollzug (Regelfall; Privatisierung als im Vordringen befindliche, aber heftig umstrittene Variante im Maßnahmevollzug, vgl. Grünebaum 2006) in Verantwortung der Bundesländer.

Differenzen ergeben sich aus der Zwecksetzung und Aufgabenstellung (s.o.), aus der Befristung (im Maßnahmevollzug regelmösig unbefristet) sowie aus dem Organisationsmodell (juristisch-bürokratisch vs. medizinisch-therapeutisch) und der Personalstruktur (insb. Vollzugsdienst vs. Pflegedienst).

Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen beider Spuren haben sich historisch aus dem klassischen Strafrecht einerseits und dem umfassenden Polizeirecht andererseits entwickelt. Diese traditionelle Ausdifferenzierung wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts in ein integriertes kriminalrechtliches Modell transformiert (ausf. Pollähne 1999).

Die Rechtsgrundlagen für die Unterbringung finden sich einheitlich im Strafgesetzbuch, für

die Vollstreckung über verschiedene Strafgesetze verstreut (ausf. Pollähne/Böllinger 2005); lediglich das Vollzugsrecht hat sich getrennt voneinander entwickelt.¹⁰ Nach – noch geltendem – Bundesmaßregelvollzugsrecht wird dem in der Forensik Untergebrachten „die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil“.¹¹ Uneinheitliche Detailregelungen zur Gesundheitsfürsorge finden sich im Landesrecht.¹²

3. Gesundheitsförderung im therapeutischen Maßnahmevollzug

Aus diesen allgemeinen Vorgaben und einigen weiteren Aspekten ergeben sich Besonderheiten für die Gesundheitsförderung im therapeutischen Maßnahmevollzug:

Kriminaltherapieziele und interkurrente Gesundheit

Kriminaltherapie ist die (möglichst erfolgreiche) Behandlung jener Krankheit/Störung, die für die Kriminalität – begangene wie erwartete Taten – (mit)verantwortlich gemacht wird. Jenseits medizinischer Therapieziele (Heilung) drängt sich als Erfolgskriterium die Legalbewährung auf. Im Hinblick auf die Anlasserkrankung haben wir es mit einer sehr spezifischen Variante der Gesundheitsversorgung zu tun, die im Hinblick auf die psychosoziale „Gesundheit“ starke Förderanteile aufweisen muss, zu leisten im Rahmen von Pflege, Betreuung und Rehabilitation (Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, 123 ff., 167 ff.). Die allgemeine Gesundheitsversorgung ist – auch in psychiatrischen Kliniken – für die Behandlung sog. interkurrenter Krankheiten erforderlich (vgl. Wagner in Kammeier 2002 Rn. D 2, 10 ff. und 112 f.). Sie kann und sollte sinnvoll ergänzt werden durch allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des vorbeugenden Gesundheitsschutzes.¹³

Zwischen beiden Referenzpunkten existieren fließende Übergänge: So ergeben sich zusätzliche Gesundheitsprobleme durch „Risiken und Nebenwirkungen“ psycho-pharmakologischer Kriminaltherapie und durch spezifische Hospitalisierungsphänomene als Folge langandauernder, unbestimmter und unbefristeter Unterbringung (s.u.). Zugleich sind allgemeine Gesundheitsbedingungen als Basis erfolgreicher Kriminaltherapie und maßregelspezifischer Resozialisierung unverzichtbar.

„Soweit es um den Anspruch der Patienten auf Behandlung geht, leitet sich dessen Inhalt aus den Gesichtspunkten des Sonderopfers und des Sozialstaatsprinzips ab. Deshalb umfasst die Behandlung im Anspruchskontext all jene Maßnahmen, die dem Patienten das Sonderopfer der Unterbringung erträglicher machen. Dann kann Behandlung also

10 Strafvollzugsrecht des Bundes, aktuell allerdings von Herabföderalisierung bedroht (vgl. Feest/Weichert in AK-StVollzG vor § 151 Rn. 1 ff. m.w.N.); Maßregelvollzugsrecht der Länder, vgl. im Überblick Volckart/Grünebaum 2003 und Kammeier 2002.

11 Ausf. dazu Pollähne in AK-StVollzG § 136 Rn. 10 ff. und § 137 Rn. 4 m.w.N.

12 Überblick bei Gabriel/Marschner in Kammeier 2002 Rn. E 11 ff. m.w.N., vgl. auch Volckart/Grünebaum 2003, 194 ff.

13 Zur landesrechtlichen Duldungspflicht (bzgl. Hygiene, Untersuchungen...) vgl. Gabriel/Marschner in Kammeier 2002 Rn. E 20 ff. m.w.N.



AG 4: „Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“

nicht nur die Therapie der Anlasskrankheit und ihrer Symptome bedeuten, sondern erfasst darüber hinaus die allgemeine Krankenfürsorge und die Rehabilitation bzw. resozialisierende Behandlung“ (Wagner a.a.O. Rn. D 12).

Gesundheit zwischen Besserung und Sicherung

Im therapeutisch orientierten Maßnahmevollzug muss sich die Förderung der Gesundheit mit den konkurrierenden Zwecksetzungen der Besserung und Sicherung arrangieren, zu denen sie quer liegt.

Der Besserungsauftrag zur kriminaltherapeutischen Behandlung der Anlasserkrankung umfasst im engeren Sinn medizinische, im weiteren Sinne psycho- und sozialtherapeutische Ansätze sowie Maßnahmen der Pflege, Betreuung und Rehabilitation. Daraus ergeben sich in erheblichem Umfang Aufgaben der Gesundheitsversorgung und -förderung, aber eben vorrangig maßregelspezifisch und kriminaltherapeutisch orientiert.

Der Sicherungsauftrag erschöpft sich weithin in einer möglichst erfolgreichen Besserung zum Schutz der Allgemeinheit nach Entlassung des Untergebrachten. Daneben geht es um Entweichungsvorsorge nach außen und Sicherheitsgewährleistung nach innen. In dieser letzten Hinsicht bestehen – jenseits spezifischer Problemlagen des besonderen Klientels im Maßnahmevollzug – keine wesentlichen Unterschiede zu andern Formen des Freiheitsentzuges.

Dass das Programm „Besserung und Sicherung“ in Krankenhäusern und Fachkliniken exerziert wird, bedeutet keineswegs, dass darüber hinausgehende Aspekte der Gesundheitsversorgung und -förderung per se Beachtung fänden. Interkurrente Gesundheitsprobleme stellen sich hier gleichermaßen, wie in anderen Formen des Freiheitsentzuges, und sie sind im therapeutischen Maßnahmevollzug nicht schon deshalb „gut aufgehoben“, weil dort „Gesundheitspersonal“ am Start ist; vielmehr besteht die Gefahr, dass spezifischer Bedarf an Gesundheitsförderung gerade deshalb aus dem Blick gerät.

Gesundheitsförderung und Hospitalismusprävention

Hospitalismus als allgemeines Problem totaler Institutionen findet sich auch im Langstrafenvollzug (incl. Sicherungsverwahrung). Im Rahmen langjähriger Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus handelt es sich aber um die geradezu klassische „Nebenwirkung“ stationärer Therapieansätze. Hospitalismus-Prävention ist deshalb eine Daueraufgabe im Maßnahmevollzug. Spätestens zur Entlassungsvorbereitung müssen sich die Einrichtungen darum kümmern, etwaigen psychosozialen Hospitalisierungsfolgen zu begegnen, um einem baldigen „Scheitern an den Realitäten der Freiheit“ vorzubeugen.¹⁴

¹⁴ Vgl. zur Rolle der sog. „Vollzugslockerungen“ in diesem Kontext Pollähne in Kammeier 2002 Rn. F 15 m.w.N. und a.a.O. Rn. F 136 ff. zu Entlassungsvorbereitungen.

Hier kommen auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ins Spiel, die insbesondere darauf abzielen müssen, dem in die Gesellschaft zu Reintegrierenden die Eigenverantwortung auch für die Gesundheit zu ermöglichen. Zum Kampf gegen Windmühlenflügel gerät dieser Ansatz, wenn eine Entlassung auf lange Zeit unabsehbar ist oder bis auf weiteres sogar völlig ausgeschlossen wird: Fördermaßnahmen mit dem Ziel final intramuraler Gesundheit verlieren ihre rehabilitative Legitimation (s.u. 4. zur Long-stay-Problematik).

Besonderheiten der forensischen Psychiatrie

Viele der bisher erörterten Problemlagen ergeben sich im Rahmen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, nicht zuletzt als Folge oft langjähriger Aufenthalte. Bevor auf Spezifika des Maßnahmenvollzuges in Suchtfachkliniken (Entziehungsanstalten) eingegangen wird (s.u.), seien einige Besonderheiten der forensischen Psychiatrie präzisiert:

Bereits Erwähnung fand, dass die Unterbringung generell unbefristet erfolgt (vgl. Locatin 2005, 75 f.) und die konkrete Dauer in aller Regel prognoseabhängig ist (Pollähne 2006b); nur in Ausnahmefällen kann sie auch aus anderen Gründen, insbesondere wegen Unverhältnismäßigkeit beendet werden. Der Vollzug findet in psychiatrischen Krankenhäusern statt, soweit er nicht in der Entlassungsvorbereitungsphase in Übergangswohnheimen o. ä. fortgesetzt wird. Auch wenn sich die „Forensik“ nicht nur optisch von psychiatrischen Krankenhäusern immer weiter entfernt und gleichzeitig den als Justizvollzugsanstalten konzipierten Einrichtungen der Sicherungsverwahrung immer mehr annähert, gilt bis auf weiteres, dass sich der psychiatrische Maßregelvollzug „nach ärztlichen Gesichtspunkten“ richtet.¹⁵

Jenseits dessen verdient Beachtung, dass in der Praxis eine gewisse „Hypertrophie des Therapiebegriffs“ zu beobachten ist (Pollähne in AK-StVollzG vor § 136 Rn. 12): Im Zweifel gilt alles als Therapie, besonderes Merkmal einer totalen therapeutischen Institution. Jenseits psycho-, sozio- und – zunehmend – verhaltenstherapeutischer Ansätze (ausf. Stolpmann 2001 und Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, 55 ff.) wird die Kriminaltherapie in der Forensik psycho-pharmakologisch dominiert, mit den bekannten „Risiken und Nebenwirkungen“. Gesundheitsfürsorge gerät hier leicht in die Rolle des Reparaturbetriebs. Therapeutische Risiken, die nach den Regeln der psychiatrischen Kunst eingegangen werden müssen und den rechtlichen Vorgaben gemäß eingegangen werden dürfen, und dementsprechend unausweichliche und hinzunehmende Nebenwirkungen sind aber selbstverständlich auszugleichen (vgl. auch Locatin 2005, 76).

Ein Spezialproblem der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie ist der anhaltende Trend zurück zur „Pflegeanstalt“, die Rede ist immer häufiger von „forensischen Dauerpflegefällen“ (zur Long-stay-Perspektive s.u. 4.).

¹⁵ Vgl. zu § 136 S. 1 StVollzG Pollähne 2006 § 136 Rn. 4 ff.; zum Maßregelvollzug in der Allgemeinpsychiatrie Crome 2005.



Besonderheiten der forensischen „Entziehungsbehandlung“

Die strafrechtliche Unterbringung in Suchtfachkliniken (gemäß § 64 StGB sog. „Entziehungsanstalten“) unterscheidet sich von der forensischen Psychiatrie i. e. S. zunächst einmal dadurch, dass das Nebeneinander von Unterbringungsanordnung und Freiheitsstrafe hier die Regel ist. Auch nach einer – im Vergleich zu anderen stationären Angeboten – langen Unterbringung bleibt in vielen Fällen eine Reststrafe offen, die zu vollstreckungs- und vollzugsrechtlichen Kompromissen zwingt. Andererseits steht der Untergebrachte permanent unter der Drohung, die Unterbringung „zu Gunsten“ des Strafvollzuges zu beenden.

Im Vergleich zu sonstigen stationären suchttherapeutischen Ansätzen hält der Maßregelvollzug am Abstinenzdogma fest, weshalb etwa die Substitutionsbehandlung praktisch kein Thema ist: Freilich ist auch hier nach den – selbstverständlich auch für die forensische Psychiatrie geltenden – Regeln der ärztlichen und psychotherapeutischen Kunst und der Therapiefreiheit im Einzelfall zu entscheiden, „ob der gezielte Einsatz von Ersatzdrogen in einer spezifischen Behandlungsphase das Mittel der Wahl ist“ (Pollähne/Stöver 2005, 150 m.w.N.).

Als besondere Herausforderungen stellen sich zahlreiche Fälle der Komorbidität (Stolpmann 2001, 60, 208, 247; Nedopil 2000, 100, 116) und die Überlagerung mit kriminaltherapeutischen Ansätzen (Pollähne in AK-StVollzG § 137 Rn. 2). Ungeachtet dessen stellen sich für die Gesundheitsförderung in diesem Bereich keine prinzipiell anderen Herausforderungen als gegenüber Strafgefangenen mit Suchtproblemen oder sonstigen stationären Abhängigkeitsbehandlungen (insbesondere Infektionsprophylaxe).

Vorsorge für Nachsorge

Obwohl die überragende Bedeutung einer funktionierenden Nachsorge für das Gelingen des therapeutischen Maßnahmevollzuges mittlerweile zur Binsenweisheit gediehen ist,¹⁶ liegt hier noch immer vieles im Argen: Probleme der Koordinierung und Kooperation, Finanzierung und Organisation der Übergänge (exempl. Pörksen/Scholz 2003). Die von der Bundesregierung geplanten gesetzlichen Änderungen in diesem Feld¹⁷ sind zwar begrüßenswert, dürfen aber die ohnehin bestehenden Vollzugsdefizite nicht einfach erweitern.

Ungeachtet dessen muss die ambulante Nachbetreuung bereits im Vollzug vorbereitet und eingeleitet werden: Die Nachsorge bedarf der Vorsorge! Im Rahmen von Entlassungsvorbereitungen kommt dabei auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ein besonderer Stellenwert zu (s.o.). Im Setting von Übergangswohnheimen und Wohngemeinschaften bieten sich zahlreiche Übungsfelder, das zu Übende muss aber bereits im Vollzug vermittelt worden sein.

16 *Exempl. und ausf. die Beiträge in Egg 2004 (auch zum Strafvollzug), vgl. auch Steinböck et al. 2004 sowie Hax-Schoppenhorst/Schmidt-Quernheim 2003, 167 ff.*

4. Gesundheitsförderung an Schnittstellen

Es gibt Anzeichen dafür, dass sich im Strafvollzug deutlich mehr psychisch kranke oder gestörte Menschen befinden als im psychiatrischen Maßnahmenvollzug (Konrad 2000 und 2004b m.w.N.). Für den Suchtbereich gilt das ohnehin: die weitaus meisten stationär untergebrachten Straftäter mit Abhängigkeitsproblemen sitzen im Justizvollzug! Während das Nebeneinander im letztgenannten Versorgungssektor weder problematisiert noch als Kooperationsressource thematisiert wird, werden die psychosozialen Versorgungslücken im Justizvollzug inzwischen als Problem wahrgenommen (ausf. Konrad 2003 und 2004a). Auf der Suche nach Lösungen werden sowohl forensisch-psychiatrische Konsiliardienste im Justizvollzug als auch die Inanspruchnahme der Forensik für Zwecke der Vollzugspsychiatrie erwogen – diese Schnittstellen (vgl. Pollähne 1999 und Konrad 2000) gilt es abschließend zu thematisieren:

Forensisch-psychiatrische Konsiliardienste im Justizvollzug?

Wo die Gesundheitsversorgung im Justizvollzug in der Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen an ihre fachlichen Grenzen stößt, müssen Konsiliardienste in Anspruch genommen werden: Vorrangig wären dafür externe Ärzte hinzuzuziehen, was z. T. auch geschieht. Geht es – ähnlich wie bei Unterbringungen nach § 63 StGB – um spezifische delikt-relevante Störungen, mag es nahe liegen, forensisch-psychiatrische Konsiliardienste aus dem Maßnahmenvollzug in Anspruch zu nehmen, wo dies praktikabel erscheint; wegen der notorischen Überlastung der Forensik dürfte dies ohne Gegenleistungen aber kaum zu machen sein. Wichtig ist, darauf zu achten, dass solche Konsiliardienste tatsächlich indiziert sind: Einer forensischen Psychiatriisierung des Justizvollzuges ist ebenso vorzubeugen wie eines justiziellen Missbrauchs der Forensik!

Ein forensisch-psychiatrischer Beitrag zur Gesundheitsförderung in Haft erscheint allerdings nur sehr begrenzt vorstellbar (vgl. Konrad 2004a, 382 f.), während es nicht völlig abwegig ist, dass sich die Forensik im Justizvollzug über Programme der allgemeinen Gesundheitsförderung beraten lässt.

Forensik als Justizvollzugspsychiatrie?

In Ausnahmefällen kann die psychiatrische Versorgung im Justizvollzug auch deshalb an ihre Grenzen stoßen, weil der Bedarf nach einer stationären Behandlung im Justizsystem nicht gewährleistet werden kann: Vollzugsinterne psychiatrische Abteilungen existieren bisher nur vereinzelt (Konrad 2003, vgl. Witzel/Gubka 2002). Grundsätzlich wäre dann

17 GesE zur Reform der Führungsaufsicht (BR-Drs 256/06), insb. Maßnahmen zur Krisenintervention (a.a.O. S. 5, 28: § 67h StGB), gesetzliche Verankerung einer forensischen Ambulanz (a.a.O. S. 6, 30: § 68a StGB) und einer Nachsorgeweisung (a.a.O. S. 8, 37: § 68b Abs. 2 StGB), vgl. dazu Schalast 2006.



AG 4: „Besonderheiten und Schnittstellen zwischen Justiz- und Maßregel-, Behandlungs-, Maßnahmen-, Weisungen- und Sondervollzug“

primär auf die reguläre allgemeinspsychiatrische Versorgung zurückzugreifen. Eine Verlegung in den therapeutischen Maßnahmevollzug kommt allenfalls aus Gründen der Subsidiarität dort in Betracht, wo andernfalls aus Sicherheitsgründen (insbesondere Fluchtgefahr, Fremdgefährdung) eine allgemeinspsychiatrische Behandlung ausscheiden müsste.

Dies wird auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben müssen: Der Forensik darf nicht die Aufgabe einer allgemeinen Justizvollzugspsychiatrie zugedacht werden. Insbesondere dürfen Gefangene nicht gegen ihren Willen in den Maßregelvollzug verlegt werden (vgl. auch Pollähne in AK-StVollzG vor § 136 Rn. 37).

Long-stay-Gesundheit für „Untherapierbare“?

„Gesundheit und ein langes Leben... in Unfreiheit!“ könnte als zynisches Motto über einem Beitrag zur Gesundheitsförderung in sog. „long stay units“ des Maßnahmevollzuges stehen. Jenseits des fachlichen Streits darüber, wer überhaupt als „untherapierbar“ gelten darf (exempl. die Beiträge in Recht & Psychiatrie 1/2002), und der menschenrechtlichen Probleme (Pollähne 2005), nähert sich die finale Forensik in der ultimativen Verwahrungsvariante dem Justizvollzug von Sicherungsverwahrung und lebenslanger Freiheitsstrafe an.

Die spezifischen Probleme der Gesundheitsversorgung und -förderung in lebenslanger Verwahrung sind noch nicht hinreichend diskutiert – sie stellen sich aber im Justiz- wie im Maßnahmevollzug gleichermaßen (vgl. auch Feest/Köhne in AK-StVollzG zu §§ 129 ff.): Den Betroffenen vor „Schäden eines langen Freiheitsentzuges (zu) bewahren“ (§§ 3 Abs. 2, 131 S. 1 StVollzG), sollte eine humanitäre Selbstverständlichkeit sein! Dient die Gesundheitsfürsorge aber letztlich dazu, das lebendige Begräbnis „besser“ ertragen zu können und in Aufrechterhaltung der Vollzugstauglichkeit die Freiheitsentziehung zu verlängern, so erwächst ihr ein menschenrechtsfeindlicher Zynismus, der mit den Regeln ihrer Kunst kaum zu vereinbaren sein dürfte!

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Justiz- vs. Maßnahmevollzug: Länder-Spezifika

In Anknüpfung daran ging es der AG zunächst darum, Unterschiede zwischen beiden Ländern herauszuarbeiten bzw. einander verständlich zu machen. Im Mittelpunkt stand dabei der Befund, dass der deutsche Maßregelvollzug im Gesundheitsressort angesiedelt ist, in Krankenhäusern und Kliniken exerziert wird, unter ärztlicher Verantwortung steht und mit therapeutischem und Pflegepersonal ausgestattet ist. Demgegenüber ist der österreichische Maßnahmevollzug (mit wenigen Ausnahmen) als Justizvollzug organisiert.

Justiz- vs. Maßnahmevollzug: Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Im weiteren Verlauf wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Justiz- und Maßnahmevollzug thematisiert und diskutiert. Überwiegende Einigkeit bestand dahingehend, dass eine klientel-spezifische Gesundheitsförderung nicht allein deshalb im Maßnahmevollzug per se gewährleistet sei, weil er an therapeutischen Erfordernissen ausgerichtet werde. Gerade im deutschen Organisationsmodell des Maßregelvollzugs als integralem Bestandteil des psycho-sozialen Gesundheitssektors bestehe vielmehr das Risiko, diese besondere Herausforderung zu unterschätzen: hier sei der Justizvollzug zum Teil schon weiter.

Wichtig sei die Betonung der Gesundheitsfürsorge im Rahmen der Hospitalismus-Prävention – die „Reparatur“ bereits eingetretener Hospitalisierungsschäden komme oft zu spät. Häufig wurden Nachsorgeprobleme thematisiert, aber auch betont, dass Gesundheitsförderung kein bloßes Nachsorgeproblem sei: Auch hier gelte es, Übergänge zu organisieren.

Gestaltungsspielräume für Einzelinitiativen

Berichtet wurde von verschiedenen Einzelinitiativen (z.B. Beratungs- oder Kochgruppen), oft zeitlich und räumlich sehr begrenzt und von individuellen Interessen einzelner Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter abhängig. Allerdings biete der Maßregelvollzug hier tendenziell eher Gestaltungsspielräume, auch könne die Offenheit für externe Dienste genutzt werden.

Im Zuge absoluter Steigerungen der Patientenzahlen bei relativer Reduzierung des Personals seien solche Einzelinitiativen aber vorrangig gefährdet, weil sie nicht zum „Pflichtprogramm“ zählen. Es bestand weitgehend Einigkeit, dass dies kurzfristig ist.

Weiterführende Anregungen:

Aus den Kreisen der AG-Teilnehmer/innen wurden folgende weiterführenden Anregungen formuliert:

- Gesundheitsförderung als Bestandteil von Aus- und Fortbildung;
- Kooperation mit der Allgemeinpsychiatrie (wo dies organisatorisch und räumlich praktikabel ist);
- Einbeziehung der Patienten in allgemeine Reinigungs- und Hygienemaßnahmen (wird z. T. extern organisiert; Widerstreit mit Krankenhausrationalitäten);
- Erweiterung sporttherapeutischer Maßnahmen in Richtung allgemeiner gesundheitsförderlicher Angebote.



