

Dokumentation
5. Europäische Konferenz zur
Gesundheitsförderung in Haft
Hamburg, 15. bis 17. September 2010

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



Impressum

Herausgegeben von

akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.

Redaktion

Christine Kluge-Haberkorn, Bärbel Knorr,

Heino Stöver, Caren Weilandt

Fotos

Bärbel Knorr

Gestaltung und Satz

Carmen Janiesch

Druck

Conrad, Oranienburger Str. 170, 13437 Berlin

Bestellungen an

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

www.aidshilfe.de

Bestellnummer: 112003

Berlin, September 2011

ISBN: 978-3-930425-74-7

Inhalt

Mittwoch, 15.09.2010 · Vorprogramm

Bericht	7
<i>Indra Kraft und Rüdiger Wächter</i>	

Donnerstag, 16.09.2010 · Eröffnung und Vorträge

Eröffnung	13
<i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	
Grußwort	16
<i>Dr. Till Steffen</i>	
BIG: Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis	18
<i>Dr. Karen Klaue</i>	
Neue Gesetzgebung in den Bundesländern – Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung von Gefangenen?	20
<i>Prof. Dr. Norbert Konrad</i>	

Donnerstag, 16.09.2010 · Arbeitsgruppen

AG 1 Gesundheitsförderung in Haft: Wer ist verantwortlich und wie geht es praktisch?	33
<i>Dr. Catherine Ritter, Prof. Dr. Heino Stöver</i>	
AG 2 Gesundheitsversorgung bei Jugendlichen in Haft	40
<i>Dr. Tina Huber-Gieseke, Stefan Markus Giebel</i>	
AG 3 Prävalenz, Inzidenz und Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen in Haft	49
<i>H. Patrick Hoffmann, Carlo Reuland, Dirk Gansefort</i>	
AG 4 Umgang mit Drogengebrauch, Methadon- und Heroinbehandlung in Haft	57
<i>Marina Haller, Volker Heer-Rodiek</i>	
AG 5 Sexualität in Haft	63
<i>Dr. Barbara Bojack, Bärbel Knorr</i>	

Donnerstag, 16.09.2010 · Corner Stone Lab

Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis – Konkretes Beispiel einer Strafanstalt in der Schweiz	75
<i>Catherine Ritter, Jean-François Etter, Corinne Wahl, Jens Sommer, Bernice Elger</i>	

Physiotherapie in Haft	84
<i>Wilfried Zahn</i>	

TBC-Screening in Untersuchungshaft: Was ist wirklich notwendig, was sollten wir tun?	86
<i>Dr. T. Huber-Gieseke</i>	

Internationales Handbuch zur Analyse der HIV-Situation und Bedarfsplanung im Justizvollzug	93
<i>Dr. Caren Weilandt, Dr. Robert Greifinger</i>	

Freitag, 17.09.2010 · Vorträge

Die ärztliche Schweigepflicht im Strafvollzug – praktische, ethische und rechtliche Aspekte	97
<i>Prof. Dr. Bernice Elger</i>	

Der Gesundheitsbericht im baden-württembergischen Strafvollzug (2008)	112
<i>Dr. Karin Meissner</i>	

Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern	121
<i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	

Freitag, 17.09.2010 · Arbeitsgruppen

AG 1 Wirklichkeiten des Sozialrechts für Inhaftierte und Haftentlassene	139
<i>Dr. Manfred Hammel, Bärbel Knorr</i>	

AG 2 Infektionsprophylaxe in Haft: Förderung des Gesundheitsbewusstseins von Inhaftierten; Der partizipative Ansatz der Aidshilfen in der HIV-/Hepatitisprävention im Strafvollzug	146
<i>Indra Kraft, Rüdiger Wächter, Martin Jautz</i>	

AG 4 Gesundheitsförderung für Bedienstete im Strafvollzug: Wenn Leistungs- verdichtung krank macht – psychische Belastungen am Arbeitsplatz; Coaching als Unterstützung für Leiter/innen von Justizvollzugsanstalten	161
<i>Meike Schwark, Oberst Georg Klugsberger</i>	

Freitag, 17.09.2010 · Abschließende Plenarveranstaltung

Charta Gesundheitsförderung in Haft – wir füllen sie mit Leben!	169
<i>Prof. Dr. Heino Stöver, Carolin Vierendeel, Dr. Caren Weilandt</i>	

Referentinnen und Referenten	172
--	-----



Mittwoch, 15.09.2010
Vorprogramm







„Problemfelder medizinischer Versorgung von Gefangenen – und welche Zukunftsperspektiven gibt es?“

Prof. Dr. Jörg Pont, Wien

Dr. Karlheinz Keppler MA, JVA-Vechta

Moderation: Prof. Dr. Heino Stöver

Protokoll: Indra Kraft und Rüdiger Wächter

Innerhalb des Vorprogramms fand am Abend des 15. September eine Diskussionsveranstaltung zum Thema „Problemfelder medizinischer Versorgung von Gefangenen“ statt. Als Einleitung in die Diskussion gaben Prof. Dr. Jörg Pont, ehemaliger Gefängnisarzt und Berater des österreichischen Bundesministeriums für Justiz aus Wien, und Herr Dr. Karlheinz Keppler, Anstaltsarzt Frauenhaftanstalt Vechta, einen kurzen Input. Thema innerhalb dieser Veranstaltung war hauptsächlich der Umgang mit und die Behandlung von drogenabhängigen Menschen in Haft. Dazu berichtete Prof. Dr. Pont eingangs, dass in Österreich beispielsweise seit 1985 die Substitution auch in den Haftanstalten stattfindet; seit 2002 bestehe in allen österreichischen Haftanstalten die Möglichkeit, zu substituieren.

In Deutschland werde in den JVAen derzeit hauptsächlich mit Methadon substituiert.

Subutex werde nur in Ausnahmefällen gegeben, da hier die Missbrauchsgefahr als sehr groß eingestuft wird. Eine Ausnahme bilde die Vergabe von Subutex bei schwangeren Frauen.



Betont wurde während der Diskussionsveranstaltung des Öfteren der problematische Übergang der Behandlungsbedürftigen bei Haftentlassung in die gesetzliche Krankenversicherung und somit die gefährdete nahtlose Weiterführung der Substitution sowie der Vergabe von kontinuierlich einzunehmenden Medikamenten, vor allem bei chronischen Krankheiten wie beispielsweise HIV. Hier müsse – wie es durch verschiedene Konzepte anderer Länder bereits erfolgt – der Krankenversicherungsschutz Haftentlassener nahtlos gegeben sein; beispielsweise durch Ausgliederung der medizinischen Versorgung aus der Justiz und Eingliederung auch während der Haftzeit in die gesetzliche Krankenversicherung. So könne Übergangslos eine adäquate medizinische Versorgung garantiert werden und damit Behandlungsengpässen sowie der daraus resultierenden Gefahr von Überdosierungen aufgrund fehlender oder unangepasster legaler Substitution entgegengewirkt werden. Ein weiterer – voraussetzender – Faktor, um Überdosierungen nach dem Haftaufenthalt zu vermeiden, sei hier auch die dem Einzelfall angepasste und zu garantierende Substitution in Haft, die sich nicht an anderen Maßstäben messen lassen dürfe als an denen, die für Substitutionsbehandlungen bei freier Arztwahl außerhalb von Haftanstalten gelten.

Auch wenn das Bundesland NRW hier seit 2010 mit der Zustimmung des Justizministeriums, Substitutionsvergabe in Haft auszuweiten und Ressourcen hierfür zu stärken, mit gutem Beispiel vorangehe, sei längst nicht in allen Bundesländern Deutschlands und der anderen Länder eine ausreichende Substitutionsbehandlung in Haft gegeben.

Diskutiert wurde auch die Frage, ob Haftanstalten nicht eher eine bloße „Verwahrung“ von Drogenkonsumenten seien. Festzuhalten sei, dass Abhängigkeit (einhergehend mit nach geltendem Recht illegalen Verhaltensweisen) die einzige Krankheit ist, die dennoch strafrechtlich relevant ist und so auch mit Haft bestraft werden kann. Man müsse generell dahingehend das BtMG und Strafrecht verändern und vermehrt ein Bewusstsein vor allem bei Untersuchungsrichtern und begutachtenden Psychiatern schaffen, um bei Drogendelikten in der Regel andere Sanktionen als eine Haftstrafe zu wählen. Ansonsten, so eine Teilnehmerin, säße in einigen Jahren ein noch größerer Anteil an Menschen in Haft, die nur aufgrund der Folgen ihrer Suchtproblematik (häufig eine Reihe von einzeln als gering anzusehenden) Straftaten begangen haben. Außer der medizinischen Behandlung müssten daher vermehrt Angebote – innerhalb und außerhalb von Haftanstalten – für Drogenabhängige realisiert werden, die sich an deren Lebenswelt orientieren; gleichzeitig müsse bei den für die Rechtsprechung Verantwortlichen eine erhöhte Sensibilität für die Folgen abhängigkeits-, also krankheitsbedingten Verhaltens geschaffen werden. Zudem müssten für die Betreuung der sich in Haft befindenden Abhängigkeitskranken vermehrt auf den Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen spezialisierte Fachkräfte ausgebildet werden, um der „Verwahrung“ von Drogenabhängigen mit adäquater umfassender Behandlung entgegenzuwirken. Neben einzuhaltenden Behandlungsempfehlungen der Justiz (wenn

vorhanden; Beispiel können hier die Empfehlungen zur Substitution Abhängigkeitskranker in Haft des Justizministeriums NRW sein) könne die Qualität der Versorgung verbessert und zudem das Ansehen der arbeitenden Menschen in Haftanstalten in der Gesellschaft erhöht werden, indem es für die in Haftanstalten arbeitenden Berufszweige generell eine eigene (Zusatz-)Ausbildung oder gar ein eigenes Diplom für die Arbeit in Haft mit Drogenabhängigen und psychisch Erkrankten gebe.

Prof. Dr. Pont formulierte hier als Abschluss der Diskussionsveranstaltung seinen Traum zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten in Haft: Er regte die Errichtung einer gemeinsamen Akademie zur Aus- und Fortbildung von Mitarbeitern verschiedener Berufszweige der Haftanstalten hinsichtlich psychiatrischen Erkrankungen (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) an, die von den vier hier vertretenen Ländern (BRD, Österreich, Schweiz und Luxemburg) gemeinsam getragen werden könne.





Donnerstag, 16.09.2010 Eröffnung und Vorträge







Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern

Eröffnung

Prof. Dr. Heino Stöver

**Sehr geehrter Herr Senator Dr. Steffen,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer!**

Ich begrüße Sie – auch im Namen der Mitveranstalter/innen akzept e. V., Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Schweizer Haus Hadersdorf Wien, WIAD – zur 5. Konferenz „Gesundheitsförderung in Haft“ in Hamburg!

Diese Konferenz zielt ab auf einen Austausch von Wissenschaftlern, Praktiker(inne)n verschiedener Professionen und Disziplinen im Gefängnis und außerhalb, um die Begrenztheit auf die jeweilige Disziplin/Stadt/Profession, die Blickrichtung auf das jeweilige Bundesland oder die Konzentration auf das hauptsächlich beteiligte Land, sei es Deutschland, Österreich oder die Schweiz, zu überwinden. „Überwindet die Mauern“, war das Motto des großen Gefängnisreformers Thomas Matthiesen vor 30 Jahren – was wir hier versuchen ist, dies zumindest auf den Bereich der Gesundheitsversorgung oder, wie wir das Thema weiterfassen würden, ‚Gesundheitsförderung‘ zu übertragen. Die Notwendigkeit dafür hat sich auf den bisherigen vier Konferenzen (seit 2004 in Bonn, zweimal Wien und Berlin) gezeigt: Ein konstruktiver Austausch ist dringend nötig angesichts der Überrepräsentiertheit und Massiertheit der Gesundheitsprobleme von Gefangenen (psych(iatr)ische Probleme, Alkohol-/Drogenabhängigkeit, HAV/HBV/HCV-Infektionen, Suizid und Gewalt).



Und das sind solche existentielle Probleme, die wir durch die klassischen und einfachen gesundheitsfördernden Maßnahmen wie Ernährung und Bewegung nicht wirklich in den Griff bekommen. Hier sind auch strukturelle Veränderungen zu diskutieren, wie wir tabubesezte, von Scham und Schuld geprägte Gesundheitsbelastungen und -risiken ansprechen, die Menschen beraten, behandeln und nachhaltig und erfolgreich – auch im Übergang in die Freiheit – versorgen.

Aber auch die Gesundheit der Bediensteten stellt ein ernsthaftes Problem dar: Die hohen Fehlzeitenraten in den Justizvollzugsanstalten unter den Bediensteten weisen nicht nur auf die Mehrarbeit und zusätzliche Belastung der im Dienst Befindlichen hin, sondern haben Auswirkungen auf die Sicherheit und auf den Anspruch des Behandlungsvollzug der Gefangenen. Wenn, wie in einzelnen Bundesländern und Haftanstalten, wirklich jede/r fünfte Kollege/Kollegin krank ist, bleibt für Gespräche und Unterstützung der Gefangenen viel weniger Zeit übrig. Betriebliche Gesundheitsförderung ist deshalb auch eine Zielrichtung unseres Interesses auf dieser Konferenz.

Und schließlich sind es die physischen, baulichen Bedingungen, die uns interessiert haben: die Auswirkungen der Architektur, der Farben, des Lichts, der Zellengröße, der Belegung und der Ventilation.

Insgesamt können wir die Gesundheit aller im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen nicht von diesen genannten drei Einflussgrößen trennen. Schließlich ist Leben und Arbeiten in einer ‚Totalen Institution‘ (Goffman) wie Gefängnis an sich gesundheitsabträglich. Wir sollten eben auch verstärkt auf Haftvermeidungsstrategien fokussieren.

Unter dem Konferenzmotto ‚Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern‘ geht es uns auch um eine Veränderung der Strukturen im Sinne moderner Gesundheitsförderung. Ressourcenorientiert und lebensweltnah zu arbeiten heißt, die Zielgruppen (Gefangene und Bedienstete) verstärkt einzubinden in Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten.

Ob die staatliche Gesundheitsfürsorge am Ende so bleiben muss oder ob sie abgeschafft und die Gesundheitsdienste in die kommunalen/regionalen Strukturen überführt werden müssen, wie uns das einige europäische Länder bereits vormachen (Frankreich, England/Wales, Kanton Genf/Schweiz, Norwegen), kann hier auf der Konferenz nicht beantwortet werden, aber Anstöße für diese Diskussion können wir allemal geben.

In unseren bisherigen Konferenzen haben wir uns nicht nur auf **das** Gefängnis bezogen, sondern auf verschiedene Settings, wie ‚Ausschaffungshaft‘ (Abschiebehaft auf Deutsch), Maßregelvollzug, Polizeiarrest oder Anstalten für ‚geistig abnorme Rechtsbrecher‘ – um all diese Haftformen geht es auch in den nächsten 2 Tagen! Und an manchen Stellen werden wir genauer hinsehen.

Die Präsentationsformen sind auch dieses Mal besonders vielfältig, wir wollen eben Ihre Aufmerksamkeit ansprechen mit Plenumsvorträgen, Arbeitsgruppen, sog. Cor-

ner Stone Lab und Postern. Über diese Methoden wird eine breite Palette innovativer Praxis und Politik aus verschiedenen europäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Schweiz und Luxemburg) transportiert.

Ein Produkt dieser Konferenzserie ist die Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“, die wir auf den letzten Konferenzen erarbeitet, in Wien 2009 verabschiedet haben und nun mit Leben füllen wollen.

Unser besonderer Dank für die Unterstützung der Konferenz gilt Dr. Till Steffen (Justizsenator der Freien und Hansestadt Hamburg), Andreas Thiel (Justizbehörde Strafvollzugsamt, Abteilung Aufsicht und Vollzugsgestaltung, Hamburg), der Justizvollzugsbehörde Österreich, insbesondere Brigadier Alfred Steinacher, sowie dem Programmbeirat (u. a. Prof. Dr. Jörg Pont, Wien, Dr. Hans Wolff, Genf), die die Abstracts durchgearbeitet und bewertet haben.

Schließlich danken wir dem ZIS für die tatkräftige Unterstützung bei der Organisation der Konferenz sowie Christine Kluge Haberkorn (akzept e. V.) und Caroline Viernis (DAH) für ihr hohes Engagement bei der Durchführung!

Schon jetzt möchten wir Sie auf die 6. Konferenz in Genf/Schweiz hinweisen (1.–3.2.2012).

Sie finden alle relevanten Materialien und weiterführende Informationen auf www.gesundinhaft.eu

*Heino Stöver (akzept e. V. Bundesverband für humane
Drogenpolitik und akzeptierende Drogenarbeit)*

Bärbel Knorr (DAH – Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin).

Harald Spirig, Schweizer Haus Hadersdorf Wien

*Caren Weilandt (WIAD – Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands gem. e. V.)*



Grußwort

Dr. Till Steffen, Justizsenator a. D.

**Sehr geehrter Prof. Dr. Stöver, sehr geehrte Frau Dr. Weilandt,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

es ist mir eine große Freude, Sie aus Anlass der 5. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft in Hamburg begrüßen zu dürfen. Die Gesundheitsfürsorge in Haft ist ein wichtiges Thema. Gesundheitliche Belastungen und Erkrankungen sind bei den Insassen von Justizvollzugsanstalten im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung überproportional stark verbreitet. In einer Studie des wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands aus dem Jahr 2008 gaben gut 10 % der Teilnehmer eine Hepatitis B-, etwa 1/5 eine Hepatitis-C-Erkrankung und immerhin knapp 1 % eine HIV-Infektion an. Bei Gefangenen, die zuvor intravenös Drogen konsumiert haben, sind die Zahlen fast doppelt so hoch. Wenn man bedenkt, dass für den Hamburger Justizvollzug davon ausgegangen wird, dass ca. 1/3 der Gefangenen suchtgefährdet oder suchtmittelabhängig ist, wird deutlich, dass gerade die Behandlung suchtmittelabhängiger Gefangenen ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung in Haft sein kann und muss.

Der Hamburger Justizvollzug hält diesbezüglich ein breites Behandlungsangebot bereit. Besonders hervorheben möchte ich die Substitutionsbehandlung, die in allen Anstalten durchgeführt wird. So ist sichergestellt, dass die Behandlung bei Verlegungen in andere Vollzugsformen – Untersuchungshaft, geschlossene oder offene Strafhaft – bis zur Entlassung fortgesetzt werden kann. Auf der Tagung „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft“, die Akzept e.V. im April durchführte, wurden für die Substitutionsbehandlung fachlich notwendige Rahmenbedingungen herausgestellt. In Einklang mit diesen Empfehlungen wurde in Hamburg die Substitutionspraxis weitgehend dereguliert. Sie liegt nun allein in der Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Eng mit der Behandlung der suchtmittelabhängigen Gefangenen verbunden ist die Behandlung der an Hepatitis erkrankten und mit HIV infizierten Insassen. Es freut mich, an dieser Stelle sagen zu dürfen, dass den Hamburger Justizvollzugsanstalten 2009 von der Deutschen AIDS-Hilfe eine Präventionsurkunde verliehen wurde für die Erfüllung von Mindeststandards der HIV- und Hepatitisprävention – keine Selbstverständlichkeit, wie ein Blick auf andere Bundesländer zeigt.

Die Gesundheitsfürsorge in Haft umfasst aber mehr als „nur“ die notwendigen Krankenbehandlungen und medizinischen Vorsorgeleistungen. So liegt auch Ihrer Konferenz ein erweitertes Verständnis von Gesundheit zugrunde, wonach Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit meint, sondern ein die ganze Person betreffendes, auch psychisches Wohlbefinden. Aus diesem Verständnis folgt natürlich, dass auch psychisch kranken Gefangenen ein Behandlungsangebot offenstehen sollte, auch wenn dies die Anstalten vor eine besondere Herausforderung stellt.

Der Handlungsbedarf wird jedoch schnell offenbar, wenn man sich vor Augen führt, dass allein 2009 in der Untersuchungshaftanstalt in Hamburg bei über 400 Frauen und Männern wegen des Verdachts auf Suizidalität oder Selbstverletzungsabsicht besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet wurden. Das Suizidrisiko bei Strafgefangenen ist ca. 8-mal höher als bei Nichtinhaftierten. Dabei meint eine effektive Suizidprophylaxe nicht nur den Entzug gefährdender Gegenstände. Auch die Einrichtung gefährdungsarmer Hafträume, die durch die Bau- und Umbaumaßnahmen in den Hamburger Justizvollzugsanstalten möglich wird, dient der Suizidprävention. Ihr Vorteil ist zum einen, dass diese Hafträume nicht auf Sonderstationen liegen, und zum anderen, dass der Gefangene nicht auf die im eigenen Haftraum üblichen Gegenstände verzichten muss oder einer ständigen Beobachtung ausgesetzt ist.

Die Notwendigkeit einer effektiven Suizidprophylaxe hat sich leider gerade in diesem Jahr dramatisch gezeigt. Wie Ihnen wahrscheinlich bekannt ist, haben sich drei Personen in Hamburger Vollzugsanstalten das Leben genommen. Wir haben deshalb weiter geprüft, mit welchen Maßnahmen dem bestehenden Suizidrisiko entgegengetreten werden kann. Besonders wichtig ist naturgemäß, überhaupt zu erkennen, welche Gefangene suizidgefährdet ist. Um hier noch wirkungsvoller agieren zu können, wurde insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Therapiezentrum für Suizidgefährdete des Universitätsklinikums Eppendorf ausgebaut.

Wir hoffen, mit diesen ersten Reaktionen Schritte in die richtige Richtung getan zu haben, um unserer besonderen Verantwortung gerecht zu werden. Selbstverständlich dürfen wir uns darauf nicht ausruhen, sondern müssen in den kommenden Monaten und Jahren die Ergebnisse überprüfen und hinterfragen. Mit Ihrer Konferenz und dem dazu hier versammelten Sachverstand können Sie sicher dazu beitragen, die Entwicklung im Bereich der Gesundheitsprävention voranzutreiben. Auf die Diskussionen und Ergebnisse jedenfalls bin ich sehr gespannt. Ich wünsche Ihnen eine anregende, interessante Konferenz und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.



BIG: Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis Ein Projekt aus der Schweiz

Dr. Karen Klaue, Bundesamt für Gesundheit, Schweiz

Die Schweiz hat sich schon seit Langem auf dem Gebiet Schadensminderung engagiert, so dass diese in der nationalen Drogenpolitik verankert ist. Schon vor 15 Jahren wurde ein Spritzenautomat in einem Frauengefängnis, Hindelbank, eingeführt, eine mutige Innovation, die später international anerkannt wurde.

Das Projekt zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis ist breiter angesetzt als das Drogenproblem: Es geht, neben durch Drogen verursachte Infektionen – HIV und Hep C –, um die wichtigsten ISTs und Tuberkulosis.

Die Gesundheitslage in den schweizerischen Gefängnissen gleicht internationalen epidemiologischen Befunden: Die Prävalenzen der genannten Krankheiten sind alle viel höher als in der Außenwelt. Dazu kommt die Tatsache, dass das Monitoring sehr lückenhaft ist und man über wenige detaillierte Daten verfügt.

Die Ausgangslage in der Schweiz zeigt, dass 6.084 Insassen in 114 Anstalten inhaftiert sind (Stichtag des Bundesamts für Statistik, 2009), mit rund 50.000 jährlichen Eintritten. Die meisten Gefängnisse haben weniger als 100 Insassen, nur 4 haben mehr als 200. Das Profil der Insassen: 94.2 % Männer, 70 % Ausländer und 80 % jünger als 45. Neun von zehn bleiben nicht länger als 6 Monate inhaftiert.

Im schweizerischen föderalistischen System „gehören“ die Gefängnisse den Kantonen. Das bedeutet, dass es 26 Systeme des Freiheitsentzugs gibt. Das hat große Unterschiede in der Regelung, Umfang und Qualität der Gesundheitsversorgung zur Folge. Außerdem gibt es keine gesamtschweizerischen interdisziplinären Strukturen für die

Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis. Die meisten Akteure, die für BIG Zielgruppen sind: Insassen, Aufsichtspersonal, Pflegende, unterliegen der Gefängnisdirektion und Ärzte, die von den Gesundheitsbehörden abhängen, sind eine Ausnahme.

Die Ziele des Projekts BIG sind, Übertragungen von Infektionskrankheiten im Vollzug so gut wie möglich zu verringern sowie diejenigen zwischen Vollzug und Außenwelt. Im Vergleich zur Außenwelt sollten Insassen zu *äquivalenten* Angeboten von Prävention, Beratung, Testung, Therapie und Pflege Zugang haben. Letztendlich sollten die entwickelten Maßnahmen und Instrumente nachhaltig sichergestellt werden.

Das Projekt BIG hat 3 Auftraggeber: das Bundesamt für Gesundheit (das das Ganze finanziert), das Bundesamt für Justiz und die Kantonale Konferenz der Justiz und Polizeidirektoren, die die Kantone vertritt.

Das Projekt fing im Sommer 2008 mit einer Phase der Analyse und Diagnose der Lücken und Bedürfnisse an. In einer zweiten Phase wurden Maßnahmen entwickelt und in der letzten Phase bis Ende 2011 wird die Umsetzung geplant und praxisnah ausgerichtet.

Handlungsbedarf konnte auf drei Gebieten festgestellt werden. Die Erfassungs- und Datenauswertungsinstrumente von Infektionskrankheiten im Gefängnis sind ungenügend. Es gibt keine einheitlichen Praktiken und Standards für Prävention, Beratung, Testung, Therapie und Pflege. Bei allen Akteuren gibt es unterschiedliche Informations- und Bildungslücken.

Auf dieser Diagnose basierend wurde eine Reihe von Arbeitspaketen festgelegt. Zum ersten soll das obligatorische Meldesystem so angepasst werden, dass die Gefängnisdaten erfassbar sind. Zum zweiten wurden Standards entwickelt, die von Experten auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten und Schadensminderung vernehmlassiert wurden. Einheitliche Regelungen von Informationsweitergabe, die Weiterbehandlungen und Behandlungsfortsetzung wurden bestimmt. Zum dritten werden Informations- und Schulungskonzepte erarbeitet. Zuletzt werden verschiedene Themen zu Recht und Ethik angesprochen: Das betrifft Patientenrechte, Datenschutz, Arztgeheimnis, Kostenfragen bei Personen ohne Krankenkasse. Die Frage der sprachlichen Verständigung in interkulturellen Kontexten, wie schweizerische Gefängnisse, wurde untersucht.