Literatur

- Crome, A. (2005): Forensische Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (WzFPP) Heft 2, 2005, 51–60
- Egg, R. (ed.) (2004): Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug. Wiesbaden: KrimZ, 2004
- Feest, J. (ed.) (2006): StVollzG. Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. 5. Aufl. Neuwied: Luchterhand, 2006 (zit. AK-StVollzG)
- Grünebaum, R. (2006): Zur Privatisierung im Maßregelvollzug – Wie eine Diskussion haar-scharf am Kern vorbeigeht. In: Recht & Psychiatrie, 2006, 55–59.
- Hax-Schoppenhorst, T., Schmidt-Quernheim, F. (2003): Professionelle forensische Psychiatrie. Bern: Huber, 2003
- Kammeier, H. (ed.) (2002): Maßregelvollzugsrecht. 2. Aufl., Berlin: W. de Gruyter, 2002
- Köhne, M. (2005): Mehr Resozialisierung in der Sicherungsverwahrung? In: Bewäh-rungshilfe, 2005, 278–284
- Konrad, N. (2000): Schnittstellen zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug. In: Foren-sische Psychiatrie und Psychotherapie (WzFPP) Heft 1, 2000, 77–94
- Konrad, N. (2003): Die Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzug. In: Recht & Psychiatrie, 2003, 5–8
- Konrad, N. (2004a): Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: Venzlaff/Foerster (ed.) Psychiatrische Begutachtung. 4. Aufl, München: Elsevier, 2004, 371–384
- Konrad, N. (2004b): Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfrei-heitsstrafe. In: Recht & Psychiatrie, 2004, 147–150
- Locatin, P. (2005): Alltagspraktische und ethische Probleme der Gesundheitsfürsorge im Vollzug – eine Gratwanderung. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. et al. (ed.) Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Dokumentation, Berlin, 2005, 70 –76
- Nedopil, N. (2000): Forensische Psychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart/New York: Thieme, 2000
- Pollähne, H. (1999): Maßregelvollzug zwischen Strafvollzug und Psychiatrie. In: Weigand (ed.) Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion. Münster: Votum, 1999, 37–54
- Pollähne, H. (2003): Die einstweilige Unterbringung des § 126a StPO im Recht. Teil 2: Vollstreckung und Vollzug. In: Recht & Psychiatrie, 2003, 57–75
- Pollähne, H. (2005): Wenn Patienten in „long stay units“ (ver)enden. In: GrundrechteRe-port 2005. Frankfurt/M.: Fischer, 2005, 195–200

- Pollähne, H. (2006b): Kriminalprognostik zwischen richtigen Basisraten und falschen Positiven. In: Barton (ed.) „...weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!“. Baden-Baden: Nomos, 2006, 221–258
- Pollähne, H., Böllinger, L. (2005): Maßregelvollstreckungsrecht (§§ 67 ff.). In: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (ed.) Nomos-Kommentar zum StGB. 2. Aufl., Baden-Baden: Nomos, 2005
- Pollähne, H., Stöver, H. (2005): Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach/Stöver (ed.) Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland – Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg i. B.: Lambertus, 2005, 140–151
- Pont, J., Wool, R. (o. D.): Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt. Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen. BMJ, Wien
- Pörksen, N., Scholz, W. (2003): Wer hat den schwarzen Peter? Zur (Un-)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. In: Recht & Psychiatrie, 2003, 47–51
- Schalast, N. (2006): Anmerkungen zum Gesetzentwurf des BMJ zur Neuregelung der Führungsaufsicht. In: Recht & Psychiatrie, 2006, 59–64
- Steinböck, H. et al. (2004): Ambulante Betreuung forensischer Patienten. In: Recht & Psychiatrie, 2004, 199–207
- Stolpmann, G. (2001): Psychiatrische Maßregelbehandlung. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Stöver, H. (2005): Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. et al. (ed.) Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Dokumentation, Berlin, 2005, 21–41
- Tielking, K., Becker, S., Stöver, H. (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Oldenburg: bis, 2003
- Volckart, B., Grünebaum, R. (2003): Maßregelvollzug. 6. Aufl., Neuwied: Luchterhand, 2003
- Witzel, J.G., Gubka, U. (2002): Ergebnisse der stationären Akutbehandlung psychisch kranker Häftlinge. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (WzFPP) Heft 2, 2002, 49–59



AG 5: „Sexualität in Haft“

Moderation: Peter Wiessner und Mihaela Štukelj
Übersetzung: Matjaž Glavan





Der Diskurs über Sexualität in Haft hat mehrere Ebenen, die, abhängig von den Interessen der Gesprächsteilnehmer, mal lüstern, mal moralisch gefärbt und aufgeregt, daher kommen. Innerhalb der Haftanstalten – also von denjenigen, die eigentlich am besten Bescheid wissen müssten – wird das Thema „Sex in Haft“ gerne „unter den Teppich“ gekehrt. Die damit einhergehenden Betrachtungsweisen und Klischees haben konkrete Auswirkungen auf die Lebenssituation der Gefangenen und den Rahmen, in dem Prävention in Haft gedacht, organisiert und verwirklicht werden kann. Dieser Beitrag setzt sich mit den sich daraus ergebenden Auswirkungen auseinander. Die Inhalte wurden während der Konferenz im Rahmen eines Workshops zur Diskussion gestellt.

Pornographie und sexuelle Gewalt in Haft

Wenn ich von meinen Erfahrungen in der Haftarbeit und den Präventionsveranstaltungen, die wir als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen in Haft anbieten, berichte, nehme ich manchmal ein Leuchten in den Augen meiner Gesprächspartner/innen wahr. Ich habe mich daran gewöhnt, dass dieser Arbeitsbereich in eigenartiger Art und Weise die Phantasie meiner Mitmenschen anregt. Vielleicht ist dies dadurch zu erklären, dass nur wenig über die Lebensverhältnisse von Menschen in Haft nach draußen dringt. Wer wenig mit der Lebenswelt Gefangener zu tun hat kann sich offensichtlich kaum vorstellen, wie es ist, auf lange Zeit eingesperrt zu sein:

Wie arrangieren sich Gefangene mit ihrem Schicksal? Wie gehen sie – eingesperrt und fernab vertrauter Menschen – mit ihren Sehnsüchten um?

All dies fördert die Phantasie und bei manchem auch die Lüsternheit. Letzterer wird vor allem in der schwulen Pornoliteratur freien Lauf gelassen. Das Haftsetting bietet dabei den passenden Hintergrund für die sexuellen Handlungen der Akteure. Ein kurzes Zitat aus einem entsprechenden Produkt verdeutlicht das dabei abgehandelte Themenspektrum, „harter Tobak“, für ungeneigte Leser/innen:

„Los, los, ausziehen!“ sagte er ungeduldig. Flink schlüpfte ich aus meiner Hose, denn mehr hatte ich in der Eile sowieso nicht angezogen. Mit eiskalten, berechnenden Blicken wurde ich von den beiden gemustert, als ob ich ein Stück Vieh oder Ware wäre. Dann bekam ich meine lang ersehnte Einführung.“ (Tasler 1999, S. 75)

Menschen werden in literarischen Ergüssen wie diesen ihres Menschseins beraubt. Sie werden gedemütigt und in der Phantasie zum Tier oder zur Ware erniedrigt. Wie es um die tatsächliche Situation der Gefangenen bestellt ist, spielt dabei keine Rolle.

Schenkt man der Pornoliteratur Glauben, dann sind es vor allem schwule Männer, die das Thema „Sex in Haft“ besetzt halten. In den entsprechenden Publikationen und Filmen geht es in sich variierendem Rollenspiel um Abhängigkeit, Unterdrückung, um Leid und um

Lust. Die Unterwerfung und Vergewaltigung der Protagonisten wird dabei beidseitig auskosten und genossen. Die Darstellung von (politisch völlig unkorrekten) Demütigungen wird für alle Beteiligten zum süßen Erlebnis: insgeheim wird alles was geschieht – und sei es noch so abwegig – gewollt und genossen...

Ich will mit diesem Beitrag nicht zur weiteren „Vernebelung“ des Themas „Sex in Haft“ beitragen. Mit dem Alltag als Mitarbeiter einer AIDS-Hilfe im Haftbereich hat all das wenig zu tun.

Dramatisch ist jedoch, dass Hilfsstrukturen und Präventionsmöglichkeiten kaum vorhanden sind, obwohl es in Haftanstalten immer wieder zu sexueller Gewalt unter Gefangenen kommt. Gefangene wissen nicht, wohin sie sich wenden sollen, wenn sie sexuell missbraucht, zu sexuellen Dienstleistungen gezwungen oder gar vergewaltigt worden sind. Bedienstete bekommen davon kaum etwas mit: Betroffene Gefangene werden sich in aller Regel hüten, ungeschützt davon zu sprechen. Tun sie es trotzdem, gehen sie ein reales Risiko für Leib und Leben ein, dies vor allem dann, wenn keine Strukturen geschaffen sind und sie nicht auf den unmittelbaren Schutz zählen können.

Außerhalb des Justizvollzugs selbstverständlich vorhandene Versorgungsstrukturen und Präventionsmöglichkeiten nach sexuellen Gewalterfahrungen bleiben den Gefangenen in der Regel verwehrt: Es gibt für sie weder die Möglichkeit der Postexpositionsprophylaxe zur Vermeidung einer HIV-Infektion, noch gibt es die Möglichkeit der aktiven Hepatitis-B-Impfung nach sexueller Exposition. Letztere Vorbeugungsmaßnahme könnte dann überflüssig werden, wenn die Impfempfehlungen des Robert Koch Instituts endlich flächendeckend umgesetzt würden: Es ist ärgerlich und bedauerlich, dass den meisten der in Deutschland lebenden Gefangenen eine Hepatitis-B-Impfung verwehrt wird.

Mir sind keine Gefängnisse bekannt, die Strukturen geschaffen hätten, um betroffenen Gefangenen nach einer sexuellen Exposition die Möglichkeit zu geben, sich vor diesen sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen. Angesichts der hohen Prävalenz von Hepatitiden und HIV in Haft ist die Abwesenheit entsprechender Versorgungsstrukturen bedenklich.

Die mit diesen Gewaltakten einhergehende Verleugnung durch Bedienstete und Häftlinge, das Schweigen darüber, unterstützt die Untätigkeit in diesem Bereich. Zur Verleugnungstaktik trägt die Scham der Gefangenen bei. Sexuelle Gewalterfahrungen werden als erniedrigend und demütigend erlebt, dem vergewaltigten Gefangenen ist in der Hierarchie die unterste Stufe zugewiesen. Der dadurch entstehende Leidensdruck trägt nicht dazu bei, dass Gefangene gerne davon sprechen. Würden Bedienstete im Justizvollzug an diesem Thema arbeiten, müssten sie sich auch an die zwischen den Gefangenen existierenden Machtstrukturen heranwagen. Dies ist ein heikles Thema und möglicherweise unterbleiben auch deshalb entsprechende Interventionen.



Der moralisierende Blick: „Liebesspiele in der Krankenstation. Häftlinge bekommen Sex und Döner auf Bestellung“.

Ganz im Gegensatz zur Pornoliteratur wird ansonsten das Thema Sex in Haft gerne skandalisiert: dringen Fälle nach draußen, dann bietet das den Medien gute Schlagzeilen zum Verkauf ihres Produkts.

Der dabei frei werdenden Aufregung liegt eine Vorstellung zugrunde, wonach in Haft eine Strafe gebüßt und hart gearbeitet werden müsse. Dass in Haft auch Sex (und Lust) stattfinden kann, dass Sex gar ein Grundrecht der Gefangenen ist – all dies scheint in der Vorstellungswelt der Öffentlichkeit keinen Ort zu haben. Kommt es zur Enthüllung, bietet die Verblüffung darüber verkaufsträchtige Schlagzeilen.

Die Justiz erleidet dabei ein ähnliches Schicksal wie die Kirchen: gelebte Lust an lustfernen Orten wird zum Skandal, da es die an die Gesellschaft gesandten Botschaften unterminiert. Um als Institution nicht in Frage gestellt zu werden, darf deshalb nichts an die Öffentlichkeit dringen: auch deshalb muss Sex in Haft zwangsläufig im Verborgenen stattfinden bzw. verborgen gehalten werden.

Als kurzes Beispiel für diese Mechanismen zitiere ich Auszüge aus der Süddeutschen Zeitung vom 17.03.2006. Der Artikel hat die Überschrift „Liebesspiele in der Krankenstation. Häftlinge bekommen Sex und Döner auf Bestellung“. In dem Artikel wird über sexuelle Beziehungen eines Häftlings mit weiblichen Bediensteten berichtet. Man kann davon ausgehen, dass Justizvollzugsanstalten Schlagzeilen wie diese nicht besonders schätzen.

Die Zitate aus dem Bericht verdeutlichen die moralische Färbung des Autors:

„Bestechliche Beamte in den Gefängnissen von Augsburg und Landsberg – die Justiz behandelt die Fälle diskret.“

„Haftmauern wirken von außen abschreckend (...) Wie man sich täuschen kann (...) Hinter Gittern geht es bisweilen fröhlich und freizügig zu.“

„(...) in der Augsburger JVA, in Sichtweise des Doms gelegen (...)“

Es wäre einfach, weitere Beispiele zur Verdeutlichung vorzubringen. Die Botschaft ist angekommen: Das Vorhandensein von Sex in Haft ist ein Skandal. In Haft – so wird uns nahe gelegt – darf es nicht fröhlich zugehen. Zügellosigkeit ist mit Strafe unvereinbar. Dass die Augsburger Haftanstalt in Sichtweise des Doms gelegen ist, scheint den Skandal zu verdoppeln. Auch Kirche und Sex sind in der Vorstellungswelt konservativ denkender Geister unvereinbar. Beispiele wie diese – so scheint es – beschmutzen die Grundfeste des Glaubens und erschüttern die Fundamente der Rechtsstaatlichkeit.

Auswirkungen auf Prävention im Strafvollzug

Die Furcht vor einer Skandalisierung durch die Medien bewirkt, dass sich Landesregierungen und Verantwortliche im Justizvollzug den Themen Prävention in Haft nur zögerlich annähern.

So gibt es für Gefangen in vielen Haftanstalten kaum Möglichkeiten, sich in der Ausübung ihrer sexuellen Handlungen zu schützen. Dies ist bedenklich, da die Gefahr, sich in Haft durch HIV und Hepatitiden zu infizieren, um ein Vielfaches höher ist als außerhalb des Justizvollzugs.

Gefangene in bayerischen Haftanstalten haben keinen freien und anonymen Zugang zu Kondomen. Möchte ein Gefangener sich durch den Gebrauch von Kondomen schützen, muss er erst zum medizinischen Dienst, um eines „verschrieben“ zu bekommen. Es gibt kaum Gefangene, die dazu genug Selbstbewusstsein haben. In fünf Jahren praktischer Betreuungsarbeit in der JVA Bernau habe ich dies nur ein einziges Mal erlebt.

Wenn wir in Präventionsveranstaltungen mit Gefangenen über diese Möglichkeit sprechen, sagen sie frank und frei, dass dies für sie unter gar keinen Umständen in Frage kommt:

„Dann denkt ja jeder, ich bin schwul.“

Meiner Erfahrung nach ist es nur Gefangenen mit stabiler Identität als Homosexuelle möglich, diese Hürde zu überwinden. Es gehört viel Mut dazu, den medizinischen Dienst um Kondome zu bitten.

Auf meine Frage an den medizinischen Dienst einer Haftanstalt in Bayern, wie viele der ca. 800 Gefangenen „seiner“ Haftanstalt in den vergangenen Jahren diese Möglichkeit in Anspruch genommen hätten, erfahre ich, dass dies in den letzten 10 Jahren circa 6 bis 8 Mal vorgekommen sei. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass mit Ausnahme der genannten Fälle, zumindest in dieser Haftanstalt, jeglicher Sex ungeschützt stattgefunden haben wird.

Wenn diese Angaben stimmen, dann ist das skandalös. Im Vergleich mit anderen (Bundes-) Ländern wird dadurch deutlich, wie rückschrittlich die Verhältnisse im bayerischen Strafvollzug sind.

Die Vergabe von Kondomen durch den medizinischen Dienst hat sich nicht bewährt. Kondome und Gleitmittel sollten den Gefangenen anonym zur Verfügung gestellt werden. Dies kann bspw. im Duschbereich geschehen, am besten an Orten, die von allen Gefangenen erreicht werden können oder an denen es gehäuft zu sexuellen Handlungen kommt.



Viele geschlossene Einrichtungen haben gute Erfahrungen damit gemacht, Kondome und Gleitmittel einem Hygienepäckchen beizulegen, das jedem Neuzugang samt anderen Hygieneartikeln zur Begrüßung ausgehändigt wird.

In fortschrittlichen Ländern, bspw. in Moldawien, werden allen Gefangenen problemlos Kondome zur Verfügung gestellt. In Nordrhein-Westfalen wurden entsprechende Regelungen durch den „Kondomerlass“ realisiert.

Doch zurück zur Realität im bayerischen Strafvollzug: Es ist uns als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter(inne)n nicht erlaubt, an Gefangene Kondome zu verteilen. In unseren zahlreichen Präventionsveranstaltungen können wir ihnen deshalb nur theoretisch nahe bringen, wie sie sich vor HIV und Hepatitiden schützen könn(t)en. Und wenn sich ein Anstaltsarzt dazu überreden lässt, von uns Kondome entgegenzunehmen, dann kann es vorkommen, dass diese den Gefangenen selbst auf Nachfrage nicht ausgehändigt werden:

„Die Kondome von der AIDS-Hilfe sind nur für HIV-Positive bestimmt“, erfährt der Häftling dann...

Wenn das alles nicht so traurig wäre, könnte man darüber lachen. Als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen fordern wir, dass die Lebensverhältnisse für Gefangene sich den Lebensverhältnissen der Menschen in Freiheit anpassen müssen. Damit ihre Reintegration in die Gesellschaft gelingen kann, ist das Äquivalenzprinzip endlich umzusetzen.

Die verwehrte Möglichkeit, sich zu schützen, bezahlen manche der Gefangenen mit dem Verlust ihrer Gesundheit. Die Kosten dieses Versagens werden auf die Allgemeinbevölkerung und den öffentlichen Gesundheitsdienst abgewälzt.

Kommunikation über Sex in Haft

Um dies zu verändern, fordern wir eine Kommunikation über die vielfältigen Formen von Sexualität in Haft und die Gewährleistung anerkannter und erwiesener Präventionsmöglichkeiten. Sex ist eine Privatsache, die ein Mindestmaß an Privatsphäre braucht. Auch unter Gefangenen vollzieht sich Sex berechtigterweise meistens im Verborgenen. Eine entsprechende Privatsphäre kann in Haft aber oft nur dann gewährleistet werden, wenn andere Gefangene informiert sind („Schmiere stehen“) und dafür entlohnt werden. Besser wäre es, wenn das Recht auf sexuelle Handlungen in Haft gewährleistet wäre, d.h., wenn Gefangene sicher davon ausgehen könnten, dass ihre sexuellen Handlungen nicht sanktioniert werden.

Ohne die Privatsphäre der Gefangenen zu verletzen, ist es wichtig, die Tabuisierung innerhalb des Justizvollzugs zu durchbrechen, so dass es zu einer entsprechenden Kommunikation über dieses Thema kommen kann. Oft hören wir, dass Bedienstete im Justizvollzug „ein Auge zudrücken“, wenn sie die Anbahnung sexueller Handlungen zwischen Gefangenen beobachten. Dass ist verständlich und manche der Bediensteten tun das si-

cherlich in der Motivation einen humaneren Strafvollzug zu verwirklichen. Die Schattenseite dieser an sich lobenswerten „Augen-zu-Taktik“ liegt darin, dass dabei das Thema Sex in Haft weiter verleugnet wird. Viel besser wäre es, wenn über Sex in Haft offen kommuniziert, die passenden Präventionsmaßnahmen ergriffen und die Gefangenen selbstverständlich Kondome und Gleitmittel zur Verfügung gestellt bekämen.

Den Gefangenen würde dadurch auch die Angst genommen etwas Unerlaubtes zu tun, bei Entdeckung bestraft, erpressbar gemacht und ggf. verachtet zu werden. Die Unklarheit verstärkt die ohnehin vorhandene Unsicherheit der Gefangenen, die gleichgeschlechtlicher Sex auslösen kann. Dies vor allem dann, wenn sie Bedürfnissen nachgehen, die kulturell tabuisiert sind und nicht eingestanden werden können. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass Unsicherheit eine ungünstige Voraussetzung für eine gelungene und selbstbewusste Prävention ist.

Um mit Sexualität in Haft kompetent umgehen zu können, benötigen Gefangene und Bedienstete Information und Aufklärung über nachfolgende genannte Themen:

- ◆ Aufklärung über die verschiedenen Formen von Sexualität und deren rechtliche Einordnung bzw. Sanktionierung in Haft; Reflexion über die Auswirkungen dieser Einordnung für Gefangene
- ◆ Aufklärung über die Unterschiede zwischen MSM und Homosexualität, insbesondere hinsichtlich der Mythen zu passivem/aktivem Analverkehr; Sensibilisierung hinsichtlich der Gefühlslagen; Unsicherheiten; Selbstvorwürfe; psychischen Stabilität
- ◆ Aufklärung über die Übertragungswege bei HIV, Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen; Realistische Gefahreinschätzung durch diverse Sexualpraktiken wie bspw. durch aktiven und passiven Analverkehr (aktiver Analverkehr wird oft als gefahrlos dargestellt)
- ◆ Aufklärung über kulturspezifische Einordnungen und Bewertungen von sexuellen Verhaltensweisen, insbesondere bei aktivem Analverkehr (männlich/überlegen/gefahrlos/akzeptiert) und passiven Analverkehr (weiblich/unterlegen/gefährlich/verachtenswert)
- ◆ Aufklärung über die Ursachen der Homophobie und die Feminisierung potentieller sexueller Gewaltopfer unter Gefangenen
- ◆ Sensibilisierung gegenüber der Feminisierung durch Gefangene bspw. durch die Feminisierung der Namen von Gefangenen (Peter/Petra; Hans/Hannelore etc.) zur Verhinderung sexueller Gewalt und Unterdrückung
- ◆ Aufklärung zu Themen wie Machismo, sexuelle Gewalt als Methode der Unterdrückung zur Festlegung der Rangordnung unter den Gefangenen
- ◆ Sensibilisierung und Diskussion über Vorgehensweisen zur Verhinderung und Aufarbeitung sexueller Gewalt (Ansprechpartner) und zur Prävention (PeP)



Offene Fragen

- ◆ Wie kann der Zugang zu Präventionsmöglichkeiten (Gleitmittel, Kondome) zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen in Haft durchgesetzt bzw. besser organisiert werden?
- ◆ Aufgrund welcher Rechtsgrundlage werden den Gefangenen die außerhalb des Justizvollzugs seit Jahrzehnten anerkannten und bewährten Präventionsmöglichkeiten verwehrt?
- ◆ Wer ist in der Haftanstalt Ansprechpartner bei sexueller Gewalt? Wissen Gefangene, wohin sie sich wenden müssen? Wissen Bedienstete, welche Schritte in die Wege zu leiten sind, wenn Gefangene vergewaltigt wurden oder von sexueller Gewalterfahrung berichten?
- ◆ Welche Präventionsmaßnahmen werden bei sexueller Gewalterfahrung oder bei unsafem Sex getroffen?
- ◆ Wo, bei wem und innerhalb welchen Zeitraums gibt es in der Haftanstalt die Postexpositionsprophylaxe (PeP) nach sexueller Exposition?
- ◆ Wo und bei wem gibt es in der Haftanstalt eine Hepatitis-B-aktiv-Impfung nach sexueller Exposition bzw. bei sexueller Gewalterfahrung?
- ◆ Wie kann die Eingangsuntersuchung/der Haftantritt besser genutzt werden, um Präventionsbotschaften zu setzen?
- ◆ Werden die Standards der Testberatung eingehalten und als Basis zur Informationsvermittlung genutzt?
- ◆ Werden bei Haftantritt hinreichende Informationen (Kondome, Gleitmittel, Broschüren zu STIs, Verhaltensweisen nach sexueller Gewalterfahrung etc.) weitergegeben?
- ◆ Wie wird in den Haftanstalten das Thema „Sex“ zur Sprache gebracht? Gibt es Gesprächsangebote für Gefangene? Wer fühlt sich für dieses Thema zuständig?
- ◆ Welche Möglichkeiten der Aufklärung zu sexuellen Fragestellungen haben Gefangene in den Haftanstalten und wer ist dabei ihr Ansprechpartner?
- ◆ Der Justizvollzug könnte in Bezug auf einen verantwortlichen Umgang mit sexuellen Handlungen eine große Rolle spielen: Wird die Verantwortung hinreichend wahrgenommen?
- ◆ Warum wird Gefangenen der Zugang zu Kondomen schwer gemacht, indem er bspw. durch den medizinischen Dienst kontrolliert wird?

Literatur

Tasler, Wolf: Im Knastbordell von Istanbul. Die wahre Geschichte eines deutschen Teen-agers. Aufgezeichnet von Wolf Tasler. Berlin: Edition Tasler, 1999

Plenumsvorträge

„Besondere gesundheitliche Belastungen von Frauen in Haft“

Freitag, 07. April 2006

Heike Zurhold





Frauen in europäischen Gefängnissen

Europaweit stellen Frauen eine Minderheit unter den Gefangenen dar. Den aktuellsten Statistiken zur Gefangenenpopulation aus dem Jahr 2005¹⁸ ist zu entnehmen, dass der Anteil von Frauen unter allen in Europa Inhaftierten zwischen 2,4 % (Nord-Irland) und 8,8 % (Niederlande) variiert. In den meisten europäischen Ländern machen Frauen 4–6 % der Gefangenen aus. Wird die Gefangenenrate pro 100.000 Einwohner außer Acht gelassen, dann weist die Anzahl der weiblichen Gefangenen eine enorme Bandbreite von 11 Frauen in Malta bis zu 4.020 Frauen in Deutschland auf. In Deutschland und Österreich ist der Anteil an inhaftierten Frauen unter allen Gefangenen mit 5 % bzw. 5,3 % nahezu identisch. Im Unterschied zu Deutschland befinden sich damit allerdings „nur“ 471 Frauen in den österreichischen Gefängnissen.

In den meisten Ländern der Europäischen Union ist die Gefangenenrate in den letzten Jahren angestiegen. Unklar dabei ist, ob dieser Zuwachs aus einer vermehrten Inhaftierung von Männern oder von Frauen resultiert. Lediglich aus England und Wales ist bekannt, dass der Anteil an inhaftierten Frauen immens zugenommen hat. Laut dem Interessenverband „Women in Prison“ (WIP)¹⁹ ist der Anteil der weiblichen Gefangenen in den 10 Jahren bis 2004 um 173 % angestiegen, gleichwohl sich die Delikte der Frauen nicht wesentlich verändert haben. In dem gleichen Zeitraum ist der Anteil an männlichen Gefangenen in England und Wales dagegen lediglich um 50 % angestiegen.

Die Anzahl an inhaftierten Frauen hat einen maßgeblichen Einfluss auf ihre Vollzugsbedingungen. Je geringer die Anzahl an weiblichen Gefangenen in einem Land ist, desto eher werden sie in kriminalpolitischen Überlegungen vernachlässigt und desto eher unterliegt ihr Vollzug strukturellen Benachteiligungen (Kawamura 2000). Doch selbst in Deutschland, wo eine vergleichsweise hohe Zahl an Frauen inhaftiert ist, bestehen für sie vollzugliche Nachteile. Zwar gibt es hier einige wenige eigenständige Frauengefängnisse, die in der Regel besser ausgestattet sind als Teilanstalten für Frauen, die an den Männervollzug angegliedert sind. Da jedoch 70 % aller in Deutschland inhaftierten Frauen ihre Strafe in einer solchen Teilanstalt oder Abteilung verbüßen, ist eine an die frauenspezifischen Bedarfe angepasste Vollzugsgestaltung auch hier unterentwickelt (Kux 2002). Neben hohen Sicherheitsvorkehrungen, die sich am Männervollzug orientieren, gibt es für inhaftierte Frauen quantitativ und qualitativ schlechtere Arbeitsplätze und Bildungsmaßnahmen, kaum Plätze im offenen Vollzug oder in einer Sozialtherapie und nur wenige angemessene frauenspezifische Behandlungsangebote.

18 Diese Angaben stammen vom „International Centre for Prison Studies“ des King's College in London. Dort werden auf einer Website die jährlich aktualisierten Statistiken zur Rate und Anzahl der Gefangenen weltweit in einem „world prison brief“ zur Verfügung gestellt (siehe: www.prison-studies.org)

19 Der Interessenverband WIP mit Sitz in London setzt sich für die Rechte und eine frauenspezifische Versorgung von Frauen in und nach der Haft ein. Für nähere Informationen siehe: www.womenin-prison.org.uk

Diese Haftbedingungen von Frauen sind für den gesamten europäischen Frauenvollzug symptomatisch. So kommt eine aktuelle Studie von Dünkel, Kestermann et al. (2005)²⁰ zum Frauenvollzug in neun europäischen Ländern zu dem Schluss, dass „den speziellen Bedürfnissen in den allermeisten Mitgliedsstaaten keine oder zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird“. Unter gesundheitspräventiven Aspekten stellt die geringe Beachtung frauenspezifischer Bedürfnisse ein gravierendes Versäumnis dar, zumal Praxis wie Forschung belegen, dass inhaftierte Frauen länderübergreifend in einem hohen Ausmaß durch Substanzabhängigkeiten, psychische und psychosomatische Beschwerden belastet sind.

Drogenproblematik inhaftierter Frauen

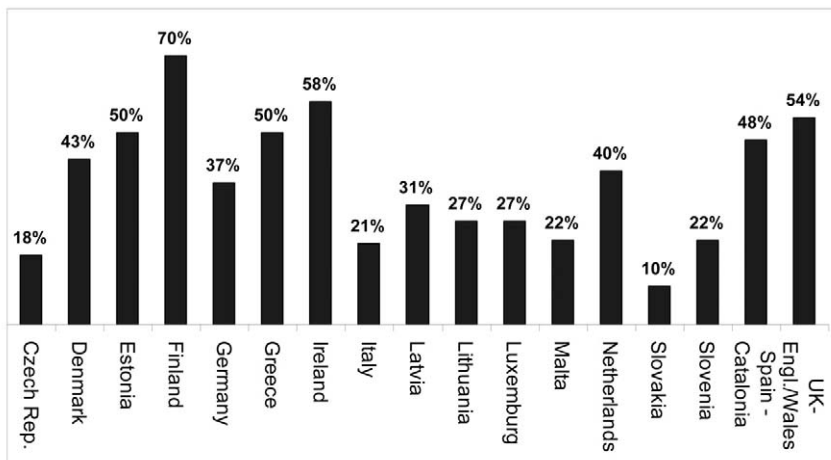
Die Drogenproblematik gilt in den meisten europäischen Ländern als eine der zentralen Schwierigkeiten und Herausforderungen im Justizvollzug. Nach Schätzungen der EMCDDA (2005) sind etwa 50 % der 356.000 Häftlinge in Europa drogenerfahren oder drogenabhängig (mit einer Varianz von 22 % bis 86 %). Im Hinblick auf die Prävalenz des Drogenkonsums unter weiblichen Gefangenen deuten alle verfügbaren Informationen darauf hin, dass Drogenprobleme besonders stark unter inhaftierten Frauen verbreitet sind. Einer europäischen Studie zufolge weisen nahezu 75 % aller Insassinnen in westeuropäischen Gefängnissen eine bestehende Drogen- oder Alkoholabhängigkeit auf (Fowler 2001).

Da bis heute ein Monitoring im Strafvollzug fehlt und überdies europäische Studien zu inhaftierten Frauen nach wie vor eine Ausnahme bilden, existieren nur wenige gesicherte Erkenntnisse zu den Problembelastungen und Hilfebedarfen dieser Gefangenengruppe. Die bestehenden Wissenslücken waren ein Grund für die Realisierung einer europäischen Untersuchung zu inhaftierten Drogenkonsumentinnen (Zurhold und Haasen 2005). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde unter anderem ein Survey unter den Justizministerien der 25 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union mittels eines Fragebogens durchgeführt. Ziel dieser – von dem AGIS-Programm der Europäischen Kommission geförderten – Befragung war es, zum einen die Prävalenz der Drogenproblematik unter erwachsenen inhaftierten Frauen zu erheben und zum anderen eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Hilfeangebote für diese Frauen vorzunehmen. Mit Ausnahme von Zentralspanien liegen von allen Mitgliedsländern und autonomen Regionen Daten vor (N=27). Aus Deutschland haben sich insgesamt neun Bundesländer an der Befragung beteiligt. Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass nur 17 von insgesamt 27 Ländern und autonomen Regionen Angaben dazu machen konnten, wie viele der inhaftierten Frauen einen problematischen Drogenkonsum haben (siehe Abbildung 1).

20 In dieser von der Europäischen Kommission geförderten Studie wurde die Situation des Frauenstrafvollzuges in den neun Ländern Dänemark, Deutschland, Spanien, Griechenland, Kroatien, Slowenien, Polen, Litauen und Russland erhoben.



Abbildung 1: Anteil der Drogenkonsumentinnen in europäischen Gefängnissen zu einem Stichtag in 2002



Die Angaben zum Anteil der inhaftierten Drogenkonsumentinnen verdeutlichen, dass in acht europäischen Ländern nur ein geringer Prozentsatz von 10–30 % der inhaftierten Frauen ein Drogenproblem aufzuweisen scheint. Von gleich vielen Ländern wird jedoch berichtet, dass bei 40–60 % der weiblichen Gefangenen eine Drogenproblematik besteht. Der höchste Anteil an Drogenkonsumentinnen wird aus Finnland berichtet, wo 70 % aller inhaftierten Frauen ein Drogenproblem haben.

Alle Angaben sind Durchschnittswerte und mit Vorbehalt zu betrachten. Zum einen praktizieren alle europäischen Länder ein unterschiedliches Verfahren, um eine etwaig vorliegende Drogenabhängigkeit festzustellen. Lediglich in Schweden und Malta wird dazu der standardisierte Fragebogen EuropASI im Justizvollzug eingesetzt. Zum anderen fehlt bis heute eine einheitliche Definition dessen, was unter „Drogenkonsum“ oder „Drogenabhängigkeit“ zu verstehen ist. Sofern überhaupt eine Definition besteht, ist diese länderspezifisch höchst unterschiedlich. So kann unter einem „Drogenproblem“ die Abhängigkeit von illegalen wie von legalen Substanzen oder aber auch der regelmäßige Konsum von nicht verschriebenen Substanzen gemeint sein. Aus den genannten Gründen ist davon auszugehen, dass die offiziellen Daten der Justizministerien unter- oder aber in einigen Fällen auch überrepräsentiert sind.

Kenntnisstand zur gesundheitlichen Belastung

Gleichwohl es eine Reihe von – insbesondere – internationalen Studien zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten gibt, finden sich kaum spezifische empirische Untersuchungen zur gesundheitlichen Verfassung von inhaftierten Frauen. Sofern Studien vorhanden

sind, beziehen sich diese oftmals auf lokale Haftanstalten, so dass gesicherte Informationen im europäischen Vergleich weitestgehend fehlen. Hinweise auf die gesundheitliche Belastung von Frauen in Haft bieten einige lokale Studien, die in einzelnen Haftanstalten in Irland, England/Wales und Deutschland durchgeführt wurden (HIPP 2001; HM Prison Service²¹; Keppler 2001). Darüber hinaus liegt für Deutschland von Schröttle und Müller (2004) eine bundesweite Erhebung zu den Gewalterfahrungen von 88 Frauen vor, die eine Freiheitsstrafe in verschiedenen Vollzugsanstalten verbüßen. Erkenntnisse zur Gesundheit inhaftierter Frauen im europäischen Vergleich ermöglichen vor allem die bereits erwähnte Studie von Dünkel, Kestermann et al. (2005) sowie die Studie von Zurhold et al. (2005). In der Untersuchung von Dünkel et al. wurden insgesamt 653 inhaftierte Frauen in 19 Haftanstalten in neun Ländern befragt. Im Rahmen der europäischen Untersuchung von Zurhold et al. wurden insgesamt 185 Drogenkonsumentinnen in verschiedenen Haftanstalten in Barcelona, Glasgow, Hamburg, Warschau und Wien befragt.

Werden die genannten Studien zusammenfassend betrachtet, ergibt sich folgendes Bild zur Gesundheit von inhaftierten Frauen:

Biographische Vorbelastung

In der Literatur ist hinreichend belegt, dass die meisten straffälligen Frauen bereits vor ihrer Inhaftierung erheblichen sozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind. Neben materiellen Notlagen und sozialer Marginalisierung leben straffällige Frauen oftmals in schwierigen Wohnverhältnissen und stammen häufig aus Familienverhältnissen, die sich durch instabile und destruktive Beziehungen auszeichnen.

In der Untersuchung von Schröttle und Müller (2004) waren 18 % der befragten Frauen vor ihrer Inhaftierung obdachlos, in Wohn-/Pflegeheimen oder anderweitig vorübergehend untergebracht. Unter den Drogenkonsumentinnen war dieser Anteil je nach Stadt sogar noch höher; so waren 10–45 % der Befragten in dem Jahr vor der Haft obdachlos oder lediglich vorübergehend untergebracht (Zurhold et al. 2005).

Darüber hinaus belegen die Ergebnisse von Schröttle und Müller (2004), dass inhaftierte Frauen in einem erheblichen Ausmaß körperliche Misshandlungen und sexuelle Gewalt bereits in der Kindheit und fortgesetzt auch im Erwachsenenalter erlebt haben. Ab dem 16. Lebensjahr waren 91 % der befragten Frauen körperlicher und 57 % sexueller Gewalt ausgesetzt. Im Vergleich mit der weiblichen Bevölkerung in Deutschland sind die inhaftierten Frauen fast dreimal so häufig Opfer körperlicher und vier- bis fünfmal so häufig Opfer sexueller Gewalt. Viele der Gewalterlebnisse fanden bereits im Kindesalter statt. So berichtete faste jede zweite der inhaftierten Frauen von sexueller Gewalt und jede zweite bis vierte von schweren körperlichen Misshandlungen in der Kindheit.

21 Siehe hierzu für England/Wales die Webseiten www.hmprisonservice.gov.uk und www.womeninprison.org.uk und für Irland die Webseite von HIPP Europe www.hipp-europe.org/resources/internal/irish-prisons/default.htm.



Vor diesem Hintergrund kommen Dünkel et al. (2005, 28) zu dem Schluss:

„Besonders in dieser sehr vulnerablen Gruppe von inhaftierten Frauen, in der die Prävalenz von traumatischen Erfahrungen hoch ist und positive, unterstützende Faktoren eher begrenzt sind, werden bereits eine Reihe psychischer Probleme mit in die Anstalt gebracht und zusätzlich durch die Erfahrung der Inhaftierung negativ verstärkt.“

Wird davon ausgegangen, dass jede Inhaftierung zu einer Verschärfung der vorhandenen Problembelastung führt, dann wird dies bei jeder erneuten Inhaftierung umso mehr der Fall sein. Für Drogenkonsumentinnen konnte belegt werden, dass von 185 Befragten nahezu drei Viertel bereits mindestens zwei Mal inhaftiert war (Zurhold et al. 2005). Jede Inhaftierung kann jedoch nicht nur die vorhandenen gesundheitlichen Gefährdungen verstärken, sondern zudem zu erneuten Gefährdungen durch Risikoverhalten (Drogenkonsum, ungeschützter Sex, Tattoos etc.) sowie durch psychischen Stress beitragen.

Physische Gesundheit in Haft

Im Hinblick auf die physische Gesundheit von Gefangenen zeigen Forschungsergebnisse übereinstimmend, dass der gesundheitliche Zustand von Inhaftierten erheblich schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung. Dieses ist insbesondere für die Prävalenz von viralen Infektionen wie Hepatitis und HIV nachgewiesen (vgl. die Beiträge von Stöver und Weilandt in diesem Band). Zwar sind Infektionskrankheiten oftmals bereits vor der Haft vorhanden, zugleich steigt das Risiko für eine Infektion durch die Haftbedingungen. Insbesondere für Drogenabhängige besteht in Haft ein hohes Infektionsrisiko durch einen begrenzten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und die fehlende Verfügbarkeit von sterilem Spritzbesteck, Bleach und Kondomen.

Laut Donoghoe (2006) belegen Studien in europäischen Gefängnissen, dass 20–40 % der Gefangenen mit Hepatitis C infiziert sind. Unter den i.v. drogenkonsumierenden Gefangenen ist die Prävalenz von Hepatitis C mit 32–79 % sogar noch höher. Eine solche Verbreitung viraler Infektionen ist höchst besorgniserregend und bietet mehr als einen hinreichenden Anlass, die Empfehlungen der WHO (2005) zur gesundheitlichen Versorgung und Harm-Reduktion in Gefängnissen konsequent umzusetzen. Diese Dringlichkeit wird zusätzlich durch die einhelligen Erkenntnisse untermauert, dass inhaftierte Frauen noch stärker als inhaftierte Männern von Hepatitis- und HIV-Infektionen betroffen sind. So bestätigen verschiedene Untersuchungen, dass die Prävalenz nicht nur von Hepatitis C, sondern auch von HIV unter weiblichen Gefangenen enorm hoch ist (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Verbreitung von Hepatitis C und HIV unter inhaftierten Frauen

Inhaftierte Frauen in	Hepatitis C	HIV	Quelle
Irland	56 %	10 %	Donoghoe 2006
neun europäischen Ländern	44 %	12 %	Dünkel et al. 2005 (bezogen auf 159 Frauen mit Drogenproblemen)
Barcelona	74 %	62 %	Zurhold et al. 2005 (bezogen auf insgesamt 185 Konsumentinnen illegaler Drogen)
Glasgow	11 %	3 %	
Hamburg	65 %	5 %	
Wien	78 %	6 %	
Warschau	35 %	30 %	

In den meisten europäischen Ländern bzw. Städten leidet ein hoher Anteil der weiblichen Gefangenen unter einer Hepatitis C und/oder einer HIV-Infektion. Insbesondere in Barcelona leiden inhaftierte Frauen nicht nur in einem signifikanten Ausmaß an Hepatitis, sondern weisen auch die höchste Rate einer HIV-Infektion auf. Doch auch in Warschau sind Infektionen mit HCV und HIV sehr stark unter den inhaftierten Frauen verbreitet. Lediglich in Glasgow ist eine vergleichsweise deutlich geringere Prävalenz von Infektionskrankheiten zu finden.

Neben viralen Infektionen ist die körperliche Verfassung von Frauen in Haft durch eine Reihe weiterer Beschwerden beeinträchtigt. In der Studie von Schröttle und Müller (2004) haben nahezu drei Viertel der befragten Frauen von mehr als 10 gesundheitlichen Symptomen im letzten Jahr berichtet. Zu den am häufigsten genannten Beschwerden zählten Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen, Essstörungen und Störungen im Magen-Darm-Bereich sowie Kraftlosigkeit, Taubheitsgefühle, starkes Schwitzen, Schwindelgefühle, Haarausfall und Sehstörungen.

Angesichts der hohen Verbreitung von Infektionskrankheiten und der Vielzahl an physischen Beschwerden ist es erstaunlich, dass so viele inhaftierte Frauen ihre körperliche Verfassung dennoch positiv beurteilen. In der Selbsteinschätzung zum aktuellen Gesundheitszustand haben 40–60 % der Frauen ihre eigene gesundheitliche Verfassung als positiv eingeschätzt (Schröttle und Müller 2004; Zurhold et al. 2005). Diese Einschätzungen hängen zum Teil mit dem bekannten haftbedingten Rehabilitationseffekt zusammen, der insbesondere bei drogenabhängigen Frauen aufgrund regelmäßiger Mahlzeiten, einem deutlich verringertem Drogenkonsum und einer medizinischen Grundversorgung zu einer gesundheitlichen Stabilisierung in Haft führt.

Andererseits dokumentieren die Selbsteinschätzungen allerdings auch, dass etwa ein Viertel der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht einstuft.



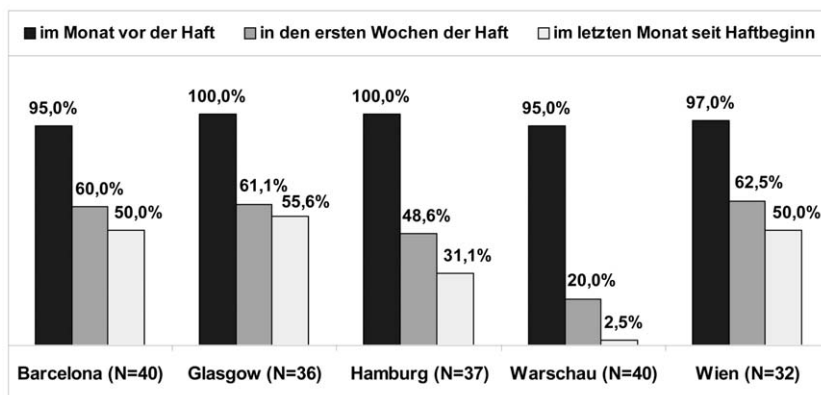
Drogenkonsum vor und in Haft

Mit der Inhaftierung reduzieren oder beenden die meisten Drogenkonsument(inn)en ihren Konsum. Zugleich finden sich in der europäischen Literatur übereinstimmend Hinweise darauf, dass ein beträchtlicher Anteil der Drogenkonsument(inn)en den Konsum von Drogen in der Haft fortsetzt. Je nach Studie und Land konsumieren zwischen 8 % und 60 % der Inhaftierten während der Haft Drogen. Des Weiteren berichten 10–42 % der Insassen, regelmäßig Drogen konsumiert zu haben und zwischen 0,2 % und 34 % haben Drogen während ihrer Inhaftierung injiziert (EMCDDA 2005).

Sofern geschlechtsspezifische Daten vorliegen, zeigt sich, dass mehr Männer als Frauen während der Haft (regelmäßig) Drogen konsumieren und mehr Frauen als Männer einen intravenösen Drogenkonsum in Haft praktizieren (EMCDDA 2005).

Das Drogenkonsumverhalten in Haft war ein Bestandteil der Befragung von Drogenkonsumentinnen in europäischen Gefängnissen (Zurhold et al. 2005). Aus den Ergebnissen geht deutlich hervor, dass der Drogenkonsum vor allem zu Beginn der Haft beendet wird. Ein erheblicher Teil der inhaftierten Frauen setzt den Konsum in Haft jedoch fort. Wer zu Beginn der Haft weiterhin konsumiert, ist mit zunehmender Haftdauer nur noch wenig geneigt, den Konsum einzustellen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Drogenkonsum in und vor der Haft



Im Vergleich zu der Situation vor der Haft nehmen Konsumhäufigkeit und Konsummenge während der Haft deutlich ab. Auch der polyvalente Konsum ist in der Haft weniger verbreitet. Wurden vor der Haft im Mittel noch vier verschiedene Substanzen konsumiert, reduziert sich der Konsum während der Inhaftierung auf eine oder maximal zwei verschiedene Substanzen. Unter den konsumierten Substanzen ist vor allem der Konsum von Cannabis weit verbreitet. Zusätzlich wurde von den inhaftierten Frauen in Barcelona

und Wien primär nicht verschriebenes Methadon in der Haft konsumiert, wohingegen die Frauen in Glasgow zumeist Heroin und die Frauen in Hamburg häufig Crack während der Haft konsumiert haben.

Im Zusammenhang mit einem Risikoverhalten zeigen die Studie eine unerwartet niedrige Prävalenz des i.v. Konsums: Lediglich drei von 185 Frauen bestätigten, in der Haft Drogen injiziert zu haben, gleichwohl mehr als die Hälfte der Frauen angab, vor der Haft intravenös konsumiert zu haben. Vor dem Hintergrund der Diskussionen um die Spritzenvergabe im Justizvollzug (Stöver 2003) und zahlreicher Nachweise, dass der Drogenkonsum in Haft einer der Hauptrisikofaktoren für eine Infektion mit Hepatitis und/oder HIV ist (Rotily, Weilandt et al. 2001; Keppler 2001), ist dieses Ergebnis überraschend. Unklar bleibt, ob die festgestellte geringe Verbreitung eines intravenösen Drogenkonsums in Haft dem Umstand geschuldet ist, dass die befragten Frauen eine i.v. Konsum nicht zugeben wollten, oder ob die Bevorzugung risikoärmerer Konsumformen Ausdruck ihres Gesundheitsbewusstseins ist.