Die entwickelten Maßnahmen und Produkte sowie eine Reihe von Empfehlungen werden der Konferenz der Justiz und Polizeidirektoren vorgestellt, um sie dann den Anstalten zukommen zu lassen.

Zum Zweck einer nachhaltigen Verankerung des Projekts BIG richten sich die jetzigen Anstrengungen an die Konzeption eines Kompetenzzentrums als eine interdisziplinäre Plattform, die einen Dialog zwischen Vertretern von Justiz und Gesundheit ermöglichen kann. Genauere Ziele, Strukturen, Trägerschaft, Partner und Finanzierung müssen noch geklärt werden.



Neue Gesetzgebung in den Bundesländern – Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung von Gefangenen?

Prof. Dr. Norbert Konrad, Institut für Forensische Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

In Deutschland gilt nach dem Prinzip der Zweispurigkeit, dass anstatt (oder neben) einer Freiheitsstrafe Maßregeln (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB oder in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB) angeordnet werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die Voraussetzungen der Unterbringung gemäß §63 StGB

- objektiver Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt
- Schuldfähigkeit (§§ 20,21 StGB): zumindest erhebliche Minderung muss feststehen
- länger dauernde Störung
- Auslösetat muss symptomatisch sein für die vorliegende psychische Störung
- künftige Taten mit bestimmter Wahrscheinlichkeit zu erwarten
- Beziehung der erwarteten Taten zur psychischen Störung: Symptomatizität wie bei der Auslösetat
- Schweregrad künftiger Taten: erheblich
- Gefahr für die Allgemeinheit besteht
- Verhältnismäßigkeit (§ 62 StGB) der Maßregelanordnung gegeben

Es muss natürlich eine Straftat passiert sein, bevor jemand in den 63er-Bereich kommt, aber der nächste Punkt ist schon problematisch: Die Schuldfähigkeit im Sinne einer erheblichen Minderung oder Aufhebung muss feststehen, also zumindest eine erhebliche Minderung der Schuldfähigkeit. Das ist mitunter bei Fehleinweisungen nicht ganz so eindeutig. Es muss eine länger dauernde Störung vorhanden sein, die die Schuldfähigkeit mindert. Es geht also nicht, dass etwa die verminderte Schuldfähigkeit bedingende Kombination einer Persönlichkeitsstörung als länger dauernde psychische Störung mit einer Alkoholintoxikation als vorübergehender psychischer Störung dann als Unterbringungsgrund dient. Die Auslösetat muss symptomatisch sein für die vorliegende psychische Störung, künftige Taten müssen mit bestimmter Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein, die auch wieder symptomatisch sein müssen für die psychische Störung und, das ist dann die juristische Wertung, der Schweregrad künftiger Taten muss erheblich sein, es muss eine Gefahr für die Allgemeinheit bestehen und die Verhältnismäßigkeit der Maßregelanordnung muss gegeben sein.

Unterbringungs Voraussetzungen gemäß §64 StGB

- objektiver Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt
- "Hang" zum Übermaß festgestellt:
Abhängigkeitssyndrom
- Auslösetat muß symptomatisch sein für den vorliegenden Hang
- Gefahr erneuter Taten besteht
- Beziehung künftiger Taten zum Hang: Symptomatizität wie bei der Auslösetat
- Schweregrad künftiger Taten: erheblich
- hinreichend konkrete Behandlungsaussicht
- Verhältnismäßigkeit (§62 StGB) der Maßregelanordnung gegeben

Im 64er-Bereich gibt es auch mehrere Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, nämlich neben der Straftat muss ein Hang festgestellt sein, wobei es hier durchaus Diskrepanzen gibt zwischen der Einstellung von Psychiatern und Juristen: Aus meiner Sicht ist der Hang als Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 zu klassifizieren. Mitunter wird aber in der Rechtsprechung die Grenze etwas weiter gezogen. So gibt es BGH-Entscheidungen, die lediglich eine intensive Neigung voraussetzen, immer wieder aufgrund einer bestehenden psychischen Disposition oder einer durch Übung erworbenen Neigung, Alkohol oder andere psychotrope Substanzen im Übermaß zu sich zu nehmen.



Die Auslösetat muss symptomatisch für den Hang sein; das ist einfach bei der Beschaffungskriminalität, jedenfalls ist es nicht symptomatisch, wenn auch ein nicht im Übermaß psychotrope Substanzen Konsumierender die Tat in einer ähnlichen Situation, etwa angesichts eines Lebenskonfliktes oder bei Provokation durch einen Geschädigten, verübt haben könnte oder würde. Es muss ähnlich wie beim § 63 StGB eine negative Legalprognose bestehen, die Symptomatizität gilt wie bei der Auslösetat, künftige Taten müssen erheblich sein. Aber im Unterschied zu § 63 StGB muss eine hinreichend konkrete Behandlungsaussicht bestehen. D. h., hier spielt das Moment der Behandelbarkeit durchaus eine gewichtige Rolle, dem Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten in der Praxis beim 64er kaum Bedeutung zu.

Fehlplatzierung

- Juristische Perspektive (Konrad 1991, Konrad 1992): 27% Fehleinweisungen (§ 63 StGB)
- Perspektive der Maßregelinstitution (therapeutische Ansprechbarkeit)
- Perspektive des Strafvollzuges (Behandlungsindikation)

In den ersten Publikationen zum Maßregelvollzug in den 30er Jahren war auch schon das Thema Fehleinweisung verbalisiert worden, hier gibt es unterschiedliche Perspektiven. Man kann die juristische Perspektive anlegen, d. h. schauen, sind denn die eben von mir skizzierten Voraussetzungen im Einzelnen erfüllt worden. Das habe ich in einer früheren Studie mal gemacht und habe bei einer Vollerhebung im Lande Berlin festgestellt, dass von nach § 63 StGB Untergebrachten 27 % eigentlich als fehleingewiesen zu gelten haben, da dort die Voraussetzungen, so wie sie sind, eben nicht bestanden haben (Konrad 1991). Der hauptsächliche Fehleinweisungstypus war der, dass eben das Kriterien der sicheren Feststellung einer länger dauernden Störung, die zu einer erheblichen Verminderung der Schuldfähigkeit führte, gefehlt hat.

Dann, und das ist die Perspektive der Maßregelinstitutionen, wird weniger geschaut, sind denn die juristischen Kriterien im Einzelnen erfüllt, sondern passt der Untergebrachte eigentlich in den Maßregelvollzug, können wir mit ihm etwas anfangen, d. h., da geht es um die Frage der therapeutischen Ansprechbarkeit. Wie vorhin

ausgeführt, spielt ja die Behandelbarkeit, die therapeutische Ansprechbarkeit bei den nach § 63 StGB Untergebrachten juristisch gesehen überhaupt keine Rolle. Aber in den Behandlungsinstitutionen ist es durchaus ein Thema. Wird nicht die Institution „missbraucht“ lediglich zur Sicherung, wenn jemand drin ist, der – jedenfalls zurzeit – nicht therapeutisch ansprechbar ist? Und dann gibt es die Perspektive des Strafvollzuges, die sich damit auseinandersetzt, dass es eine erhebliche Zahl von Gefangenen gibt, bei denen doch schwerere psychische Störungen festzustellen sind und wo sich dann die Justizvollzugsbediensteten fragen, der gehört doch eigentlich nicht zu uns, was sollen wir denn mit dem machen, wir haben nicht die ausreichenden therapeutischen Mittel, eigentlich ist eine Behandlungsindikation gegeben, die aber weder im Normalvollzug noch in Spezialinstitutionen, wie der Sozialtherapeutischen Anstalt, bedient werden kann.

Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West 1970-1990, ab 1995 Deutschland)				
Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB			Zum Vergleich	
Jahr	Psychiatrisches Krankenhaus (§63)	Entziehungs- anstalt (§64)	Strafvollzugs- anstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
1970	4222	179	35209	117596
1975	3494	183	34271	115922
1980	2593	632	42027	108904
1985	2472	990	48212	94624
1990	2489	1160	39178	70570
1995	2902	1373	46516	63807
2000	4098	1774	60798	54802
2005	5640	2473	63533	53021 (2004)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Zunächst einmal zum Umfang des Problems. Hier einige Zahlen zur Entwicklung der Strafgefangenen und der Maßregelvollzugspatienten in Deutschland nach 5-Jahresintervallen gegliedert. Im psychiatrischen Maßregelvollzug gab es nach der Psychiatrie-Enquête, die ja die Schlusslichtposition des Maßregelvollzuges verbalisiert hat, im Rahmen der Fortentwicklung von Behandlungsstrategien durchaus Tendenzen, die Belegung zu senken. Das hat sich dann zwischen 1970 und 1980 im damaligen



Deutschland, also den alten Bundesländern, auf 2.500 Patienten eingependelt. Erst nach der Wende gab es einen Anstieg, der vielleicht bis 1995 noch mit dem Zuwachs mit den neuen Bundesländern erklärt werden kann, aber danach eben nicht mehr. Danach ist immer noch anhaltend eine deutliche Steigerung der Belegungszahlen zu vermerken. In den Erziehungsanstalten war 1970 im Grunde die Zahl der nach § 64 StGB Untergebrachten vernachlässigbar, mittlerweile sind es 20-mal so viel wie 1970. Wenn man die Belegung im Strafvollzug anschaut, dann gibt es Schwankungen zwischen 1970 und 1980, bis 1995 entsprechend der Zunahme im psychiatrischen Maßregelvollzug auch hier eine gewisse Zunahme, aber dann nach 1995 eine ganz deutliche Belegungszunahme. Gegenübergestellt sind die Betten in der Allgemeinpsychiatrie, wo man ganz deutlich nach der Psychiatrie-Enquête, insbesondere Mitte der 70er Jahre im Rahmen der Enthospitalisierung, eine kontinuierliche Abnahme der aufgestellten Betten registriert, die erst in den letzten Jahren in der Tendenz des Abbaus so langsam zur Ruhe gekommen ist.

Die folgende Tabelle belegt, dass es im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß §§ 63 und 64 StGB in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme der belegten Betten gibt, wobei zuletzt im Bereich der Erziehungsanstalten eine gewisse Drosselung der Belegungszunahme eingetreten ist. Betrachtet man die Zahl der Gefangenen, ist es seit etwa 2003 zu einer recht gleichbleibenden Belegung gekommen.

**Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West),
Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie**

Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB			Zum Vergleich	
Jahr	Psychiatrisches Krankenhaus (§63)	Erziehungs- anstalt (§64)	Strafvollzugs- anstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
2000	4098	1774	60798	54802
2002	4462	2088		
2003	5118	2281	62594	
2004	5390	2412	63677	53021
2005	5640	2473	63533	
2006	5917	2619	64512	52923
2007	6061	2603	64700	53169
2008	6287	2656	62348	

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Eine hohe Prävalenz psychischer Störungen unter den Gefangenen ist in neueren Übersichtsarbeiten eindrucksvoll demonstriert worden. In einer systematischen Übersicht (Fazel und Danesh 2002) über 62 Studien aus 12 unterschiedlichen westlichen Ländern bei 22.790 Gefangenen (Durchschnittsalter 29 Jahre, 81 % Männer), hatten 3–7 % der Männer eine psychotische Erkrankung, 10 % eine „major depression“ und 65 % eine Persönlichkeitsstörung. 4 % der Frauen hatten eine psychotische Erkrankung, 12 % eine „major depression“ und 42 % eine Persönlichkeitsstörung. Das Risiko, an einer psychischen Störung zu leiden, ist länder- und diagnoseübergreifend bei Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht.

In Deutschland gibt es mittlerweile einige Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug, die ein größeres, repräsentatives Sample einer Gefangenengruppe mit standardisierten diagnostischen Instrumenten untersuchten und eine an internationalen Klassifikationssystemen orientierte Diagnose liefern, allerdings nur an bestimmten Gefangenengruppen (Tabelle).

Tabelle: Die am häufigsten mittels DIA-X ermittelten ICD-Diagnosen in der Reihenfolge ihrer prozentualen Verteilung (nach Konrad 2004 und Missoni et al. 2003)

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

Ein Mangel der in der Tabelle erwähnten beiden Studien ist, dass Persönlichkeitsstörungen durch die benutzte Methodik nicht erfasst werden konnten. Nach den Ergebnissen der Studie von Frädrich und Pfäfflin (2000) ist bei ca. 50 % der Gefangenen vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im Sinne der DSM-Klassifikation auszugehen. In einer Studie an Gefangenen der JVA Bielefeld Brackwede ergab sich eine Prävalenz von 3,9 % (Männer) bzw. 12,7 % (Frauen) psychotische Störungen, auch wenn man die Repräsentativität der Daten (von 197 ausgewählten männlichen Gefangenen konnten 76, von 105 ausgewählten weiblichen Gefangenen 63 vollständig



untersucht werden) bezweifeln kann; 88,2 % der Untersuchten beider Geschlechter wiesen mindestens eine aktuelle Achse-I- (83,5 %) und/oder Achse-II-Störung (53,2 %) auf. Die Komorbidität war mit 3,5 + 2,7 Diagnosen pro Fall hoch (von Schönfeld et al. 2006). Ähnliche Selektionseffekte dürften auch bei der jüngst publizierten Prävalenzstudie (Dudeck et al. 2009) bedeutsam gewesen sein, zumal dort die Rekrutierung der Probanden „sowohl über Werbung durch das Personal der JVA als auch durch die Projektmitarbeiter“ erfolgte. Immerhin betrug dort die Lebenszeitprävalenz irgendeiner Achse-I-Störung 83,3 %, wobei die häufigsten Störungen die substanzbezogenen mit 63,7 % darstellten. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen lag mit 79,8 % noch über der in den oben referierten Studien ermittelten. Ob es, wie für Österreich beschrieben, eine Zunahme psychisch Kranker im deutschen Justizvollzug gibt, muss derzeit offen bleiben, auch wenn sich im Berliner Ersatzfreiheitsstrafenvollzug im Längsschnitt eine Zunahme psychotischer Störungen abzeichnet (Müller-Foti et al. 2007).

Insgesamt ist aufgrund der wenigen Studien aus dem deutschen Justizvollzug festzuhalten, dass bei der (z. T. überwiegenden) Mehrzahl der Gefangenen eine psychische Störung im Sinne der ICD-Klassifikation diagnostizierbar ist und damit prinzipiell Therapiebedarf besteht. Es ist jedoch höchst zweifelhaft, dass gemäß dem Äquivalenzprinzip in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern, die Versorgung innerhalb des Justizvollzuges in personeller, materieller und organisatorischer Hinsicht derjenigen außerhalb des Justizvollzuges entspricht.

Konrad N, Arboleda-Florez J, Jager AD, Naudts K, Taborda J, Tataru N (2007) Consensus paper: Prison psychiatry. International Journal of Prisoner Health 3:111-113

- In-prison treatment has to address inmate-specific problems and circumstances, including post-release services. This includes both an orientation to the function level and the severity of psychiatric symptoms.
- The high prevalence of mental disorders speaks in favor of the standardized application of diagnostic screening instruments as a component of the admission procedure in prison.
- In accordance with the principle of equivalence, every prisoner suffering from a mental disorder should receive appropriate treatment equal to the care that such a patient would receive when not in prison.
- Prisoners suffering from serious mental disorder should be kept and cared for in a hospital facility which is adequately equipped and possesses appropriately trained staff.
- Inpatient treatment is not restricted to distribution of medication for mentally disordered locked up 23 hours the day in their cell but infers the availability of a multidisciplinary psychiatric team comprising psychiatrists, psychologists, psychotherapists, occupational therapists and counsellors.

Das oben zitierte Konsensus-Papier wurde von der Sektion Forensische Psychiatrie der WPA (World Psychiatric Association) erstellt. Es enthält unter anderem die Forderung nach einer standardisierten psychiatrischen Eingangsdiagnostik im Rahmen der Aufnahme von Gefangenen in den Justizvollzug und einer adäquaten personellen und qualifikationsbezogenen Besetzung einer intramuralen stationär-psychiatrischen Einrichtung für den Fall stationärer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei schweren psychischen Störungen.

Wesentlich ist vor allem, dass stationäre psychiatrische Behandlung sich nicht auf das Verteilen von Medikamenten an Patienten, die ansonsten 23 Stunden eingeschlossen sind, beschränken darf, sondern eine multidisziplinäre Teamaufgabe darstellt, wie sie in der Psychiatrie-Personalverordnung konzeptuell verankert ist.

Unter diesem Gesichtspunkt sind jedoch die neuen gesetzlichen Regelungen, welche in jüngster Zeit nach der Föderalismusreform in verschiedenen Bundesländern entstanden sind, ohne Auswirkungen für die psychiatrische Versorgung geblieben. Es gibt keine grundsätzlichen Neuerungen (z. B. eine an das PsychKG angelehnte Regelung stationär-psychiatrischer Versorgung innerhalb des Justizvollzuges) oder (weitergehende) Änderungen am Prinzip der Zweispurigkeit. Dass dies jedoch bedacht werden sollte, darauf wird im Folgenden eingegangen.

Wenn wir das Diagnosespektrum im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB anschauen, dann kommen wir zu einer im Vergleich zum Justizvollzug viel größeren Prävalenz an Psychosekranken, überwiegend Schizophreniekranken (zurzeit so etwa 35 bis 45 %). Hirnorganische Störungen liegen bei etwa 5–10 %. Wenn man Persönlichkeitsstörungen anschaut – mit oder ohne Minderbegabung einschließlich sogenannter Sexualdeviationen –, dann sind das im Maßregelvollzug ca. 40–50 %, also knapp die Hälfte. Bei einer Stichprobe des offenen Vollzugs ergab sich auch eine Prävalenz von 50 % Persönlichkeitsgestörten (Frädrich und Pfäfflin 2000). Insoweit wird man schon sagen müssen, dass zwar im Maßregelvollzug – insbesondere im 63er-Bereich – sicher von einer 100%igen Prävalenz an psychischen Störungen auszugehen ist, dass es aber im Justizvollzug keineswegs so ist, dass man nur von 5 oder 10 % psychischen Störungen ausgehen muss, sondern dass nach den aktuellen Studien sicher mehr als die Hälfte der Gefangenen, und zwar auch in Deutschland, an einer psychischen Störung im Sinne der ICD-10 leidet. In manchen Bereichen (Ersatzfreiheitsstrafe) kamen wir auf 96 %.

Auch wenn in Deutschland die Zweispurigkeit als Prinzip gilt, gibt es nicht wenige Patienten, die die Systeme wechseln. Und da gibt es mehrere Möglichkeiten: Es gibt den Vorwegvollzug – mitunter als teilweisen Vorwegvollzug bei gleichzeitiger Verhängung von Freiheitsstrafe und Maßregel. Dann gibt es die Möglichkeit der Erledigung der Maßregel bei gleichzeitiger Verhängung von Freiheitsstrafe und Maßregel; das betrifft relativ viele Patienten des 64er Maßregelvollzuges. Mittlerweile ist ja die Erledigungsquote um die 50 %; das differiert regional sehr unterschiedlich. Man würde



also sagen, dass zumindest die Hälfte der 64er Patienten beiden Systemen begegnet sind, sehr häufig auf dem Weg der Erledigung, und dann gibt es noch die Möglichkeit der Vollstreckung der Strafhaft aus anderer Seite. Das betrifft nach früheren Studien der kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden etwa 37 % der 64er Maßregelpatienten. Auch bei den 63er Patienten kommt es nicht selten zu dem Wechsel der Systeme, während im 64er Bereich die Mehrzahl der untergebrachten Patienten im Vollstreckungsverlauf beiden Systemen begegnet.

Beim Maßregelziel des § 63 StGB geht es um die erfolgreiche Behandlung der psychischen Erkrankung oder Störung – soweit sie symptomatisch ist für die Straffälligkeit – und wenn es zu einer erfolgreichen Behandlung kommt, resultiert daraus dann die gute Legalprognose; im 64er Bereich geht es um die erfolgreiche Suchtbehandlung. Justizvollzug und Maßregelvollzug sind also Sanktionsformen, bei denen unterschiedliche Mittel zur Erreichung desselben Ziels eingesetzt werden: Das Ziel künftiger Deliktfreiheit als gemeinsame Schnittmenge (Besserung – Resozialisierung gemäß § 2 StrVollzG).

Weitere Konvergenzprozesse können wir in Deutschland daran ablesen, dass – soweit es Neubauten und bauliche Veränderungen gibt –, sich die äußeren Sicherungsvorkehrungen im Maßregelvollzug dem des Justizvollzuges annähern, häufig vom Äußeren her von einer Justizvollzugsanstalt nicht mehr zu unterscheiden sind, aber sehr wohl von einer allgemeinspsychiatrischen Institution. Der dritte Punkt ist, dass es Konvergenzprozesse bei der Maßregelvollzugsgesetzgebung gibt: Wenn man sich die Revisionen der Maßregelvollzugsgesetze in den letzten Jahren anschaut, dann gibt es zunehmend Tendenzen, die gesetzlichen Regelungen denen des Strafvollzugsgesetzes anzugleichen und sich wegzubewegen von denen der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder. Insoweit denke ich, dass es gute Gründe gibt dafür, dass Maßregelvollzug und Justizvollzug enger zusammenarbeiten sollten.

Das setzt aber aus meiner Sicht voraus, dass man sich um einen Perspektivwechsel bemüht, d. h., dass man seitens des Justizvollzuges sich mehr identifiziert mit Therapieverpflichtungen bei bestehender Indikation, auch wenn schon aufgrund der zur Verfügung stehenden Mittel die Behandlungsmöglichkeiten im Justizvollzug grundsätzlich schlechter sind als im Maßregelvollzug. Aber auch der Maßregelvollzug sollte aus meiner Sicht die Perspektive wechseln, nämlich die Einstellung, welche den Strafvollzug primär als Entsorgungsinstanz sieht, und zwar für unkooperative, therapeutisch zurzeit nicht erreichbare oder institutionsstörende Patienten, bei der gerne sozusagen der Strafvollzug negativ etikettiert als „Mülleimer der forensischen Psychiatrie“ betrachtet wird. Der Justizvollzug sollte dann bei Suchtkranken nicht als Verwahr- und schlechtere Therapieinstitution, sondern aus meiner Sicht – ein bescheidenes, aber realistisches Ziel – als Motivationsinstanz begriffen werden, die unter Umständen regelmäßig die in den Entziehungsanstalten erfolgende, aus Sicht des Justizvollzuges externe Therapie sinnvoll vorbereitet und in manchen Fällen, z. B. im Hinblick auf spezielle

intramurale Ausbildungschancen, bessere Behandlungssettings bereitstellen kann. Aus meiner Sicht sollte die Kooperation in Zukunft so aussehen, dass eine gemeinsame Planung und Gestaltung der therapeutischen Arbeit mit dem Verurteilten für die Gesamtdauer der Freiheitsentziehung erfolgt. Entscheidende Grundlage wäre aus meiner Sicht das Ergebnis einer für die Unterbringungsanordnung eigentlich sowieso erforderlichen Sachverständigenbegutachtung, die ausreichend Anknüpfungspunkte für die spezielle Therapieplanung liefern müsste und auf Seiten des Sachverständigen Erfahrung und Vertrautheit mit der Behandlung psychisch Kranker oder psychisch Gestörter oder suchtkranker Rechtsbrecher voraussetzt. Das ist nicht bei jedem Sachverständigen gegeben. Aus meiner Sicht wäre das allerdings nur dann möglich, wenn es durchgreifende gesetzliche Änderungen gäbe. So sollte ein möglichst weisungsunabhängiges Gremium aus Vertretern beider Bereiche geschaffen werden. Dieses Gremium sollte anstelle der Strafvollstreckungskammer unter Berücksichtigung der Sicherheitsprobleme und Behandlungsmöglichkeiten der jeweiligen Einrichtung auch die Vollstreckungsreihenfolge bestimmen und ggf. ändern. Damit sollen dann eher Behandlungsabbrüche verhindert werden und es soll flexibler auf aktuelle Entwicklungen reagiert werden können.

Nun zum Schluss zu Gesetzesänderungen, die ich, wenn man mir denn in der Argumentation folgt, für notwendig erachte. Insgesamt geht es mir um eine verbesserte Durchlässigkeit zwischen Straf- und Maßregelvollzug während des Vollstreckungsverfahrens. Die Institution des psychiatrischen Krankenhauses sollte auch für behandlungsbereite und therapeutisch ansprechbare Inhaftierte geöffnet werden, denen im Erkenntnisverfahren keine zumindest erheblich verminderte Schuldfähigkeit zuerkannt wurde. Umgekehrt sollte es dem psychiatrischen Krankenhaus ermöglicht werden, z. B. durch die Entkopplung von verminderter Schuldfähigkeit und Maßregelanordnung, sich nach einiger Zeit ausreichend intensiver therapeutischer Bemühungen von therapeutisch nicht ansprechbaren Patienten zu trennen. Entziehungsanstalten sollten auch für behandlungsbereite und therapeutisch ansprechbare suchtkranke Inhaftierte geöffnet werden. Im Gegenzug sollten Patienten, die sich zurzeit als therapeutisch nicht ansprechbar erwiesen haben, nach einiger Zeit ausreichend intensiver suchtttherapeutischer Bemühungen schneller als bisher in den Justizvollzug verlegt werden können. Mir schwebt insgesamt kein radikaler Gesetzesänderungsentwurf vor, der etwa die Zweispurigkeit grundsätzlich aufgäbe und abgekoppelt vom Schuldfähigkeitsprinzip psychisch gestörte Straftäter nur noch in Abhängigkeit von der mit Sachverständigenhilfe festzustellenden Legal- und Behandlungsprognose dem einen oder anderen System zuweist. Vielmehr sollte man aus meiner Sicht überlegen, ob man angesichts der gegenwärtigen Situation die Kooperation zwischen Justiz und Maßregelvollzug im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung nicht verzahnen sollte – selbst wenn sich in der praktischen Ausgestaltung diverse zu überwindende Probleme, etwa die Amtshilfethematik, abzeichnen dürften. Mir geht es insgesamt um eine



Flexibilisierung der beiden Systeme. Ich denke, die strikte Zweispurigkeit, die Starre, die in diesem System liegt, ist nicht mehr zeitgemäß.

Die neuen Ländergesetze können hierzu keinen Beitrag liefern.