Ungeachtet dessen bietet die europäische Studie Hinweise darauf, dass die Entscheidung zur Beendigung oder aber zur Fortsetzung des Drogenkonsums während der Haft von vielfältigen Faktoren beeinflusst ist. Zu diesen Faktoren gehören neben den jeweiligen Haftbedingungen vor allem der Zugang zu einer Substitution, die Verfügbarkeit von Beratung und therapeutischen Interventionen, das Vorhandensein von Außenkontakten und einer privaten Unterstützung und nicht zuletzt die Art und Weise, wie der Freiheitsentzug bewältigt wird.

Mentale Gesundheit in Haft

Ein erheblicher Anteil der inhaftierten Frauen leidet nicht nur unter körperlichen, sondern auch unter psychischen Beeinträchtigungen. Wie viele Haftinsassinnen von mentalen Gesundheitsproblemen betroffen sind und wie stark psychische Symptome auftreten, ist je nach Land, Haftanstalt und Zusammensetzung der Gefangenengruppe verschieden.

Ein Blick in die Literatur zeigt jedoch übereinstimmend, dass wiederum Frauen stärker als Männer von psychischen Störungen betroffen sind. So schätzen sich in einer Studie aus Irland (WHO 2001) 30 % der männlichen, aber 53 % der weiblichen Gefangenen als ängstlich und depressiv ein. Einer Untersuchung aus England und Wales zufolge weisen 70 % der inhaftierten Frauen zwei und mehr psychische Störungen auf, wobei diese oftmals in Depressionen und Angstzuständen bestehen. Überdies unternahmen 375 der inhaftierten Frauen Suizidversuche in Haft (www.womeninprison.org.uk).

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch die deutsche Studie von Schröttle und Müller (2004) sowie die europäische Studie von Dünkel et al. (2005). In beiden Studien weisen inhaftierte Frauen in einem hohen Ausmaß psychische Erkrankungen und Selbstverletzungsabsichten auf. Für Deutschland konnte nachgewiesen werden, dass zwischen



31–53 % der befragten inhaftierten Frauen an Stress, Überlastung, Antriebslosigkeit, und Selbstwertproblemen leidet. Als besonders gravierend bewerten die Autorinnen den Befund, dass etwa jede fünfte der inhaftierten Frauen in den letzten 12 Monaten häufig Angstfälle und Panikattacken hatte, etwa jede siebte von Depressionen und nahezu jede zehnte Frau von Selbstverletzungsabsichten berichtete. Aus der europäischen Studie geht hervor, dass ein Anteil von 11 % der Frauen in Dänemark und bis zu 44 % der Frauen in Griechenland eine ausgeprägte Depressivität aufweisen. Im Vergleich dazu ist das Selbstverletzungsrisiko zwar wesentlich geringer ausgeprägt, im Durchschnitt ist jedoch wie auch in der deutschen Studie jede 9. bis 10. Frau hoch gefährdet, sich während der Haft selbst zu verletzen.

Gemessen an diesen Erkenntnissen muss die psychische Verfassung von inhaftierten Frauen als überaus beunruhigend bewertet werden. Noch mehr Anlass zu Sorge gibt es allerdings ob der Tatsache, dass Frauen während der Inhaftierung in einem eklatanten Ausmaß (erneut) Opfer von Gewalt werden. Zumeist werden Formen psychischer Gewalt in der Haft erlebt, insgesamt 36 % der befragten deutschen Frauen waren jedoch körperlichen Übergriffen in der Haft ausgesetzt (Schröttle und Müller 2005). In der Studie von Dünkel et al. (2005) haben sogar 75 % der befragten Frauen berichtet, Opfer von Gewalt während der Haft geworden zu sein. Überwiegend scheint die Gewalt von Mithäftlingen ausgeübt zu werden, zum Teil geht die Gewalt aber auch vom Vollzugspersonal aus (Schröttle und Müller 2005).

Unter drogenabhängigen inhaftierten Frauen ist die emotionale und psychische Befindlichkeit im Vergleich zu ihrer körperlichen Verfassung erheblich schlechter. Lediglich ein Viertel bis knapp die Hälfte der befragten Drogenkonsumentinnen bestätigte in der europäischen Studie von Zurhold et al. (2005), keine psychischen Probleme zu haben. Ein großer Teil der Frauen berichtete stattdessen, sich in einer schlechten oder sehr schlechten psychischen Verfassung zu befinden.

Die insgesamt schlechte gesundheitliche Situation von inhaftierten Frauen wirft die Frage nach geeigneten Interventionen auf. Ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sollen zum Abschluss ein paar zentrale Aspekte zur Gesundheitsförderung benannt werden.

Hilfeangebote und Hilfebedarfe

Häufig leiden inhaftierte Frauen unter mehreren gesundheitlichen Belastungen gleichzeitig. Unabhängig von lokalen Besonderheiten gehören körperliche Beschwerden, Infektionskrankheiten, Depressionen sowie Einsamkeit und Langeweile zu denjenigen Haftbelastungen, die am stärksten verbreitet sind. Der Versorgungscharakter und die Reizarmut im Gefängnis tragen überdies zur Unselbständigkeit, Lethargie und Interesselosigkeit bei, was die psychisch desolate Situation der Frauen noch zusätzlich verschärft.

Angesichts der multiplen Problemlagen von inhaftierten Frauen sind in den Gefängnissen gleichermaßen umfassende wie differenzierte Behandlungs- und Beratungsangebote notwendig. Interventionen, die durch Angebote der Harm-Reduktion und Behandlung sowohl auf eine Gesundheitsförderung wie auf eine Resozialisierung abzielen, sind jedoch die Ausnahme. Das gilt erst recht für eine durchgehende Hilfe von Beginn der Haftzeit bis nach der Haftentlassung, obwohl sich solche Konzepte als wirksam zur Vermeidung von Rückfällen erwiesen haben (Fowler 2001).

In den meisten europäischen Haftanstalten ist die Vollzugsrealität nach wie vor durch eine erschreckende Diskrepanz zwischen den verfügbaren Hilfeangeboten und den vorhandenen Hilfebedarfen gekennzeichnet. In der europäischen Studie haben Dünkel et al. (2005) für jedes der neun Länder detailliert erhoben, wie viele der inhaftierten Frauen sich in einer Behandlung befanden und wie viele Frauen den Bedarf nach einer Behandlung äußerten. Den Ergebnissen zufolge waren zwischen 17 % und 29 % der inhaftierten Frauen in einer Drogenbehandlung, den Bedarf nach einer solchen Behandlung bejahten allerdings zwischen 20 % und 35 % der Frauen. Die Differenz zwischen Angebot und Bedarf stellt sich noch gravierender im Hinblick auf eine psychologische Behandlung dar. So befanden sich lediglich 11–20 % der Frauen in einer psychologischen Behandlung, gleichwohl 14–37 % der Frauen den Bedarf nach einer solchen Behandlung artikulierten. In der Studie wurden die Frauen entsprechend ihrer jeweiligen Belastung in Gruppen eingeteilt. Der Gruppenvergleich ergab, dass Frauen mit Drogenproblemen, hoher Depressivität und einem hohen Risiko der Selbstverletzung zu 37–56 % den Bedarf nach einer psychologischen Behandlung nannten.

Offenbar ist der Behandlungsbedarf umso höher, je schwerwiegender die Belastungen ausgeprägt sind. Gleichzeitig bedeutet ein solcher Zusammenhang, dass sich die gesundheitliche Situation der Frauen während der Haft zunehmend verschlechtern kann, wenn ihnen keine adäquate Hilfe zur Verfügung steht.

Aus der europäischen Studie von Zurhold et al. (2005) geht hervor, dass die Motivation zur Annahme von Hilfe mit zunehmender Dauer in der Haft sinkt. Erschwerte Zugangsbedingungen zu Hilfeangeboten sowie der Mangel an geeigneten Hilfeangeboten führt dazu, dass sich die anfängliche Bereitschaft zur Beratung oder Behandlung in Desinteresse oder gar Ablehnung wandelt. Des Weiteren zeigte sich, dass selbst in den Haftanstalten in Barcelona und Glasgow, die aufgrund ihrer differenzierten und umfassenden Hilfeangebote als „best practice“ gelten können, aus Sicht der inhaftierten Frauen Nachbesserungsbedarf besteht. So werden in Glasgow insbesondere therapeutische Gemeinschaften und in Barcelona vor allem drogenfreie Abteilungen von den befragten Frauen gewünscht. Im Frauenvollzug in Hamburg fehlen nach Einschätzung der inhaftierten Frauen gleich eine ganze Reihe von Angeboten, wie eine medikamentöse Entgiftung, therapeutische Gemeinschaften, eine abstinenzorientierte Kurzzeitintervention sowie eine interne Drogenberatung.



Die Quantität und Qualität der im Frauenvollzug bereitgestellten Interventionen hat eine unmittelbare Auswirkung auf die Gesundheit und die Chancen einer gelingenden Reintegration nach der Haftentlassung. In diesem Zusammenhang muss die Erkenntnis bedenklich stimmen, dass ein auffallend hoher Anteil an inhaftierten Frauen ihre Angst vor der Haftentlassung äußert (Zurhold et al. 2005). Diese Angst ist Ausdruck dessen, in Freiheit zu scheitern, erneut straffällig zu werden und aufgrund der sozialen Exklusion keine Chance mehr auf Normalität zu haben. Diese Angst ist aber auch Ausdruck dessen, nicht hinreichend auf die Haftentlassung vorbereitet zu werden und sozusagen von einem auf den anderen Tag in eine ungewisse Zukunft entlassen zu werden, in der oftmals nicht einmal die Wohnsituation geregelt ist.

Schlussfolgerungen

Untersuchungen zu inhaftierten Frauen weisen übereinstimmend nach, dass eine überwiegende Zahl dieser Frauen unter physischen wie psychischen Problemen leidet. Zwar ist ein Großteil dieser Probleme mit hoher Wahrscheinlichkeit Folge von biographischen Gewalterfahrungen und einem marginalisierten Lebensstil straffälliger Frauen. Die Haftbedingungen tragen jedoch dazu bei, vorhandene Problemlagen zu verschärfen.

Bislang kommen alle vorhandenen Studien zu dem einhelligen Schluss, dass die Haftbedingungen im Frauenvollzug den internationalen Standards kaum entsprechen und daher einer Reform bedürfen. Insbesondere unter gesundheitlichen Aspekten ist in den meisten europäischen Haftanstalten eine erhebliche Ausweitung der gesundheitsfördernden Angebote (Substitution, Kondomvergaben, Gesundheitstrainings- und Rückfalltraining etc) sowie der psychotherapeutischen Behandlungen notwendig. Auch angesichts der zahlreichen Frauen, die während der Haft wiederholt Gewalt erleben, sind psychologische oder psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten dringend erforderlich.

Zugleich sind psychische Belastungen und Gewalterlebnisse ein klarer Hinweis darauf, das Anstaltsklima durch vermehrte Ausgänge, erleichterte Besuchsregeln und die Förderung sozialer Kontakte zu verbessern. Nicht zuletzt sei darauf verwiesen, dass Kontakte zur Außenwelt eine protektive Wirkung auf die Minderung psychischer Probleme haben. So belegt die Studie von Dünkler et al. (2005), dass eine vorhandene soziale Unterstützung zu einem verringerten Selbstgefährdungsrisiko und einer geringeren Depressivität beiträgt.

Eine umfassende Gesundheitsförderung und ein verbessertes Klima im Gefängnis setzen ein fachlich kompetentes Personal und die Mitwirkung der Anstaltsleitung und Bediensteten voraus. Standards und Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung von Inhaftierten werden erst dann in die Praxis umgesetzt, wenn das Personal entsprechend geschult und fortgebildet wird. Anlass zur Hoffnung geben daher Forschungsprojekte, die mit Schulungsprogrammen für das Anstaltspersonal verknüpft sind.

Literatur

Donoghoe, M.C. (2006): Prisons and Public Health: The next ten years blood-borne viruses. Präsentation auf der „International Conference on Prison and Health“ in London 2005. WHO Conference Proceedings, WHO regional Office for Europe, 2006

Dünkel, F., Kestermann, C. und Zolondek, J. (2005): Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug. Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und „best practice“. Universität Greifswald, Fachbereich Kriminologie, 2005

EMCDDA (2005): Jahresbericht 2005. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon 2005

Fowler, V. (2001): Drug Services for Youth and Women in Prisons in Europe: The Impact of the Marseilles Recommendations. London, The European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison (ENDHASP), Cranstoun Drug Services: 145.

Kawamura, G. (2000): Frauenstrafvollzug in Deutschland. In: Sozialmagazin, 5, 2000 (Titelgeschichte)

Kepler, K. (2001): Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. Oldenburg: Bis-Verlag, 2001

Kux, G. (2002): Strukturelle Benachteiligungen inhaftierter Frauen in Deutschland – vom Unsinn des Gleichbehandlungsgrundsatzes. Gekürzte Fassung des Vortrages auf der Fachtagung „Frauen in Haft“ des SKF am 12.03.2002 in Dortmund

Rotily, M., Weilandt, C. et al. (2001): Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. In: The European Journal of Public Health 11(3), 2001, 243–250

Schrötle, M. und Müller, U. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Teilpopulation 3 – Erhebung von Inhaftierten. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend (Hg.): Berlin, 2004

Stöver, H. (2003): 10 years of syringe provision to intravenous drug users in prisons – an end to the projects in Germany. In: Connections. The newsletter of the European network drug services in prison & Central and Eastern European network drug services in prison(13), 2003, 12–14

WHO (2001): Healthcare study of the Irish prison population. HIPPEurope, 2001

WHO (2005): Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, 2005 (online verfügbar unter: www.euro.who.int/document/e85877.pdf)



Zurhold, H., Haasen, C. und Stöver, H. (2005): Female Drug Users in European Prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives. Oldenburg: Bis-Verlag, 2005

Zurhold, H. und Haasen, C. (2005): Women in prison: Responses of European prison systems to problematic drug users. In: International Journal of Prisoner Health 1(2-4), 2005, 127–141

Zielkonflikt „Gesundheit versus Haftungsfähigkeit“

Karlheinz Keppler





Die rechtlichen Grundlagen der Haftunfähigkeit sind in Deutschland im § 455 der Strafprozessordnung (StPO) geregelt.

Grundsätzlich werden dort zwei unterschiedliche Ausgangssituationen unterschieden:

1. Der Verurteilte befindet sich noch in Freiheit. Der Haftantritt soll aus gesundheitlichen Gründen aufgeschoben oder aufgehoben werden.
2. Der Verurteilte befindet sich bereits in Haft. Die Haft soll aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen oder beendet werden.

Zu 1 legt § 455 (StPO) fest:

„Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt. Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist. Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.“

Zu 2 legt § 455 (StPO) fest:

„Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrechen, wenn

1. der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt,
2. wegen einer Krankheit von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist oder
3. der Verurteilte sonst schwer erkrankt und die Krankheit in einer Vollzugsanstalt oder in einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden kann und zu erwarten ist, dass die Krankheit voraussichtlich für eine erhebliche Zeit fortbestehen wird.

Die Vollstreckung darf nicht unterbrochen werden, wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen.“

Ergänzend seien hierzu zwei Dinge angemerkt:

Eine von einer Erkrankung ausgehende Lebensgefahr (z.B. nach drei Herzinfarkten ist ein tödlicher vierter Herzinfarkt jederzeit möglich) genügt nicht, um eine Haftunfähigkeit zu begründen. Vielmehr muss diese Lebensgefahr durch die Vollstreckung der Strafe eintreten. Um also beim Beispiel Herzinfarkt zu bleiben, muss durch die Vollstreckung ein vierter Herzinfarkt ausgelöst werden.

Unter dem Fortbestehen einer Erkrankung für eine erhebliche Zeit wird in aller Regel eine Erkrankungsdauer von mehr als sechs Wochen gefordert.

Die unterschiedlichen Formulierungen in Teil 1 des § 455: „Die Vollstreckung... ist aufzuschieben, wenn...“ und in Teil 2 des § 455: „Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung... unterbrechen, wenn...“ signalisieren, dass an die Haftunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen aus der Haft heraus höhere Anforderungen gestellt werden müssen als bei der Vermeidung des Haftantritts aus der Freiheit heraus. So kann die Vollstreckungsbehörde selbst bei einer bestehenden Haftunfähigkeit (z.B. bei Geisteskrankheit) eine Enthaftung ablehnen, wenn dem gravierende Gründe entgegenstehen.

Bei der Haftunfähigkeit gibt es im Wesentlichen die folgenden Beteiligten:

Zum ersten den zuständigen Juristen.

Zum zweiten den „subjektiven“ Arzt.

Zum dritten den „objektiven“ Arzt.

Zum vierten den Patienten, wobei die ihn beeinflussenden Faktoren und Personen hier in Teilen subsumiert werden (z.B. Rechtsanwalt, Familienmitglieder, Freundeskreis)

Der zuständige Jurist

Hier ist der Vertreter der Staatsanwaltschaft als im ersten Schritt entscheidender Jurist gemeint. Er kennt die rechtlichen Hintergründe für eine Haftunfähigkeit und er entscheidet, ob Haftunfähigkeit besteht, nicht der Arzt.

Das folgende Beispiel mag dies illustrieren: Eine inhaftierte Patientin entwickelt eine akute schizophrene Psychose, übergießt sich in diesem Zusammenhang mit heißem Wasser und erleidet dabei Verbrennungen im Kopf-Gesicht-Hals-Bereich. Sie wird in das zuständige psychiatrische Landeskrankenhaus eingewiesen und dort behandelt. Der einweisende Anstaltsarzt, der konsiliarisch beteiligte Psychiater und die im Krankenhaus tätigen forensisch erfahrenen Psychiater konstatieren die Erfüllung des § 455 (1) („in Geisteskrankheit verfallen“). Sie alle teilen mit, dass aus ihrer Sicht eine Haftunfähigkeit vorliegt. Da noch eine Geldstrafe im Anschluss an die laufende Haftstrafe bei der Patientin zu vollstrecken ist, entscheidet der zuständige Staatsanwalt: Die Patientin bleibt inhaftiert. Sie gilt als erkrankter und nach § 65 Strafvollzugsgesetz ins Krankenhaus verlegter Häftling.

Der „subjektive“ Arzt

Hiermit sind die Ärzte gemeint, die den Patienten außerhalb des Gefängnisses betreuen (z.B. als Hausarzt oder als Krankenhausarzt). Sie kennen in aller Regel (das wird aus zahllosen telefonischen Rückfragen deutlich) weder die gesetzlichen Grundlagen der Haftunfähigkeit (§ 455 StPO) noch wissen sie, über welche medizinischen Möglichkeiten der Justizvollzug und die einzelnen Haftanstalten verfügen. Sie verstehen sich in erster Linie als Wahrer der Patienteninteressen und laufen dabei oft Gefahr, die Grenzen zur Gefälligkeitsbescheinigung zu überschreiten.



Zwei Beispiele mögen das illustrieren:

Bescheinigung eines Hausarztes: „Frau X. leidet zur Zeit an einem grippalen Infekt und ist daher für die nächsten 4 Monate haftunfähig.“

Bescheinigung eines Chefarztes einer gynäkologischen Abteilung an einem großen Klinikum: „Die Patientin Frau Y. wird wegen einer infektiösen Wundheilungsstörung am 06.02.200X stationär aufgenommen. Aufgrund dieser Tatsache ist Frau Y. haftuntauglich.“ Bei beiden Kollegen erbrachte die telefonische Nachfrage, dass nicht nur der § 455 (StPO) gänzlich unbekannt war, sondern auch die Tatsache, dass sich hier hauptamtliche Ärzte (im zweiten Fall ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) um die inhaftierten Patienten gekümmert hätten.

Ganz abgesehen davon, dass Gefälligkeitsbescheinigungen strafbar sind, ist das Ausstellen solcher Bescheinigungen darüber hinaus ausgesprochen kontraproduktiv. Hat ein Staatsanwalt in seinem Berufsleben erst einmal eine stattliche Anzahl solcher Bescheinigungen auf seinem Schreibtisch gehabt, so verlieren ärztliche Bescheinigungen zur Haftfähigkeit in seinen Augen zunehmend an Wert. Es ist dann schwer, ihn in einem Fall von wirklicher Haftunfähigkeit zu überzeugen, im Interesse des betroffenen Patienten eine Enthaftung herbeizuführen.

Der „objektive“ Arzt

Hier handelt es sich in aller Regel um Ärzte, die den Patienten vorher nicht ärztlich betreut haben und die beauftragt werden, zur Haftfähigkeit Stellung zu nehmen. Das können Ärzte eines Gesundheitsamtes sein oder bei der Justiz beschäftigte Ärzte oder anderweitig bestellte Gutachter. Diese Ärzte kennen gemeinhin die gesetzliche Grundlage der Haftfähigkeit, den § 455 StPO. Sie haben Sachkunde in Bezug auf die geltend gemachte(n), zugrunde liegende(n) Erkrankung(en). Sie kennen die Bedingungen und Möglichkeiten der Gefängnisse, in der die Unterbringung beabsichtigt ist. Sie legen durchaus auch möglichst differenziert die Bedingungen der Unterbringung fest. Diese Festlegungen können die personellen Ressourcen betreffen. So können sie z.B. einen hauptamtlichen Arzt, Krankenpflegepersonal rund um die Uhr oder das Vorhandensein eines Psychologischen Dienstes als Inhaftierungsvoraussetzung fordern. Sie können die örtlichen Ressourcen festlegen, z.B. primär Inhaftierung in einem Justizkrankenhaus oder in einer JVA mit angeschlossener Krankenabteilung. Ebenso können sie sich zum Procedere der weiteren Betreuung äußern. So können sie die sofortige Vorstellung beim Gefängnisarzt nach Inhaftierung, eine Betreuung durch einen Psychiater, durch einen Suchtberatungsdienst oder auch durch einen Psychologen fordern.

Der Patient und sein Interesse

Obwohl das Interesse des Patienten eindeutig ist, findet sich in den allermeisten Fällen keine Simulation, es bestehen zum Teil gravierende Krankheiten (z.B. Krebs, AIDS). Gelegentlich kommt es zu Aggravation einer bestehenden Beschwerde. Aggravation bedeutet hier, dass eine tatsächlich bestehende gesundheitliche Beschwerde verstärkt dargestellt oder auch subjektiv verstärkt wahrgenommen wird. Klassisches Beispiel hierfür ist: Auf den drohenden Haftantritt, vielleicht auch im Zusammenhang mit familiären Schwierigkeiten, wird jeder Mensch zunächst mehr oder weniger verzweifelt und traurig reagieren. Medizinisch wird man das als reaktive, subdepressive Verstimmung klassifizieren. Äußert man auf diesem Hintergrund auch noch, dass man das alles nicht durchstehen könne und sich dann ja gleich umbringen könne, so stehen – entsprechend aggraviert – die Diagnosen Depression und Suizidalität im Raum.

Die betroffenen Patienten haben in aller Regel keine Kenntnis der rechtlichen Hintergründe (§ 455 StPO), kommen aber mit klaren (aber leider falschen) Vorstellungen: „Mein Anwalt (mein Arzt/meine Angehörigen) hat (haben) auch gesagt, damit bin ich haftunfähig.“ Sie haben darüber hinaus fast immer die ebenso falsche Vorstellung oder Hoffnung, der Arzt entscheide über die Haftunfähigkeit, nach einem entsprechenden Votum des Arztes werde der Patient entlassen.