Literatur

Dudeck, M., Kopp, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Lüth, H. J., Freyberger, H. J., Spitzer, C. (2009): Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzstrafe. *Psychiatr Prax* 36:219–224

Fazel, S., Danesh, J. (2002): Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 349:545–550

Frädrich, S. D., Pfäfflin, F. (2000): Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *R&P* 18:95–104

Konrad, N. (1991): Fehleinweisung in den psychiatrischen Maßregelvollzug. *NStZ* 11:315–321

Konrad, N. (2004): Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. *R&P* 22:147–150.

Konrad, N. (2005): Strafempfindlichkeit bei Schizophrenie. Anmerkung zu BGH Beschluss vom 6.10.2004 – 5 StR 345/04. *R&P* 23:83–85.

Missoni, L., Utting, F. M., Konrad, N. (2003): Psych(iatr)ische Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. *ZfStrVo* 52: 323–332.

Müller-Foti, G., Robertz, F. J., Schildbach, S., Wickenhäuser, R. (2007): Punishing the disoriented? Medical and criminological implications of incarcerating patients with mental disorders for failing to pay a fine. *International Journal of Prisoner Health* 3:87–97.

Rasch, W., Konrad, N. (2004): Forensische Psychiatrie. 3. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart.

Von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthoff, U., Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77: 830–841.



Donnerstag, 16.09.2010
Arbeitsgruppen







AG 1 Gesundheitsförderung in Haft: Wer ist verantwortlich und wie geht es praktisch?

Dr. med. Catherine Ritter, Genf, Schweiz

Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt, Deutschland

Die Arbeitsgruppe bestand aus zwei Teilen:

- 1) Vorstellung eines konkreten Beispiels der Ausarbeitung einer Gesundheitsförderungsstrategie (Kanton Neuenburg, Schweiz, siehe PowerPoint), in dem ein wichtiger Punkt die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Arbeitsbereiche auf verschiedenen Ebenen ist.
- 2) Diskussion: Die Diskussion machte wichtige Erfahrungen der Teilnehmer/innen in der Praxis der Gesundheitsförderung deutlich. Sie kann in fünf Punkten zusammengefasst werden.

PowerPoint-Präsentation

Gesundheitsförderung in Haft: Wer ist verantwortlich und wie geht es praktisch?

Plan

- ◆ Umgebung & Mandat
- ◆ Methodologie
- ◆ Prioritäten
- ◆ Strategie
- ◆ Ein Beispiel
- ◆ Diskussion



Umgebung

- ◆ Reorganisation der Gesundheit in Haft in Neuenburg:
 - Pflegepersonal
 - Supervision & Ausbildung
 - Gesundheitsförderung
- ◆ Verordnung des Regierungsrates des Kantons Neuenburg über die pflegerische und medizinische Versorgung der Insassen in den kantonalen Strafanstalten (2009)

Mandat

- ◆ Mandat ist eine Kollaboration zwischen der Gesundheitsadministration (DSAS) und Vollzugsadministration (DJSF) (bezahlt bei Gesundheitsadministration).
- ◆ Objektiv: eine Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Gefängnissen (zwei) des Kantons Neuenburg zu entwickeln (approximativ 170–200 Insassen)

Methodologie

- ◆ Interdisziplinäre Methodologie, die Mitarbeiter/innen aller Ebenen und Arbeitsbereiche der Hafteinrichtungen einschloss
 - Steuerungsausschuss: Kantonsarzt, Vollzugsleiter, Pflegeleiter
 - Arbeitsgruppe 1: idem und Leiter
 - Arbeitsgruppe 2: Mitarbeiter/innen; Pflegeleiter
 - Inhalt der Arbeitsgruppe: Begriffe; Ist-Zustand (Resultate Fokusgruppe Insassen); Lösungsvorschläge; Entscheidungen

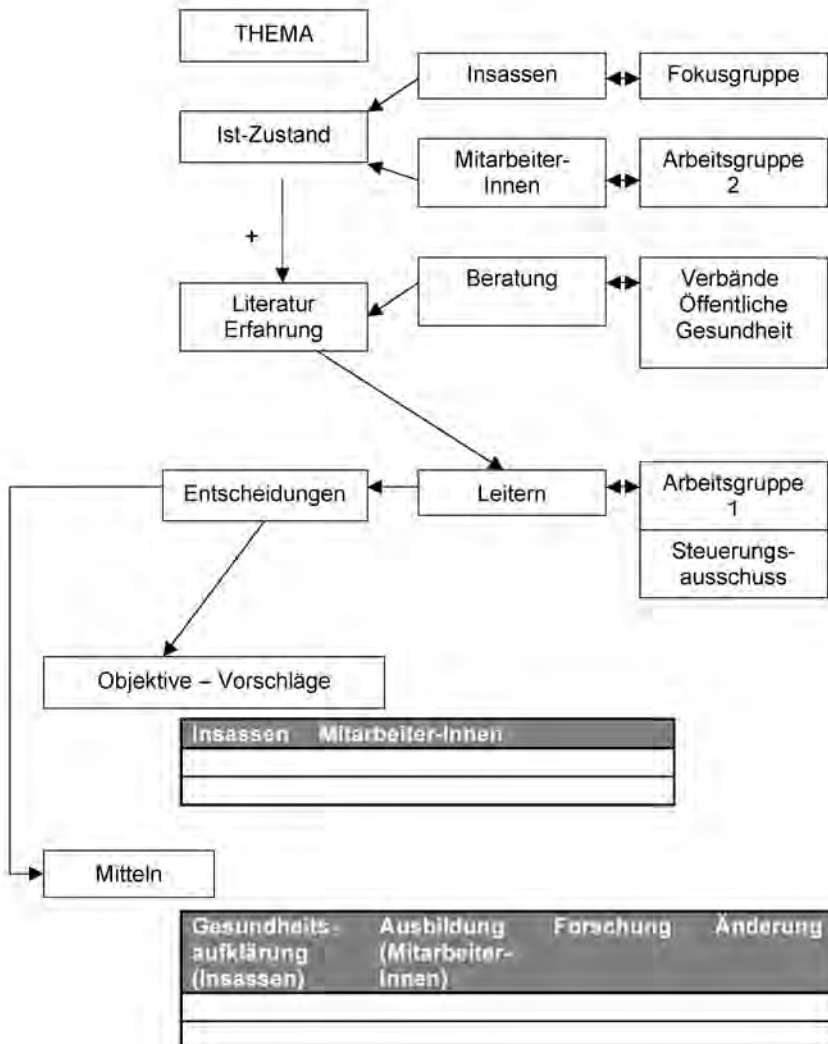
Themen

- ◆ 2009: 4 Themen, die auf kantonaler Ebene auch Prioritäten sind:
 - Sport
 - Ernährung
 - Übertragbare Krankheiten
 - Tabakrauchen
- ◆ 2010: Alkohol und Drogen

Strategie

- ◆ Die Strategie enthält:
 - Literatur & Referenzen
 - Konkrete Vorschläge für Gesundheitsförderung in den vier Feldern (Insassen und Personal)
 - Ausbildungsinhalte in Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/innen
 - Methodologie zur Bearbeitung kommender Themen
- ◆ Tätigkeit: Gesundheitsaufklärung (Insassen), Gesundheitsförderung (Mitarbeiter/-innen), Ausbildung, Forschung, Änderungen

Gesundheitsförderung Strategie





Beispiel Sport

◆ Ist-Zustand:

- Verschiede Anlage in den zwei Gefängnissen, mit weniger Raum für Sport seit dem Umbau
- Insassen treiben zu wenig Sport, wegen langer Zelleneinsperrung und Sitzen bei der Arbeit.
- Teilnehmen ist variabel, Mitarbeiter versuchen, die Insassen zu motivieren.
- Es gibt weder Sportleiter noch richtige Erklärung beim Sport, was zum Übertreiben und Unfällen führt.
- Muskeln aufzubauen scheint attraktiver als Widerstandskraft (cardiovascular training).
- Sport erlaubt soziales Leben.
- Mitarbeiter/innen nehmen über die Jahre an Gewicht zu, zu wenig Bewegung, die nicht ermutigend ist.

Konkrete Entwicklung

- ◆ Kollaboration mit Studenten der Universität Genf und Neuenburg (Sport-Ausbildung)
- ◆ Ernährung: weniger Fleisch, mehr Gemüse und frische Produkte

Beispiel Rauchen

◆ Ist-Zustand:

- Beschreibung, wo Rauchen erlaubt ist
- Disziplinarzelle
- Therapeutischer Zugang
- Arbeitspausen

- ◆ Erkennen eines Bedürfnisses, sich dem Thema zu widmen

Ziele

- ◆ Bedenken des Nichtraucher-schutzes: Rauchexposition zu vermindern mit rauchfreien gemeinsamen Räumen
- ◆ Äquivalenz-Prinzip auch für Nikotinbehandlung einzuführen
- ◆ Rauchen nur als Teil der Schadstoffexposition zu begreifen



Mittel zur Umsetzung

Education pour la santé - détenus	Formation - collaborateurs	Recherche	Innovations
Espaces de discussion sur le tabagisme, ses effets et le sevrage	Intégration de ce thème dans la formation	Mesure de la qualité de l'air et la teneur en nicotine dans différents lieux	Délimitation claire des espaces sans fumée dans les bâtiments
Promotion de la protection des enfants au domicile	Accompagnement à l'arrêt du tabagisme (professionnels de santé)		Evaluation de la présence d'éléments toxiques additionnels dans l'environnement (par exemple : ateliers)
Mise à disposition de documentation à la bibliothèque			Accompagnement à l'arrêt du tabagisme par le personnel soignant
			Accès facilité au traitement d'aide à l'arrêt

Diskussion

- ◆ Was war in diesem Beispiel für den ganzen Prozess besonders unterstützend?
- ◆ Was könnte in diesem Beispiel den Prozess noch verhindern?
- ◆ Wer ist für Gesundheitsförderung verantwortlich?
- ◆ Inwieweit kann Ihnen dieses Beispiel dienen?

a) Was sind die Zielgruppen der Gesundheitsförderung in Haft?

Gesundheitsförderung richtet sich an Insassen und Bedienstete. Es sollte keine Widersprüche und Doppelstandards bei den Maßnahmen für diese beiden Gruppen geben. Zum Beispiel bei der Regelungen zum Tabakrauchen. Eine balancierte Strategie für beide Gruppen ist auch nötig, um nicht Unmut und Eifersucht zu schüren.

Wenn es den Gefangenen gut geht, geht es den Bediensteten besser und umgekehrt. Bedienstetenförderung ist also auch immer Gesundheitsförderung. Fehltagge können zurückgehen. Einige einfache Beispiele, die die Arbeitsstimmung positiv verändern, sind: Aufstellung eines Wasserspenders, Obstkorbes, Einführung eines Salattages in der Kantine, Entspannungstraining, Rückenschule, Sportangebote, Einrichtung des Nichtrauchererschutzes, Massagen (z. B. JVA Billwerder).

In der JVA Detmold steht ein Physiotherapeut zur Verfügung (50 % der Arbeitszeit für Bedienstete, 50 % für Gefangene).

Aus Hamburg wurde von der Arbeit einer Ökotrophologin berichtet, die ernährungsberatend tätig ist („weniger Fleisch – mehr Gemüse“).



b) „Angebote ohne Teilnehmer, Bedürfnisse ohne Angebote“

Es gibt manchmal diverse Angebote, aber mit wenigen oder keinen TeilnehmerInnen, sowohl bei den Insassen als auch bei den Mitarbeitern.

Mögliche Gründe dafür sind:

- ◆ Die Gesundheit steht manchmal ganz unten auf der Prioritätenliste.
- ◆ Das Angebot entspricht dem „Gender Faktor“ oder der männlichen Kultur zu wenig.
- ◆ Kurze Zeit der Inhaftierung
- ◆ Potentielle TeilnehmerInnen werden nicht beteiligt.
- ◆ Gesundheitsförderung braucht einen langen Atem. Manchmal steht und fällt ein Projekt mit bestimmten Personen.

Mögliche Lösungen (Insassen und Mitarbeiter) wären:

- ◆ Sport und Gesundheit als Arbeitszeit anerkennen und also während der Arbeit zur Verfügung stellen, zum Beispiel 2 Std. während der Arbeitszeit pro Woche (praktiziert in der JVA Emsland/Lingen und Darmstadt)
- ◆ Männliche Kultur mehr betrachten bei Angebotsvorschlägen bzw. der Ausarbeitung (kann zu Marathon in der JVA führen, wie das Beispiel einer JVA zeigte ...)
- ◆ Partizipation der Beteiligten muss von Anfang an gefördert werden.

Ein Beispiel einer JVA zeigte, dass Mitarbeiter/innen sagten, Insassen würden keinen Wert auf Gemüse legen, während die Fokusgruppen das Gegenteil zeigten. Es muss also eine Bedarfsermittlung vorgenommen werden (Fokusgruppen sind dafür ein gutes Mittel).

Ein wesentliches strategisches Mittel der Gesundheitsförderung sind Kampagnen, um Bewusstsein zu schärfen und für bestimmte Risiken zu sensibilisieren. Aus der JVA Darmstadt wurde bspw. von Fußpilz-Kampagnen berichtet.

c) Wer soll Gesundheitsförderung initiieren und wer ist verantwortlich?

Soll das Startsignal von oben kommen? Soll man von unten das Beste daraus machen, wie schafft man es? Man erwartet von der Hierarchie Interesse, Bildung von Anreizen und Unterstützung und von verschiedenen Arbeitsbereichen eine Anpassung an lokale Gegebenheiten. Gesundheitsförderung kann mit dem arbeits-/betriebsmedizinischen Dienst administrativ verbunden sein. Kurz gesagt sind also „alle“ verantwortlich und sollten interdisziplinär zusammenarbeiten.

Aus NRW wurde ein Leitfaden des NRW-Justizministeriums vorgestellt, der auf Führungskultur und Krankenstandreduktion abzielt. Ggf. kann auch ein Wettbewerb im Ranking der Krankenstände stattfinden.

Aus Göttingen wurde berichtet, dass Sozialpädagogen ein Rahmenprogramm entwickelt haben (16–25 männliche Gefangene in kleinen Gruppen), das sich auf 8 Wochen erstreckte, und man hat sich auf bestimmte Inhalte verständigt: Sport – 12 Durchgänge, Ernährungsquiz, gemeinsames Kochen, soziale Erfahrungen, Körper- selbsterfahrung, Körperaggressionsübungen, Gitarrenkurs – RAP-Kreis.

Dies waren alles männliche jugendliche Gefangene. Das Projekt ist über 3 Jahre gelaufen. Später, nach der Entlassung, haben Ehemalige als Teamer gearbeitet und haben darüber eine neue Rolle gefunden.

d) Wer sind die Akteure der Gesundheitsförderung?

Externe Stellen sind ganz wichtig! Die sehen Gefängnisrealität völlig anders, was neue Kreativität fördert. Sie haben aber auch manchmal Schwierigkeiten, die Logik und ‚Denke‘ der Gefängnisse zu verstehen, fühlen sich unsicher oder haben Angst da- vor. Die externen Programme passen auch nicht immer 1:1 zu den Gefängnissen.

e) Knappe Ressourcen sollten kein Hindernis für die Gesundheitsförderung sein!

Auch jenseits der kameralistischen Logik, die nur für die Haftzeit plant, ist eine über- geordnete Sichtweise wichtig. Sicher ist die kurze Zeit der Inhaftierung problema- tisch. Das Übergangsmanagement (wie in Hessen) ist jedoch enorm hilfreich, auch für die Weiterführung bestimmter Angebote.



AG 2 Gesundheitsversorgung bei Jugendlichen in Haft

Dr. Tina Huber-Gieseke, Universitätsklinik Genf, Schweiz
Stefan Markus Giebel, Technische Braunschweig, Deutschland
Protokoll: Dr. Tina Huber-Gieseke

*Der Mensch,
wenn er werden soll,
was er sein muss,
muss als Kind sein und als Kind tun,
was ihn als Kind glücklich macht.*

Heinrich Pestalozzi

- ◆ **Offener und freier Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Grundbedürfnis für die Entwicklung von Jugendlichen, welches speziell in Haftanstalten nicht immer respektiert wird.**
- ◆ **Jugendliche Straftäter haben im Allgemeinen mehr Gesundheitsprobleme als vergleichbare Altersgruppen ...**
- ◆ **Jugendliche Straftäter kommen in der Regel aus einem Problem-Umfeld, das sowohl soziale Benachteiligung wie auch häufig psychische Vorerkrankungen einbezieht ...**

Diese Thesen stellten den Hintergrund dar für eine Einführung in die *Problematik von Jugendlichen in Haft und ihren speziellen Gesundheitsproblemen*. Aus der Literatur ist beobachtet worden, dass erhöhter Substanzmissbrauch und vermehrt auftretende Verhaltensstörungen mit psychischen Vorerkrankungen im Vorfeld bei mehr als der Hälfte der jugendlichen Inhaftierten vorliegt. Weitere gesundheitliche Problemlagen in dieser Gruppe sind: erhöhte Selbstmordrate sowie sozioökonomische Benachteiligung, die zu meist schlechterem Gesundheitszustand führen. Außerdem zeigen Jugendliche in Haft ähnliche allgemeine Gesundheitsprobleme wie Gleichaltrige (z. B. Akne, asthmatische und chronische Vorerkrankungen, urogenitale Infektionen, Gelenk- und Wachstumsprobleme), die es einzuschätzen gilt. Vielen fehlt der Zugang zu Versorgung und Vorsorge vor ihrer Haft. Wie und wann sollte man also aufpassen bei einem Jugendlichen? Diese Frage wurde im nächsten Schritt gemeinsam erarbeitet, indem sogenannte Warnzeichen aufgelistet wurden: z. B. Isolationsverhalten, abfallende Schulleistungen, Schul- oder Ausbildungsabbrüche, vermehrt aggressives Handeln, keine Freunde ... Eine altersgerechte Behandlung in Haft, die speziell auf die Jugendlichen zugeschnitten ist, stellt ein neuartiges und zukunftsweisendes Projekt dar, welches in Genf/Schweiz seit nun 5 Jahren erprobt wird. Langzeitstudien und Evaluationsprogramme sollten daher angesetzt werden, um Effizienz und Kosten zu überprüfen.

In diesem Zusammenhang wurde im Anschluss die Jungenhaftanstalt „La Clairière“ als ein Pilot-Projekt vorgestellt, das unabhängig von der Justiz und mit einem angemessenen Stellenschlüssel funktioniert und eine geschlossene Abteilung (U-Haft und Vollzug) neben einer halboffenen Abteilung, in der die Jugendlichen während ihrer Strafzeit in soziale Integrations- und Erziehungsmaßnahmen eingebunden sind, anbietet. Die überwiegende Mehrzahl ist mit problembeladenen Familienverhältnissen konfrontiert sowie häufig psychisch vorbelastet (60 %). Folgende Gesundheitsprobleme werden beobachtet: der Haut (50 % Akne), der Atemwege, wie z. B. Asthma oder Pharyngitis (24 %), Osteoartikulär (14 %), Magen- und Verdauungsstörungen (12 %). Suchtprobleme sind häufig, wie z. B. Tabak- (65 %), Alkohol- (26 %) oder Cannabis-Konsum (31 %), und liegen weitaus höher als in der gleichaltrigen Bevölkerung. Der direkte und regelmäßige Kontakt mit dem medizinischen Personal (Pflegefachkraft, Arzt, Psychologe, Psychiater) bietet Jugendlichen einen auf ihre individuellen Bedürf-



nisse zugeschnittenen Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Maßnahmen (z. B. Impfungen, Aufklärung, Schwangerschaftsverhütung etc). Das interdisziplinäre Team arbeitet engmaschig mit den lokalen sozialen und medizinischen Diensten und gewährleistet somit eine maximale Behandlungskontinuität vor, während und nach der Haft.

Schlussfolgerung: Das Modell „La Clairière“ bietet hier neue und interessante Ansätze für Jugendliche in Haft, welche eine individuell angepasste Gesundheitsversorgung sowie die interdisziplinäre Betreuung der Jugendlichen durch ein kompetentes Pflegepersonal und Behandlungskontinuität vereinbaren. Sozialpädagogische und medizinische Betreuung ist dabei von entscheidender Bedeutung für die Nachhaltigkeit der Interventionen mit diesen oftmals vorbelasteten Jugendlichen.

Im zweiten Teil ging es um die *Evaluation des Jugendstrafvollzugs sowie die Wirkung von Sanktionen bei Jugendlichen*. Als Hintergrundinformationen wurde den Teilnehmer(inne)n ein quantitativ ausgerichtetes Forschungsvorhaben zur Evaluation des Jugendstrafvollzugs des Saarlandes und Thüringens skizziert. Dabei hatte die Untersuchung Folgendes zum Ziel:

- 1) eine aktuelle Bestandsaufnahme der Klientel im saarländischen Jugendstrafvollzug zu erhalten,
- 2) differenzierte Rückfallraten zu ermitteln, sowohl für die Gesamtgruppe als auch für Subgruppen,
- 3) zielgruppenspezifische Risiko- und Schutzfaktoren zu benennen, insbesondere auch im Hinblick auf effektiv anzuwendende Behandlungsmaßnahmen,
- 4) Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnisstrukturen und Entwicklungsverläufen zu identifizieren sowie
- 5) Empfehlungen zur effektiven Weiterentwicklung des saarländischen Jugendstrafvollzugs zu erarbeiten.

Methodisch ist eine anonymisierte Totalerhebung des aktuellen Kollektivs im thüringischen und saarländischen Jugendstrafvollzug seit Januar 2008 auf Basis der Akten beabsichtigt. Das Untersuchungsdesign sieht im ersten Schritt eine umfassende elektronische Erfassung relevanter Daten vor, die anhand eines standardisierten Erhebungsschemas aus den Akten des Jugendstrafvollzugs entnommen werden. Es sollen alle Angaben zur Person, ihrer Entwicklung und dem Behandlungsverlauf erhoben werden, die in Forschung und Praxis als potentiell relevant für die Behandlungszuweisung, die Entlassungsentscheidung sowie die Straffälligkeit nach der Entlassung betrachtet werden. Das zu diesem Zweck zu entwickelnde Erhebungsschema ist zugleich als erste Version einer künftig nutz- und erweiterbaren, speziell an die Einrichtung und ihre Maßnahmen angepassten elektronischen Akte zu betrachten. Im zweiten Untersuchungsschritt soll für alle Entlassungsjahrgänge seit August 2005 eine Abfra-

ge der Bundeszentralregisterdaten (BZR-Daten) erfolgen. Anhand der Eintragungen im Bundeszentralregister werden differenzierte Rückfallraten (Rückfallhäufigkeit, Rückfallgeschwindigkeit, Rückfallschwere) ermittelt. Im dritten Untersuchungsschritt werden Akten und BZR-Daten zusammengeführt, um die Effektivität spezifischer Behandlungsmaßnahmen sowie prognoserelevante Risiko- und Schutzfaktoren im Hinblick auf die Gesamtgruppe und Subgruppen mit heterogenen Entwicklungsverläufen identifizieren zu können. Aus den Ergebnissen sollen Empfehlungen zur optimalen Ausrichtung des Behandlungsangebotes, zur Weiterentwicklung von Behandlungsmaßnahmen bzw. zu einer noch besseren Feinabstimmung im Hinblick auf zielgruppenspezifische Entlassungsentscheidung und Nachbetreuung abgeleitet werden.

Als *Schlussfolgerung* kann festgehalten werden, dass die Datenerhebung im Jugendstrafvollzug mittels eines elektronischen Vollzugsplans zu einer umfassenden Bestandsaufnahme der Inhaftierten führt und im Falle von Re-Inhaftierungen wertvolle Informationen unter Beachtung des Datenschutzes bestehen. Hinzuzufügen wäre, dass keine vom Vollzug getrennte Evaluation stattfindet, sondern dass der elektronische Vollzugsplan sich als kompatibel mit dem entsprechenden Bogen für die Untersuchungshaft und Nachsorge erwiesen hat.

In der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmer(inne)n kamen wir zu folgenden Überlegungen: Es stellt sich bei dem schweizerischen Projekt „La Clairière“ im Vergleich mit Österreich und Deutschland die Frage nach:

- ◆ Vergleichbarkeit der Betreuung (höherer Stellenschlüssel)
- ◆ Vergleichbarkeit der Klientel, insbesondere hinsichtlich des Alters, und die der Erreichbarkeit
- ◆ Vergleichbarkeit des Projekts mit deutschen Jugendstrafanstalten

Eine Untersuchung der Rückfallrate des Projekts sollte demnach in weiterführenden Langzeitstudien angesetzt werden.



2

- 3

Received 2 July 1994; accepted 19 July 1994

4

- Table 1**

5

- Tranquillo, J. and Martin, J.M.

6

Williams, J. *Arch Health* 2009
 Smith, S. *Public Health* 2006
 Ferguson, J. *Arch Health* 1999

7

Hydrocarbon: *Isopropylbenzene* 5140-170-1708

- doi:10.1017/S0007122614000061

14

- Abstracted from:

Verhalten = geistige Gesundheit

15

-

MAY 2010 • J. Neurosci., June 2, 2010 • 30(23):7811–7820 • 7819

16

over such:

1



McFARLANE, Editor, 2019

17

- « Querschnitt 2007 »

© 2012 Wiley Periodicals, Inc.



18

- Akute Zahnschmerzen (Karies, Abzesse)

19

20

Rahmenbedingungen

- « Promoting The Health of Young People in Custody »
- UN Konvention des Kinderrechts
 - Höchste Stufe
 - Art 24: Die Mitgliedstaaten erkennen, dass jedes Kind ein Recht auf einen möglichst guten Gesundheitszustand hat. Freien Zugang zu einer geistlichen und gesundheitlichen Versorgung
 - Art 23.6.12: Gläubige Gefangener basieren auf den 4 ethischen Rechtsprinzipien: Förderung menschlicher Identifizierung, Höchste Interessen auf das Kind gerichtet, Rechte auf Leben, Überleben und Entwicklung, Schutz vor der Meinung des Kindes
- Rechte der Inhaftierten/Gefangenen
 - Art 37-40: Jeder Gefangene hat ein Recht auf medizinische Versorgung so wie es in der Allgemeinbevölkerung üblich ist

VMAO, 2003

21

La Clairière: Ein « youth friendly health service » für Inhaftierte

400 Jugendliche / Jahr

20% Mädchen

Alter:
11 bis 19 Jahre1500 medizinische
Konsultationen
(« primary care ») / Jahr1500 psychiatrische
Konsultationen / Jahr

Stellenschlüssel:

2 Pädiatrychisten	100%
1 Psychologe	50%
1 Krankenpfleger	100%
1 Allgemeinarzt	50%



22

Medizinische Versorgung

- Konfidentialität
- Äquivalenzprinzip
- Altersangemessen und « youth friendly »
- unabhängig von der Justiz
- im Interesse:
 - der Jugendlichen Inhaftierten (persönliche Probleme)
 - der Allgemeinbevölkerung
(Gesundheitsvorsorge, Identifikation von TBC, Geschlechtskrankungen, Infektionen, Impfungen etc.)