In der Gesamtschau und auf diesem Hintergrund hat der Patient keinerlei Interesse an Verbesserung der bestehenden gesundheitlichen Situation, ganz im Gegenteil: je kranker, desto besser. Für Angebote aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, dem heutigen Kongressthema, sind diese Patienten natürlich überhaupt nicht zu erreichen. Zahllose Fälle aus der Praxis, von denen zwei exemplarisch vorgestellt werden sollen, belegen das.

Fall 1: Die Patientin mit der oben bereits erwähnten Bescheinung aus der Gynäkologie eines großen Krankenhauses kommt mit schmierig belegter und klaffender Wunde nach einer Brustoperation und mit einem Verband, der offensichtlich seit längerer Zeit nicht mehr gewechselt wurde. Nach regelmäßiger Versorgung im Gefängnis nach Inhaftierung wird die Wunde sauber und heilt sekundär.

Fall 2: Die Patientin muss auf Grund einer Vorerkrankung Blutverdünnungsmedikamente einnehmen. Bei einer solchen Blutverdünnungstherapie müssen die entsprechenden Blutwerte sich in einem Bereich bewegen, dass es weder zu lebensgefährlichen Blutverklumpungen in den Gefäßen kommt (bei zu niedriger Blutverdünnung) noch zu ebenfalls lebensgefährlichen Blutungen (bei zu hoher Blutverdünnung). Die Höhe der Blutverdünnung wird mit einem Wert kontrolliert, der INR genannt wird. Ein Medikament, das zur Blutverdünnung eingesetzt wird, heißt Marcumar. In welchem Ausmaß Patienten bereit



■ Zielkonflikt „Gesundheit versus Haftunfähigkeit“

sind, gesundheitliche Risiken einzugehen, um eine Haftunfähigkeit zu erreichen, dokumentiert eine Passage aus dem Arztbrief eines Justizkrankenhauses: „...initial gute INR-Einstellung, im Verlauf trotz hoher Marcumar-Dosen keine gute Einstellung. Nach Einnahme unter Aufsicht und nachfolgend 15 min. Beobachtung wieder gute Einstellung.“

Zusammenfassend wünschenswert wären im Interesse aller Beteiligten: Ein informierter Patient, der trotz verständlichem Wunsch nach Haftvermeidung seine individuelle Gesundheit nicht aus den Augen verliert. Informierte Ärzte, die entweder die rechtlichen Hintergründe und Möglichkeiten des Justizvollzuges kennen oder keine Stellungnahmen zur Haftfähigkeit abgeben, und Staatsanwälte, die sich einem fundierten Arztvotum ohne Einschränkungen anschließen.

Lösungsansatz der aktuellen Probleme der Strafvollzugsarchitektur

Mag.arch. Andrea Seelich





Um einen Lösungsansatz für die aktuellen Probleme der Strafvollzugsarchitektur zu finden, habe ich Antworten auf folgende Fragen gesucht:

- ◆ Was ist Architektur/Strafvollzugsarchitektur?
- ◆ Wie funktioniert Architektur/Strafvollzugsarchitektur?
- ◆ Was sind die aktuellen Probleme der Strafvollzugsarchitektur?
- ◆ Woraus ergeben sich diese?

Was ist Architektur/Strafvollzugsarchitektur? Wie funktioniert Architektur/Strafvollzugsarchitektur?

In ihrem Buch „Die Trilogie der 5“ beschreibt C. Illera auf sehr anschauliche Weise, was Architektur ist und wie diese funktioniert.

Die 5 Dimensionen in der Architektur:

1. Dimension: Punkt, Linie, Konzept bis Ausschreibung
2. Dimension: Form, Fläche, Typologie...
3. Dimension: Raum
4. Dimension: Zeit, Bewegung durch den Raum
5. Dimension: Wechselwirkung Subjekt/Objekt

Auf die Strafvollzugsarchitektur angewandt bedeutet es:

1. Dimension:

Das schriftliche Festhalten aller Vollzugsarten, die in der Anstalt vollzogen werden (Freigänger, Mutter-Kind-Abteilung, Untersuchungshaft etc.), aller Einrichtungen der Anstalt (Arbeitsplätze der Insassen, Schulungsräume etc.), Sicherheit und Sicherung der Anstalt usw.

Hier müssen alle gesetzlichen Bedingungen, wie auch die Bedürfnisse und Wünsche aller Beteiligten (Personal, Insassen, Besucher) aufgelistet und analysiert werden.

In einer Strafvollzugsanstalt finden oft widersprüchliche Tätigkeiten auf kleinstem Raum statt.

Beispiel: Verstecken – Suchen

2. Dimension:

Nun werden den einzelnen Funktionen Räume zugeteilt und deren Größe und Anordnung bestimmt.

Eine Strafvollzugsanstalt hat viele Funktionen und daher Bereiche (Wohnen, Arbeiten, Besuch, Therapie etc.).

Die gelungene räumliche Erschließung der einzelnen Bereiche ist ein wesentlicher Bestandteil eines reibungslosen Vollzugsalltags.

3. Dimension:

Das in der zweiten Dimension als Fläche Entwickelte wird in eine räumliche, d.h. dreidimensionale Form gebracht.

Hierbei geht es nicht nur um Raumhöhen, sondern auch um Fragen wie:

Welche Abteilungen, Betriebe, Personalräume etc. liegen übereinander?

Was ist von den Hafttraumfenstern einsehbar?

4. Dimension:

Architektur wird durch die Begehung erlebt. Eine Strafvollzugsanstalt wird von ihren Benutzern sehr unterschiedlich wahrgenommen, nicht zuletzt, weil es den unterschiedlichen Personengruppen (Insassen, Personal, Besuchern) nicht gestattet ist, sich auf die gleiche Art durch das Gebäude zu bewegen. So kommt es auch dazu, dass verschiedene Räume unterschiedlich erlebt werden.

5. Dimension:

Das ist die Dimension, in der sich zeigt, ob ein Gebäude als gelungen bezeichnet werden kann. Es ist die Dimension, die auch als „psychische Dimension“ oder als „ästhetische Dimension des Geistes“ bezeichnet wird. Im Grunde geht es darum, ob sich der Betrachter in dem geschaffenen Raum wohl fühlt.

Die Faktoren, die zusätzlich zu den gelungenen vier Dimensionen das Wohlfühl beeinflussen, sind: Farbe, Licht, Wärme, Kälte, Proportionen, Alltagstauglichkeit usw.

Was sind die aktuellen Probleme der Strafvollzugsarchitektur? Woraus ergeben sich diese?

Die in Betrieb befindlichen Anstalten kann man aus baulicher Sicht folgendermaßen einteilen:

Neubauten: Bauten der letzten 20 Jahre

Beispiel: JA Leoben, siehe Abb.



Abb. 1
Neubau - JA Leoben



Altbauten: Diese sind entweder adaptierte Bauten (Schlösser, Klöster, Burgen)
Beispiele: JA Schwarzau, JA Valdice, JA Mírov, siehe Abb.



Abb. 2
Altbau umgewidmet: Schloss
Schwarzau als JA



Abb. 3
Altbau umgewidmet: Kloster Valdice
als JA



Abb. 4
Altbau umgewidmet: Burg Mírov als
JA

oder Bauten, die von Anfang an zum Zweck des Strafvollzugs gebaut wurden:

Gerichtsgefängnisse, meist um 1900, im Stadt- oder Ortszentrum gelegen.

Beispiele: JA Josefstadt, JA Favoriten, siehe Abb.

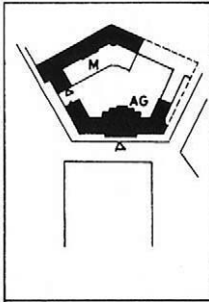


Abb. 5
Gerichtsgefängnis Bonn

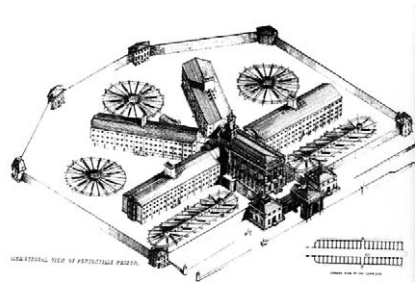


Abb. 6
Pennsylvanischer Gefängnisbau – Strahlenplan
Pentonville Prison

Pennsylvanische Gefängnisbauten – eine in den Vereinigten Staaten entwickelte Strafvollzugsbautypologie, die in Europa als Strahlenbau leicht adaptiert wurde.

Beispiele: JA Stein/Krems an der Donau, JA Pilsen, siehe Abb.



Abb. 8
JA Pilsen



Abb. 7
JA Stein/Krems an der
Donau

In all diesen Anstalten ist man um einen möglichst gleichwertigen Strafvollzug innerhalb einer bestimmten Region (Landkreis, Staat etc.) bemüht.

Die baulichen Gegebenheiten sind jedoch sehr unterschiedlich und daher stoßen die Bemühungen an unüberwindlich scheinende Hindernisse.

Das Problem wird durch die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Bereiche, die in direktem Bezug zum Strafvollzug stehen, verschärft. Dies sind:



Gesetze: Zahlreiche Gesetzesnovellen haben auch das Strafvollzugsgesetz in den letzten 150 Jahren stark verändert.

Beispiel: Unterkunft der Insassen: Immer mehr Tätigkeiten erlaubt, aber kein Platz dafür geschaffen.

Sicherheit: Die Einführung von Elektrozäunen, Kameraüberwachung etc. haben eine grundlegende Alternative zur Überwachung mittels direktem Blickkontakt geschaffen.

Arbeitsmöglichkeiten: Seit der Einführung der „Sinnvollen Arbeit der Insassen“ kam es vor allem in Westeuropa zu einer großen Vielfalt von Arbeitsmöglichkeiten und einer guten Ausstattung der Arbeitsplätze.

Manche Arbeitsbereiche stehen heutzutage jedoch wieder still, denn die Häftlingspopulation hat sich verändert.

Therapien: Die Einführung der verschiedenen Therapiearten ist sicherlich eine Bereicherung, nur sind die dazu zur Verfügung stehenden Räume oft ungeeignet.

Spezialisten: Gerade Psychologen, Sozialarbeiter u.a. haben einen oftmals sehr weitläufigen Arbeitsplatz, weil die Aktenaufbewahrung, das Büro, der Therapieraum sowie Konferenzzimmer und Bibliothek nie in unmittelbarer Nähe zueinander liegen.

Justizwache: Kurz gesagt: Was die Insassen in den letzten Jahren an Platz dazugewonnen haben, haben die Justizwachebeamten verloren.

Beispiel: Der Gang wurde früher von den Insassen nur in Begleitung der Justizwache beim Ab- und Zuführen in die Zellen betreten. Heute wird er von den Insassen im gelockerten Vollzug als Aufenthaltsort genützt. Da Aufenthaltsräume oft nicht einfach angebaut werden können, werden entweder Zellen umgewidmet (dadurch gehen Haftplätze verloren), oder eben Gänge „genützt“. Siehe Abb.



Abb. 9
Umgewidmeter Gang – ein Aufenthaltsraum ohne Tageslicht, ohne direkte Belüftung

Oft wird von der Justizwache ein Rückzugsraum, Pausenraum vermisst.

Die ungeeigneten und meist beengten räumlichen Bedingungen des Strafvollzuges führen zu einer Frustration sowohl bei den Insassen wie auch beim Personal. Deshalb möchte ich im Folgenden Beobachtungen aufzeigen, die vorwiegend die fünfte Dimension betreffen. Daraus ist die Komplexität der Problematik ersichtlich.

Der Frustration wird durch die Markierung des eigenen Bereiches entgegengewirkt. Die Markierung reicht von Behübschen bzw. Schmücken bis zum Vandalismus. Ist ein bestimmter Frustrationsgrad erreicht, kommt es zu so genannten Verschönerungsaktionen.

Initiative des Personals: Ein kleiner Teilbereich wird mehr oder weniger professionell behübscht. Mit mehr oder weniger künstlerischen Absichten. Von der Veränderung der Wandfarbe mit „fröhlichen Farben“ erhofft man sich eine schnelle Minimierung des Frustrationsgrades.

Beispiele:

Auf der altrosa Wand des Treppenabganges sieht man die Radierspuren von Schlagstöcken. Manche Bedienstete der Justizwache schlagen mit ihren Schlagstöcken beim Vorbeigehen gegen die Wand. Siehe Abb.



Abb. 10
Vandalismus Justizwache – Schlagstockspuren auf altrosa Wand

Das Dienstzimmer der Justizwache mit einer individuellen Ausschmückung. Siehe Abb.



Abb. 11
Ausschmückung eines Wachzimmers der Justizwache



Die individuelle Ausschmückung eines Haftraumes. Siehe Abb. 12



Abb. 12
Ausschmückung eines Haftraumes durch den Insasse

Abb. 13
Ausschmückung eines Sozialarbeiters



Sozialarbeiter, Ergotherapeuten u.a. neigen dazu, die Justizanstalten mit einfachen kindgerechten Bastelarbeiten zu schmücken. Siehe Abb. 13 und 14



Abb. 14
Ausschmückung eines Sozialarbeiters

Oft finden wir diesen Schmuck an den Fenstern. Die Fenster haben in einer Strafvollzugsanstalt immer eine besondere Bedeutung. Je beengter der Innenraum, desto dominanter wird die Aussicht.

Es ist ein Unterschied, ob man eine monotone Betonfassade oder die sich stets verändernde Natur sieht. Jahrelang. Siehe Abb.



Abb. 15 Fenster
monotoner Ausblick auf eine Betonfassade



Abb. 16 Fenster abwechslungsreicher
Ausblick auf die sich stets wandelnde
Natur

Durch die oft schwierigen Beziehungen zwischen Therapeuten und Justizwache neigen die Therapeuten dazu, ihren Arbeitsbereich mit den Werken ihrer Patienten zu schmücken. Siehe Abb.

Abb. 17
Ausschmückung/Territoriumsmarkierung
von Insassen/Therapeuten



Abb. 18
Behübschung der Waschgelegenheit durch
Insassen/Personal – Waschbecken

Manchmal findet sich unter den Insassen jemand, der ein Handwerk gelernt hat. Wie hier der Fliesenleger. Siehe Abb. nächste Seite



Manchmal misslingen die Verschönerungsversuche. Siehe Abb.



Abb. 19
Behübschung der Kochgelegenheit In-
sassen/ Personal - Kochnische

Das Problem der richtigen Farbwahl

Was ist denn die richtige Farbe für den Strafvollzug?

Oft sieht man, dass die verschiedenen Stockwerke der Strafvollzugsanstalten in verschiedenen Farben (**Rot Grün Blau**) akzentuiert worden sind. Den einzelnen Wohngruppen oder Abteilungen wurden bestimmte Farben zugeteilt. Siehe Abb.



Abb. 20
Rote Zellentüren



Abb. 21
Grüne Zellentüren



Abb. 22
Blaue Zellentüren

Der Gang erlangt durch die farbliche Akzentuierung eine Rhythmisierung, die sicher für den Justizwachebeamten angenehm sein kann. In einem anderen Stockwerk macht man den Versuch in Gelb. Gelb gilt allgemein als fröhlich und lebensbejahend. Siehe Abb. nächste Seite

Die Zellentüren bilden aber fast die Hälfte einer Zellenwand, deshalb sind diese kräftigen Farben ungeeignet, weil sie auf dem kleinen Raum zu dominant wirken.

Das Fröhliche Gelb, das „Schönbrunnengelb“, wurde auch gerne für öffentliche Bauten, Gerichte verwendet. Im verschlissenen und ungepflegten Zustand wirkt es allerdings auch nicht mehr so fröhlich. Siehe Abb.



Abb. 23
Gelbe Zellentüren



Abb. 24
Innenhof mit verschlissenem Anstrich in Schönbrunnengelb

Also soll der Hof neu gestrichen werden? Mit einem kräftigen Gelb?
Wirkt auf den ersten Blick recht ordentlich. Siehe Abb.



Abb. 25
Innenhof mit neuem Anstrich in zu kräftigem Gelb



Abb. 26
Farbreflexion der gegenüberliegenden Hausfassade mit kräftigem gelbem Anstrich – im Haftraum wird das Tageslicht gelb verfärbt



Bei einem engen Innenhof und einer grellen Farbwahl kann es – wie hier – zu einer sehr starken Lichtreflexion kommen, die eine Tageslichtverfärbung in den Innenräumen der Anstalt zur Folge hat. Lesen ist unmöglich, nach 30 Minuten kommt es zu starken Kopfschmerzen. Siehe Abb.



Abb. 26
Farbreflexion der gegenüberliegenden Hausfassade mit kräftigem gelbem Anstrich – im Wachzimmer wird das Tageslicht gelb verfärbt

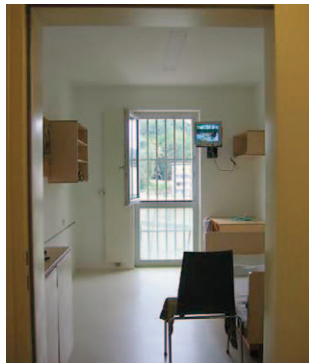


Abb. 27
Weiß ausgemalter Haftraum

Weiß: Die Farbe der Reinheit. Siehe Abb. 27

Der Haftraum wirkt sauber und ordentlich, bis ein Häftling kommt und ihn bewohnt. Schnell werden die Widersprüche zwischen der theoretischen und der praktischen Nutzung sichtbar. Siehe Abb.



Abb. 28
TV Regal ist zu hoch angebracht, Fernseher vom Insassen abmontiert



Abb. 29
Ablagefläche beim Bett fehlt

Das TV Regal ist so hoch montiert, dass der Fernseher nur im Stehen eingesehen werden kann. Der Insasse hat ihn deshalb abmontiert und auf den Schreibtisch gestellt. So kann er bequem vom Bett aus fernsehen. Neben dem Bett fehlt eine Ablagefläche, ein Nachttisch, deshalb wurde der Stuhl „umfunktioniert“. Siehe Abb. 29

Durch eine genaue Beobachtung der einzelnen Anstalten und durch die Änderungen, die die Benutzer der Anstalten unternommen haben, werden die Probleme deutlich.

Der angebotene Stauraum bleibt weitgehend ungenützt. Siehe Abb.



Abb. 30
Angebotener Stauraum ist ungenutzt



Abb. 31
Kühlschrank verkommt

Der Kühlschrank verdreckt. Siehe Abb. 31

Eine andere Anstalt, ein anderer Haftraum.

Der Stauraum wird vom Insassen genutzt. Siehe Abb. 32. Der Kühlschrank fehlt.

Siehe Abb. 33



Abb. 32
Optimale Stauraumnutzung



Abb. 33
Essen auf dem Fenster



Es ist unmöglich, gleichwertige Strafvollzugsbedingungen zu schaffen. Dazu sind nicht nur die Bauten unterschiedlich, sondern auch ihre Benutzer.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass sich das Gesetz schneller ändert als es der Architektur möglich ist. So kommt es unter anderem dazu, dass in den Hafträumen Tätigkeiten erlaubt sind, für die kein Platz bei der Dimensionierung bzw. beim Bau bedacht wurde. Die im Gesetz angeführten Tätigkeiten bringen oft Folgetätigkeiten mit sich, die ebenso Raum benötigen.

Beispiel:

Österreichisches StVG, § 24 (3) 2. Benutzung eigener Sportschuhe und -bekleidung. Die im Gesetz angeführte Tätigkeit ist das Benutzen eigener Sportschuhe und -bekleidung. Die Folgetätigkeiten sind das Aufbewahren, Lüften und Reinigen der Sportschuhe und der Sportbekleidung.

Meist wird das Problem auf folgende Art gelöst: Siehe Abb.



Abb. 34
Lüften der Sportschuhe

Die meisten Insassen sind um eine individuelle Gestaltung ihres Haftbereiches bemüht. Siehe Abb.



Abb. 35
Fehlender Hängeschrank



Abb. 36
Individuelle Gestaltung des Haftraumes –
Farben- und Formenchaos



Abb. 37
Individuelle Farbgestaltung des Aufent-
halts- und Therapiebereiches

Therapieraum Grau–Weiß: Der Raum wirkt neutral. Die farblichen Akzente ergeben sich durch den Benutzer. Der Patient kommt deutlicher zur Geltung, der Raum kann nach einer Therapiesitzung kurz gelüftet werden und wirkt wieder neutral für die weitere Therapiegruppe.

Dies trifft allerdings nicht für einen so gestalteten Innenhof zu. Siehe Abb.



Abb. 38
Innenhof Grau

Welche Farbe eignet sich denn nun für den Strafvollzug?

Wie die angeführten Beispiele zeigen, wird die Farbgestaltung der Wände von vielen weiteren Faktoren bestimmt.

Lage der Wand: außen, innen, Gang, Haftraum usw.

Farbgestaltung der Wand: Bis zu welcher Höhe reicht das Farbfeld?

Was soll die Farbe bewirken?

Beispiel: Die Wirkung einer Ganglänge beeinflussen. Siehe Abb.



Abb. 39
Gang wirkt monoton



Abb. 40
Gang wirkt kürzer



Der Gang ist durch Farbfelder gelungen rhythmisiert, er wirkt kürzer. Siehe Abb. 40

Der Gang ist baulich durch die Fensteröffnungen und die Deckenwölbung, die ein harmonisches Spiel von Licht und Schatten ermöglichen, gelungen rhythmisiert. Die misslungene Farbgebung lässt den Gang noch länger erscheinen als er ist. Siehe Abb.



Abb. 41
Gang wirkt länger

Selten ist die Wandfarbe das größte architektonische Problem einer Anstalt. Eine Änderung dieser wird kurzzeitig wahrgenommen, eine Besserung tiefer liegender Probleme aus der 1. bis 4. Dimension tritt im Allgemeinen nicht ein.

Wenn es die finanziellen Möglichkeiten zulassen, werden Architekten herangezogen, deren Eingriffe manchmal gelungen, jedoch immer sehr kostenintensiv und bürokratisch sind. Dass das Ergebnis nicht selten dürrig ist, liegt nicht nur daran, dass der Strafvollzugsbau auf den wenigsten Hochschulen ein Thema ist, sondern auch daran, dass man bei der Aufgabenstellung nicht miteinander zu kommunizieren weiß.

Manchmal kommt man dann auf die Idee, engagierte und interessierte Studenten zu beauftragen, z.B. Hafträume zu entwerfen, wovon man sich ein kostengünstiges und doch originelles Ergebnis verspricht.

Studenten sind noch in der Ausbildung – sie haben keine Praxiserfahrung – weder in der Architektur noch im Strafvollzug. Eine gelungene Lösung der architektonischen Strafvollzugsbauprobleme kann auf diese Art kaum erreicht werden.

Mit einem Beinbruch geht man ja schließlich auch nicht – in der Hoffnung auf einen besonders phantasievollen Gips – zu einem Medizinstudenten.

Lösungsansatz

Um die Probleme der Strafvollzugsarchitektur beseitigen zu können, ist daher Folgendes unbedingt notwendig:

- ◆ Analyse aller bestehenden Bauten, ihrer baulichen Möglichkeiten und deren Nutzung.
- ◆ Analyse der aktuellen Bedürfnisse und Funktionen, auch der nicht im StVG angeführten.
- ◆ Analyse der Tendenzen des Strafvollzuges.

Dabei ist eine Miteinbeziehung aller strafvollzugseigenen Ressourcen unbedingt notwendig, denn nur so kann Geld eingespart werden.

Deshalb ist es notwendig, interdisziplinär mit Fachkräften zu arbeiten.



Besonderheiten der medizinischen Versorgung im österreichischen Justizvollzug

Walter Kahl





Einige statistische Zahlen

- Häftlingsstand am 1.3.2006 insgesamt ca. **9.000**
(davon ca. 460 Frauen und ca. 170 Jugendliche)
- davon Straftaft 6.100
- Untersuchungshaft 2.100
- Maßnahmenvollzug 720
- 44 % Nichtösterreicher

Oberstes Prinzip: Ausrichtung der medizinischen Versorgung nach dem „Äquivalenzprinzip“ (Gleichwertigkeit) = Grundrechtsschutz des Gefangenen

- Freier Zugang zum Arzt, auch zu Fachärzten
- Gleichwertige Behandlung wie in Freiheit (auch bei der Entscheidung über Einweisung in Krankenanstalten)
- Zustimmung des Patienten zu den Behandlungen
- Verschwiegenheitspflicht des Arztes
- Professionelle Unabhängigkeit

Verbot von Medikamentenstudien bzw. ärztlichen Experimenten

Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung im Strafvollzug

- Fürsorgepflicht im Strafvollzug (= „Zwangsversorgung“) versus freie Selbstbestimmung (Ablehnung der Versorgung), z.B. bei der Anordnung der Zwangsbehandlung und Zwangsernährung
- Institutionsbedingte Einschränkungen bei der freien Arztwahl
- Keine Sozialversicherung für Häftlinge ⇒ sämtliche Kosten für die ärztlichen Behandlungen trägt die Justizverwaltung als Vollzahler ⇒ Ressourcenfrage!!

Vergleiche 1999 bis 2005 in Mio. Euro

Medikamente

1999	2,7
2003	4,1
2004	5,1
2005	5,3

Arzthonorare

1999	2,3
2003	3,2
2004	3,6
2005	3,7

Allgemeine Krankenhauskosten

1999	4,5
2003	6,7
2004	6,9
2005	7,7

Entgelte für Untergebrachte im Maßnahmenvollzug

1999	2,7
2003	4,1
2004	5,1
2005	5,3

Besondere Probleme bei der ärztlichen Behandlung im Strafvollzug

- Ballung von spezifischen gesundheitlichen Problemgruppen in Haft, die in dieser Dichte extramural nicht vorkommen, z.B. drogeninduzierte Erkrankungen samt Folgeschäden
- Aufarbeitung von medizinischer Unterversorgung in Freiheit, aus welchen Gründen auch immer, erfolgt oft erst im Gefängnis
- Vermehrte Migration führt zu höheren Kosten in der Gefängnisversorgung (multiresistente Infektionskrankheiten, TBC etc.)
- Arbeit der Gesundheitsdienste im Strafvollzug steht in einem permanent konfliktträchtigen Spannungsfeld mit der Institution
 - Individuelle Betreuungswünsche (oft auch unbillige Ansinnen) an den Arzt kollidieren oft mit unvermeidbaren Vorgaben und Zwängen der Gefängnisadministration (= Dienstgeber des Arztes), z.B. Verlegungen in andere Anstalten, Ausführungen zu externen Ärzten, Ambulatorien und Spitälern
 - Peniblen Ansprüchen des Insassen steht oft dessen minimale Compliance gegenüber, z.B. bei Enthaltungswünschen aus medizinischen Gründen (Vollzugsuntauglichkeit)
- Mitarbeit bei Eingangs- und Abgangsuntersuchungen, Haft- und Arresttauglichkeitsbestimmungen
- Grundvoraussetzungen der Patient-Arzt-Beziehung wie Vertraulichkeit und Verschwiegenheit geraten in Konflikt mit dem alles beherrschenden Prinzip der Sicherheit!
- Entwicklung von speziellen „Gefängniskrankheiten“, z.B.
 - Häufigere psychische Erkrankungen durch „Inprisonisierung“ = akute oder chronische Stresssituation des Freiheitsentzuges, insbesondere in der Untersuchungshaft
 - Vermehrte Depressivität, psychische Ausnahmezustände, schwere Persön-



lichkeitsveränderungen

- Verlust der selbst gewählten sozialen Beziehungen
- Aufgezwungener sozialer Druck des Gefängnislebens mit gewaltbereiten Hierarchien) führt zu vermehrten Selbstbeschädigungen („Hungerstreik“, Selbstmord oder SMV)
- Süchte aller Art
- Gefängnisse als epidemiologische Brennpunkte von Infektionserkrankungen wie TBC, AIDS, Hepatitis
- „Herausforderungen“ an den Arzt als Folge einer von Natur aus „kranken Institution“
- Zwangsbehandlungen

Projekte der Justizverwaltung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Gefängnis:

- Erlass für die „Substitutionsrichtlinien im Strafvollzug“ (seit Jänner 2005 in Kraft)
- Vermehrte Teilnahme der Insassen an der extramuralen Versorgung (z.B. Einrichtung von Inquisitenabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten, vermehrte Spitalsbetten und Plätze in Pflegeeinrichtungen)
- Vermehrte Hinzuziehung von Fachärzten als Konsiliardienste

Wunschzettel

- Ausbau der Pflegedienste in den Justizanstalten
- Maßnahmen zur Prophylaxe, wie
 - gesündere Ernährung
 - mehr Bewegung in der Freizeit durch Einrichtung von Fitnessräumen
 - Maßnahmen zur Nikotineinschränkung
- Verfahrensverkürzungen

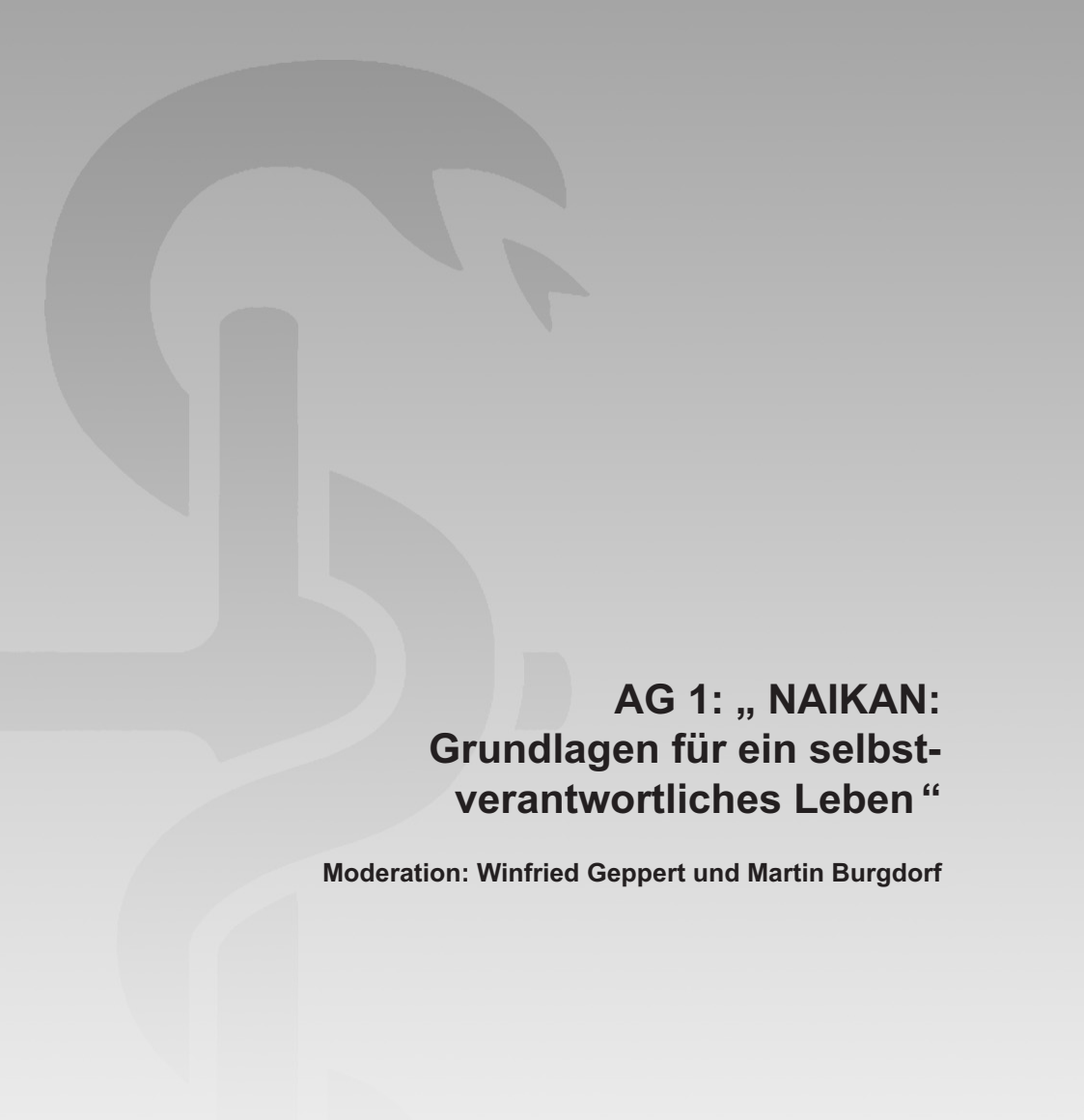
Verbesserung der Beschäftigungssituation im Gefängnis (= Sicherstellung einer Tagesstruktur)

Arbeitsgruppen

Freitag, 07.04.06







AG 1: „ NAIKAN: Grundlagen für ein selbst- verantwortliches Leben “

Moderation: Winfried Geppert und Martin Burgdorf





Zu der Arbeitsgruppe hatten sich ca. 25 Teilnehmer eingefunden, zwei von ihnen hatten schon etwas von NAIKAN gehört. Dadurch wurde es notwendig, zunächst über Grundlegendes zu informieren.

Was ist NAIKAN?

NAIKAN ist ein Weg zur Lebensvertiefung durch die Versöhnung mit der Vergangenheit. Es ist ein sanfter Weg der Selbsterkenntnis, der meditative und psychologische Aspekte vereint.

NAIKAN beruht auf der grundlegenden Erkenntnis, dass wir nicht nur unsere äußere, sondern auch unsere innere Welt selbst gestalten und verantworten.

NAIKAN ist ein weltweit verbreitetes Meditationsverfahren.

Ursprung der NAIKAN-Methode

Die NAIKAN-Methode kommt aus Japan und ist frei von religiösen Formen und Inhalten. Das Wort Naikan (NAI – Inneres, KAN – beobachten) bedeutet Innenschau oder innere Betrachtung.

Die klassische Form der NAIKAN-Übung dauert sieben Tage und wurde von Ishin Yoshimoto entwickelt.

Ablauf der NAIKAN-Übung

NAIKAN wird in Stille ohne äußere Ablenkungen geübt. In geschützter Atmosphäre wird Zeit und Raum gegeben, die eigene Lebensgeschichte zu betrachten. Während der NAIKAN-Übung begegnet der Übende wichtigen Menschen seines Lebens erneut. Das Medium dieses inneren Begegnungsprozesses ist die Erinnerung.

Auf dem Weg nach innen wird direkter Kontakt nur mit dem NAIKAN-Leiter aufgenommen. Er sucht den Übenden während des Prozesses in regelmäßigen Abständen auf und hört den Erinnerungen ohne Wertung zu. Darüber hinaus versorgt er den Übenden regelmäßig mit Mahlzeiten.

Geleitet und strukturiert wird die NAIKAN-Übung durch drei Fragen:

- Was hat eine Person (Mutter, Vater, Partner, Kind o.a.) für mich getan?
- Was habe ich für diese Person getan?
- Welche Schwierigkeiten habe ich dieser Person bereitet?

Für Inhaftierte kann dies bedeuten, sich und seine Handlungen objektiver zu sehen, vor Tatsachen nicht die Augen zu verschließen, sich nicht in Ausreden zu flüchten und Verantwortung auf sich zu nehmen.

Ergebnis der Arbeitsgruppe

Das NAIKAN-Projekt im niedersächsischen Justizvollzug fand Anerkennung und großes Interesse. In der NAIKAN-Abteilung der JVA Braunschweig in Peine stehen sechs Plätze für NAIKAN-Teilnehmer zur Verfügung. Fragen ergaben sich zum Thema Umsetzung in der Praxis, Erfahrungen im (Gefängnis-)Alltag und Nachhaltigkeit der Wirkungen. Wir berichteten über Erfahrungen, die wir mit NAIKAN-Teilnehmern im Justizvollzug gemacht haben: Positiveres Selbstbild, größeres Selbstbewusstsein, Empfinden von Dankbarkeit, Gelassenheit, rücksichtsvolleres Verhalten anderen gegenüber, ein gesteigertes Körperbewusstsein.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit den NAIKAN-Fragen „Was hat mein Körper in den letzten fünf Jahren für mich getan?“, „Was habe ich für meinen Körper in den letzten fünf Jahren getan?“, „Welche Schwierigkeiten habe ich meinem Körper in den letzten fünf Jahren bereitet?“ wird z.B. einem Suchtkranken eindringlich bewusst, welchen Missbrauch er mit Körper und Seele getrieben hat.

Zur Nachhaltigkeit lassen sich z.Zt. noch keine Aussagen machen; eine wissenschaftliche Begleitung des NAIKAN-Projekts im niedersächsischen Justizvollzug ist in Planung. In Japan wird diese Methode seit den 50er Jahren bei Straftätern angewandt und hat zu deutlich niedrigeren Rückfallquoten geführt (durchschnittliche Rückfallrate 40,4 %, bei NAIKAN-Teilnehmern 21,6 %).

Abschließend wurden mögliche Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung in verschiedenen Justizvollzugsbereichen und Therapieeinrichtungen diskutiert. Ein NAIKAN-Seminar dauert sieben Tage. Von 6 bis 21 Uhr halten sich die Teilnehmer, durch Wandschirme voneinander getrennt, im NAIKAN-Raum auf. Zur Nachtruhe sind sie in Einzelhafräumen untergebracht. Die Teilnehmer verzichten in dieser Woche auf Telefonate, Briefverkehr, Besuch, Radio, TV und Unterhaltungslektüre, Freistunde, Vollzugslockerungen und Vergütung. Für diese vorgestellte klassische Form von NAIKAN werden erhebliche Schwierigkeiten befürchtet, wenn

- die Leitungsebene solche Projekte nicht unterstützt,
- keine NAIKAN-Leiter und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- in der jeweiligen Einrichtung keine positive Einstellung oder sogar massiver Widerstand bei den Mitarbeitern zu erwarten ist,
- NAIKAN aus sozial- oder psychotherapeutischer Sicht als "Konkurrenz" empfunden und abgelehnt wird

Die positive Verhaltensänderung der Teilnehmer im weiteren Haftverlauf zeigt jedoch, dass der Aufwand gerechtfertigt ist. NAIKAN-Projekte in Therapieeinrichtungen (z.B. Hof Fleckenbühl) bestätigen diese Erfahrung.



AG 2: „Gesundheitsberichterstattung, Dokumentation und Qualitätssicherung“

Moderation: Dr. Marc Lehmann und Herbert Del Antonia

Protokoll: Dr. Marc Lehmann





Dokumentation und Qualitätssicherung klinischer Daten durch Strafvollzugsanstalten

D.I. H. Dell-Antonia, Justizanstalt Wien-Josefstadt

Themen

- Basis jeder modernen Dokumentation
 - Vernetzung und zentrale Datenarchivierung
 - Elektronische Häftlingsverwaltung
- ? EDV unterstützte klinische Dokumentation
 - ? Grundmodul
 - ? Erweiterungsmodule

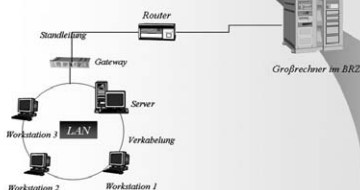
Basis jeder modernen Dokumentation



- moderne Computer (Hard- und Software)
- leistungsfähige Vernetzung (Intranet)
- zentrale Datenbank
- schneller Datenzugriff und Darstellung durch MS Internet-Explorer

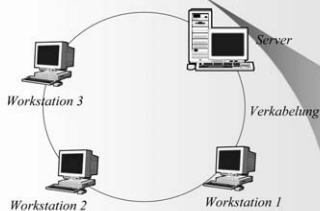
Basis jeder modernen Dokumentation

Das Netzwerk Justiz - WAN



Basis jeder modernen Dokumentation

Leistungsfähiges Anstaltsnetzwerk - LAN



Basis jeder modernen Dokumentation

IVV – Integrierte Vollzugsverwaltung

IVV = elektronische Häftlingsverwaltung

- ? Basisdatenerfassung (Name, Geb.Datum, Foto)
- ? Haftraumverwaltung
- ? Sicherheitsmerkmale und -codes
- ? Gefangenengelderverrechnung
- ? Depositenverwaltung
- ? Terminverwaltung (Besuchstermine, Arzttermine,
- ? Ausführungen und Überstellungen, Gerichtstermine)
- ? Sonderdienste (z.B. Sozialer Dienst)
- ? elektronische Klassifizierung
- ? Arbeitswesen, Arbeitsvergütung

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Modularer Aufbau

- ? Grundmodul
- ? Erweiterungsmodule
 - Ambulante Behandlungen
 - Stationäre Behandlungen
 - Abrechnung der Konsiliarärzte

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Schnittstellen

- Einscannen von Befunden
- Elektronische Übermittlung von Befunden
- Digitales Röntgen(archiv)
- (Möglichkeit von Ferndiagnosen)

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Gliederung des Softwarepaketes :

Das Grundmodul

Sicherheit und Zugriffskontrolle
Basisdatenerfassung (Patientenstammdaten)
Zentrale elektronische Krankenkartei
Auswertung nach ICD-Code für das BMGF
allgemeines Formularwesen
Verwaltung der Anstaltsapotheken

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Kernstück des Grundmoduls ist die

Zentrale elektronische Krankenkartei

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Zentrale elektronische Krankenkartei

Allergien
Anamnesen
Dekurs
Diagnosen (ICD)
Risikofaktoren
Medikation
Psychopharmaka (gesonderte Verordnung)
Bemerkungen
Leistungen
Labor
Blutdruck
Befunde

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Apotheken- und Medikamentenverwaltung (als integrativer Bestandteil des Grundmoduls)

Medikamentenverwaltung
Medikation Allgemein
Medikation Suchtgifte

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

2. Das Erweiterungsmodul

- ? **Ambulante Behandlungen**
- ? **Stationäre Behandlungen**
- ? **Abrechnung der Konsiliarärzte**
- ? **Dokumentation der Pflegemaßnahmen**

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

? **Ambulante Behandlungen**

- Effiziente Verwaltung der ambulanten Behandlungen
- Terminplanung (Zuweisungen zu den Ärzten)
- statistische Auswertung der durchgeführten Behandlungen (Kostenwahrheit)

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

? **Stationäre Behandlungen**

- Verwaltung aller stationären Aufnahmen und Behandlungen
- statische Auswertung der stationären Aufnahmen

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

? **Abrechnung der Konsiliarärzte**

- Automationsunterstützte Abrechnung
- nach BVA Tarif
 - nach Stunden
 - entsprechend den Verträgen



EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Dokumentation der Pflegemaßnahmen (allgemein)

- Dokumentation aller Pflegemaßnahmen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997
- spezielles Formularwesen für die Pflegedokumentation.

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Dokumentation der Pflegemaßnahmen (bei stationärer Aufnahme)

- Pflegeanamnese
- Pflegediagnose ("Nanda" Pflegediagnose)
- Pflegeplanung (Häufigkeit u. Durchführung)
- Pflegemaßnahmen

EDV-unterstützte klinische Dokumentation

Dokumentation des Pflegeprozesses

- Eintragungen in der genormten Fiebertabelle
- Pflegenachweis (z.B. Blutzuckertabellen)
- Leistungsnachweis (z.B. ausgeführte Verbandwechsel)
- Pflegebericht (tätig)
- Interdisziplinäres Einträge (Vermerke von Psychologen und Sozialarbeitern)

IVV – Integrierte Vollzugsverwaltung

Datensicherheit und Zugriffsberechtigungen

- **Sicherheitssystem:** Jeder Einstieg, sowohl in das anstaltsinterne Netzwerk (LAN) als auch jeder Zugriff auf die österreichweite Anwendung IVV (WAN) wird vom System verzeichnet, sodass nachvollziehbar ist
 - welcher Bedienstete
 - auf welche Daten zugegriffen hat und
 - welche Veränderungen wann vorgenommen wurden

IVV – Integrierte Vollzugsverwaltung

Datensicherheit und Zugriffsberechtigungen

- **Sicherheitssystem:**
 - Ein Zugang zum Netzwerk ist für Insassen strengstens untersagt!
 - Um eine missbräuchliche Verwendung von Daten aus dem Netzwerk hintanzuhalten wird jeder Benutzer angewiesen, sich nach Ende seiner Arbeit ordnungsgemäß aus dem Netzwerk abzumelden!

IVV – Integrierte Vollzugsverwaltung

Datensicherheit und Zugriffsberechtigungen

- **Zugangsberechtigungen zum LAN** (gem. Erlass des BMJ.Zahl: 6136/ 65-Pr4/1999 vom 15.2.1999)
 - **User – ID**
 - Benutzerkennung
 - Vorgegebene Namenskombination
 - **Passwort**
 - frei wählbar
 - muss mindestens fünf Zeichen haben und darf nicht mehr als 14 Zeichen beinhalten

IVV – Integrierte Vollzugsverwaltung

Datensicherheit und Zugriffsberechtigungen

- Jeder Bedienstete hat sein Passwort geheim zu halten.
- Es darf nirgends ersichtlich vermerkt sein.
- Hegt ein Bediensteter den Verdacht, dass jemand anderer User-ID und Passwort erfahren haben könnte, ist das Passwort sofort zu ändern!

Medizinische Dokumentation im Justizvollzug

Zusammenfassung

Neben der patientenbezogenen Dokumentation, die in Teilen durch Vollzugsspezifika geprägt ist, erlangt die Auswertung der Daten der medizinischen Versorgung auch im Vollzug eine immer größere Bedeutung im Sinn von Beschreiben, Kontrollieren und Steuern. Der Vergleich zwischen Einrichtungen erlangt immer mehr Bedeutung. Neben dem Ziel der Qualitätssicherung bzw. Steigerung, ist diese Entwicklung durch die begrenzte Ressourcenlage geprägt. Effektivität und Effizienz werden immer wichtiger.

Zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben kommt nur eine genaue Dokumentation mit Hilfe elektronischer Systeme in Betracht. Eine diesen Bedürfnissen entsprechende Programmentwicklung, Projekt „BASIS“, ist angelaufen und muss fortgeführt werden. Die Übertragung der entsprechenden Steuerungsmodelle, Kennzahlensysteme und Controllingprozesse in Einklang mit Qualitätsmanagementprozessen werden die nächsten Jahre der Vollzugsmedizin maßgeblich prägen.

Einleitung

Dokumentation im Sinne von Belegen, Beweisen, Festhalten, Zusammenstellen in Bezug auf medizinisches Handeln ist ein umfassendes Thema, das in Bezug auf die Arbeit der medizinischen Dienste im Vollzug mit weit über diese hinausgehenden Auswirkungen verbunden ist. Es ist eine typische Berufspflicht medizinischen Personals, aber auch Grundlage für entsprechende Überwachung und Steuerung und letztendlich Basis politischen Handelns. In diesem Beitrag soll die patientenbezogene Dokumentation mit dem Blickwinkel auf die Besonderheiten des Vollzuges und dessen Einfluss auf die Dokumentation beschrieben werden. Allgemeine Aspekte der medizinischen Dokumentation sind nicht Inhalt dieser Abhandlung. Es wird ein Ausblick gegeben auf die aktuellen Entwicklungen im Bereich des Justizvollzugs. Dabei wird unterschieden zwischen der medizinischen patientenbezogenen Datenerfassung, im erweiterten Sinn die Gesundheitsakte, und den von den Aufsichtsbehörden angeordneten Erhebungen wie statistische Meldungen und Berichte sowie Statistiken zum eigenen Gebrauch.