VMAO, 2003
Haller, 2003; Roux, 1999; Roux, 2007

23

Allgemeine Gesundheitsversorgung in Jugendhaft bedeutet auch :

- Empathie
 - den Jugendlichen als einen jungen Menschen ernst nehmen, als Sönzies sehen (« global »)
- Angebot
 - von medizinischem « check-up » in einem altersangemessenen Rahmen
- Filtern
 - von « kleiner Kriminalität » oft als Folge von « Abgleiten in die schiefe Bahn » und kriminellem Potential
- Erkennen
 - von Jugendliche mit schweren seelischen / kognitiven Störungen, die « fälschlicherweise » als Kriminelle behandelt werden

24

Zusammenarbeit Wie sieht der Alltag eines Jugendlichen aus ?



25

z.B. Vanessa 15J, Rumänin

* Vermine erfunden





26 Was lässt sich daraus schliessen für Jugendliche in Haft ?



Chance > Soziale Re-integration

27 Strategien für die Zukunft :

- **Health care**
 - angemessene Gesundheitsversorgung in Haft, um diese high-risk Bevölkerungsgruppen zu erreichen
- **Prävention**
 - Spezielle Vorsorge Programme in Haft z.B. Schwere/Ausbildung...
 - Gesundheits Vorsorge /Krankheitsvorsorge
- **Follow-up**
 - Weiterführende Behandlung, z.B. Asthma, Chronische Erkrankungen
- **Network**
 - Zusammenarbeit von privaten und öffentlichen Mätern bei ärztlichen Empfehlungen
 - (Informationsweitergabe...)
- **Family support**
 - Zusammenhalt von Familien mit Gesundheitspassport/Jugendgericht/ Bewährungsbehörden
- **Identification and referral**
 - Identifikation und Orientierung bei Drogenmissbrauch > aktive Kooperation von Justizsystem <-> Gesundheitsversorgung
- **Sexuality related education**
 - Vorsorge durch Information/Aufklärung, Behandlungsrisikofaktoren, Impfungen

Prepared: J. Kott March 13/08

28 ... und führt zu öffentlich-politischen Initiativen

- Engere Zusammenarbeit mit ambulanten Arzt/ Pflegediensten/ nach Entlassung
- Spezielle Behandlung von Jugendlichen mit besonderem Bedarf
 - Jungen/ Minderheiten = grüßes Risiko: Schulabbruch, Kriminalität
 - sozialer Ausschluss / «Verlassen»-Sensitiv > lebenslanger Benachteiligung führen
- Bereitstellung von lang anhaltender Versorgung
 - Youth friendly health services / Möglichkeit v. Weiterbehandlung
- In Sachen Forschung /Ausbildung...
 - Identifizierung von spezifischer Benachteiligung, Körperlich oder psychischem Problem- Umfeld im jungen Alter
 - Diversitäten in Ansätzen von « positive outcomes », Ressourcen...
 - Ausreichender Stellennachlass

Knowing what helps is the first step to improving care

29 Take-home messages



- Jugendliche Straftäter sind vor allem Jugendliche mit ähnlichen Problemen wie ihre Gleichaltrigen
« Peers »
- Empathie
- Konfidentialität u. Vertrauen helfen dem Jugendlichen sich ernst genommen zu fühlen
- Zusammenarbeit – interdisziplinär – ist Grundlage für eine soziale Re-integration
- Gesundheitsvorsorge lässt sich auch in diesem Rahmen durchführen !!!



AG 3 Prävalenz, Inzidenz und Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen in Haft

H. Patrick Hoffmann und Carlo Reuland,

JVA Luxemburg, Luxemburg

Dirk Gansefort, ZIS Hamburg, Deutschland

Protokoll: H. Patrick Hoffmann und Dirk Gansefort

Nach einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer/innen und Moderatoren hat Dirk Gansefort eine Präsentation zum Thema Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis- und HIV-Infektionen in Haft gehalten.

Zu Beginn der Präsentation wurden die aktuellen Zahlen zur Hepatitis-A-Seroprävalenz (für Deutschland: Allgemeinbevölkerung 5 %¹ vs. 72 %² in Haft), Hepatitis-B-Seroprävalenz (für Deutschland: Allgemeinbevölkerung 7,7 % (alte BL)/4,3 %³ (neue BL) vs. 53 %⁴ in Haft), Hepatitis-C-Seroprävalenz (für Deutschland: Allgemeinbevölkerung 0,4 %³ vs. 14,3 %⁵–17,6 %⁶ in Haft) und HIV-Seroprävalenz (für Deutschland: Allgemeinbevölkerung 0,13 vs. 0,8 %⁵–1,2 %⁶ in Haft) vorgestellt. Im Anschluss wurden die Risikofaktoren einer Übertragung von Hepatitis- und HIV-Viren dargestellt. Bei der Darstellung von Maßnahmen zur Schadensminimierung bei i.v. Drogenkonsum kamen Wortmeldungen zum Thema Nadel- und Spritzentausch bzw. der Installation von Nadel- und Spritzentauschautomaten. So wurde erläutert, dass in einigen Haftanstalten nur noch geringer bis kein i.v. Drogenkonsum zu beobachten sei. Vielmehr würden viele drogenabhängige Insassen orale Opiate wie Subutex oder Suboxone zu sich nehmen. Daher würde die Installation von Nadel- und Spritzentauschprogrammen keinen Sinn in diesen Anstalten machen. Allerdings konnte eine andere Teilnehmerin deutlich machen, dass in der betreffenden Anstalt durchaus noch i.v. Drogenkonsum betrieben



werden würde, Nadel- und Spritzenaustauschprogramme daher dort auch sinnvoll wären. Weiterhin konnte ein Teilnehmer klarmachen, dass auch bei einer niedrigen Prävalenz an i.v. Drogenkonsumenten eben auch diese „wenigen“ i.v. Konsumenten einen Bedarf an sauberen Injektionsutensilien hätten. Zudem würden unbenutzte Nadeln auch zu weniger Problemen bei einer Injektion führen (z. B. weniger Spritzenabszesse). Eine weitere Wortmeldung machte deutlich, dass eine Diskussion über „Sinn- oder Unsinnhaftigkeit“ von Spritzenaustauschprogrammen wenig bringen würde, solange nicht klar untersucht wurde, wie hoch der Anteil an i.v. Drogenkonsumenten ist. In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich gemacht, dass eine Diskussion über infektionsprophylaktische Maßnahmen nur dann Sinn machen würde, wenn Daten zur Inzidenz von den oben genannten Infektionskrankheiten vorliegen. Bisher gäbe es nur Daten zur Prävalenz, d. h., dass häufig lediglich zu Beginn einer Inhaftierung ein Test auf diese Krankheiten gemacht werden würde, der Verlauf möglicher Infektionen in Haft sei in Deutschland bisher kaum untersucht. Ein weiterer Diskussionspunkt war die Ausgabe bzw. das Auslegen von Kondomen in Haft. So wurde klargemacht, dass die Ausgabe von Kondomen vom Anstaltsarzt oder weiterem Anstaltspersonal Vorbehalte bei den Insassen auslösen könnte. Daher wurde das Auslegen von Kondomen an Plätzen empfohlen, an denen diese von den Insassen unbeobachtet mitgenommen werden könnten. Es gab allerdings auch Befürchtungen, dass offen ausgelegte Kondome einen Missbrauch dieser auslösen könnte, d. h., dass Kondome zweckentfremdet werden könnten. Weiterhin wurde auf die Dringlichkeit von Aufklärungsmaßnahmen unter den Insassen zu den Themen Hepatitis- und HIV-Infektionen und Prävention hingewiesen. Auch wäre es wichtig, Anstaltspersonal über diese Erkrankungen aufzuklären, da teilweise noch mit Angst behaftete Vorstellungen bestehen würden.

Als Ergebnis dieser Diskussion kann zusammenfassend gesagt werden, dass vor der Einführung von schadensminimierenden Maßnahmen eine für jede Haftanstalt bzw. jedes Bundesland individuelle Abschätzung der Risikolagen durchgeführt werden sollte. Dazu müssten Daten zur Drogenkonsumart und Inzidenzraten der beschriebenen Infektionskrankheiten erhoben werden. Ferner sollte ein Fokus auf die Aufklärung der Insassen und Weiterbildung des Anstaltspersonals zum Thema Hepatitis- und HIV-Infektionen gelegt werden. Für die Einführung von schadensminimierenden Maßnahmen könnten weiterhin externe Partner wie die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. oder andere NGOs sowie wissenschaftliche Einrichtungen oder auch privatwirtschaftliche Unternehmen zu Hilfe gezogen werden.

Im Anschluss an diesen Themenbereich hat der stellvertretende Anstaltsleiter der JVA Luxemburg, Carlo Reuland, seine Einrichtung sowie die Rahmenbedingungen des Justizvollzugs in Luxemburg vorgestellt. Anschließend hat der Mitarbeiter der JVA Luxemburg, Patrick Hoffmann, die Erfahrungen in der Anstalt in der Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen präsentiert sowie das Konzept der Krankenpflegepraxis COMATEP vorgestellt. Im Anschluss an die Präsentation kam eine Diskussion über

den Schutz des Anstaltspersonals auf. Dabei bestand die Frage, wie man mit Hepatitis- oder HIV-positiven Insassen umgehen sollte, d.h., ob man dem Personal den Infektionsstatus der Insassen mitteilen sollte. Es gab die einhellige Meinung, dass man am besten davon ausgeht, dass alle Insassen positiv sind, d.h., dass bei allen Insassen die gleichen Sicherheitsmaßnahmen (z.B. stichfeste Handschuhe) angewandt werden. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass man die ärztliche Schweigepflicht einhält und keine Insassen als „Positive“ outet. Weiterhin wurde über die Finanzierung von antiviralen bzw. antiretroviralen Behandlungen gesprochen. So würde bei einigen Insassen keine Therapieeinleitung stattfinden, da die Haftdauer entsprechend der Dauer vor allem der antiviralen Therapie zu kurz wäre. Zudem würde die Therapie hohe Kosten verursachen. Daher kam ein Vorschlag, dass es zur Diagnostik, HAV- und HBV-Impfung sowie Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen einen gemeinsamen bundesweiten „Topf“ geben sollte. In dieses Finanzierungssystem sollten Krankenkassen, staatliche Stellen sowie die Privatwirtschaft einzahlen, da die Diagnostik, Prävention und Therapie von Infektionskrankheiten in Haft einen gesellschaftlichen Nutzen hätten und daher alle beteiligt werden sollten (Stichwort „Prison health is Public health“).

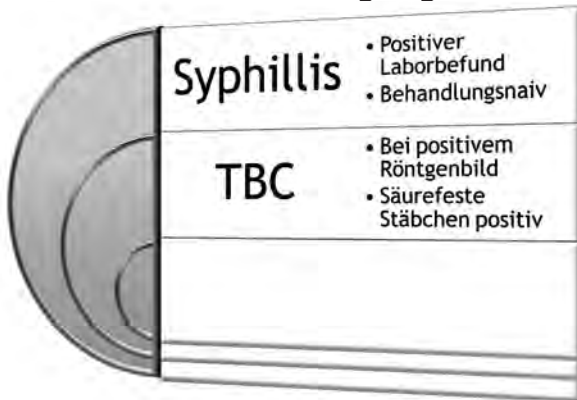
Anschließend kam die Frage auf, was getan werden könnte, wenn Insassen nicht getestet werden wollen. Es gab keine direkte Antwort darauf, allerdings wurde von mehreren Teilnehmern darauf hingewiesen, dass es auch auf die Art des Fragens ankommen würde und man der Erfahrung der Teilnehmer nach die meisten Insassen davon überzeugen könnte. Es wurde noch auf die Wichtigkeit von pre- und postcounselling nach einem Test auf die oben genannten Infektionskrankheiten hingewiesen sowie erneut auf die Notwendigkeit von Aufklärungsmaßnahmen unter Insassen sowie dem Anstaltspersonal.

Literatur

- 1 **Robert Koch-Institut (2007).** Zur Situation der Hepatitis A in Deutschland im Jahr 2007. Epidemiologisches Bulletin 44/08.
- 2 **Kröcher, M. (2000).** Prävalenz und Transmission von viralen Infektionskrankheiten im geschlossenen Strafvollzug Hamburg-Fuhlsbüttel (Anstalten II+V). Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.
- 3 **Robert Koch-Institut (2010).** Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2009. Epidemiologisches Bulletin 20/2010.
- 4 **Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., Bienze, U. (2005).** A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology and Infection*;134(4):814–981.
- 5 **Radun, D. et al. (2007).** Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany – preliminary results. Abstrat. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE.
- 6 **Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., Reimer, J. (2009).** Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. *International Journal of Prisoner Health*; 5(1):39–44.



Kriterien für den Behandlungsbeginn



Und natürlich der Wunsch des Patienten.

Behandlungen – Übersicht 2003–2010

Hepatitis C		Hepatitis B		HIV		Syphillis		TBC	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
159	9	16	1	22	3	13	0	13	0
168		17		25		13		13	
236 (223/13)									

Behandlung Hepatitis C nach Genotyp

Genotypus	Anzahl	Prozent
GT 1	70	41,67
GT 2	3	1,79
GT 3	68	40,47
GT 4	11	6,55
Unbekannt	16	9,52

Resultate – Behandlungen Hepatitis C

Hepatitis C (N=168)							
SVR	REC	NVR	REINF	REF	TOD	LTFU	In Prog
79	22	11	3	2	1	40	13
47,02	13,34	6,67	1,78	1,21	0,60	23,81	7,73
26x GT1 (37,14 %) 3x GT2 (100,00 %) 38x GT3 (55,89 %) 2x GT4 (18,18 %) 10x GT n.b. (62,5 %)	14x GT1 6x GT3 1x GT4 1x GT n.b.	6x GT1 4x GT4 1x GT n.b.		2x GT3		15x GT1 17x GT3 2x GT4 6x GT n.b.	

Lost To Follow Up (N=40)					
< 1m	RVR	VR 3m	VR end	VR 1mpost	VR 3mpost
5	4	13	7	5	6
2x GT1 1x GT3 1x GT4 1x GT n.b.	13x GT1 (18,57 %) → 39x GT1 (55,61 %) 0x GT2 (0,00 %) → 3x GT2 (100,00 %) 17x GT3 (25,00 %) → 55x GT3 (80,89 %) 2x GT4 (18,18 %) → 4x GT4 (36,36 %) 3x GT n.b. (18,75 %) → 13x GT n.b. (81,25 %)				

35 Patienten hatten eine viral response bei Entlassung.

Resultate Behandlungen andere IKH

Hepatitis B (N=17)		
VL<20 nach 3m	VL<20 nach 6m	Serokonversion
11	16	2
64,70	94,11	11,76

HIV (N=25)						
EXT	LTFU	BLIPS	VL<40	VL>40	CD4 increase	Opp. KH
12	5	13	1–8m	1	60–1070 (470–1540) MW 341,05	1



Syphilis (N=13)
VDRL neg
11
84,61

TBC (N=13)
SFS neg
13
100,00

Ressourcen

Interdisziplinarität innerhalb der Institution JVA

- ◆ Medizinischer Dienst
- ◆ Psychiatrie
- ◆ Psychosoziale Einrichtung
- ◆ Wärter (als erste Ansprechpartner)
- ◆ Auswärtige Partner

→ bestmögliche Zusammenarbeit

Optimale Compliance wird angestrebt durch

- ◆ Verteilung der Medikamente
- ◆ direkte IFN-Verabreichung durch den Pfleger
- ◆ Systematisierung der Blutanalysen (EDV)
- ◆ Systematisierung der Arztvisiten und Zusatzuntersuchungen (EDV)

→ bestmögliche Überwachung

Nachteile

Erhöhter Arbeitsaufwand

Jahr	Arztvisiten	US	FS	TOTAL
2007	427	101	0	528
2008	431	127	125	683
2009	442	132	115	689
2010	330	83	107	520
TOTAL	1630	443	347	2420

Jahr	Engerix B®	Twinrix®	Havrix®	Andere	TOTAL
2007	351	167	69	7	594
2008	304	168	94	21	587
2009	417	220	111	116	864
2010	232	160	78	30	500
TOTAL	1304	715	352	174	2545

Hoher Kostenaufwand

Jahr	HCV	HIV	Total	% Gesamtbudget
2005	131.780 € 25 Behandlungen	22.515 € 3 Behandlungen	154.295 €	33 %
2006	202.234 € 30 Behandlungen	56.468 € 3 Behandlungen	258.702 €	46 %

Lost to follow up

→ sollten kein Hindernis sein

Schlussfolgerungen

- ◆ Die Daten belegen, dass eine Therapie in Haft sinnvoll ist.
- ◆ Die Patienten müssen nach der Entlassung orientiert werden, um einem „Lost to follow up“ entgegenzuwirken, da dies das größte Problem darstellt.

COMATEP

Consultation Infirmière pour maladies transmissibles aux établissements pénitentiaires (Krankenpflegerpraxis für Infektionskrankheiten in der JVA)

- ◆ Projektbeginn 2009
- ◆ Zuständig für alles, was mit Infektionskrankheiten zu tun hat
- ◆ 1 Krankenpfleger halbtags



Arbeitsbereiche der COMATEP



Ihre Meinung

- Das „Modell Luxemburg“ könnte als Basis für eine breite Diskussion dienen.
- Festlegen der Gemeinsamkeiten
- Festlegen der Unterschiede

→ dies alles im Hinblick auf eine gemeinsame Lösung?!

Danksagung

- ◆ Dr. Vic ARENDT, Infektiologe (arendt.vic@chl.lu)
- ◆ Dr. Paul STROCK, Gastroenterologe (strock.paul@chl.lu)
- ◆ Dem Medizinischen Dienst der JVA
- ◆ Allgemeinärzte, Krankenpfleger, Apotheke, Psychiatrie
- ◆ Dem Justizministerium
- ◆ Dem Personal der JVA Luxemburg
- ◆ Programm TOX
- ◆ AIDS-Hilfe des Roten Kreuzes



AG 4 Umgang mit Drogengebrauch, Methadon- und Heroinbehandlung in Haft

Marina Haller, Dipl.-Lehrerin,
Psycholog. Institut Universität Zürich, Schweiz
Volker Heer-Rodiek, Leitung, ‚HIDA‘ Hamburg, Deutschland



Impulsreferat über die Situation in der Schweiz (Marina Haller)

Der Freiheitsentzug im Rahmen des Strafvollzugs erfolgt in der Regel ungeachtet einer gegebenenfalls bestehenden Drogenabhängigkeit der straffällig gewordenen Person. Nicht zuletzt deshalb setzt sich die Population der Strafgefangenen zu einem großen Teil aus Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen zusammen. In der Schweiz wurden im Bereich Drogenabhängige seit den 1990er-Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen, von denen die kontrollierte Heroinabgabe weltweit erstmalig ein Pionierversuch war.

Heutzutage werden in den Strafanstalten insgesamt folgende Behandlungen bei Drogenabhängigkeit angeboten:

- ◆ Methadongestützte Behandlung – in mindestens 80 % der Institutionen (erstmalig 1991; in einigen Anstalten wird auch Buprenorphin angeboten)
- ◆ Heroingestützte Behandlung – in 2 Anstalten (erstmalig 1995)
- ◆ Drogentherapeutische Rehabilitation – in 18.6 % aller Anstalten (vor allem in größeren Institutionen sowie im Massnahmenvollzug)
- ◆ Medizinisch begleiteter Entzug – in über der Hälfte aller Anstalten

(Baechtold, 2005; Masia, Achermann, Richter & Hostettler, 2007)

Die methadon- und vor allem heroingestützten Behandlungen in der Schweiz werden im Folgenden näher präsentiert.

Methadongestützte Behandlung

Eine kontrollierte Verabreichung von Methadon an Inhaftierte wurde 1991 erstmals versuchsweise in den Anstalten Witzwil/BE und Hindelbank/BE eingeführt. Da die Versuchsergebnisse positiv waren, wurde die Methadon-Verschreibung Ende 1996 auf weitere Vollzugsanstalten und Gefängnisse ausgedehnt. Die Abgabe von Methadon, welche nach denselben Kriterien und Verfahren wie außerhalb der Gefängnismauern vollzogen wird, ist unbestritten und wird heute in beinahe allen Vollzugeinrichtungen angeboten (Baechtold, 2005; Lines et al., 2006). Die bereits in der Freiheit initiierten Behandlungen können in den Strafanstalten weitergeführt werden. Jedoch verlaufen die Neueintritte ins Methadon-Programm in Haft nicht überall problemlos. In der Strafanstalt Gmünd/AR zum Beispiel können Inhaftierte nur in Ausnahmefällen ins Programm neu eintreten. In anderen Anstalten, so wie zum Beispiel im Untersuchungs- und Strafgefängnis Stans/NW, kann ohne großen Aufwand in die Behandlung eingetreten werden, was aber in den letzten Jahren immer seltener in Anspruch genommen wird.

Heroingestützte Behandlung

Im Herbst 1995 startete das Pilotprojekt in der Anstalt Schöngrün/SO, welches die kontrollierte Abgabe von Heroin an chronisch Drogensüchtige ermöglichte. Dieses Programm richtet sich an schwer heroinabhängige Personen, welche mit anderen drogentherapeutischen Angeboten bisher nicht erreicht werden konnten. Seit der Jahrtausendwende verfügt auch die Anstalt Realta/GR über 10 Plätze für die Heroinabgabe, welche zusammen mit den 15 Plätzen in der Anstalt Schöngrün/SO den derzeitigen Bedarf abdecken.

In dem Schweizer Recht (Schweizer Recht, 2010) sind die Aufnahmekriterien zur heroingestützten Behandlung aufgelistet, die auch in den Anstalten Schöngrün/SO und Realta/GR ihre Geltung haben. Zur Aufnahme in die heroingestützte Behandlung muss der Patient oder die Patientin folgende Kriterien erfüllen:

- a) mindestens 18 Jahre alt sein,
- b) seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig sein,
- c) mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Methode abgebrochen oder erfolglos absolviert haben und
- d) Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

Damit sind die Neueintritte ins Programm in beiden Anstalten möglich. Die Strafanstalt Schöngrün/SO nimmt die Sträflinge aus allen Kantonen der Schweiz auf. Die einzigen Kriterien für die Aufnahme sind kein unbedingter Landesverweis, Arbeitsfähigkeit und mündliche Kenntnisse der deutschen Sprache. Als primäres Ziel der Behandlung wird offiziell die Drogenabstinenz und als sekundäres Ziel die Schadensbegrenzung postuliert. Die Strafanstalt Realta/GR ist eine Konkordatsanstalt des Ostschweizerischen Strafvollzugskonkordats (Kantone ZH, SG, GR, TG, SH, GL, AI/AR) und deckt nur einen Teil der schweizerischen Häftlingen. Als Sprachen stehen in der Anstalt neben Deutsch noch Französisch, Italienisch und Englisch im Angebot, was eine breitere Palette für die inhaftierten Drogenabhängigen darstellt. Als primäres Ziel der Behandlung wird die Stabilisierung genannt; eine Abstinenz als Ziel kommt erst dann in Frage, wenn es vom Klientel gewünscht wird. Die Belegungsdaten zeigen weniger Neueintritte in beiden Anstalten, was durch den Erfolg des landesweiten Programms der heroingestützten Behandlung erklärt wird. Die kontrollierte Abgabe von Heroin ermöglichte der Anstalt Schöngrün/SO eine Reduktion der Anzahl Toter durch Überdosis von einem bis drei pro Jahr auf einen einzigen Todesfall in neun Jahren (Lienes et al., 2006). Außerdem nimmt der Konsum von nicht verschriebenen Substanzen bei den behandelten Inhaftierten ab.

Neben den vielen positiven Rückmeldungen zum Verlauf des Programms ließen sich folgende problematische Punkte feststellen:



- ◆ Die Möglichkeit der heroingestützten Behandlung in Haft für Italienisch/Französisch Sprechende erwies sich zum Teil als problematisch.
- ◆ Die Neueintritte ins Programm sind fraglich, falls es im Heimatkanton nicht weitergeführt werden kann.
- ◆ Für Frauen gibt es kein Angebot für heroingestützte, sondern nur für methadon-gestützte Behandlung in Haft (Anstalt Hindelbank/BE).

Referenzen

- ◆ Strafanstalt Schöngrün/SO: Urs Weibel, Leiter HeGeBe
- ◆ Anstalt Realta/GR: Vera Camenisch, Leiterin Sozialdienst
- ◆ Anstalt Hindelbank/BE: Daniela de Santis, Präventionsbeauftragte
- ◆ Strafanstalt Gmünden/AR: Susan Bremgartner, Leiterin Sozialdienst
- ◆ Untersuchungs- und Strafgefängnis Stans/NW: André Zbinden, Verwalter

Literatur

Baechtold, A. (2005). *Strafvollzug. Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz.* Bern: Stämpfli.

Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevski, D. & Nelles, J. (2006). *Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of the international evidence and experience.* Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Masia, M., Achermann, C., Richter, M. & Hostettler, U. (2007). *Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs. Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung.* Freiburg: Universität Freiburg.