Patientenbezogene Dokumentation

Medizinische Dokumentation dient zunächst als Gedächtnisstütze des Behandlers. Sie fasst die Ergebnisse seiner Fragen im Sinne einer Anamnese, die Untersuchungsergebnisse als Befund, die Schlussfolgerungen als Diagnose und die eingeleiteten Therapie- und sonstigen Maßnahmen in einem Bericht, einem Dokument, zusammen. Hierbei ist es zunächst beliebig, ob dies beispielsweise mit einem strukturierten Protokoll, einem Dokumentationssystem, im Ankreuzverfahren oder mit Schüsselsystemen erfolgt. Unterschiedliche Dokumentationssysteme haben in verschiedenen Einsatzbereichen spezielle Vor- und Nachteile. Zunehmend wird die medizinische Dokumentation mit Hilfe von elek-



tronischen Datenverarbeitungssystemen vorgenommen. Gute Dokumentation ist ein Qualitätsmerkmal ärztlichen Handelns und umfasst selbstverständlich auch die Gehilfen des Arztes.

Im deutschen Justizvollzug wird nach bundesweit einheitlichen Regeln, zum Teil auf Formularen, die medizinische Dokumentation in einer Papierakte, der Gesundheitsakte der Gefangenen, durchgeführt. Besonderes Augenmerk wird auf die Dokumentation der im Rahmen einer Zugangsuntersuchung erhobenen Daten einschließlich der Feststellungen zur Vollzugstauglichkeit gelegt. Hierbei ist im Allgemeinen allerdings von einer gutachterlichen Maßnahme und nicht von einer Behandlungssituation auszugehen. Diagnosen werden bisher im Vollzug nicht verschlüsselt und die Daten nicht elektronisch erfasst.

Diese Dokumentation ist häufig Grundlage der Bearbeitung und ggf. Überprüfung, wenn es um die Erledigung von Anträgen, Beschwerden oder Eingaben von Gefangenen geht. Da sich die Gefangenen nicht in einem System mit freier Arztwahl befinden, sondern den medizinischen Dienst als Teil der Institution Gefängnis sehen, richten sie ihr besonderes Augenmerk auch auf Schwachstellen in diesem Bereich. Hinzu kommt, dass der medizinische Dienst über die Möglichkeit verfügt, eine Reihe von intramuralen Erleichterungen und Vergünstigungen (Arbeitsbefreiung, Kostzulagen, zusätzliche Freistunden, dämpfende Medikation, Suchtmittelersatzstoffe), auch im Sinne von sekundärem Krankheitsgewinn, zu ermöglichen. Bei Versagen solcher Vergünstigungen wird von den Gefangenen immer wieder versucht, auf den Anstaltsarzt Druck auszuüben, um diese Vorteile dennoch zu erlangen. Der Arzt und seine Gehilfen tun deshalb gut daran, durch Dokumentation nachweisen zu können, dass hiermit verantwortungsbewusst umgegangen wird und die Entscheidungen medizinisch begründet und fachlich richtig sind. Leider werden in diesem Zusammenhang von Gefangenen häufiger gegen Anstaltsärzte Anzeigen unter dem Vorwurf Körperverletzung im Amt oder unterlassene Hilfeleistung gestellt. Hier kann eine gute Dokumentation als entlastendes Beweismittel funktionieren bzw. fehlende Dokumentation zum Nachteil ausgelegt werden.

Im Rahmen der Dokumentation spielt die berufsbezogene Schweigepflicht eine wichtige Rolle. Im Vollzug ist dieses besonders geschützte Rechtsgut durch die Regelungen des § 182 StVollzG allerdings etwas aufgeweicht und unterliegt der Besonderheit, dass der Anstaltsarzt die ihm anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse offenbaren darf, wenn dies zur Aufgabenwahrnehmung der Vollzugsbehörde zwingend erforderlich ist. Auch hier ist entsprechende Dokumentation eine wertvolle Hilfe, bei späteren Zweifeln an der Rechtmäßigkeit, die Richtigkeit des Handelns nachweisen zu können. Andererseits sind die Unterlagen/Aufzeichnungen ausreichend gegen unberechtigte Einsichtnahme zu sichern. Probleme sind beispielsweise vorstellbar, wenn die Administratoren, die die medizinischen System pflegen und warten, nicht in die Schweigepflichtregelungen einbezogen werden.

Auch bei Maßnahmen der Zwangsbehandlung, geregelt im § 101 StVollzG, sind besonders hohe Ansprüche an die Dokumentation zu stellen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass auch die Freiwilligkeit einer zustimmungspflichtigen Maßnahme im Vollzug kritischer zu bewerten ist als in einem System, in dem der Patient schon den Behandler frei wählen kann und nicht in seiner räumlichen Freiheit eingeschränkt ist. So ist es möglich, dass der Gefangene sich in einem Spannungsfeld befindet, nach §55 StVollzG an Maßnahmen der Gesundheitsversorgung mitwirken zu müssen, er den Behandler jedoch nicht auswählen kann und unter Umständen Folgen wie Arbeitsausfälle durch nicht erfolgte Behandlung innerhalb des geschlossenen Systems Vollzug natürlich noch sanktioniert werden.

Statistiken und Auswertungen

Fasst man die Daten aus den Gesundheitsakten zusammen oder erhebt Daten von mehreren Patienten oder über medizinische Maßnahmen, entstehen Statistiken. Es kann sich um vielfältige Erhebungen zu den verschiedensten Fragestellungen handeln. Die Daten werden einerseits gesammelt, um eine Situation zu beschreiben, andererseits um Veränderungen nachzuweisen. Schließlich werden aus diesen Daten Schlussfolgerungen gezogen und ggf. das Handeln verändert. Neben der reinen Beschreibung kommt es zu Analyseprozessen. Hierbei sind immer auch umfangreiche Fehlerquellen in Betracht zu ziehen und an eine statistisch gewonnene Aussage hohe Qualitätsanforderungen zu stellen, wobei vielfältige Regeln zu beachten sind.

Beispiel: Es ist im Auftrag der Aufsichtsbehörde/der Ministerien von den Anstalten jeweils an einem Stichtag die Zahl der AIDS-Infizierten zu ermitteln. Im Laufe der Jahre wird festgestellt, dass diese Zahl abnimmt. Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen: Kürzung der Budgets für die Versorgung, Reduktion der Präventionsmaßnahmen oder Intensivierung der laufenden Programme, um die Abnahme noch zu beschleunigen? Ist die tatsächliche Zahl gemeldet worden oder sind die Zahlen dadurch verfälscht, dass beispielsweise die bereits im vorherigen Erhebungszeitraum gemeldeten Daten nicht im nächsten Zeitraum wieder gemeldet wurden? Hat der Meldende gewissenhaft die Daten recherchiert oder nur die Fälle gemeldet, die ihm im Gedächtnis geblieben sind?

In der gegenwärtigen Lage sind in der Vollzugsmedizin mehrere Prozesse von Bedeutung:

Durch die hoch belasteten Haushaltssituationen der Bundesländer wird in allen Verwaltungsbereichen der Ressourceneinsatz geprüft. Dies geschieht durch Kosten-Leistungs-Rechnung und Controllingprozesse. Es werden umfangreiche Zielvorgaben erlassen. Dies ist nur möglich auf der Grundlage von umfangreichen Datensammlungen beziehungsweise validen Kennzahlen, wobei solche Kennzahlen für die medizinische Versorgung im



Justizvollzug noch zu entwickeln sind. Da diese Daten nicht personenbezogen sind, unterliegen sie nicht der Schweigepflicht. Ziele sind: Planstellen einzusparen, Haushaltsansätze zu reduzieren und Kürzungspotenziale auszuschöpfen, ohne Verlust oder gar mit Steigerung der Qualität.

Die Behandlungskosten für Patienten sind auch innerhalb des Vollzuges wie überall im Gesundheitswesen unter anderem durch neue Medikamente und Behandlungsverfahren, aber auch durch zunehmendes Absicherungsdenken und andere Prozesse weiter kontinuierlich ansteigend, bei begrenzten Mitteln zur Finanzierung. Nach Strafvollzugsgesetz und Sozialgesetzbuch müssen medizinische Maßnahmen zur Behandlung von Gefangenen, damit sie von den Ländern finanziert werden, erforderlich und hinreichend sein. Laut europäischer Folterkonvention sollte die medizinische Versorgung im Vollzug gleichwertig der Versorgung außerhalb der Mauern sein. Zunehmend wird medizinisches Handeln als evidenzbasiertes und leitlinienorientiertes Handeln gesehen und es werden Wirksamkeitsnachweise mit dem Ziel einer Qualitätssteigerung gefordert. Ein Wirksamkeits- und Nachhaltigkeitsnachweis wird angestrebt.

Durch Verwaltungsreformprozesse wie (Teil-)Budgetierung wird versucht, die Verantwortung an die versorgenden Anstalten und Anstaltsärzte abzugeben unter der Maßgabe, einerseits Transparenz und andererseits eine höhere Flexibilität zu erreichen, allerdings ohne Vermehrung der zur Verfügung stehenden Mittel. Kommt nun der Anstaltsarzt in die Situation, die Mittel für seinen Bereich selbst zu verhandeln und zu verwalten, wird ihm dieses nur erfolgreich gelingen, wenn er mit betriebswirtschaftlichen Mitteln den Bedarf belegen bzw. den Verbrauch begründen kann. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bereits ein einzelner Patient (z.B. Dialysepatient oder Bluter) ein solches Budget in einer Anstalt sprengen kann, so dass gerade in kleineren eigenverantwortlich wirtschaftenden Einheiten an entsprechende Rückstellungen gedacht werden muss. Auch um auf für solche Fälle bereitgehaltenen Rücklagen zurückgreifen zu können, ist wiederum ein exakter Nachweis des Bedarfes durch die Auswertung der medizinischen Dokumentation zu fordern, um Verteilungsgerechtigkeiten zu vermeiden.

Das komplexe Zusammenwirken der oben genannten Zusammenhänge macht es erforderlich, auf verlässliche Daten aus der medizinischen Versorgung zurückzugreifen, um die finanziellen Mittel den einzelnen Versorgungsabteilungen besser zuweisen zu können. So sind Morbiditätsdaten für bestimmte Erkrankungen im Vollzug erforderlich, um geeignete Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Wirtschaftliches Handeln soll belohnt werden. Eine rein auf Absicherung ausgerichtete Defensivmedizin ist zu vermeiden.

Mit der derzeitigen Dokumentation sind derartig umfassende Daten nur durch zusätzliche Erhebungen, Auswertung von Krankenakten oder spezielle Statistiken zu erlangen. Dies führt zu einem hohen zusätzlichen Ressourceneinsatz, schlimmstenfalls Doppeldoku-

mentationen und ist häufig unökonomisch. Auch ist die Qualität solcher Ad-hoc-Erhebungen häufig nur begrenzt und genügt meist nicht den Anforderungen.

Vor diesen Hintergründen und dem zunehmenden Einsatz von elektronischer Datenverarbeitung ist es einerseits erforderlich und andererseits möglich, die Daten in Dokumentationssysteme einzupflegen und somit einer statistischen Auswertung zugänglich zu machen. Um eine weitgehende Auswertung zu ermöglichen, ist anzustreben, in möglichst umfassenden Bereichen, vielen Anstalten, mit einheitlichen bzw. kompatiblen, vernetzten Dokumentationssystemen zu arbeiten. Idealerweise wären alle verfügbaren Daten in einem kompatiblen System. Daneben ist es allerdings auch erforderlich, die Mitarbeiter von der Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Dokumentation zu überzeugen und in der entsprechenden Anwendung zu schulen. Nachdem dann über eine gewisse Zeit Daten in das System eingepflegt wurden, wird es möglich, diese mit statistischen Methoden für gezielte Fragestellungen auszuwerten. Anschließend sind geeignete Schlussfolgerungen zu ziehen und das Handeln ist anzupassen. Auch sind Vergleiche von Teilbereichen dann möglich. Je größer allerdings die zur Verfügung stehende Datenmenge sensibler personenbezogener Daten, umso umfangreicher müssen auch die Datenschutzmaßnahmen sein.

Als einer der wichtigsten Datensätze, die zurzeit anzustreben sind, ist sicherlich die Diagnosestatistik zu sehen. Nachdem in der extramuralen Medizin für die Verschlüsselung in Deutschland das ICD-System, zur Zeit ICD 10 GM, eingeführt wurde, ist es nur folgerichtig, dieses System auch für die Diagnoseverschlüsselung im Vollzug zu verwenden, um die Vergleichbarkeit mit z.B. den Statistiken der Krankenkassen zu erhalten. Das Weiterarbeiten mit den derzeit verwendeten Diagnosebegriffen ist für statistische Auswertungen zu unscharf. Auch die Festlegung auf einen Absicherungsgrad sollte erfolgen. Hierzu ist die Verwendung der Präfixe zur ICD-Diagnose (V=Verdacht, G=gesichert, Z=symptomloser Zustand nach..., A=Ausschluss von) geeignet.

Insbesondere in den Bereichen Infektionen, Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrische Erkrankungen deuten vorliegende Erhebungen aus kleinen Bereichen bzw. in spezifischen Gruppen darauf hin, dass es aktuell zu deutlichen Veränderungen kommt. Hier sind sicher harte Daten hilfreich, um damit politische und vollzugssteuernde Prozesse weiter zu optimieren. So käme beispielsweise der Ermittlung von Kapazitäten für die Suchtberatung oder psychiatrischen Behandlungskapazitäten eine wesentliche Bedeutung zu. Auch im Bereich der Qualitätssicherung, im leitlinienorientierten (Be-)Handeln und im Budgetmanagement ist eine verlässliche Datenlage unabdingbare Voraussetzung für erfolgreiches Handeln. Der Vergleich zwischen unterschiedlichen Bereichen der Vollzugsmedizin wird auf dieser Grundlage im Sinne von Benchmarking erleichtert. Mittelfristig werden aus Autorensicht weitere Qualitätsmanagementprozesse entscheidenden



Einfluss auf die Vollzugsmedizin und die zu fordernde Dokumentation haben. Als Kennzahlen wären hier beispielsweise das Erreichen von Impraten oder die konsequente Durchführung einer Tuberkuloseprävention, z.B. als Röntgendiagnostik, zu sehen.

Entwicklung eines elektronischen Dokumentationssystems

Vor diesem Hintergrund haben 12 deutsche Bundesländer zusammen mit Luxemburg die Entwicklung eines medizinischen Dokumentationssystems für den Vollzug beauftragt. Dieses soll in Verbindung mit dem derzeit in den meisten Bundesländern im Einsatz befindlichen Vollzugs- und Verwaltungsprogramm „BASIS“ in einer überarbeiteten Version noch im Jahr 2005 in den ersten Echteinsatz kommen. Hierbei verspricht man sich besondere Synergieeffekte davon, dass die bereits vom Vollzug benutzten Personenstammdaten übernommen werden und einzelne Prozesse bereits im Sinne eines Workflow integriert wurden. Um eine so genannte Vollversion; die alle Aufgaben der medizinischen Dienste im Vollzug abbildet, zu erreichen, sind allerdings noch umfassende Ergänzungen erforderlich. Zunächst ist eine Grundausstattung mit den wichtigsten elektronischen Werkzeugen, in etwa vergleichbar mit einem Praxisprogramm, in der Entwicklung. Gegenwärtig wird die Software aktuell in der Anstalt Iserlohn pilotiert. Bei einer schrittweisen Einführung in den Anstalten und einer für eine Statistik erforderlichen Datensammlung wird es allerdings noch eine ganze Weile dauern, bis die ersten umfassenden Datenauswertungen für die Steuerung zur Verfügung stehen. Dennoch sollte vermieden werden, jetzt noch neue Insellösungen zu erstellen, um keine Mittel später in diesem Bereich verpuffen zu lassen.

Unter anderem wird es mit dem neuen Programm möglich werden, die Diagnosen nach ICD zu verschlüsseln, eine elektronische, patientenbezogene Akte zu führen und bestimmte Patientengruppen durch die Vergabe von zur Zeit 20 Ja-Nein-Merkmalen zunächst grob bestimmten Gruppen und damit einer statistischen Auswertung zuzuordnen. Ungelöst ist noch das Problem, dass zurzeit durch geltende Vorschriftenlage gefangenbezogene Daten maximal 2 Jahre auf elektronischen Datenträgern aufbewahrt werden dürfen. Dieses behindert eine statistische Auswertung und insbesondere Beschreibung von Veränderungen erheblich.

AG 4: „Medizinische Versorgung am Beispiel HIV, HCV und TB“

**(Moderation: Dr. Wolfgang Riekenbrauck
und Dr. Harald Schopper)**

Inputreferat: Dr. Harald Schopper





HIV

Insgesamt sind in Österreich etwa 20 Ärztinnen und Ärzte auf eine antiretrovirale Therapie spezialisiert. Wie gut der Zugang von Betroffenen zu einem dieser Behandler ist, hängt neben der Zuweisung nicht zuletzt vom Wohnort bzw. der Unterbringung unserer Patientinnen und Patienten ab.

Wien ist mit zwei spezialisierten Anlaufstellen ausgestattet. Behandelt wird im Wesentlichen noch in der Uniklinik Innsbruck und Graz, sowie in den Landeskliniken Salzburg, Klagenfurt und Linz.

Problematisch ist die späte Diagnostik, europaweit werden rund 30 % aller Fälle erst in den letzten 6 Monaten vor Ausbruch der Infektion diagnostiziert. Eine aktuelle kanadische Studie hat gezeigt, dass die Phase der akuten oder frühen Infektion für etwa 50 % der Infektionstransmission verantwortlich ist.

Eine der Gründe für die längere Zeit unentdeckte Infektion ist, dass Akutsymptome nach dem Ausbruch oft nicht ernst genommen werden oder anderen Beschwerden (grippaler Infektion) zugeschrieben werden. Es gibt das diagnostische Fenster; mit herkömmlichem AK-Test kann die Belastung mit dem HI-Virus zu einem so frühen Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden. Auch in Österreich steht nun ein kombinierter Antigen-Antikörper-Test zur Verfügung. Durch Nachweis der Antigene kann schon 10 Tage nach dem Risiko eine eventuelle Ansteckung angezeigt werden. Wir pflegen kein verpflichtendes HIV-Screening (OP; Freiwilligkeit).

HIV-Medikamente

Große Durchbrüche zu neuen Substanzen sind eher nicht zu erwarten. In Entwicklung und wahrscheinlich bald verfügbar sind neue Substanzen in bereits jetzt verfügbaren Klassen: Protease-Inhibitoren und neue Nicht-Nukleosid-Reverse-Transkriptase-Inhibitoren. Verbesserungen gibt es bei der Einnahmefrequenz (Reduktion) und der Darreichungsform.

HIV-Betreuung:

2001	42 Patient(inn)en	37 männl./5 weibl.
2002	46 Patient(inn)en	35 männl./11 weibl.
2003	39 Patient(inn)en	33 männl./6 weibl.
2004	34 Patient(inn)en	34 männl./5 weibl.
2005	39 Patient(inn)en	39 männl./5 weibl.

Tuberkulose

Dass Tuberkulose zum Dauerbrenner wird, dafür sorgt das Auftreten von multiresistenter TB. Jedes Jahr werden weltweit 300.000 Fälle von multiresistenter TB diagnostiziert. Die

MDR-TB ist eine Form der Erkrankung, bei der die Erreger gegen die beiden wichtigsten First-line-Tuberkulostatika Isoniazid und Rifampicin resistent sind. Nicht selten ist eine Behandlung mit fünf bis elf so genannten Second-Line-Medikamenten über mindestens 18 Monate erforderlich.

Russische Gefängnisse sind das Paradebeispiel einer „epidemiologischen Pumpe“. Über eine Millionen Menschen sind dort inhaftiert (das entspricht fast einem Prozent der Bevölkerung). Etwa 10 % der Inhaftierten leiden an aktiver Lungen-TBC. Davon sind mindestens 20 % MDR-Tuberkulose. Durch die hohe Anzahl inhaftierter Personen bei gleichzeitig begrenzten räumlichen Ressourcen ist zwangsläufig die Fluktuation der Gefangenen äußerst groß. Jährlich werden 300.000 Menschen inhaftiert. Genauso viele müssen wieder entlassen werden. Somit verlassen jährlich 6.000 Menschen mit einer Erkrankung an MDR-TB die russischen Gefängnisse.

Hepatitis C

59 Patient(inn)en	2001	30 Patient(inn)en
48 Patient(inn)en	2002	44 Patient(inn)en
39 Patient(inn)en	2003	47 Patient(inn)en
43 Patient(inn)en	2004	81 Patient(inn)en
35 Patient(inn)en	2005	61 Patient(inn)en

In Österreich sind derzeit ca. 0,5 bis 1 % der Gesamtbevölkerung mit Hepatitis C chronisch infiziert. 0,2 % sind Drogenabhängige, 0,2 % HIV-Positive, <5 % HBV seropositiv.

Insassen in österreichischen Justizanstalten

15–30 % i.v. Drogenabhängige, 1–2 % HIV-positiv, 20 % Hepatitis-C-positiv, 5–20 % Hepatitis-B-positiv.

Behandlungskosten der HCV (Dauer 12 Monate, in 50 % der Fälle dauerhafte Viruselimination): 15.000 €.

Verlauf und Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Dr. Schopper erläuterte zu Beginn die Verhältnisse in Österreich und führte aus, dass jeder Neuinhaftierte ausnahmslos mittels Röntgen-Thoraxaufnahmen auf Tuberkulose untersucht werde. In der anschließenden Diskussion wurde jedoch auf das Problem hingewiesen, dass die Therapie und auch die Überwachung bei Kurzstrafen unzulässig sei, insbesondere bei Migrant(inn)en. Es wurde auch festgestellt, dass ein Patient mit offener Tuberkulose nicht abgeschoben werden kann. Es wurde die Forderung erhoben, eine Tuberkulose erst vollständig zu behandeln, bevor man den Patienten in sein Heimatland zurückschickt. Dabei ist der Schutz des Patienten in seinem Heimatland, aber auch die



Migration zu berücksichtigen, da der Betreffende mit einiger Wahrscheinlichkeit wieder zurück in das abschiebende Land illegal einreise.

Bezüglich der HIV-Erkrankung wurde erläutert, dass es in Österreich verteilt etwa 20 Spezialisten bzw. Zentren gebe. Für andere Länder und Deutschland wurde ein Qualitätszirkel gefordert, da man nicht verlangen könne, dass jeder Anstaltsarzt bei einer relativ kleinen von ihm zu betreuenden Anzahl von HIV-positiven Patienten über die neuesten Entwicklungen immer auf dem Laufenden sein könne. Erwähnt wurde die zentrale HIV-Ambulanz in Nordrhein-Westfalen im Justizkrankenhaus.

Professor Pont führte aus, dass in Österreich 20 % der Inhaftierten eine chronische Hepatitis C hätten, und dass in Österreich von diesen 20 % jeder Zwanzigste behandelt werde.

In einer Justizvollzugsanstalt in Bayern werden ständig 3–4 Patienten wegen chronischer Hepatitis C behandelt. Im vergangenen Jahr habe das Land Bayern 180.000 € zur gezielten Behandlung von chronischer Hepatitis C mit Interferon und Ribavirin ausgegeben. Dr. Riekenbrauck betonte, dass auch bei geringen Behandlungszahlen (z.B. in Nordrhein-Westfalen) in der „Lebersprechstunde“ eine erhebliche seelische Entlastung eintrete, wenn über die Hepatitis C und ihre Prognose realistisch aufgeklärt werde. Dadurch würden Ängste genommen und für den Patienten zumeist ein mehrjähriger Zeitrahmen erkennbar, in dem er sich mit Aussicht auf Erfolg behandeln lassen kann.

Die Diskussion wurde immer wieder von Hinweisen geprägt, die mit dem Begriff Patientenemanzipation beschrieben werden müssen. Eine Ombudsfrau stellte ihre Tätigkeit für Patienten im zivilen Bereich vor. Aus der Forensik in Münster (LWL) wurde von einer sehr schlagkräftigen Beschwerde-Instanz berichtet, die auch Kontrollen vor Ort vornimmt und eine steigende Nachfrage hat. Aus verschiedenen deutschen Bundesländern wurde berichtet, dass jegliche Beschwerde eines Gefangenen von den Aufsichtsbehörden beantwortet werde.