Schweizer Recht (2010). *Die Systematische Sammlung des Bundesrechts. SR 812.121.6 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (Stand am 1. Januar 2010).*

Ein Interview mit einem drogenkranken Häftling

(Volker Heer-Rodiek)

Hier muss noch einmal erklärt werden, dass die Beschreibung des Häftlings nur seine subjektive Sicht der Dinge wiedergibt und es überhaupt nicht einer objektiven Beschreibung der Situation in Haft gerecht wird. Trotzdem werden in dem Interview Themenbereiche angesprochen, über die es zu diskutieren gilt:

- ◆ Substitution in Haft nur mit Methadon (Buprenorphin bewirkt bei Dosissteigerung kaum eine Erhöhung des Risikos einer Atemdepression)
- ◆ Ausschleichende Substitution bei Häftlingen, die nicht vorher in der Substitution waren
- ◆ Kein Spritzenautomat, deshalb Konsum mit gemeinsamer Spritze
- ◆ Umgang mit Rückfälligkeit (Konsum) in Haft (Behandlung mit Antidepressiva?)
- ◆ Unabhängige Ansprechpartner/innen bei Konsum von Drogen

Diskussion

Die Diskussion in der Gruppe, die 52 Teilnehmer aus Deutschland, Österreich und aus der Schweiz zählte, verlief zum Teil sehr emotional, so dass der Zeitrahmen nur schwer einzuhalten war. Eine große Diskussion entstand nach dem Video des Interviews. Die Situation der drogenkranken Häftlinge, vor allem in Deutschland, wurde diskutiert. Während der Diskussion wurden mehrere Aspekte und Problembereiche angesprochen. Folgende acht Themen waren für die Gruppenteilnehmer besonders wichtig:

◆ Die Notwendigkeit einer heroingestützten Behandlung in Haft

Es wurde besprochen, dass die heroingestützte Behandlung in der Schweiz positive Ergebnisse zeigte. Auf der anderen Seite sinkt die Anzahl der Behandelten mit den Jahren, so dass gefragt wurde, ob eine heroingestützte Behandlung in Haft weiterhin aktuell ist.

◆ Die Möglichkeit einer abstinenzorientierten Behandlung in Haft

Hier wurde diskutiert, ob es möglich ist, eine Abstinenz in Haft zu erreichen. In der Schweiz wurde zuerst von den Anstalten die Abstinenz als primäres Ziel formuliert, um die Erlaubnis für die heroingestützte Behandlung zu bekommen. Im Laufe der Zeit erwies sich aber eine Abstinenzorientierung als unrealistisch. Andere Gruppenteilnehmer meinten, dass eine Abstinenz in Haft erreicht werden soll, damit die Klientel für die Entlassung vorbereitet ist. Außerhalb der Haft wird ja wohl auch auf eine Abstinenz gezielt. Als Beispiel wurde hier England genannt, wo eine Abstinenz in Haft zu erreichen versucht wird.



◆ **Das Fehlen von Fakten in Bezug auf die Anzahl von Drogenabhängigen und Substituierten in Haft**

In Deutschland, Österreich und in der Schweiz sind viele Daten zu erwähnter Problematik zu ungenau oder fehlen gar, was eine effiziente Arbeit und Vorhersage erschwert.

◆ **Die Notwendigkeit einer vernünftigen Diagnostik**

Eine vernünftige Diagnostik muss ausgebaut werden. Es soll kontrolliert werden können, wer das Programm wirklich beansprucht. Das Ziel wäre zu gewährleisten, dass nicht psychisch Kranke, sondern primär Drogenabhängige eine substitutionsgestützte Behandlung in Anspruch nehmen. Aus dieser Sicht ist eine Primärdiagnose besonders bedeutend. Aber auch eine Drogenberatung funktioniert nicht überall gleich, was eine Lücke im System aufweist.

◆ **Die Wichtigkeit eines offenen und differenzierten Zugangs zur Substitutionsbehandlung**

Zu diesem Punkt wurde die Erfahrung von Österreich betont, wo eine substitutionsgestützte Behandlung nach den individuellen Bedürfnissen verläuft. Ein offener Zugang zu dieser Problematik wurde vor allem von deutschen Gruppenteilnehmern gewünscht.

◆ **Die Wichtigkeit der Nachhaltigkeit der Behandlung**

Von den Gruppenteilnehmern wurde das Thema Entlassung angesprochen. Was passiert mit den behandelnden Insassen nach der Entlassung? Einige von ihnen haben keine Krankenversicherung, so dass die angefangene Behandlung in Haft nicht weitergeführt werden kann. Aber auch bei einer vorhandenen Krankenversicherung erweist sich eine Anschlussbehandlung als schwierig bis problematisch.

◆ **Die kontrollierende Rolle des Arztes**

Der Arzt wirkt in Haft wie ein Kontrolleur, was eine ehrliche und vertrauliche Atmosphäre beeinträchtigen kann.

◆ **Der politische Druck bei den Entscheidungen zum entsprechenden Thema**

Die Entscheidungen über die substitutionsgestützten Behandlungen stehen unter einem enormen politischen Druck, was eine Flexibilität bei den Behandlungsangeboten beeinträchtigt. Als Beispiele wurden hier die Abschaffung von Spitzenautomaten in Deutschland sowie auch die Erlaubnis bzw. das Verbot einer heroingestützten Behandlung in der Schweiz und in Deutschland erwähnt.



AG 5 Sexualität in Haft

Dr. Barbara Bojack, Butzbach, Deutschland

Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, Deutschland

Protokoll: Dr. Barbara Bojack

Sexualität in Haft

Begriffsbestimmung

- ◆ Sexualität gehört zum menschlichen Leben dazu, sie begleitet das gesamte Leben. Die Ausdruckformen sind unterschiedlich. Umfassend verstanden beinhaltet Sexualität neben der genitalen Sexualität Zärtlichkeit, Sinnlichkeit, Erotik, Lust, Umarmung, Küssen und Streicheln.
- ◆ Sexualität hat dabei auch Bezüge zu Gefühlen, Vertrauen, Nähe und Zuwendung.
- ◆ Auch an Fortpflanzung ist bei der Frage nach Sexualität zu denken.
- ◆ Freud versteht die Sexualität als einen umfassenden Lebenstrieb, der alles, was unter Liebe zu verstehen ist (neben den körperlichen auch geistig erotische Strebungen) zusammenfasst.
- ◆ Die WHO definiert 1975: „sexuelle Gesundheit ist die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust.“
- ◆ Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist: Identität und Selbstwert sind eng mit der sexuellen Ausrichtung des Menschen verknüpft, nicht nur mit der Frage nach seinem sozialen Stand und seiner Stellung in der Arbeitswelt.



- ◆ Die Werbung macht es sich zunutze, dass Identität, Selbstwert und Sexualität etwas miteinander zu tun haben. Es gibt genügend Werbung, die das belegt, indem sie z. B. nackte Frauen in Zusammenhang mit teuren Autos bringt. Der mittlerweile aus dem Verkehr gezogene Werbeslogan „mein Haus, meine Frau, mein Auto“ (wobei gleichzeitig die entsprechenden Fotos gezeigt wurden) spielte darauf an, dass Sexualität (hier verknüpft mit dem Bild der Frau) einen der identitätsgründenden Faktoren darstellt. Gleichzeitig werden die 3 genannten Faktoren in die Nähe von Luxus gerückt.
- ◆ Bevor Sexualität allerdings bedeutsam wird, ist es wichtig, dass die Grundbedürfnisse eines Menschen nach Essen, Trinken, Schlafen, Arbeiten und einem Dach über dem Kopf erfüllt sind.
- ◆ Bezogen auf die Haftanstalt bedeutet das, dass die Grundbedürfnisse der Menschen in Haft gestillt sind. Wie ist nun der Stellenwert von Sexualität in Haft einzuordnen? Muss Sexualität in der Haft in die Nähe von Luxus gerückt werden?

Zunächst sollten die **rechtlichen Grundlagen** geklärt werden, unter denen Sexualität in Haft möglich ist.

- ◆ Verfassungsrechtliche Vorgaben (Art. 1 Abs. 1 GG und Art. 2 Abs. 1 GG, Art. 6 Abs. 1 GG) gebieten es und die Regelungen des Strafvollzugsgesetzes, flankiert durch den Angleichungs-, Gegensteuerungs- und Integrationsgrundsatz. Alle diese gesetzlichen Vorgaben haben die Resozialisierung des Straftäters als Ziel.
- ◆ Daraus kann gefolgert werden, dass Sexualität einen Stellenwert im Vollzug haben sollte.
- ◆ Nach Paragraph 3 Strafvollzugsgesetz soll das Leben im Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich angeglichen werden. Demzufolge besteht auch nach Paragraph 24 Strafvollzugsgesetz das Recht auf Besuch und zwar eine Stunde im Monat.

Möglichkeiten, Sexualität zu erleben

Kann während dieser Stunde beziehungsweise während der Besuchszeit Sexualität gelebt werden?

Während der einen Stunde Besuchszeit, die in einem Besucherraum mit vielen anderen Menschen stattfindet, ist Raum für Sexualität kaum denkbar.

In verschiedenen Haftanstalten besteht die Möglichkeit zu Langzeitbesuchen. Das bedeutet, dass Besuche mit engsten Familienangehörigen in einer freundlicheren und entspannteren Atmosphäre stattfinden können. Damit sind sexuelle Begegnungen während der Langzeitbesuche möglich.

Gibt es dann Sexualität in der Haftanstalt außerhalb von den oben genannten stattfindenden Langzeitbesuchen in abgeschlossenen Räumen?

Es gibt die Möglichkeit, Sexualität während des Urlaubs außerhalb der Haftanstalt zu pflegen (§§ 13 StVollzG und § 15 Abs. 3 und 4 sind hier bedeutsam, ebenso §§ 126 Abs. 1 und 134 StVollzG bei Sicherheitsverwahrten). Dies kommt für die Inhaftierten in Betracht, die Lockerungen und Ausgang haben. Meist greift dies erst kurz vor der Entlassung oder bei entsprechend „gelockerten“ Inhaftierten (also bei einer Minderheit).

Wie steht es mit Sexualität im Gefängnis außerhalb der Langzeitbesuchszeiten?

Die Haftanstalt an sich stellt keinen libidinösen Ort dar. Offensichtlich stellt die Frage der Sexualität in der Haft ein Tabuthema dar. Dies zeigt schon die bereits genannte Tatsache, dass es relativ wenige Studien gibt, die sich mit dieser Frage befassen. Es gibt einige wenige englischsprachige Studien und im deutschen Sprachraum Befragungen zu diesem Thema im Rahmen von anderen Themenstellungen, z. B. im Zusammenhang mit übertragbaren Erkrankungen (z. B. Deutsche AIDS-Hilfe, 2004).

Im Herbst 2004 führte eine Studentin der Gesundheitswissenschaften die Befragung „Sexualität in Haft“ für die deutsche AIDS-Hilfe durch. Ziel war es, einen Überblick über den Einsatz von Kondomen, Gleitmitteln und Informationen zu Sexualität und sexuell übertragbaren Krankheiten im Strafvollzug zu erhalten. Zudem sollte geklärt werden, ob Sexualität ein Thema im Strafvollzug ist und ob weiterer Informationsbedarf dazu besteht (Deutsche AIDS-Hilfe, 2004).

Die Tatsache, dass es so wenige Studien zum Thema und kaum Veröffentlichungen gibt, könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Thema einerseits heikel ist (wer spricht schon gern offen über die eigene Sexualität) und dass es auch gesellschaftliche Bezüge geben könnte (z. B. muss ein Mensch, der in Haft ist, weil er eine Straftat begangen hat, auch noch Sexualität ausleben können?).

Würde das Thema Sexualität in Haft nämlich offen diskutiert, so müssten Gelegenheiten zum Erleben von Sexualität geboten werden, die passenden Rahmenbedingungen und Umgebungszustände zur Verfügung gestellt werden, wahrscheinlich eben in noch größerem Maße als es momentan der Fall ist. Dies könnte mit Aufwand und Kosten verbunden sein. Es sind organisatorische, bauliche und auch personelle Voraussetzungen für die Besuche in einer Haftanstalt zu schaffen. Solche sich ergebenden Forderungen in Zeiten leerer Kassen und einer wirtschaftlich schwieriger Gesamtsituation könnten in der Bevölkerung auf Unmut stoßen und die Frage aufwerfen: Weshalb müssen Menschen, die in Haft sind, auch noch den Luxus der Sexualität genießen?

Deshalb ist es vielleicht günstiger, das Thema Sexualität in Haft gar nicht erst aufkommen zu lassen und eine Diskussion darüber zu vermeiden bzw. es heimlich oder ohne Aufhebens zuzulassen, zu dulden. Die Meinung eines Anstaltsleiters in dem Zusammenhang lautet folgendermaßen: „Sexualität ist ein solches Problem, dass keiner von uns gerne darüber spricht, weil wir alle wissen, dass wir nichts machen können ...“



(Rühmkord, 1977). Sexualität in Haft ist ein Thema, das weitestgehend verschwiegen wird.

In der wissenschaftlichen Literatur ist das Thema Sexualität wie bereits erwähnt wenig vertreten, lediglich einige Medien benutzen es, um Schlagzeilen zu produzieren und gleichzeitig wird deutlich, dass Strafvollzug und Sexualität in der Gesellschaft kritisch gesehen werden. Das zeigt der Artikel aus der Quick von 1973, in dem die Überschrift zu lesen ist: „Das Mörder“-Hotel von Butzbach: Im Kittchen gibt es Sex und Kaviar“ (Quick vom 26.7.1973, S. 1). Offensichtlich besteht in der Bevölkerung die Angst, dass es den Verurteilten hinter Gittern zu gut geht und sie gar noch Sex genießen können. Daran hat sich auch 2007 wenig geändert, denn im „Stadtgespräch“ vom 23.11.2006 findet sich unter anderem die Frage: „Geht's den Straftätern zu gut oder geht's ihnen eher schlecht, wenn sie erstmal im Knast sitzen?“ Solch eine Äußerung lässt die Vermutung zu, dass eine Gefängnisstrafe auch Enthaltsamkeit von Vergnügen und Lust beinhalten sollte.

Werden alle diese Überlegungen betrachtet, zeigt sich, dass Sexualität in Haft eher kein Tabu ist, aber tabuisiert wird. Offensichtlich ist eine Befriedigung aller Bedürfnisse schwierig und Zugang zu Sexualität eher ein Umsetzungsproblem. Sexualität existiert in verdeckter Form und unter gewissen Bedingungen in genehmigter Form (Langzeitbesuche).

In anderen Ländern wurden bereits Möglichkeiten für Besuche gefunden (Britz, 1998), hier einige Beispiele:

- ◆ In Moldawien sind mehr tägliche Besuche der Familie möglich.
- ◆ In den Niederlanden sind Besuche in speziellen Räumlichkeiten sowie in den Hafträumen der Verurteilten erlaubt.
- ◆ In Finnland und Norwegen gibt es ein Partner-Urlaub-System und in Dänemark sind wöchentliche Besuche des Partners von 1,5 Stunden erlaubt.
- ◆ In Spanien wird ein „Vis-a-vis“-System praktiziert, bei dem ein zwei- bis dreistündiger unüberwachter Besuch in einer besonders hergerichteten Räumlichkeit (ein Zimmer mit Bett und Sanitäreinrichtung) stattfinden kann.

Sexualität kann auf verschiedene Weise gelebt werden. Folgende Einteilung soll einen Überblick über die Möglichkeiten, Sexualität in Haft zu erleben, geben. Grundsätzlich werden drei verschiedene **Bereiche der Sexualität** wahrgenommen:

1. heterosexuelle Kontakte
2. autoerotische Praktiken
3. homosexuelle Kontakte

Schlussüberlegungen

Bedeutung von Sexualität in Haft

Heterosexualität

Sexualität und Kommunikation gehören eng zusammen. Um die sozialen Kontakte zur Ehefrau, Lebensgefährtin oder Freundin aufrechterhalten zu können, spielt die Möglichkeit, Sexualität auszuleben, eine große Rolle.

Es zerbrechen 90 % der Ehen im Zusammenhang mit einer Inhaftierung (Neutzling, 1989).

Die Frage stellt sich auch, wie ein Inhaftierter mit Isolation, Einsamkeit zurechtkommen soll, wenn er grundsätzlich keine Möglichkeit zur Ausübung der Sexualität hat.

So schreibt Kette (1991), dass das Problem der Sexualität im Strafvollzug ein Zweifaches ist: Zum einen wird die erzwungene Enthaltensamkeit als schmerzlicher Verlust erlebt. Zum anderen ergeben sich auch zusätzliche psychologische Probleme.

Autoerotische Praktiken

Was für viele bleibt, ist die Ausübung von autoerotischer Sexualität oder die Sexualität im homosexuellen Bereich. Hier stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dies auf das spätere Leben, speziell auf das Leben nach der Entlassung aus dem Gefängnis, hat. Die Frage ist, gibt es Bezüge zur Resozialisierung?

Unter die autoerotischen Praktiken fallen die Onanie und die Masturbation, wobei diese Handlungen allein, gemeinsam oder gegenseitig erfolgen können.

Siemer (1997) beschreibt, dass die besonderen Haftbedingungen, meist Einzelhaft, zur Entstehung einer eigenen sexuellen Subkultur führen, die sich von der Sexualität außerhalb der Haft unterscheidet. Das sexuelle Verhalten im geschlossenen Vollzug stimmt nicht mit den tatsächlichen sexuellen Wünschen und der sexuellen Identität überein.

Homosexualität

Sagarin (1976) beschreibt, dass die unfreiwilligen Homosexuellen in seiner Studie in ihrem weiteren Leben in die homosexuelle Szene abdrifteten. Ihre ursprünglichen heterosexuellen Beziehungen zerbrachen.

Hofmann (1975) beschreibt, dass sich ein Teil der jüngeren Gefangenen durch die sexuellen Erlebnisse in der Gemeinschaft stark beeindruckt lässt. Es ist zu vermuten, dass auch im späteren Leben das sexuelle Verhalten dieser Menschen von ihren Erfahrungen im Gefängnis mitgeprägt wird. Er beschreibt, dass einige der Verurteilten die homosexuellen Beziehungen als harmlos und aus purer Langeweile geschehen abtaten. Wieder andere Verurteilte äußerten sich: „Man hätte die Achtung verloren. Das Schamgefühl wird einem ausgetrieben“ (Hofmann, 1975).



Eine weitere Frage ist, welche Auswirkung haben beziehungslose Sexualität bzw. Gewalt und Bemächtigung im Zusammenhang mit Sexualität auf den Menschen?

Hier könnten Abspaltung, Dissoziation, Perversion, Verleugnung ein Thema sein. Bei Calligula von Camus (1990) waren Auswirkungen unter anderem Vereinsamung und Verachtung von Selbstrepräsentanzen, sadistische Erniedrigung anderer.

Auswirkungen und Folgen von Sexualität ohne Zärtlichkeit können sexuelle Verwahrlosung sein.

Esther Schoonbrod, die mit Jugendlichen an Schulen arbeitet, und auch Anne Lipps, Therapeutin, stellen fest, dass „das Schamgefühl der Jungen platt gemacht wird und der sexuelle Druck auf Mädchen wächst“ (Stiefel, S., 2007).

Es muss gefragt werden, inwieweit es zu einer Verrohung der Betroffenen kommen kann.

Weiterhin: Wie kann ein Mensch, der in Haft missbraucht wurde, damit umgehen, dass die Übergriffe auf ihn nicht bemerkt werden und er insofern nicht wahrgenommen wird? Diese Frage stellt sich besonders bei Jugendlichen.

Die Literatur bezog sich hier vor allem auf Jugendliche. Wie sich die Situation bei Erwachsenen darstellt und wie hier die Folgen sind, bedarf noch weiterer Untersuchung.

Sexualität in Haft ist ein Thema, das die Gesellschaft angeht. Dies zeigen die Möglichkeiten, Infektionskrankheiten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr zu übertragen. Ein weiteres Problem ist, wie mit Menschen umzugehen ist, denen sexuelle Gewalt angetan wurde im Zusammenhang mit einem Gefängnisaufenthalt beziehungsweise die sich bedrängen ließen und nachgaben, um die Zeit dort überhaupt zu überstehen. Welche Auswirkungen haben solche Erfahrungen auf den betroffenen Menschen?

Ganz allgemein ist festzustellen: Wenn Resozialisierung gewünscht ist, sollte auch Sexualität ein Thema sein.

Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass es homosexuelle, heterosexuelle und autoerotische Handlungen im Strafvollzug gibt. Bedeutsam sind in dem Kontext offensichtlich Gewalt und Machtverhältnisse.

Da Sexualität im Strafvollzug nicht nur ein Thema des Strafvollzuges ist, sondern auch Auswirkungen auf die Gesellschaft (Verbreitung von übertragbaren Erkrankungen, Auswirkungen von Gewalt und Sexualität) hat, wäre es wünschenswert, weitere Untersuchungen anzuschließen.

Ziel war es darzulegen, dass es Sexualität in Haft gibt und dass es sich um ein Thema handelt, dem bislang keine ausdrückliche Beachtung geschenkt wurde.

Literaturverzeichnis und zusätzliche Literaturhinweise

- Britz, G. (1989):** Familienbesuche und Intimkontakte im Strafvollzug – Das UVF-Projekt in Frankreich, in: Zeitschrift für Strafvollzug, Heft 2, 74–76
- Buffum, P. C. (1972):** Homosexuality in Prison, U.S. Dept. of Justice, Law Enforcement Assistance Admin., Natl. Inst. Law Enforcement and Criminal Justice; Govt. Printing Office
- Camus, A. (1990):** Calligula, Berlin, Verlag Volk und Welt
- Deutsche AIDS-Hilfe e. V.:** „Sexualität in Haft“, eine Befragung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. September – Dezember 2004
- „Das „Mörder“-Hotel von Butzbach:** Im Kittchen gibt es Sex und Kaviar“, Quick vom 26.7.1973, S. 1
- Gagnon, J. and William, S. (1968):** „The social meaning of prison homosexuality“, Federal Probation
- Neutzling, R. (1989):** Angehörige im Knast. Drei Väter im Knast, in: Sozialmagazin, 14. Jg., Heft 2, 22–24
- Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ (2004),** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Psychrembel (2007):** Klinisches Wörterbuch, 261 Auflage, Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York
- Rühmkord, E. (1977):** Wie resozialisiert man den Strafvollzug?. In: Sonderdruck Psychologie heute „Strafvollzug – Die bestrafte Gesellschaft“. Weinheim/Basel, S. 18–24
- Sagarin, E. (1976):** Prison Homosexuality and its Effects on Post-Prison Sexual Behavior, Psychiatry Vol. 39, 245–257
- „stadtgespräch“ vom 23.11.2006,** Live-Sendung von 20.15 bis 21.00, hrfernsehen
- Siemer, M. (1997):** Seminar für Männer, Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Erkrankungen im Gesundheitswesen, Bremen, Skript
- Stiefel, S. (2007):** Der Porno wird zur Leitkultur, In: Stuttgarter Zeitung vom 22.4.2007, 5
- Theophil, E. (2004):** BRD, Der Boxer und die Friseurin, Liebesfilm, Regie, Huntgeburth, H.
- Tewksbury, R. (1989):** Measures of Sexual Behavior in an Ohio Prison, SSR, Vol. 74, 34–30
- Gesundheitstipps für Männer in Haft, 2007, DAH, 2008



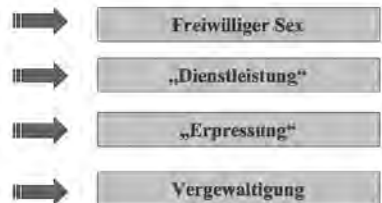
Sexualität in Haft

Bärbel Knorr

Mögliche Sexpartner/innen



Formen

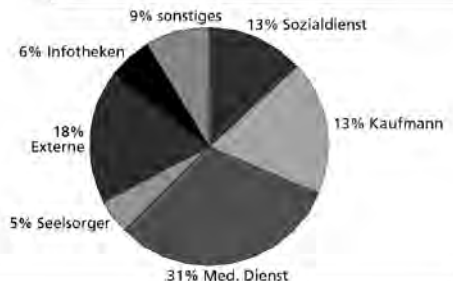


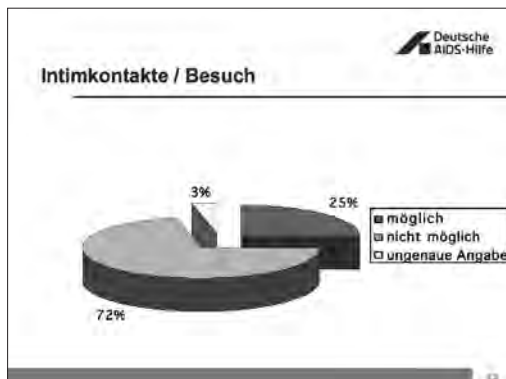
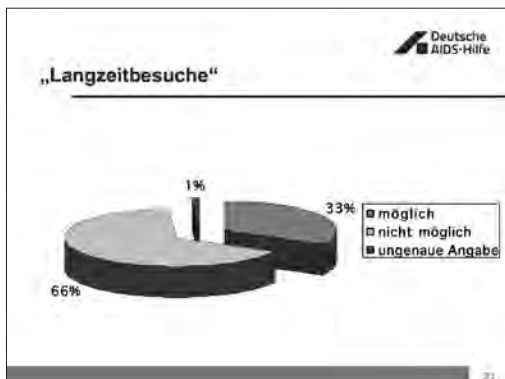
Rückmeldungen

- 268 Justizvollzugs- und Teilanstalten
- 101 Rückmeldung (ca. 38 %)
- Ca. 32.000 Inhaftierte



Kondomerwerb





Diskussion

Schlussüberlegungen

Ist Sexualität in Haft notwendig, ein Grundbedürfnis oder ein Luxusgut?

- ◆ Beispiele aus anderen Ländern (u. a. Moldawien, Niederlande)
- ◆ Recht auf Sexualität!
- ◆ Sexualität ist ein Grundbedürfnis und kein Luxusgut.

Wird in Ihrer Justizvollzugsanstalt Sexualität ermöglicht? Und wenn ja, wie?

- ◆ Zwar keine Langzeitbesuche möglich, aber Überführung in andere JVA (muss Kosten tragen)
- ◆ Langzeitbesuche möglich (abhängig von Haftdauer, Partnerschaft)
- ◆ Kondomvergabe, Infotheken
- ◆ Workshops zum Thema Sexualität für Gefangene
- ◆ Kommunikation/Angebote müssen geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen.

Was halten Sie für die Zukunft für wünschenswert bezüglich Sexualität in Haft?

- ◆ Mehr Langzeitbesuchsräume
- ◆ Diese Räume auch für Unverheiratete und Profis
- ◆ In Schulungen/Ausbildung für Bedienstete thematisieren
- ◆ Plakate zum Thema
- ◆ Es muss umfassender als HIV-Prävention sein.
- ◆ „Infotheken“, anonyme Abgabe oder kleine Infopäckchen
- ◆ Mehr Lockerungen
- ◆ Forschung und Studien



„Freiwilliger Sex in einem totalitären System, geht das überhaupt?“

Opferschutz innerhalb der JVA

- ◆ Zielgruppen definieren? Möglichst alle ansprechen
- ◆ Wenn Auswahl getroffen werden muss, Fragestellung, wer könnte klassisch unterworfen werden? (Mentale Einschränkungen, auf äußerliche Merkmale wie Tätowierungen achten)
- ◆ Bei der Aufnahme dem Thema Beachtung schenken (meine ich, diese Person könnte hier gefährdet sein?)
- ◆ Häufig wurden schon vor der Haftzeit sexuelle Übergriffe erlebt.
- ◆ Ansprechpartner/innen in der JVA benennen und diese entsprechend qualifizieren
- ◆ Istanbulprotokoll, Doku der Übergriffe
- ◆ Aushänge (Ansprechpartner/in) und Plakate aufhängen
- ◆ Thema in der JVA platzieren, auch intern



Donnerstag, 16.09.2010
Corner Stone Lab







Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis – Konkretes Beispiel einer Strafanstalt in der Schweiz

Catherine Ritter, *University Center of Legal Medicine
of Geneva and Lausanne, Switzerland*

Jean-François Etter, *Institut für Sozial- und
Präventionsmedizin (IMSP), Universität Genf*

Corinne Wahl, *CIPRET-Genf*

Jens Sommer, *Institut für Rechtsmedizin Bern*

Bernice Elger, *University Center of Legal Medicine
of Geneva and Lausanne, Switzerland*

- ◆ Es wurden die Ergebnisse einer zweijährigen (2009–2010) Forschungsarbeit in einer offenen Strafanstalt (deutsche Schweiz) vorgestellt.
- ◆ Das Projekt wurde durch den Tabakpräventionsfonds unterstützt http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00879/00887/04812/index.html?lang=de
- ◆ Resultate kamen aus den Interviews und Fragebogen für Gefangenen und Bedienstete. Sie wurden in jeder Gruppe teilweise als Einleitung zur Diskussion vorgestellt. Dieses Dokument enthält das Gesamte der Resultate, die für die Runden vorbereitet wurden.



Fragebogen

Allgemeine Daten

	Gefangene	Bedienstete	p
N	70	51	
Alter	37	46	< .001
Sex (% Mann)	100	67.3	< .001
Raucher (%)	79 %	26 %	< .001
Ehemalige Raucher (%)	9	39	< .001
Zigaretten pro Tag	27 (49 Ant)	18 (5 Ant)	> 0.1
Min. vor 1. Zigarette	14 (49 Ant)	47 (5 Ant)	= 0

Der Einfluss des Gefängnislebens (Gefangene) auf das Rauchen ist ...

gar nicht oder nicht wichtig	47 %
wichtig oder sehr wichtig	45,5 %

Meinung zum Rauchen – Gefangene

Rauchen ist schädlich für die Gesundheit:	74 %
Ich habe niemals darüber nachgedacht:	7 %
Rauchen hat keinen Einfluss auf meine Gesundheit:	11 %

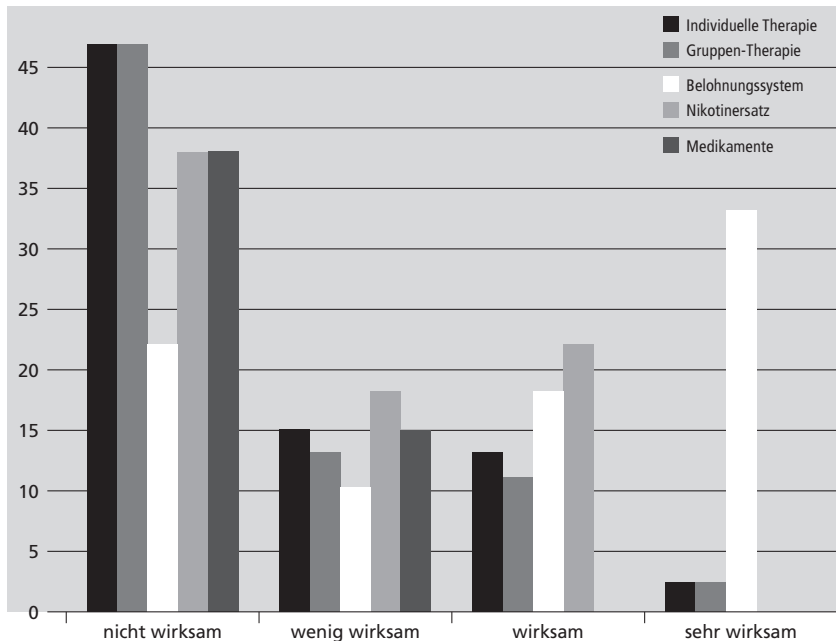
Faktoren, die das Bedürfnis zu rauchen erhöhen

	%	Nummer
Langeweile	53	29/55
Fehlen von Freiheit	47	26
Das Vermissen von Familie & Freunden	35	19
Das Fehlen von Sex	33	18
Unklare Vollzugsituation	25	14
Das Fehlen von Hanf	20	11
Angelegenheiten, die in Freiheit geregelt werden	18	10
Das Fehlen von Alkohol & Drogen	16	8
Schlechte Beziehungen zu Bediensteten	15	8
Keine Perspektive nach dem Vollzug	13	7
Ungute Gefühle über die Straftat	11	6
Schlechte Beziehungen zu Gefangenen	6	3

Therapie

- ◆ Gefangene sind interessiert, mit dem Rauchen aufzuhören
- ◆ Versuch in letzten 12 Monaten: N=12
- ◆ Versuch in nächsten Monaten (1-6): N=10
- ◆ Total: 40 % (22/55)

Was würde den Rauchstopp im Gefängnis unterstützen?



Vergleich der Antworten zwischen Bediensteten/Gefangenen

- ◆ Gefangene rauchen mehr (aktiv & passiv), häufiger und früher am Tag.
- ◆ Die Bediensteten finden die Regelung nicht streng genug.
- ◆ Vorschläge: sie haben ähnliche Meinung über Rauchen in den Zellen (erlauben).
- ◆ Lösungen: Verbot auf dem Arbeitsplatz nach Meinung der Bediensteten



Interviews

Allgemeine Daten der Teilnehmer

	Gefangene	Bedienstete
N	18	20
Alter (Jahre)	33,6 (24–51)	46,7 (29–64)
Sex (% Mann)	100	60
Schweizer (%)	66	100
Durchschnittl. Tätigkeit	10 Jahre (1–64)	
Inhaftierungsdauer	11,3 Monate (6–20)	
Raucher (%)	70	45
Nichtraucher (%)	20	35
Ehemaliger Raucher (%)	10	20

Arbeitsbereiche

- ◆ Gefangene: Hausdienst, Schreinerei, Landwirtschaft, Gärtnerei, Agromechanik, Tierpflege, Wäscherei, Maler, Sportleiterassistent
- ◆ Bedienstete: Administration (Leitung), Betreuung, Arbeitsmeister (Maurer, Koch, Landwirt), Sport und Weiterbildungsleiter, Ärzte, Pflegepersonal

Themen der Interviews

Rauchen und Gesundheit

Gefangene

Es ist den Gefangenen bewusst, dass Rauchen die Gesundheit und den Menschen schädigt, aber relativ zu anderen Substanzen:

- ◆ „Man weiß ja, dass Cannabis ja nicht schädlich ist, sondern der Tabak, den man hinzufügt.“
- ◆ „Meiner Meinung nach sind Medikamente schlimmer als das Rauchen.“ „Ich meine ein Auto, das Abgas ablässt, ist viel schlimmer als eine Zigarette.“ (PreIntins14)
- ◆ „Ich weiß, welches Risiko damit verbunden ist, aber ich sag mal, dafür trinke ich kaum Alkohol oder nehme keine Drogen mehr.“ (PreIntins13)

Bedienstete

Es ist den Bediensteten bewusst, dass Rauchen die Gesundheit schädigt. Aber relativ:

- ◆ *„Aber ich denke, jetzt einmal das Rauchen, das schädigt den Körper nicht so wie mit Kokain oder was auch immer.“ „Zigaretten rauchen hat noch keine Familie auseinandergebracht oder irgendwie zu Grunde gestellt z. B.“ (PREPers3)*

Rauchen als Sucht

Gefangene

Rauchen ist eine Sucht. Erwähnte Schäden sind Mühe beim Sport, Krebs:

- ◆ *„Die Betreuung, die sind für Probleme da, dann spricht man dort. Aber dann rauche ich gar nicht. Weil dann muss ich einen klaren Kopf haben, für die Probleme, die ich dort zu klären habe.“ (PreIntins13)*
- ◆ *„Denn es steckt viel Frustration oder Hass auf sich dahinter. Es ist nicht etwas Gutes, das man sich antut.“ (PreIntins9)*

Bedienstete

Rauchen ist eine Sucht. Erwähnte Schäden: nicht gesund, teuer.

- ◆ *Die Sucht ist aber nicht bewusst: „Ich glaube, vielen Gefangenen ist das gar nicht als Problem in Anführungsstrichen bekannt. Also, viele sehen ihr Zigarettenrauchen nicht als Sucht an. Und von daher müsste man erst mal Aufklärungsarbeit leisten, um darauf aufmerksam zu machen, ihr habt da eine Sucht, eine Art von Sucht. Ähnlich wie mit den illegalen Drogen oder mit dem Alkohol. Das ist glaube ich vielen gar nicht klar.“ (PREPers3)*

Rauchen als Problem

Gefangene

Rauchen ist kein Problem, kein Thema, man spricht nicht viel davon, weil:

- ◆ *„Denn man macht es einfach und es gehört zum Leben.“ (PreIntins14)*
- ◆ Prävalenz ist hoch, es stellt keine Probleme dar und stört nicht.
- ◆ Es gibt wichtigere und andere Problemen, Prioritäten und Belastungen:
 - **Sucht**
„Denn hier hat es so viele Leute, die andere Probleme haben. Die viel mit Drogen zu tun haben oder so. Und dann denkt man wirklich nicht ans Rauchen.“ (PreIntins11)
 - **Drogenkonsum**
„Die anderen Drogen sind also viel mehr das Thema als das Rauchen?“ „Ja, das ist hier permanent das Thema.“ (PreIntins8)



- **Lärm**

„Das Rauchen ist im Prinzip das ganz ganz kleine Problem. Das größte Problem ist eventuell Lärmbelästigung. Das Rauchen, man kann sich draußen bewegen. Das größere Problem ist die Lautstärke der Musik. Wissen Sie, wenn man dann Einschluss hat abends, ab 21.30 Uhr, ich habe nun ein Eckzimmer, das letzte Zimmer der WG, unterhalb. Selbst da, wenn ich fünf Zimmer weiter schräg oben wäre ... Das Rauchen ist nicht so schlimm. Weil das macht kein Lärm.“ (PreIntins13)

- **Straftat**

„Das hat keinen Vorrang im Verhältnis zur Zeit, die einem zur Verfügung steht, sich in Frage zu stellen. Meines Achtens ist die ganze Frage, z. B. der Vergehen, doch von ausschlaggebender Bedeutung, bevor man in Erwägung ziehen kann, ob man mit dem Rauchen aufhören will oder nicht.“ (PreIntins2)

- **Berufliche Störungen**

„Das Rauchen ist natürlich für einen Schweißer eine zusätzliche Belastung von der Lunge her. Vom Raum her ist es für die anderen Nichtraucher weniger eine Belastung. Es ist eher eine größere Belastung durch Dämpfe, die sonst entstehen.“ (PreIntins8)

Bedienstete

Rauchen ist kein Problem, kein Thema, man spricht nicht viel davon.

- ◆ *„Das war einfach noch kein Thema bis jetzt.“ (PREPers2)*
- ◆ *„Weil die Inhaftierten, wenn sie im Vollzug sind, haben andere Probleme als aufzuhören zu rauchen. Und das muss man gar nicht diskutieren.“ (PREPers14)*
- ◆ *„Es ist nicht ein großes Thema hier, weil man das vielleicht auch irgendwie so wie gewöhnt ist. So die Macht der Gewohnheit, man reflektiert zu wenig.“ (PREPers13)*
- ◆ *„Also tatsächlich war es noch nie Thema innerhalb der Therapiesprache, da sind andere Dinge vorrangiger.“ (PREPers16)*
- ◆ *„Ich denke, es wird auch viel einfach ... ein bisschen aufgeputzt da. Es ist ... Ich denke mal, dass das alles nicht so schlimm ist, wie das alles dargestellt wird.“ (PREPers3)*

Es gibt wichtigere und andere Problemen, Prioritäten und Belastungen:

- **Sucht**

„Diese Leute sind zum Teil wirklich in einem schlechten Zustand, seit Jahren drogenabhängig, also das kleinste Problem, das sie haben, ist wohl das Rauchen.“ (PREPers4)

„Wir haben ja eine Akkumulation von Leuten, die ein Suchtproblem haben in Witzwil und da ist natürlich das Rauchen noch die kleinste Sucht im Prinzip ... Also, wenn ich das vergleiche mit anderen Süchten, ist das Rauchen vielleicht das schlechteste. Die Leute sind eher motiviert mit dem Heroin, also mit dem Methadon herunterzugehen, mit dem Benzodiazepin herunterzugehen, das sind eben die Hauptprobleme, die wir haben. Rauchen eben ... das wird auch von den Leuten als kleinstes Übel angeschaut und das ist dann das Letzte, wo man reduziert.“ (PREPers13)

- **Niedriges Konfliktpotential des Rauchens**

„Und zwar sowohl für die Gesundheit als auch wie sagt man vom ganzen Leben hier drinnen ausgesehen. Das ganze Konfliktpotential, Unruhe, Stress, Abhängigkeiten.“ (PREPers7)

„Das sind eher andere Substanzen, die diesen Menschen Sorgen machen oder Sorgen haben bezüglich Familie oder sozialem Umfeld.“ (PREPers19)

- **Umgebung Betriebe (Turn over)**

„Weil es kommen wieder neue Leute und wieder neue Probleme und wieder neue Leute und neu anfangen.“ (PREPers13)

- **Andere Änderungen**

„Wir haben einfach sehr viele Sachen, die wir am umstellen sind. Es ist einmal mehr die Frage der Prioritätensetzung, aber ich denke, das wird kommen, ja.“ (PREPers15)

- **Berufliche Störungen**

„Oder andere Gase, oder, oder, zum Düngen sind da auch Sachen, oder ich finde das ... ich denke, grundsätzlich finde ich es nicht unglaublich gefährlich, wenn man dem Passivrauchen ausgesetzt.“ (PREPers17)

Rauchstopp im Gefängnis, ist das überhaupt möglich?

Gefangene

- **Nein**

„Also hier drin ist es für mich nicht machbar, mit dem Rauchen aufzuhören.“ (PreIntins15)

„Also von mir aus gesehen ist es nicht möglich. Ich denke, draußen sind die Chancen viel höher, denn man ist ruhiger und es ist eine andere Situation.“ (PreIntins14)



„Ich glaube nicht, weil die Meisten heute, die drinnen sind, die sind eher nervös und aufgebracht und so.“ (PreIntins13)

„Aber die Belastung ist sehr groß und da glaube ich nicht, dass da jemand aufhören kann mit dem Rauchen.“ (PreIntins13)

- **Ja**

„Und denken Sie, dass man im Gefängnis aufhören kann mit dem Rauchen?“ – „Man könnte. Also eigentlich ist es ja paradox. Aber nur Einzelne. Ich könnte mir jetzt vorstellen, es wäre im Prinzip eine Option.“ (PreIntins18)

„Denken Sie im Großen und Ganzen, dass ein Gefängnis gut ist, um mit dem Rauchen aufzuhören?“ „Ja, ich denke schon. Die meisten Leute sind knapp dran mit dem Geld, wenn sie rauchen. Die einen steigen um auf Selbstdreh-Zigaretten, damit sie Geld sparen können. Das wäre sicherlich ein guter Zeitpunkt. Auch mit gewissen Zielsetzungen, damit man das Geld für etwas anderes gebrauchen kann.“ (PreIntins5)

- **„Jein“**

„Ist das Gefängnis eine gute Zeit zum Aufhören?“ – „Jein. Die wenigsten werden es können. Es ist natürlich strapazierend hier, immer irgendetwas, was dort entschieden wird und dort wird was weggenommen. Man ist permanent unter Druck.“ (PreIntins8)

- **Rauchstopp darf nicht erzwungen sein**

„Ich habe nichts dagegen, wenn hier nicht geraucht werden kann, aber die Menschen sollen einfach selber entscheiden.“ (PreIntins7)

„Es ist ja auch für Freiwillige. Es muss nicht aufgezwungen werden. Weil jeder muss auf sein Inneres hören, also will oder will ich nicht. Oder ich versuche es.“ (PreIntins9)

Bedienstete

- **Nein**

„Sie können nicht selber so aufhören, wie sie draußen aufhören würden, zum Beispiel, weil der Druck ist enorm, wo sie haben. Und die Sorgen sind viel größer, als bei uns, wo keine Probleme haben. ... Solange es Probleme hat, kann man nicht aufhören.“ „In diesem Freiheitsentzug ist es schwierig, von sich aus aufzuhören, weil diese Probleme ja nonstop kommen oder dann hat man das Problem um sich: ‚Der andere hat mich nicht verstanden‘, und so ... Das geht ja noch, das dreht im Kopf herum die ganze Zeit und was machen sie, in kleinen Zellen? Rauchen, ja. Rauchen, ja.“ (PREPers12)

„Ich denke, diese Situation, in der sie sich hier befinden, ist der ganze Druck des Vollzugs, ist nicht die beste Umgebung um aufzuhören. Die Umgebung hier im Vollzug bietet zusätzliche Stressfaktoren, die bewältigt werden müssen. Und das nimmt die Menschen zu sehr ein, als dass sie noch Ressourcen hätten, auch noch einen Tabakentzug zu machen.“ (PREPers19)

- **Ja**

„Das ist, denke ich, deswegen ein guter Ort, weil natürlich erstens die medizinische Unterstützung da ist. Der Zugang zu der medizinischen Unterstützung, wenn er dann gewollt wird, der ist hier leicht. Und durch diese im Gefängnis typischen Strukturen, so gegebener Maßnahmen strengerer Strukturen, wäre die Unterstützung da. Von daher denke ich, wenn sie es wirklich schaffen wollen, dann wäre es hier ein sehr guter Zeitpunkt, dann anzufangen.“ (PREPers16)

„Also, ich denke schon, weil da ja ein großes Potenzial drinsteckt, weil eben, wie gesagt 95 % der Gefangenen rauchen.“ (PREPers18)

- **Rauchstopp darf nicht erzwungen sein.**

„Das ist genau dasselbe, wie mit dem Rauchen, man kann sie auch nicht zwingen, mit dem Rauchen aufzuhören.“ (PREPers18)



Physiotherapie in Haft

Wilfried Zahn, JVA Detmold, Deutschland

Seit Juni 2008 ist in der JVA Detmold ein Physiotherapeut beschäftigt, der zuvor arbeitslos geworden war, weil seine Klinik in Bad Driburg geschlossen wurde. Das Arbeitsverhältnis in der JVA war zunächst befristet, wurde durch eine „Auffanggesellschaft“ bezahlt und konnte mittlerweile in eine feste Stelle umgewandelt werden.

Entgegen der anfänglich auch von externer Stelle vielseitig geäußerten Skepsis hat sich der Einsatz des Physiotherapeuten inzwischen zu einem Erfolgsmodell entwickelt, dessen Arbeitsergebnisse für jeden sichtbar sind und daher richtungsweisend sein können. Dieser Erfolg ist allerdings nicht nur der hiesigen Konzeption über den Einsatz des Physiotherapeuten zu verdanken, sondern im Wesentlichen auch der besonderen Fachkompetenz, der hohen Arbeitsmotivation und der freundlich zugewandten Art des Therapeuten.

Der Physiotherapeut wird mit etwa der Hälfte seiner Arbeitskraft für die Gesundheitsförderung des Personals der JVA und mit der anderen Hälfte im Bereich der medizinisch verordneten physiotherapeutischen Behandlung und der bewegungstherapeutischen Gruppenmaßnahmen bei Gefangenen eingesetzt.

Besonders die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen es zu schätzen, dass hier ein Angebot eingerichtet worden ist, das Pilotcharakter hat und ihnen unmittelbar zugute kommt. Seit Beginn des Einsatzes konnte der ohnehin geringe Krankenstand beim hiesigen Personal weiter reduziert werden, so dass die JVA Detmold beim Krankenstand im Vergleich mit anderen Justizvollzugsanstalten in NRW einen Spitzenplatz einnimmt.

Der Einsatz des Physiotherapeuten entlastet den Haushalt außerdem in Höhe von ca. 5000 Euro jährlich, weil die entsprechenden Maßnahmen nicht mehr extern eingekauft werden müssen.

Aufgrund der hervorragenden Resonanz auf die Angebote, auch von Seiten der Gefangenen, wird zurzeit geprüft, ob die bereits für die Lebensälteren-Abteilung und die Sozialtherapie bestehenden Gruppenangebote erweitert werden können. Denkbar ist auch, ein Entspannungstraining für Bedienstete und Gefangene anzubieten.

Der Therapeut hat sich binnen kurzer Zeit hervorragend in das für ihn fremde berufliche Umfeld integriert und sich zu einer festen Institution entwickelt, die nicht mehr wegzudenken ist.

Für die Evaluation, Gesamtsteuerung und längerfristige Planung des Einsatzes ist die „Projektgruppe Gesundheitsförderung“ zuständig.



TBC-Screening in Untersuchungshaft: Was ist wirklich notwendig, was sollten wir tun?

Dr. med. T. Huber-Gieseke, Abt. für Gefängnismedizin,
Universitätsklinik Genf, Schweiz

1

Tuberkulose in Gefängnishaft

Was sollte man tun, Was können wir tun?



Dr. T. Huber-Gieseke
Gefängnisabteilung der
Universitätsklinik Genf,
Schweiz

2

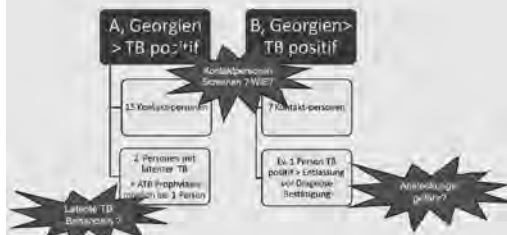
TB in Champ Dollon zwischen 2008-2010

- Inzidenz : 2-3 Tuberkulose Fälle TB/ Jahr
- bei 2500-3000 Häftlingen /Jahr → d.h. ca. 66-100/100'000
- (CH Allgemeine Bevölkerung → 3.6 /100'000)
 - In 2008/2009: 4 TB Fälle deklariert (**leider nur 3 TB Fälle protokolliert**)
 - In 2010: bislang 1 TB Fall (nicht kontagiöse abazilläre TB)



3

TB in Champ Dollon zwischen 2008-2009



4

Wie vorgegangen ..?

- | Inhaftierter Patient | Umgebung |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • TB Symptome > POS > Spital • Sputum (Thorax-Rx / Thorax-CT) • > POS (A) > 4-fach anti TB- statika • > NEG (B) > nach 6 Wochen > Kultur : POS • Anti-TB statika; 4-fach Therapie für 6 Monate • Überwachung in Zusammen- arbeit mit dem CAT-Zentrum (Centre Anti Tuberculeux /Spital) | <ul style="list-style-type: none"> • A: 6-15 Kontaktp. ? > entlassen • 2 Kontaktp.: verdächtig? pulmonäre Lymphknoten bei Thorax Rb. > Thorax CT (> normal) • B: Kontakte? Ertesen < 12 Std • Screening (Tb-spot/Rb-Thorax (big B)) • Co-Infektionen (HIV7) • Wenn möglich: in 2 Mon. Kontrolle (big B) |

5

Hindernissevermeidbar?

Mr A

- **Herkunftsland :**
 - Höhe endemische TB Inzidenz
 - Prozentual hoher Anteil von MDR- TB ?
- **Screening** bei Eintritt
 - unzureichend ?
 - Systematische Rb-Thorax bei bestimmten Herkunftsländern notwendig ?

Mr B

- **Kontaktpersonen**
 - gleiche Zelle? Mitbewohner?
 - Kontakte beim Rundgang?
 - Zeitraum ?
- **Umgebung :**
 - Besucher
 - Familie
- **Vorzeitige Entlassung/**
 - Überstellung in ein andere Haftanstalt ?

6

TB Verbreitung in Gefängnissen

(Continued for control of tuberculosis in prisons) (3) Committee of the 10th CoE, January 2006

- Hohe TB Rate in:
- Georgia
- Malawi
- Rwanda
- Spain
- Chine
- Iran
- USA





7

TB im Gefängnis....

Quelle: Botsch, 14.7.2009, URL: www.botsch.ch

Weltweit: erhöhte TB-Inzidenz bei Inhaftierten

z.B. Frankreich:	215/100000	10-fach Normalbevölkerung
Afrikanische Gefängnisse:	4000/100000	
Russische Föderation:	4500/100000	

Gründe:

- Gefängnisse > Zielscheiben: häufige Überstellung
- Wenig Zusammenarbeit
- Weltweit steigende Insassendichte > Überpopulation
- Hoher Anteil von sozialen « Outsiders »/ Marginalized
- Gesetzgebung > unterschiedlich

- > geschätzte Prävalenz: 1,8-10 Millionen Menschen weltweit inhaftiert
- > erhöhtem Risiko von Epidemien: TB, MDR-TB, HIV

8

Welche RF sind mit TBC assoziiert?

MDR – TB (multi drug resistant Tuberculosis)

- Resistent (Rifampicin , Isoniazid)
- Spontanmutation
- Inadequate Behandlung/ inkorrekte Dosierung / falsche Kombinationen/ vorzeitiger Abbruch
- man made problem
- MDR – TB ist Zeichen von schwacher TB Kontrolle



HIV – Co Infektion

- 2007: 33.2 Mill. HIV infiziert
- 2.6 Millionen Erstinfektionen/ Jahr
- 2.1 Millionen HIV induzierte Todesfälle
- HIV trägt die Infektionslast von TB

Risikofaktoren

- Rauchen, Diabetes, Unternährung,
- Gefängnisse, Promiskuität

9

Champ Dollon in Zahlen (Jahresreport 2009)

3000 Gefangene/Jahr

270 Plätze; 600 Gefangene (Überbelegung > 200% !!)

- 94% Männer
- 58% < 30 Jahre

Nationalitäten:

- Schweiz 10%
- Ost-Europa 21%
- Andere Europa 17%
- Nord Afrika 21%
- Afrika andere 19%

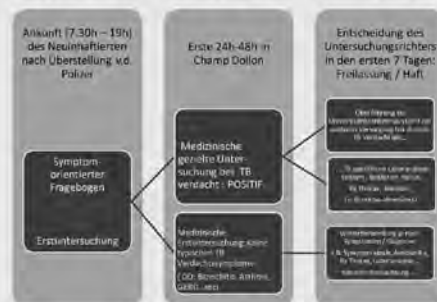
Ausländer (ohne Aufenthaltsgenehmigung) 67%

- Aufenthaltsdauer: 33% < 1 Woche
- 48% < 1 Monat



10

Wie sieht das in der Praxis aus?