Insgesamt sei jedoch den Gefangenen eine Zweitmeinung (allein schon wegen der fehlenden freien Arztwahl) häufig zugugestehen. Privatpersonen und Organisationen könnten bei Verdacht auf medizinische Defizite möglichst direkt den Kontakt zum Anstaltsarzt suchen und hätten damit häufiger Erfolg.

Es wurde über Vorurteile der Gefangenen gegenüber der Qualität der Anstaltsärzte berichtet. Allgemein herrschte jedoch die Meinung, dass dies heute eine falsche Einschätzung ist. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Anstaltsärzte aufgrund der sehr breiten Aufgabenstellung kaum den vielfältigen Ansprüchen allein gewachsen sein könnten.

Das Stichwort Substitution, obwohl nicht zum Thema der Veranstaltung gehörig, war auch Diskussionsgegenstand. Es wurde erneut betont, dass es sich um eine anerkannte Behandlungsmethode handelt, auf die jeder Gefangene in der Anstalt prinzipiell Anspruch habe. Eine restriktive Einflussnahme von Politik und Behörden sei anmaßend.

AG 5: Legal aber verboten?! „Umgang mit Alkohol und Alkoholabhängigkeit“

Moderation: Dr. Karlheinz Keppler und Prim. Dr. Heidi Kastner

Protokoll: Prim. Dr. Heidi Kastner





Unter allen Teilnehmern der Arbeitsgruppe herrschte Einigkeit darüber, dass Alkohol in Haft ein weit unterschätztes bzw. nicht ausreichend beachtetes Problem darstellt. Während sich unzählige Untersuchungen und Publikationen mit Drogenkonsum unter Haftbedingungen befassen, und in diesem Feld zahlreiche Prävalenzdaten vorliegen und Behandlungs- und Interventionsstrategien entworfen werden, wird dem Alkoholkonsum eine vergleichsweise geringe Bedeutung beigemessen.

Ebenfalls weitgehend übereinstimmend wurde festgestellt, dass Alkoholisierungen unter Haftbedingungen erst dann auffällig und interventionspflichtig werden, wenn daraus aggressive Übergriffe und Ordnungswidrigkeiten resultieren; es darf vermutet werden, dass sich hier die Mechanismen unserer allgemeinen Ambivalenzkultur in Bezug auf das Trinkverhalten auch in Haft widerspiegeln, wo Alkoholkonsum erst dann problematisiert wird, wenn daraus sozial unverträgliche Verhaltensweisen erwachsen.

Der relativ geringen Beachtung von – oft fortgesetztem – Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit unter Haftbedingungen steht die überragende Rolle von Alkohol bei der Deliktbegehung gegenüber: Der Anteil alkoholisierter Täter ist bei Tötungen mit ca. 60 %, bei schweren Körperverletzungen mit ca. 50 %, bei Notzucht mit ca. 75 % und bei Raub mit ca. 40 % gerade bei Aggressions- und Gewaltdelikten exorbitant hoch. Nach einer 1991 von Pernanen durchgeführten Studie waren bei der Begehung von Aggressionsdelikten in Finnland 55–72 % und in Schweden 70–75 % der Täter alkoholisiert. Für die USA liegen Daten mit 24–55 % vor.

Um sowohl dem Einfluss einer eventuellen Alkoholabhängigkeit auf die Deliktbegehung als auch dem Erkrankungscharakter der Sucht in der gerichtlich verhängten Sanktion Rechnung tragen zu können, wurde von den österreichischen Teilnehmern der Arbeitsgruppe ein Modell analog dem für Suchtgiftabhängige gültigen § 39 SMG auch für Alkoholabhängige angedacht.

Es widerspräche dem bekannten Wissen über Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch, würde man Inhaftierung an sich schon als ausreichende Behandlung einer bestehenden Abhängigkeit, eines schädlichen Gebrauchs bzw. eines problematischen Trinkverhaltens ansehen. Die in der Allgemeinbevölkerung mit ca. 3 % angegebenen Prävalenzzahlen für Alkoholabhängigkeit zeigen sich bei Untersuchungen von Inhaftierten mit 11 % um fast das Vierfache erhöht, wobei hier nur die manifesten Abhängigkeitserkrankungen erfasst sind. Aus der offensichtlichen Unvereinbarkeit der erwähnten Zahlen und der relativ geringen Beachtung der Problematik unter Haftbedingungen ergibt sich eine Diskrepanz zu Ungunsten der Inhaftierten, die in einem wesentlichen deliktrelevanten und damit auch potentiell deliktpräventiv wirksamen Bereich ein oft nur unzureichendes Behandlungs- und Betreuungsangebot vorfinden.

Ein prompter Konsens fand sich bei der Feststellung, dass problematischer Umgang mit Alkohol nicht nur auf Seiten der Insassen thematisiert werden sollte und der Umgang der Beamten mit Alkoholkonsum im Dienst einen hochsensiblen Bereich darstellt. Die diesbezüglichen Regelungen in den Anstalten sind sehr unterschiedlich, einhellig wurde ein generelles Alkoholverbot am Arbeitsplatz für Beamte befürwortet.

Podiumsdiskussion

„Gesundheitsförderung in Haft – Quo vadis?“





Gisela Lange (Bundesministerium für Gesundheit, Gruppe Infektions- und Gesundheitsschutz, Berlin)

Lassen Sie mich den Bogen über den Strafvollzug hinaus spannen und über die deutsche Präventionspolitik berichten:

Die Prävention ist die vierte Säule im sozialen Sicherungssystem der Republik. Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD sieht die Schaffung eines Präventionsgesetzes als prioritär an. Zurzeit wird das Präventionsgesetz mit seinem Settingansatz erarbeitet; einen genauen Zeitplan für die Verabschiedung gibt es jedoch noch nicht.

Die Bundesregierung beobachtet mit Sorge einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen in Deutschland um 13 % im Jahr 2005. Noch bevor diese neuen Zahlen bekannt wurden, hat sie im Juli 2005 eine Strategie zur Bekämpfung von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten verabschiedet.

Die Strategie beruht auf 7 Säulen, die gleichwertig sind und einander verstärken:

1. Prävention
2. Behandlung
3. Nichtdiskriminierung
4. Zusammenarbeit und Koordinierung mit anderen Akteuren – z.B. der Deutschen AIDS-Hilfe
5. Surveillance
6. Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung
7. Monitoring und Evaluierung

Näher möchte ich auf die Prävention eingehen:

Seit 20 Jahren beruht die deutsche Präventionsarbeit auf einer **vorurteils- und ideologiefreien Aufklärung und Information** über die Übertragungswege von HIV und über Schutzmöglichkeiten. Das bedeutet große Aufklärungskampagnen, die durch die BZgA bundesweit durchgeführt werden, aber auch das besondere Zugehen auf besonders vulnerable Gruppen wie z.B. Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen sowie Menschen in Haft. Um diese Zielgruppen zu erreichen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit die Deutsche AIDS-Hilfe und hat auch daran mitgewirkt, den Mitarbeitern der AIDS-Hilfe den Zugang zu Gefängnissen zu erleichtern.

Regierung und Nichtregierungsorganisationen wirken bei der AIDS-Bekämpfung mit unterschiedlichen Mitteln, aber gleichem Ziel zusammen. Die Menschen müssen da abgeholt werden, wo sie sind und nicht dort, wo die Gesellschaft dies für wünschenswert hält. Menschen da abzuholen, wo sie stehen, heißt auch: Akzeptanz verschiedener Formen von Sexualität und Angebote, sich und andere vor Verletzungen und Krankheiten zu schützen. Das heißt weiter: Drogenkonsumenten werden nicht beurteilt oder verurteilt. Ihnen

wird aber Hilfe angeboten, sich vor vermeidbaren weiteren Gesundheitsschäden durch das Spritzen mit unsterilem Besteck zu schützen. Durch die Bereitstellung steriler Spritzbestecke ist es gelungen, die Zahl der Neuinfektionen von HIV/AIDS bei Drogenkonsumenten in Deutschland auf 9 % zu senken. In anderen Ländern werden Drogenkonsumenten diskriminiert und marginalisiert mit dem traurigen Ergebnis, dass Drogenkonsumenten z.B. in unseren osteuropäischen Nachbarländern den größten Teil der Neuinfektionen von HIV/AIDS stellen. Neben dem menschlichen Leid der Betroffenen bedeutet das auch eine Infektionsgefahr für weitere Personenkreise. Diesen "harm reduction"-Ansatz vertritt die Bundesregierung sowohl international als auch national. So hat die Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums am 3. Juni 2003 die Gesundheitsministerin von Niedersachsen schriftlich gebeten, ihre Entscheidung zu überdenken, die Vergabe von sterilen Spritzbestecken an drogenabhängige Gefangene in den Justizvollzugsanstalten Vechta und Lingen einzustellen. Das Resultat ist Ihnen bekannt.

Grundsätzlich arbeiten Bund und Länder jedoch in einer Arbeitsgruppe für die AIDS-Bekämpfung mit der BZgA vertrauensvoll seit Jahren zusammen. Das wird hoffentlich auch so bleiben, wenn die Strategie zur HIV-Bekämpfung durch einen Aktionsplan umgesetzt wird, der in Zusammenarbeit von Bund und Ländern zu entwickeln ist.

Derzeit werden erste Entwürfe erarbeitet. Ich werde mich dafür einsetzen, dass Ihre Diskussionen in das Kapitel „Prävention für Menschen in Haft“ Eingang findet, das lautet: „Menschen in Haft sollen bedarfsgerechten Zugang zu Präventionsmaßnahmen (z.B. zu Substitutionsprogrammen und sterilem Spritzbesteck) erhalten.“

Zusammenfassend möchte ich auf die Frage antworten: Gesundheitsförderung quo vadis?

1. Das Präventionsgesetz ist auf dem Weg.
2. Die HIV-/AIDS-Strategie geht in ihre konkrete Umsetzung.
3. Die Prävention hat Zukunft, weil sie menschliches Leid erspart und ein Mittel darstellt, um die Kosten der sozialen Krankenversicherung zu stabilisieren. Wenn der Verband der privaten Krankenversicherungen 18 Millionen Euro für die AIDS-Aufklärung in Deutschland bereitstellt, ist das ein sicheres Indiz dafür, dass Prävention sich auch in Zeiten knapper Kassen lohnt.

Stefan Groß (Bundesministerium für Justiz, Berlin)

Das Bundesministerium der Justiz ist in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet des Strafvollzuges für die Gesetzgebung zuständig. Oft wurde bei dieser Tagung schon gesagt: „Prison Health is Public Health“. In der Tat kann Gesundheit in Haft nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss Bestandteil eines Gesamtkonzeptes sein. Während das Bundesministerium der Justiz, wie eingangs schon erwähnt, auf dem Gebiet des Strafvollzuges für die Gesetzgebung zuständig ist, so liegt die fachliche Kompetenz in Sachen „Gesundheit“ doch beim Bundesministerium für Gesundheit.



Zum Ansatz „Prison Health is Public Health“ kann ich mich insoweit den Ausführungen der Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit, Frau Lange, anschließen. Nach dem föderalen System der Bundesrepublik Deutschland ist die Gesundheitsförderung in Haft in Länderhand – und sie ist dort auch in guten Händen. Gerade auf diesem Gebiet haben die Länder ein hohes Problembewusstsein entwickelt. Nach unserem Wissensstand halten sich die Länder an den gesetzlichen Rahmen und gehen sensibel mit dem Thema „Gesundheitsförderung in Haft“, insbesondere mit der AIDS- und Drogenproblematik um. Beanstandungen seitens des CPT zu diesem Themenbereich sind bisher nicht erfolgt, Beschwerden im Hinblick auf mangelnde Versorgung oder Ausgrenzung AIDS-infizierter oder drogengefährdeter Gefangener sind an das Bundesministerium der Justiz bislang nicht herangetragen worden.

Dass in den Ländern, respektive in den Vollzugsanstalten ein hohes Maß an Problembewusstsein besteht, zeigen gerade auch das Interesse und die aktive Teilnahme der zahlreichen Konferenzteilnehmer. Dass aber auch seitens der Justizverwaltungen Problembewusstsein besteht, zeigen die beiden Initiativen aus den Ländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, die sich mit der bekanntermaßen oft kritisierten fehlenden soliden Datengrundlage im Bereich der Gesundheitsförderung in Haft befassen.

Zu nennen ist hier zum einen die Studie von Wirth aus dem Jahr 1999 zur Quantifizierung des Drogenproblems im nordrhein-westfälischen Justizvollzug – ein empirisches Forschungsprojekt, das der Kriminologische Dienst im Auftrag des nordrhein-westfälischen Justizministeriums durchgeführt hat. Eines der wohl unerwarteten Ergebnisse, dass nur wenige Gefangene in diesem Flächenstaat mit dem Drogenkonsum erst in Haft beginnen und nur eine verschwindend geringe Zahl erst während der Haft abhängig wird, scheint in einer neuen Studie, die in Niedersachsen durchgeführt wurde und deren Ergebnisse in naher Zukunft erwartet werden können, bestätigt zu werden. Die Länder sind also dabei, ihre empirischen Grundlagen zu verbessern. Damit ist ein erster Schritt getan, der auch hier oft kritisierten dünnen Datenlage entgegenzutreten. Gesetzgeberische Aktivitäten sind derzeit aus Sicht des Bundes nicht zu erwarten.

Bericht zur Auswertung der Konferenz-Evaluation „Gesundheitsförderung in Haft, 2006“

Martina Thelen





Die zweite europäische Konferenz „Gesundheitsförderung in Haft“ fand vom 05. bis 07. April 2006 in Wien statt. Im Rahmen der Veranstaltung hatten die Teilnehmer/innen Gelegenheit, mit Hilfe eines Evaluationsbogens die Organisation und Inhalte der Konferenz zu bewerten. Die Durchführung und Auswertung der Evaluation übernahm das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD gem. e.V.).

Der Evaluationsbogen umfasste fünf Themenblöcke mit 21 Fragen:

1. Angaben zur Person
2. Allgemeine Angaben
3. Fragen zu inhaltlichen Aspekten
4. Fragen zu organisatorischen Aspekten
5. Fragen zur Folgeveranstaltung

Es wurden für 19 Fragen geschlossene Antwortkategorien vorgegeben und zwei abschließende offene Fragen gestellt. Die Bewertungen wurden im Evaluationsbogen hauptsächlich in Form einer Ratingskala von 0 (sehr schlecht) bis 100 % (sehr gut) dargestellt.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Ergebnisse der Auswertung mit dem Ziel, das Ausmaß der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Konferenz darzustellen sowie Anmerkungen hervorzuheben. Die Resultate dienen zur Optimierung weiterer Konferenzveranstaltungen.

Es liegen Daten von 75 Teilnehmer(inne)n vor. Das entspricht einem Anteil von 47 % aller Teilnehmer (N 160). Zu 50,7 % antworteten Frauen und zu 49,3 % Männer. Das mittlere Alter beträgt 45 Jahre (Min 24, Max 83).

Mit 49,3 % waren die Teilnehmer/innen aus Deutschland am häufigsten vertreten. 46,7 % der Teilnehmer/innen kamen aus Österreich sowie zwei aus Luxemburg und Slowenien. (Von den wenigen Teilnehmer(inne)n aus der Schweiz wurde niemand mit dem Fragebogen erreicht.)

Die Berufsgruppe der Ärzte und Ärztinnen war mit 25,3 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Sozialpädagog(inn)en (22,7 %) und Krankenpflegepersonal (13,4 %).

Abbildung 1 stellt die Angaben zum Berufsstatus graphisch dar. Auf die Frage nach der Arbeitsinstitution antworteten 60,0 % der Teilnehmer/innen, dass sie in einer Justizanstalt arbeiten. Die meisten Teilnehmer/innen geben an, durch persönliche Einladung von der Konferenz erfahren zu haben (37,3 %). Kolleg(inn)en oder Freunde/Freundinnen informierten 25,3 % der Teilnehmer/innen. Aufgrund der durchgeführten Mailingaktion wurden 20 % auf die Konferenz aufmerksam. Abbildung 2 stellt die Angaben zur Frage „Wie haben Sie über die Konferenz erfahren“ graphisch dar.

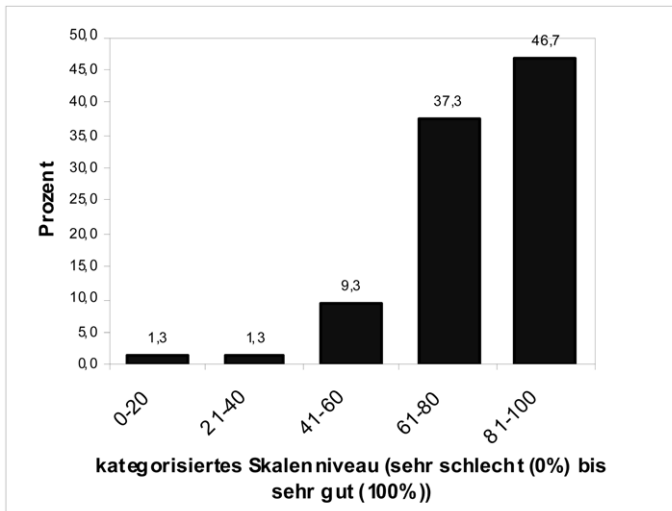


Abb.2: Angaben der Teilnehmer/innen zur Information über die Konferenz

Nahezu alle Teilnehmer/innen (98,6 %) geben an, beide offiziellen Konferenztage (06. und 07. April) besucht zu haben. Die Angaben zur Teilnahme an dem vorangestellten zusätzlichen Programm am 05. April zeigten, dass 40 % der Teilnehmer/innen die Exkursion bzw. den Workshop wahrgenommen haben.

Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte der Beurteilungen einzelner organisatorischer und inhaltlicher Konferenzaspekte. Insgesamt betrachtet, drücken die Beurteilungen einen hohen Grad an Zufriedenheit aus. Bei dem vorgegebenen Skalenniveau von sehr schlecht bis sehr gut werden die Aspekte „Exkursion“ (86,0 %) und „Aktualität der Themen“ (81,3 %) am höchsten bewertet. Ebenfalls ausgesprochen günstig beurteilen die Teilnehmer/innen die Referent(inn)en, die Themenauswahl und den Workshop sowie darüber hinaus Lernatmosphäre, Arbeitsgruppen und Programmorganisation.

Der „Markt der Möglichkeiten“ wurde demgegenüber mit einem mittleren Wert von 58,1 % am niedrigsten bewertet. Ebenfalls im Vergleich zu anderen Aspekten sahen die Teilnehmer/innen die Möglichkeit der Diskussion mit den Referent(inn)en, den Zeitrahmen und die Podiumsdiskussionen kritischer.

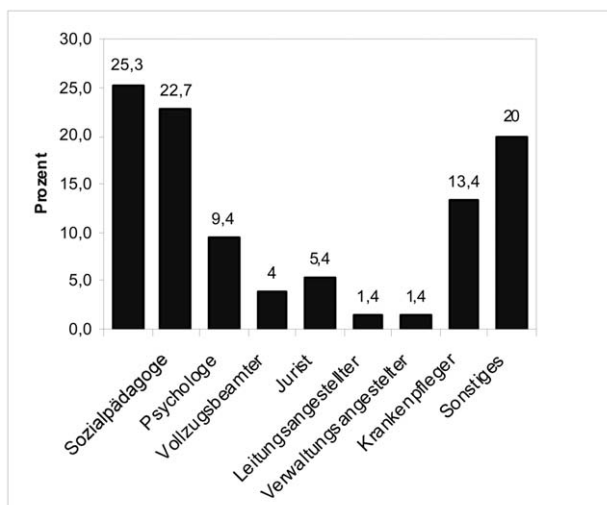


Abb. 1: Angaben der Teilnehmer/innen zu ihrer Berufsgruppe

Aspekte	Mittelwert (%)	Min (%)	Max (%)	n
<i>Gesamtbeurteilung</i>	79,8	15	100	72
Themenauswahl	79,6	5	100	74
Aktualität der Themen	81,3	5	100	75
Workshop	79,4	15	100	31
Exkursion	86,0	65	100	10
Plenarvorträge	74,3	25	100	73
Arbeitsgruppen	76,3	15	100	69
Podiumsdiskussionen	62,9	10	100	65
Programmorganisation	75,6	5	100	73
„Markt der Möglichkeiten“	58,1	10	100	69
Teilnehmerbetreuung	74,7	20	100	72
Referenten	79,7	20	100	74
Diskussion	61,8	0	100	74
Lernatmosphäre	77,8	15	100	74
Zeitrahmen	62,6	0	100	74
Nutzen	69,7	25	100	71
Praxisrelevanz	69,0	25	100	72

Tab. 1: Beurteilung einzelner Konferenzaspekte von sehr schlecht (0%) sehr gut (100%)

Auf die Frage nach einer Einschätzung der Konferenz insgesamt ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 79,8 % (Min 15, Max 100). Wie aus Abbildung 3 deutlich wird, beurteilt dabei nahezu jeder Zweite den Kongress mit den höchsten Zufriedenheitswerten (81 bis 100 %).

Mit einem deutlichen Votum von 66,7 % befürworten die Teilnehmer, die folgende europäische Konferenz in Bern stattfinden zu lassen. Die weiteren im Evaluationsbogen vorgegebenen Städte Berlin (17,3 %), Wien (10,7 %) und Bonn (1,3 %) erhalten eine deutlich geringere Zustimmung.

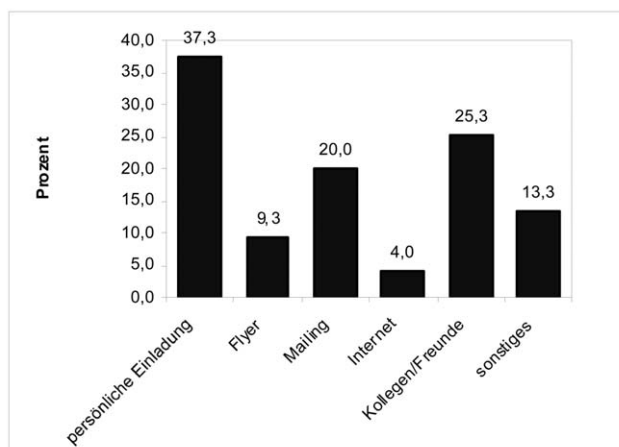


Abb. 3: Angaben der Teilnehmer zur Gesamtbeurteilung der Konferenz

Die meisten als Freitext angegebenen Themenvorschläge für die folgende Konferenz können zu den vier Bereichen *Leitlinien/Qualitätsstandards/EBM*, *Netzwerkarbeit*, *Substitutionsvergabe* und *Workshops für Krankenpflegepersonal in Justizanstalten* (z.B. *Dokumentation*, *Hygiene*, *Medikamentenausgabe*) zusammengefasst werden. Weitere Themenvorschläge sind *Sexualität in Haft*, *Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*, *Infektionskrankheiten* sowie *Finanzierungsmodelle*.

Insgesamt wurden 31 Anregungen und Wünsche geäußert. Die meisten Kommentare beziehen sich auf den *Zeitrahmen*. Der Wunsch nach weniger Vorträgen und dafür mehr Zeit für Fragen und Diskussionen wurde 15-mal angegeben. Des Weiteren äußern die Teilnehmer Verbesserungsvorschläge für die *Organisation des Mittagessens*, wie beispielsweise die Verteilung von Essensmarken zur Verringerung von Warteschlangen. Einzelne Vorschläge beziehen sich auf die *Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit*, *Vergrößerung der Aktion „Markt der Möglichkeiten“*, *Stärkung der Teilnahme von Bedien-*



steten sowie die Verbesserung der Zimmervermittlung. Weiter finden sich positive Anmerkungen wie beispielsweise „Eine tolle Sache“, „Weiter so!“. Insgesamt kann die Konferenz als sehr erfolgreich bewertet werden. Die Organisation und inhaltlichen Schwerpunkte wurden deutlich mit überwiegend hoher Zufriedenheit beurteilt.