11

TB screening in der Genfer U-Haft

Seit 2008:

Systematischer Fragebogen

- Nur alle neuen Häftlinge in den ersten 48h nach Ankunft.
- Medizinische Erstuntersuchung.

Zusätzlich in Diskussion für 2010/11:

Systematisches Röntgen Thorax:

- Häftlingen aus Herkunftsländern mit hoher endemischer TB-Inzidenz.
- (cut-off: 250/100000).
- sowie Häftlingen aus Ländern mit einer MDR – TB Rate von 10% oder mehr.
- > gültige Liste nach WHO Kriterien ist notwendig
- Häftlingen mit klinischen Verdachtszeichen auf TB bei Ankunft

© 2010 by Genfer Universität (2010) www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch www.genf.ch

12

Systematischer Fragebogen/ Klinische Erstuntersuchung

- Bei Ausländern Erstkontakt mit Hilfe eines Dolmetschers / oder eines Pictogramm (> Krankenschwester/ pfleger):

- Herkunftsland des Häftlings?
 - Migrationgeschichte (Asylbewerber?)
 - Illegaler status (bereits längere Aufenthaltsdauer?)
- TB im näheren Umfeld?
- TB anamnestisch? Bereits mit Antituberkulostatika behandelt?
 - Wann? Wie lange? Abgebrochen oder ausbehandelt?
- Nächtliches Schwitzen?
- Unklarer Husten > 3 Wochen?
- Produktiver Auswurf?
- Gewichtsverlust?



19

TBC weltweit

(nach:WHO 2006)

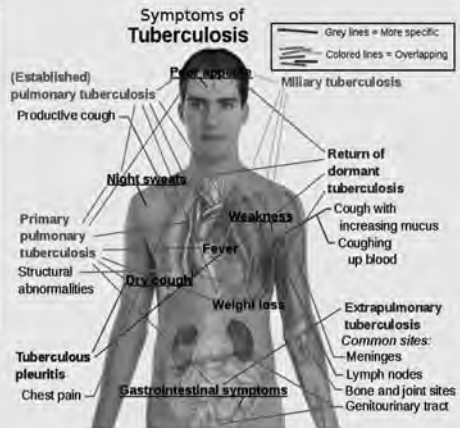
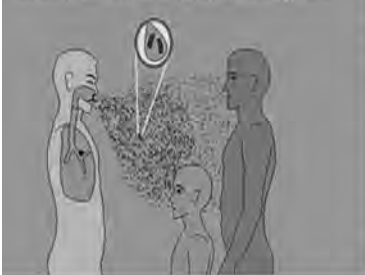
Hauptursache der Infektionserkrankungen 2 Millionen Todesfälle/Jahr



20

Tuberkulose hat viele Anzeichen ...

Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, die beim Husten von Mensch zu Mensch übertragen wird.



21

XDR –TB

aus: www.medscape.com, based on information to WHO, stop Tb, 2/2008

41 COUNTRIES WITH XDR-TB TO DATE



22

MDR –TB

Percentage of TB cases testing resistant to drugs



All regional figures are from the WHO/UNAIDS study that first defined XDR TB reported in the March 2006 issue of the CDC publication *MORBIDITY AND MORTALITY*. The authors surveyed the nation's results from an international network of TB reference labs.

The reference lab test many TB cases thought to be at risk for drug resistance, so the MDR percentages are higher than those in the larger population. The XDR-to-MDR ratios, however, are likely representative.

WHO defines MDR TB as resistant to at least the two leading first-line TB drugs. It defines XDR TB as resistant to, in addition, any fluoroquinolone and at least one second-line injectable drug. Many strains may be resistant to additional drugs.



23 Versuche zur weltweiten TB Kontrolle ...

- **DOTS strategies:**
 - durchgeführt in Ländern mit endemisch hoher TB Inzidenz
- **MDG (millennium development goals):**
 - Staaten übergreifenden TB Kontrolle mit Ziel:
 - 1990: Prävalenz und Mortalität auf die Hälfte reduzieren
 - 2015: Rückgang der TB Inzidenz
- **Stop TB strategy:**
 - seit 2006, vervollständigt die DOTS
 - Berücksichtigt: TB/HIV, MDR –TB,
 - Risikogruppen (Gefangene)
 - mangelnde Zusammenarbeit zw. privatem u. öffentlichen Gesundheitsprogrammen
 - (z.B. > WHO HAPF: WHO: Health in Prison Project)

WHO/UNAIDS Global Tuberculosis Control 2009:
Surveillance, Planning, Financing Geneva: WHO
(www.infosur.org)

24 In Sachen Verantwortung »Ping-Pong« Effekt ?

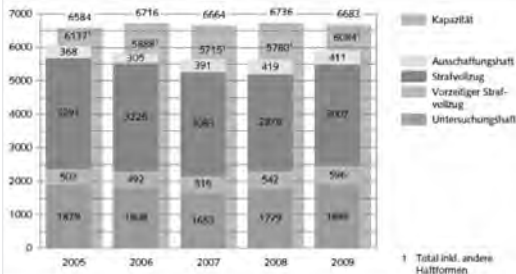
- Laut WHO:
- »it's a **state's responsibility** to ensure health for vulnerable populations«
- »...serious illness that develops as a result of poor prison condition, **lack of access** to appropriate medical treatment is a **violation of international human rights**«

25 Haft in der Schweiz

- Allgemeinbevölkerung: 7 Mio.
- 115 Gefängnisse: 80 Häftlinge/100'000 Einw.
- Frauen 6.1 %
- Anteil Ausländer 70.2 %
- Anteil Minderjähriger 0.9 %



Inassenbestand nach Haftform





Internationales Handbuch zur Analyse der HIV-Situation und Bedarfsplanung im Justizvollzug

Dr. Caren Weilandt, WIAD e. V., Bonn, Deutschland

Dr. Robert Greifinger, City University of New York, USA

Das Handbuch, das im Auftrag der Vereinten Nationen (United Nations Office on Drugs and Crime) erstellt wurde und nun in allen UN-Sprachen vorliegt, ist ein Leitfaden, der nationale Gefängnisssysteme dabei unterstützt, die aktuelle Situation (in einem Land oder einer Region) bezüglich HIV-Prävalenz und -Prävention im Justizvollzug zu analysieren und darauf aufbauend bedarfsgerechte und effektive Interventionen zu implementieren, die sich an dem tatsächlichen Risikoverhalten der Gefangenenpopulation und den vorhanden bzw. fehlenden Präventionsangeboten und Ressourcen orientieren. Das Handbuch ist zugleich auch ein praxisorientierter Leitfaden für diejenigen Forscher, die die Bedarfsanalysen durchführen, und enthält eine Reihe von praktischen Materialien wie Checklisten zur Analyse der nationalen und lokalen Gegebenheiten im Vollzug, Fragebögen für Gefangene und Bedienstete, Informationen zu Testmethoden und zum Stichprobendesign etc.

Der multidisziplinäre Ansatz zur Situations- und Bedarfsanalyse ist schrittweise aufgebaut und wird in dem Handbuch detailliert beschrieben:

1. Auswahl eines qualifizierten Teams und Training der Mitarbeiter
2. Kosten- und Ressourcenplanung
3. Zustimmung der Ethikkommission
4. Sammlung und Analyse vorhandenen Daten und Informationen (Sekundärdaten)



5. Zusammenstellung und Analyse der nationalen/lokalen Rahmenbedingungen sowie der Gegebenheiten im Vollzug (primäre und sekundäre Daten und Informationen)
6. Durchführung qualitativer Interviews mit Gefangenen und Bediensteten
7. Durchführung einer Studie zu HIV-relevantem Risikoverhalten und HIV-Prävalenz bei Gefangenen
8. Auswertung und Interpretation der Daten und Informationen
9. Vorbereitung des Abschlußberichts
10. Anpassung der Interventionen im Vollzug an die tatsächlichen Bedürfnisse



Das Handbuch kann abgerufen werden unter:
http://www.tcjp.eu/LIVE/DOWNLOADS/TCJP_MANUAL_DE_WEB.pdf



Freitag, 17.09.2010
Vorträge







Die ärztliche Schweigepflicht im Strafvollzug – praktische, ethische und rechtliche Aspekte

Prof. Dr. B. S. Elger, Zentrum für Rechtsmedizin,
Universität Genf, Schweiz

Die Schweigepflicht – ein wichtiges Leitgebot ärztlichen Handelns, nicht nur in Haftanstalten

Die Schweigepflicht ist eines der wichtigsten Handlungsgebote für medizinisches Personal und findet sich schon im Eid des Hippokrates. Der Schutz sensibler Information ist ein Menschenrecht: Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention hält das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens fest:

„(1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz. (2) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer“ (Council of Europe, 1950).

Die ethische Begründung für das Arztgeheimnis ist zweifach: zum Ersten impliziert das Prinzip des Respektes für die Autonomie, dass Patienten¹ die Kontrolle darüber

1 Die weibliche und männliche Form wird abwechselnd verwendet und schließt jeweils das andere Geschlecht mit ein.



haben sollten, ob und an wen Informationen über sie selbst weitergegeben werden. Zweitens gibt es eine auf Konsequenzen basierende Rechtfertigung, die sowohl den Nutzen für die individuellen Patientinnen als auch den gesellschaftlichen Nutzen einbezieht (Baird, 2008; Bourke & Wessely, 2008). Positive Konsequenzen hat die Schweigepflicht zunächst einmal für die öffentliche Gesundheit. Hier wird meist das Beispiel der Infektionskrankheiten angeführt. Die Schweigepflicht ist von signifikanter Bedeutung aber auch für den Schutz möglicher Opfer von Gewalttaten oder sexuellen Missbrauchs durch psychisch kranke Täter (Opferschutz). Alle genannten Fälle haben gemeinsam, dass Patienten darauf vertrauen können müssen, dass Informationen über stigmatisierende Krankheiten nicht publik gemacht werden. Nur so werden sie einen Arzt aufsuchen und sich behandeln lassen, und damit können weitere Ansteckungen bzw. durch unbehandelte psychische Krankheiten bedingte Gewalttaten vermieden werden (Beck, 1998).

Vertraulichkeit ist besonders wichtig, wenn es sich um psychiatrische Krankheiten handelt (Braahms, 1988). Die der Ärztin mitgeteilten Symptome, Gedanken und Verhaltensweisen machen Patienten besonders verletzlich und anfällig für Beschämung, Stigma und Diskriminierung, im Fall dass diese Information Dritten mitgeteilt wird (Appelbaum, 2002). Wenn man das Vertrauen der Patientinnen nicht unterminieren möchte, müssen Ausnahmen bei der Vertraulichkeit stark begrenzt und klar durch das Gesetz und ethische Richtlinien definiert werden. Vor allem müssen Patienten über diese Ausnahmen von Anfang an wahrheitsgemäß und umfassend informiert werden.

In Strafanstalten ist medizinisches Personal weltweit besonderem Druck bezüglich der Vertraulichkeit ausgesetzt. Dieser Druck ist Teil des ethischen Konflikts einer doppelten Loyalität (dual loyalty), in dem sich ärztliches Personal in Haftanstalten oder zum Beispiel Arbeitsmediziner befinden (Benatar & Upshur, 2008; Clark, 2006; Heikinen, Wickstrom, Leino-Kilpi & Katajisto, 2007). Die doppelte Loyalität beinhaltet, dass Gesundheitspersonal einerseits die Pflicht hat, auf die Wahrung der Sicherheit zu achten. Das gilt für Sicherheitsvorkehrungen in der Anstalt selbst, aber auch für die Sicherheit für Personen außerhalb der Haftanstalt. Im letzteren Fall spricht man oft auch von „Opferschutz“. Andererseits ist es Teil der beruflichen Pflichten eines Arztes, die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten. Im Einklang mit dem Äquivalenzprinzip, das Gefangenen eine Behandlung zusagt, welche äquivalent zu der medizinischen Behandlung von Nichtgefangenen ist, sollte die Vertraulichkeit Gefangenen gegenüber im Prinzip gemäß denselben rechtlichen und ethischen Bestimmungen eingehalten werden, wie sie für nicht inhaftierte Personen gelten (COE, 1998; SAMW, 2002).

Kritiker halten diese Position jedoch für zu idealistisch, denn verschiedene Probleme können kaum überwunden werden. Ein Beispiel ist, dass Patienten vom Gefängnispersonal zu den medizinischen Konsultationen begleitet werden. Das Aufsichtspersonal und je nach Organisation auch Mithäftlinge können meist aufgrund der erhöhten

Anzahl beobachten, ob die Patientin vom Psychiater oder anderen Spezialisten behandelt wird. Gefangene haben sich außerdem über fehlende Vertraulichkeit bei der Verteilung von Medikamenten beklagt. Dadurch können andere beobachten, ob ein Gefangener regelmäßig Medikamente nehmen muss und oft auch auf die Krankheit schließen (Condon et al., 2007). Die Tatsache, dass eine nicht garantierte Vertraulichkeit weltweit ein signifikantes ethisches Problem in medizinischen Behandlungszentren in Haftanstalten ist, hat negative Konsequenzen für die ärztliche Behandlung als Ganzes. Haftinsassen in Europa haben beklagt, dass unzureichende Vertraulichkeit und das Fehlen der Autonomie von Patientinnen die Haupthindernisse dafür sind, dass den Gesundheitsbedürfnissen von Gefangenen adäquat nachgekommen wird (Condon et al., 2007).

Wodurch entstehen die Schwierigkeiten, die Vertraulichkeit in Gefängnissen zu garantieren? Es liegt zunächst auf der Hand, dass die Vertraulichkeit durch die besonderen Bedingungen in Haftanstalten beeinflusst wird, insbesondere durch doppelte Loyalitäten, das weitgehende Fehlen von Privatsphäre in Haftanstalten und durch die Tatsache, dass in vielen Haftanstalten Aufsichtsbeamte oder Polizistinnen als Garanten oder gar als Assistenten bei der medizinischen Behandlung von Gefangenen mitwirken.

Als Arzt oder Ethiker wird man hier zunächst eine Güterabwägung durchführen müssen. Um generell oder im Einzelfall zwischen der Pflicht zur Vertraulichkeit und anderen möglicherweise in Konflikt stehenden Pflichten abzuwägen, wird man zunächst einmal nach den Konsequenzen fragen. „Was ist langfristig besser?“ Dies ist eine empirische Frage: Werden Opfer wirklich besser geschützt, wenn Patientinnen wissen, dass das Arztgeheimnis wenig streng aufgefasst wird? Daten weisen in die Richtung, dass strikte Vertraulichkeit die besseren Resultate zeigt (Reilly, 2008; Rodriguez, Craig, Mooney & Bauer, 1998; Rodriguez, McLoughlin, Nah & Campbell, 2001).

Unabhängig von den Konsequenzen einer Handlung muss man sich aber auch die deontologische Frage stellen: „Was ist richtig?“ Zum einen spielt hier das Gerechtigkeitsempfinden eine Rolle: Ein Häftling gesteht zum Beispiel seiner Ärztin, vor einer Reihe von Jahren ein Verbrechen begangen zu haben, das der Justiz nicht bekannt ist. Es erscheint gerecht, dass ein solches altes Verbrechen bestraft werden sollte, auch wenn sich durch das Bekanntwerden dieses zusätzlichen Verbrechens die Einschätzung der Gefährlichkeit des Straftäters nicht verändert. Ein mögliches Beispiel wäre, dass es sich bei der früheren Straftat um ein weniger schweres oder ähnliches Verbrechen handelt wie dasjenige, für das der Gefangene zur Zeit inhaftiert ist.

Hier ist klar anzumerken, dass im Allgemeinen das Arztgeheimnis als juristisch und ethisch wichtiger erachtet wird als die Pflicht, Verbrechen zu melden, außer es besteht eine Gefahr für Dritte (Kottow, 1986). D. h., Ärztinnen sind nicht automatisch zu einer Anzeige verpflichtet. In der Schweiz enthält das Bundesgesetz im Allgemeinen Dispositionen, die Ärzten fakultativ Ausnahmen im Blick auf das Arztgeheimnis zu-



gestehen. So besteht gemäss Artikel 364 des Schweizerischen Strafgesetzbuches ein Mitteilungsrecht, aber keine Mitteilungspflicht in jedem Fall:

Ist an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zur Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses (Art. 320 und 321) verpflichteten Personen berechtigt, dies in seinem Interesse den vormundschaftlichen Behörden zu melden.

Anders ist es in manchen Staaten in den USA; dort ist das Melden von Kindesmissbrauch, Vergewaltigung und oft auch des Missbrauchs von alten Menschen (Rodriguez, Wallace, Woolf & Mangione, 2006) bzw. generell das Vorliegen von Schusswunden obligatorisch (Gupta, 2007; Houry, Sachs, Feldhaus & Linden, 2002; Mathews & Kenny, 2008).

In der Schweiz besteht ebenfalls ein Mitteilungsrecht und keine Meldepflicht, wenn es um die Leistungsfähigkeit zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen geht. Hier besteht in der Schweiz eine fakultative Ausnahme zur Schweigepflicht. Art. 14 Abs. 4 Schweizerisches Straßenverkehrsgesetz hält eine „Kann“- und keine „Muss“-Bestimmung fest:

Jeder Arzt kann Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden.

Ärzte in den USA und in anderen Ländern, wo z.T. „Muss“-Bestimmungen gelten, haben daher auf die ethisch in den meisten Fällen nicht gerechtfertigte Interferenz solcher Bestimmungen mit der ärztlichen Schweigepflicht hingewiesen (Malv, 2006; Rodriguez, McLoughlin, Bauer, Paredes & Grumbach, 1999).

Zwei Studien in der Schweiz zur Vertraulichkeit in Haftanstalten

Der Abschlussbericht der ersten Studie wurde im Mai 2009 veröffentlicht (Sprumont, Schaffter, Hostettler, Richter & Perrenoud, 2009). Es handelt sich um eine Studie, die von der Schweizerischen Ärztereinigung (FMH) finanziert wurde, auf der Basis eines gemeinsamen Mandates von der Schweizerischen Konferenz für Gefängnisärzte und der FMH.

Auslöser dieser Studie war ein allgemeines Unbehagen unter schweizerischem ärztlichen Personal und Pflegekräften bezüglich des ethischen und rechtlichen Kontextes ihrer Arbeit. Grundfrage dieser Studie war: Werden die Richtlinien der Schweizeri-

schen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2002) in der Praxis umgesetzt? Diese Richtlinien halten fest:

1. Allgemeine Grundsätze; der Begriff der Verweigerung aus Gewissensgründen:
 - 1.1 Die grundlegenden ethischen und rechtlichen Bestimmungen, welche die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit regeln, insbesondere die Vorschriften über Patienteneinverständnis und Vertraulichkeit, gelten auch für Personen unter Freiheitsentzug.
 - 1.2 In diesem Zusammenhang muss der Arzt jedoch häufig Auflagen bezüglich Sicherheit und Ordnung berücksichtigen, auch wenn sein eigentliches Ziel stets das Wohlergehen und die Respektierung der Würde des Patienten ist. Die Berufsausübung in einem solchen Umfeld ist insofern speziell, als der Arzt sowohl seinem inhaftierten Patienten wie den zuständigen Behörden gegenüber verpflichtet ist, wobei die Interessen und angestrebten Ziele manchmal entgegengesetzt sind.
 - 1.3 Das Abwägen dieser Faktoren (sei es im Rahmen eines längerfristigen Mandats oder bei einer einmaligen Intervention) kann persönliche Überzeugungen des Arztes tangieren. Dabei muss er im Einklang mit seinem Gewissen und der ärztlichen Ethik handeln und das Recht haben, die Begutachtung bzw. die medizinische Versorgung von Personen unter Freiheitsentzug zu verweigern, es sei denn, es liege eine Notfallsituation vor.

Artikel 1.1. weist klar darauf hin, dass auch für Personen unter Freiheitsentzug dieselben grundlegenden ethischen und rechtlichen Bestimmungen gelten, welche die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit außerhalb von Strafanstalten regeln. Neben dem Hinweis auf die Wichtigkeit des Patienteneinverständnisses wird hier auch schon im allerersten Artikel der SAMW-Richtlinien die Vertraulichkeit als fundamentales Prinzip ärztlicher Tätigkeit explizit erwähnt. Bezüglich rechtlicher und ethischer Bestimmungen der Vertraulichkeit, die auch für Haftanstalten gelten, sollte auch nicht die Richtlinie des Europarates zu psychisch Kranken vergessen werden (Council of Europe, 2004), in der die Vertraulichkeit in der Psychiatrie behandelt wird.

Im Artikel 2. („Untersuchungsbedingungen“) halten die SAMW-Richtlinien fest:

- 2.1 Um ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis zu schaffen, bemüht sich der Arzt, die üblichen Rahmenbedingungen und die Würde in der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu wahren.
- 2.2 Zur Untersuchung einer inhaftierten Person sollte ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen. Die Untersuchung muss außerhalb von Sicht- und Hörweite Dritter stattfinden, außer auf ausdrücklichen gegenteiligen Wunsch des Arztes oder mit seinem Einverständnis.



Außerdem wird die Vertraulichkeit noch gesondert im Artikel 10 der SAMW-Richtlinien behandelt:

- 10.1 Die ärztliche Schweigepflicht muss in jedem Fall nach den gleichen rechtlichen Vorschriften gewahrt werden, welche für Personen in Freiheit gelten (Art. 321 StGB). Insbesondere müssen die Krankengeschichten unter ärztlicher Verantwortung aufbewahrt werden. Es gelten die unter Ziffer 2 beschriebenen Untersuchungsbedingungen. [...]
- 10.3 [Sollten es bestimmte Situationen rechtlich oder ethisch erfordern], muss sich der Arzt bemühen, mit Zustimmung des inhaftierten Patienten jede legitime Frage seitens des Überwachungs- oder Polizeipersonals zu beantworten.
- 10.4 Widersetzt sich der Gefangene einer Offenlegung und entsteht daraus eine Gefährdung der Sicherheit oder für Dritte, kann der Arzt von der zuständigen Behörde verlangen, von seiner Schweigepflicht entbunden zu werden, wenn er es als seine Pflicht erachtet, Dritte, und insbesondere die für den Fall Verantwortlichen oder das Sicherheitspersonal zu informieren (Art. 321, Abs. 2 StGB). In einem solchen Fall muss der Patient in Kenntnis darüber gesetzt werden, dass die Aufhebung des ihn betreffenden Arztgeheimnisses verlangt wurde.

Ausnahmsweise, wenn das Leben oder die körperliche Integrität eines Dritten ernsthaft und akut gefährdet ist, kann der Arzt von sich aus von der Schweigepflicht abweichen und die zuständigen Behörden oder den bedrohten Dritten direkt benachrichtigen.

Die Studie von D. Sprumont et al. zur medizinischen Praxis im Gefängnis besteht aus zwei Teilen. Zum ersten wurde eine theoretische Analyse der ethischen und rechtlichen Aspekte medizinischer Praxis in Haftanstalten durchgeführt. Als zweiter Teil fand eine empirische Evaluation der Realität in zwei Schweizer Haftanstalten statt unter der Fragestellung: Werden die Richtlinien der SAMW respektiert? Hierzu wurden Gespräche mit Mitgliedern der Ärzteteams und der Gefängnisdirektionen geführt.

In der Zusammenfassung der Ergebnisse (p. 75–76) ist zu lesen (Sprumont et al., 2009):

„Gemäß Gesetz muss die medizinische Versorgung im Strafvollzug dem Äquivalenzprinzip genügen. Vor diesem Hintergrund wurden die Richtlinien der SAMW verfasst, um den Ärzten und Ärztinnen eine Grundlage für die Einforderung der Patientenrechte und der ärztlichen Pflichten zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der Anstaltsbesuche konnten wir feststellen, dass die Richtlinien bekannt waren, dass aber nur teilweise explizit nach ihnen gehandelt oder mit ihnen argumentiert wurde [...]

Arztgeheimnis: ein viel diskutierter Aspekt ist die ärztliche Schweigepflicht. Dabei geht es zumeist darum, wie viel Information eine Anstalt benötigt, um funktionieren zu können. Die ärztliche Schweigepflicht gilt dabei gegen innen (Anstalt),

gegen außen wie auch gegenüber anderen medizinischen Fachpersonen. Eine Kommunikation von Patienteninformationen bedarf immer der Zustimmung der PatientIn. Es ist Aufgabe der ÄrztIn, einem etwaigen Druck standzuhalten und das Arztgeheimnis zu wahren. Der von der ÄrztIn benötigte Handlungsspielraum ist in der Regel nicht beeinträchtigt. Damit liegt es in ihrem Ermessen zwischen den Interessen der Anstalt und denjenigen der PatientInnen zu vermitteln.“

Es ist in diesem Zusammenhang für das Verständnis wichtig, auf einige wichtige rechtliche Details hinzuweisen. Wie es schon in den SAMW-Richtlinien erwähnt wird, regelt in der Schweiz das Strafgesetzbuch auf Bundesebene (Art. 321) den Schutz des Arztgeheimnisses. Dieses gilt äquivalent auch im Gefängnis. Einer Ärztin droht eine Geld- oder Haftstrafe bis zu drei Jahren im Fall einer nicht erlaubten Verletzung des Arztgeheimnisses. Kantonsgesetze müssen mit Bundesgesetzen kompatibel sein. Die rechtliche Analyse der Studie von D. Sprumont et al. hat gezeigt, dass manche Kantonsgesetze klar Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches widersprechen. Der Kanton Bern sieht z. B. vor, dass die Gefängnisdirektorin über den Gesundheitszustand von allen eintretenden Gefangenen informiert wird (Sprumont et al., 2009)². Hier liegt klar ein Bruch des Arztgeheimnisses vor.

Im Kanton Zug gibt es ein Reglement des Gefängnisses Bostadel. Bezüglich dieses Gefängnisses existiert ein Abkommen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Zug. Das Reglement sieht ein Gespräch mit dem Direktor über die Gesundheit jedes Gefangenen vor. Die medizinische Untersuchung bei Gefängniseintritt ist obligatorisch und könnte also erzwungen werden. Es wird nur erwähnt, dass ein Gefangener das Recht hat, zumindest Screening-Labor-Tests zu verweigern (Sprumont et al., 2009)³.

Der Abschlussbericht der Studie weist darauf hin, dass die Bestimmungen des Euro-
parates eine klare Trennung der Hierarchien von Justizvollzug und medizinischer Behandlung vorschreiben (Council of Europe, 1998) sowie das Äquivalenzprinzip.

In den Kantonen Genf (HUG) und Waadt (CHUV) wird die medizinische Versorgung vom Universitätsspital geleistet. Damit sind die Anstalten direkt an die Dienste eines großen Spitals mit breitem Angebot gekoppelt. Das Äquivalenzprinzip im Bereich freie Therapiewahl kann so besser eingelöst werden (Sprumont et al., 2009)⁴.

Schlussfolgerungen des Berichtes dieser Studie (S. 83) halten fest, dass aus „inhaltlicher Sicht [...] die Patientenrechte in der ganzen Schweiz gleich“ sind. „Aus formeller Sicht gibt es jedoch Unterschiede: dies betrifft nicht nur die Verfahrensweisen

2 S. 70.

3 S. 71–73.

4 S. 80.



sondern auch die zuständigen Behörden respektive die eigentliche Organisation der medizinischen Versorgung.“ Im Weiteren fährt der Bericht fort (S. 84):

Das Arztgeheimnis muss in jedem Fall bewahrt werden. Es sollte aber auch kein unüberwindbares Hindernis sein, welches die notwendige Kommunikation zwischen beiden Diensten behindert. Eine gute Kommunikation zwischen Gefängnisadministration und ärztlichem Dienst ist für einen reibungslosen Strafvollzug unabdingbar.

Diese Schlussfolgerung ist in den Augen des Komitees der Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte nicht klar. Sie kann zu Missverständnissen und nicht zu rechtfertigenden Brüchen des Arztgeheimnisses führen. Es wurde daher der Ruf nach einer klareren Definition der Grenzen des Arztgeheimnisses in der Gefängnismedizin laut. Denn notwendige „Kommunikation“ muss nicht bedeuten, dass die ärztliche Schweigepflicht verletzt wird. Hier besteht eindeutig Bedarf für weitergehende Forschung.

Die zweite Studie (Elger & Eytan, 2010) wurde von der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) finanziert. Sie wurde vom Zentrum für Rechtsmedizin der Universität Genf durchgeführt (Prof. B. Elger, zusammen mit Dr. A. Eytan, Leiter der Gefängnispsychiatrie in Genf). Der Abschlussbericht ist für Anfang 2011 geplant. Die Studie untersucht im Besonderen die Vertraulichkeit im Gefängnis bezüglich Patienten mit psychischen Erkrankungen. Sie besteht aus den folgenden zwei Teilen. Der erste Teil ist qualitativ. Es wurden Interviews mit forensischen Psychiaterinnen und Psychologen in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz geführt. Der zweite Teil ist quantitativ: Ein auf Fallbeispielen basierter Fragebogen wurde entwickelt und an im Gefängnis tätiges medizinisches Personal (Psychiater, Psychologinnen, Ärztinnen, Pflegepersonal) und Mitarbeiter der Justiz (Richterinnen, Staatsanwälte, Juraprofessorinnen, Anwälte) verteilt.

In beiden Studienteilen wurden folgende Forschungsfragen thematisiert. Wie wird die Vertraulichkeit in die Praxis umgesetzt? Gibt es Situationen, die als problematisch erlebt werden? Was sind mögliche Lösungen?

Als Ausgangshypothesen wurde auf der Basis von eigenem Erleben angenommen, dass Schwierigkeiten bezüglich Vertraulichkeit in der Gefängnispsychiatrie existieren und dass medizinisches Personal unter besonderem Druck von Gefängnispersonal und Angehörigen der Justiz (Richter, Staatsanwälte etc.) steht, Informationen über psychische Krankheiten weiterzugeben. Unsere vorausgehende Erfahrung war ebenfalls, dass medizinisches Personal im Allgemeinen auch gern Informationen über psychische Krankheiten dem Aufsichtspersonal mitteilen würde, wenn dieses im Interesse der Patienten zu sein scheint. Es ist außerdem reichlich bekannt, dass Einträge in Krankenakten zu psychischen Symptomen und Diagnosen, die in einem rein klinischen Rahmen gemacht wurden, später trotzdem in das Gerichtsverfahren einfließen können, z. B. wenn ein vom Gericht mandatierter Gutachter Zugang zu der Akte erhält.

Die Handhabung der Vertraulichkeit ist besonders komplex, wenn es sich um obligatorische sozio-rechtliche Behandlungen von Gefangenen handelt („Maßnahmen“), bei denen Details aus der Psychotherapie für Entscheidungen des Bewährungs-Komitees oder andere gerichtliche Beschlüsse eine Rolle spielen. In diesen Fällen ist es kontrovers, wie weit die Derogation vom Arztgeheimnis geht und wie sich der behandelnde Arzt oder Psychologe verhalten soll, der überlappend den ethischen Werten der Therapie und den Anfragen der Justiz nachkommen muss.

Die Ergebnisse des qualitativen Teils zeigen, dass viele der Interviewten unsicher sind, wie das Arztgeheimnis in konkreten Situationen auszulegen ist. Deutliche Unterschiede wurden zwischen Teilnehmern der deutsch- und französischsprachigen Schweiz gefunden. Im französischsprachigen Teil der Schweiz wird die Tatsache, inwieweit eine Information die Beurteilung der Gefährlichkeit beeinflusst, als Hauptkriterium genommen. Zum Beispiel würde die Tatsache, dass ein Gefangener ein bisher nicht der Justiz bekanntes Delikt zugegeben hat, nur weitergegeben werden, wenn ohne diese Weitergabe die Gefährlichkeit des Gefangenen nicht adäquat eingeschätzt wird. Im französischsprachigen Teil der Schweiz würde vor allem in Genf die kantonale Kommission für das Arztgeheimnis vorher zwecks einer Entbindung vom Arztgeheimnis angefragt werden. Art. 321 Abs. 2 des Schweizerischen Strafgesetzbuches sieht nämlich vor, dass sich Ärztinnen vom Berufsgeheimnis entbinden lassen können. Eine Weitergabe von durch das Arztgeheimnis geschützten Informationen ist „nicht strafbar, wenn [...] das Geheimnis auf Grund einer Einwilligung des Berechtigten oder einer auf Gesuch des Täters erteilten schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart“ wurde (Art. 321 Abs. 2 StGB). Diese Behörden sind kantonal und z. T. recht verschieden organisiert. Im Kanton Genf ist es eine Kommission, die wöchentlich tagt und auch Mechanismen für kurzfristige, „notfallmäßige“ Entscheide vorsieht.

Im deutschsprachigen Teil der Schweiz, vor allem in einem der größeren Kantone, werden Patientinnen am Anfang über die Grenzen der Vertraulichkeit in Form eines Behandlungsvertrages informiert. Auch kleinere Delikte und nicht die Gefährlichkeit beeinflussende Details werden der Justiz weitergegeben mit dem Argument, dass ein Opferschutz eine niedrige Schwelle des Weitergebens verlangt. Die kantonale Instanz zur Entbindung vom Arztgeheimnis wird in den meisten Fällen nicht involviert mit dem Argument, dass diese Instanz nicht genug Fachwissen zu Problemen im Gefängnis erlangen kann.

Die Ergebnisse der Fragebogenstudie sind z. Zt. im Stadium der Analyse. Wir haben signifikante Unterschiede zwischen medizinischem Personal und Justizangehörigen gefunden. Die erste Gruppe hat das Arztgeheimnis grundsätzlich als wichtiger eingestuft als die zweite Gruppe. Die Antworten zu den im Fragebogen beschriebenen Fallvignetten fielen ebenfalls in diesem Sinn aus.

Signifikante Unterschiede in den Antworten auf den Fragebogen wurden auch zwischen den Sprachgruppen gefunden, aber weniger oft als zwischen den Berufs-



gruppen. Im Sinn einer Bestätigung der Ergebnisse der qualitativen Studie waren französischsprachige Teilnehmer stärker Befürworter des Arztgeheimnisses als deutschsprachige Teilnehmer.

Schlussfolgerungen aus dieser zweiten Studie sind zunächst, dass ein dringender Bedarf zur Schweiz-weiten Diskussion der gefundenen Unterschiede zwischen den Sprachregionen besteht, damit der sogenannte „Röstigraben“⁵ überbrückt werden kann. Die in dieser zweiten Studie erhobenen Unterschiede bestätigen auch die Resultate (Details) der vorausgehenden Studie von D. Sprumont et al. Es besteht ein deutlicher Bedarf für eine Kommunikation der unterschiedlichen Standpunkte zwischen den medizinischen und juristischen Berufsgruppen.

Interessant war z. B. in einem Fall, in dem ein Patient Gewaltfantasien hatte, dass Richter die Gefährlichkeit dieses Gefangenen als signifikant höher einschätzten als medizinische Fachpersonen. Die Berufsgruppen wurden dadurch zu unterschiedlichen Antworten auf die Vignette motiviert. Hier scheint Fachwissen eine Rolle zu spielen und ein Austausch über dieses Fachwissen kann zur Klärung von Konflikten beitragen.

Praktische Beispiele: Vertraulichkeit in realen Fällen

Eine Sammlung von Fällen aus der Praxis, anhand derer ethisch und rechtlich akzeptable Lösungen diskutiert werden, kann medizinischem Personal im Gefängnis helfen, im Einzelfall eine bessere Orientierung zu möglichen Handlungsalternativen zu erhalten. Dies soll im Folgenden am Beispiel von zwei Fällen gezeigt werden. Beide Fälle sind anonymisierte, d. h. bezüglich der demographischen, aber nicht ethisch-rechtlich relevanten Details veränderte Varianten von realen Fällen, die sich in der Medizin im Strafvollzug ereignet haben.

Fall 1: Waffenfund im Gips eines Patienten:

Bei der Untersuchung findet die Ärztin im Gips einer Patientin, die sich den Arm gebrochen hat, ein Messer. Die Patientin erzählt der Ärztin, dass sie vorhat, bei der Rückkehr in ihre Zelle mit dem Messer einen Aufsichtsbeamten zu töten, der sie vorher mehrmals ungerecht behandelt hat.

Was soll der Arzt tun?

Antwort: Zunächst muss der Notfallgrad evaluiert werden. Im vorliegenden Fall hat die Ärztin keine Zeit, die kantonale Behörde zu kontaktieren, denn die Gefangene plant ihre Tat sofort bei der Rückkehr in die Zelle; je nach der Funktionsweise der kan-

5 Der Ausdruck wird geprägt durch die Annahme, dass in der deutschsprachigen Schweiz typischerweise „Rösti“ gegessen wird, nicht aber in der französischen Schweiz, die in ihrer Esskultur eher Frankreich als Vorbild nimmt.

tonalen Behörde könnte die Ärztin aber eventuell den Präsidenten der Behörde per Telefon erreichen und um Rat fragen. In jedem Fall sollten schwierige Entscheidungen nicht allein gefällt werden, sondern zusammen mit der ärztlich-pflegerischen Hierarchie. Im Spital bzw. in einer medizinischen Abteilung müssen Patienten darüber aufgeklärt werden, dass zum Wohle des Patienten, um einen reibungslosen Ablauf von Behandlungen sicherzustellen, Informationen an Mitglieder des medizinischen Teams weitergegeben werden.

Die zu evaluierende Frage ist hier, ob „das Leben oder die körperliche Integrität eines Dritten ernsthaft und akut gefährdet ist“ (SAMW, 2002 Art. 10.4). In einem solchen akuten Notfall, wenn keine Zeit bleibt, sich vom Arztgeheimnis entbinden zu lassen, „kann der Arzt von sich aus von der Schweigepflicht abweichen und die zuständigen Behörden oder den bedrohten Dritten direkt benachrichtigen“ (ebd.). Im vorliegenden Fall ist das Opfer identifiziert und Prävention ist möglich. Aber auch in einem so gearteten akuten Notfall muss sich die Ärztin fragen, ob es einen Weg gibt, die Gefahr für Dritte zu vermeiden, ohne die Vertraulichkeit zu verletzen. Diesen Weg gibt es, wann immer ein Patient urteilsfähig ist und deshalb der Ärztin selbst seine Zustimmung geben kann, Informationen weiterzugeben. Die Ärztin sollte also mit der Gefangenen verhandeln und sie bitten, das Messer selbst den Sicherheitsbeamten zu übergeben. Denn eine solche Vorgehensweise würde der Patientin selbst auch weniger Bestrafung einbringen.

Wenn sich die Gefangene nicht überzeugen lässt, sind im vorliegenden Fall die Kriterien erfüllt, die eine Weitergabe von Informationen rechtfertigen (Notfall; schwere Gefahr für eine identifizierte dritte Person; keine andere Möglichkeit, diese Gefahr abzuwenden, ohne das Arztgeheimnis zu verletzen). Die Ärztin sollte die Sicherheitskräfte über die Waffe informieren.

Fall 2: Identifizierung eines geflohenen Mörders

Ein Gefangener, der als gefährlich eingeschätzt werden muss, weil er schon mehrere Personen umgebracht hat, ist aus dem Gefängnis ausgebrochen. Die Polizei bittet den Arzt, Information weiterzugeben, um eine Suchanzeige aufzugeben. Aufgrund einer alten Verletzung fehlt dem Gefangenen ein Teil eines Ohres und die Polizei bittet den Arzt um Details darüber, um welches Ohr es sich handelt und welcher Teil des Ohres fehlt, d. h., wie die Verletzung in der Suchanzeige beschrieben werden kann („Gesucht: ausgebrochener Gefangener, identifizierbar durch eine folgendermaßen zu beschreibende Ohrverletzung ...“).

Soll der Arzt der Polizei diese Information weitergeben?

Antwort: Auch hier handelt es sich um einen Fall, bei dem der Notfallgrad hoch ist. Allerdings sind mögliche Opfer nicht direkt bekannt, auch wenn die Vorgeschichte des



Gefangenen annehmen lassen muss, dass er weitere Morde begehen könnte, besonders wenn er sich in die Enge getrieben fühlt.

Gibt es einen Weg, die Gefahr für Dritte zu vermeiden, ohne die Vertraulichkeit zu verletzen? Dieser Weg existiert: Das teilweise Fehlen des Ohres ist nicht nur dem Arzt bekannte Information. Die äußerliche Veränderung des Ohres war zu jeder Zeit für das Aufsichtspersonal sichtbar. Die Polizei kann Sicherheitsbeamte des Gefängnisses über Details befragen.

In diesem Fall hat der Arzt verweigert, der Polizei die Information zu geben, denn es gab keinen ausreichenden Rechtfertigungsgrund.

Schlussfolgerungen und „take home messages“

Die vorausgehende Darstellung der ethischen und rechtlichen Aspekte der Vertraulichkeit sowie die Diskussion der konkreten Fälle zeigen, dass der rechtliche Rahmen bewusst Ärztinnen einen Spielraum für Abwägungen in jedem Einzelfall lässt. Ausnahmen zum Arztgeheimnis sind oft fakultativ und bekommen eine rechtlich-ethische Dringlichkeit erst durch das Vorliegen einer schwerwiegenden Gefahr für Dritte, die je nach den Umständen eine begründete Verletzung der Schweigepflicht möglich macht oder sogar fordert.

Medizinisches Personal im Gefängnis sollte geschult sein, um in diesen schwierigen Situationen verantwortliche Abwägungen durchzuführen. Es sollte außerdem die Möglichkeit haben, bei der eigenen Hierarchie oder der im Bundesgesetz vorgesehenen kantonalen Behörde fundierten Rat einzuholen.

Abschließend können folgende Empfehlungen zur Vertraulichkeit für medizinisches Personal im Gefängnis gegeben werden:

1. Medizinisches Personal sollte sich Zeit nehmen, um Patientinnen die Details des Arztgeheimnisses zu erklären und um ihre Zustimmung zu bitten; in vielen Fällen kann eine Lösung mit den Patienten gefunden werden. Allerdings sollte sehr vorsichtig und gründlich evaluiert werden, ob die Zustimmung auch ohne Zwang gegeben wurde.
2. Besteht eine Gefahr für Dritte und sollte der Patient trotz andauernder Bemühungen seine Zustimmung zur Weitergabe von Informationen verweigern, sollte, falls genügend Zeit bleibt, in der Schweiz die zuständige Behörde kontaktiert werden. Es ist ebenfalls wichtig und hilfreich, sich mit der medizinischen Hierarchie oder Kollegen auszutauschen und um Rat zu bitten. Dabei sollte der Fall anonymisiert werden, wenn die angefragten Kollegen nicht zum Kreis des Personals gehören, die Zugang zu den Informationen haben, weil sie zum Behandlungsteam (z. B. des Spitals) gehören.

3. Besteht in einer Notfallsituation keine Möglichkeit, die medizinische Hierarchie oder die zuständige Behörde zu kontaktieren, muss der Arzt die Güterabwägung selbst durchführen. Er sollte seine Entscheidung in der Krankenakte festhalten und schriftlich gut begründen. Hier ist die Kenntnis ethischer Prinzipien und des rechtlichen Rahmens wichtig.
4. Eine wichtige Frage bezüglich der Vertraulichkeit ist, wie ausführlich Details aus der medizinischen Konsultation zu psychiatrischen Problemen notiert werden sollten, zum einen in der Krankenakte oder zum anderen auch in Gutachten, die im Auftrag der Justiz ausgestellt werden. Im letzteren Fall ist zu überlegen, wie viele intime und sensible Details wirklich nötig sind, um die Entscheidung der Justizbehörden adäquat zu orientieren. Meinungen von forensischen Psychiatern und Gefängnispsychologen in der Schweiz gingen hier auseinander. In der französischen Schweiz wurden zwei unterschiedliche Lösungen vorgeschlagen. Lösung A beinhaltet eine detaillierte Beschreibung in der Krankenakte. Um diese detaillierte Information zu schützen, verweigert der behandelnde Psychiater etwaigen Gutachtern jeden Zugang zu Krankenakten. Diese Vorgehensweise wurde vorausgehend in Absprache mit den Justizbehörden des Kantons festgelegt. Medizinische Gutachter bekommen nur Zugang zu einer Zusammenfassung der wichtigsten Fakten der Krankenakte, die der behandelnde Psychiater schreibt. Lösung B besteht darin, dass in der Krankenakte nur kurze Zusammenfassungen der medizinischen Konsultation ohne viele Details notiert werden; die Krankenakte wird, wenn der Patient zustimmt, der Justiz bzw. Gutachtern übergeben. In der deutschen Schweiz wurde Lösung C favorisiert: Patientinnen werden am Anfang der Behandlung informiert, dass Informationen weitreichend an die Justiz weitergegeben werden. Es bleibt hier die Frage, ob bzw. inwieweit Patientinnen diesem Behandlungsvertrag wirklich frei zustimmen können. Es handelt sich ja hier zunächst einmal nicht um Gutachtertätigkeit, sondern diese Vorgehensweise wird ebenfalls von den behandelnden Psychiatern angewendet. Ein Patient hätte dann die Wahl nur zwischen einer Behandlung unter den skizzierten Bedingungen oder gar keiner Behandlung. Man kann sich auch fragen, ob diese Praxis kompatibel mit einer offenen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung sein kann, wenn der Patient immer sehr vorsichtig überlegt, wie viel Information er seinem behandelnden Arzt geben darf.
5. Es besteht eine Kontroverse darüber, ob Patientinnen im Gefängnis auch zu Beginn jeder therapeutischen Beziehung darüber informiert werden sollten, dass Informationen aus den Krankenakten möglicherweise später der Justiz oder Gutachtern zugänglich sein werden. Diese Information ist obligatorisch zu Beginn einer Konsultation, die Teil eines psychiatrischen/ärztlichen Gutachtens ist. In der therapeutischen Beziehung geschieht eine Aufklärung zur Vertraulichkeit und ihren Grenzen und Ausnahmen meist nicht routinemäßig am Anfang jeder Behandlung. Prioritär scheint hier die Annahme zu sein, dass es sich zunächst einmal um einen



rein therapeutischen Kontakt handelt. Wenn später eine Anfrage zur Weitergabe von Informationen an einen Gutachter oder die Justiz erfolgt, wird dem Patienten nur die Möglichkeit einer Weigerung gelassen. Er kann die Begutachtung als Ganze oder den Zugang zu seiner Krankenakte durch den Gutachter im Einzelnen ablehnen. Dies wirkt sich jedoch möglicherweise zu seinem Nachteil aus. Wenn ärztliches Personal in diesen Fällen keine einheitliche Vorgehensweise praktiziert, sollten Patientinnen weitgehend und von Anfang an umfassend aufgeklärt werden. Dies gilt nicht nur in der Gefängnismedizin, wo Gutachten nicht selten durchgeführt werden, sondern auch für die ärztliche Praxis ganz allgemein. Daher soll hier abschließend auf die Empfehlungen des General Medical Council in Großbritannien hingewiesen werden. Dieses hat in seinen vor Kurzem überarbeiteten Richtlinien zur Vertraulichkeit allen Ärzten dringend Folgendes nahegelegt:

Sie als Ärztin „müssen Patientinnen informieren über jede Weitergabe von Gesundheitsdaten für Zwecke, die diese nicht vernünftigerweise erwarten würden, oder Sie müssen überprüfen, dass Patientinnen schon über diese Weitergabe informiert wurden“ (General Medical Council, 2009)⁶.

Literatur

- Appelbaum, P. S. (2002).** Privacy in psychiatric treatment: threats and responses. *Am J Psychiatry*, 159(11), 1809–1818.
- Baird, G. (2008).** Confidentiality: what everyone should know, or, rather, shouldn't. *Br J Gen Pract*, 58(547), 131–133.
- Beck, J. C. (1998).** Legal and ethical duties of the clinician treating a patient who is liable to be impulsively violent. *Behav Sci Law*, 16(3), 375–389.
- Benatar, S. R. & Upshur, R. E. (2008).** Dual loyalty of physicians in the military and in civilian life. *Am J Public Health*, 98(12), 2161–2167.
- Bourke, J. & Wessely, S. (2008).** Confidentiality. *BMJ*, 336(7649), 888–891.
- Brahams, D. (1988).** A psychiatrist's duty of confidentiality. *Lancet*, 2 (8626–8627), 1503–1504.
- Clark, P. A. (2006).** Medical ethics at Guantanamo Bay and Abu Ghraib: the problem of dual loyalty. *J Law Med Ethics*, 34 (3), 570–580, 481.
- COE. (1998).** Council of Europe (COE) Committee of Ministers Rec (1998) 7 on the ethical and organisational aspects of health care in prison: [http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/legal_instruments/Rec.R\(98\)7%20.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/legal_instruments/Rec.R(98)7%20.asp), accessed September 2007. [Electronic Version]
- Condon, L., Hek, G., Harris, F., Powell, J., Kemple, T. & Price, S. (2007).** Users' views of prison health services: a qualitative study. *J Adv Nurs*, 58 (3), 216–226.
- Council of Europe. (1950).** The European Convention on Human Rights: <http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>, accessed June 20, 2010.

⁶ “You must inform patients about disclosures for purposes they would not reasonably expect, or check that they have already received information about such disclosures” (GMC 2009, Art. 7).

Council of Europe. (1998). Committee of Ministers Rec (1998) 7 on the ethical and organisational aspects of health care in prison: [http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/legal_instruments/Rec.R\(98\)7%20.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/legal_instruments/Rec.R(98)7%20.asp), accessed September 2007. [Electronic Version]

Council of Europe. (2004). *Rec (2004) 10 des Ministerkomitees für Mitgliedsstaaten bezüglich des Schutzes von Menschenrechten und der Würde von Personen mit psychischen Krankheiten (angenommen durch das Ministerkomitee am 22. September 2004)*. Strasbourg: COE.

Elger, B. S. & Eytan, A. (2010). *Confidentiality in mental health care in prisons – theory and practice of the ethical dilemma*. Accepted research project: SAMW/KZS.

General Medical Council. (2009). *Confidentiality*: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/confidentiality.asp (accessed 1.12.2010). London: GMC.

Gupta, M. (2007). Mandatory reporting laws and the emergency physician. *Ann Emerg Med*, 49 (3), 369–376.

Heikkinen, A. M., Wickstrom, G. J., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. (2007). Privacy and dual loyalties in occupational health practice. *Nurs Ethics*, 14 (5), 675–690.

Houry, D., Sachs, C. J., Feldhaus, K. M. & Linden, J. (2002). Violence-inflicted injuries: reporting laws in the fifty states. *Ann Emerg Med*, 39 (1), 56–60.

Kottow, M. H. (1986). Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation. *J Med Ethics*, 12 (3), 117–122.

Malv, H. (2006). [Confidentiality threatened if physicians are to report drivers who pose a danger to traffic]. *Lakartidningen*, 103 (14), 1125; author reply 1126.

Mathews, B. & Kenny, M. C. (2008). Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: a cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. *Child Maltreat*, 13 (1), 50–63.

Reilly, D. R. (2008). Breaching confidentiality and destroying trust: the harm to adolescents on physicians' rosters. *Can Fam Physician*, 54 (6), 834–835, 838–839.

Rodriguez, M. A., Craig, A. M., Mooney, D. R. & Bauer, H. M. (1998). Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence. Implications for health care professionals. *West J Med*, 169 (6), 337–341.

Rodriguez, M. A., McLoughlin, E., Bauer, H. M., Paredes, V. & Grumbach, K. (1999). Mandatory reporting of intimate partner violence to police: views of physicians in California. *Am J Public Health*, 89 (4), 575–578.

Rodriguez, M. A., McLoughlin, E., Nah, G. & Campbell, J. C. (2001). Mandatory reporting of domestic violence injuries to the police: what do emergency department patients think? *JAMA*, 286 (5), 580–583.

Rodriguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H. & Mangione, C. M. (2006). Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*, 4 (5), 403–409.

SAMW. (2002). *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*: <http://www.samw.ch> (accessed February 7, 2008).

Sprumont, D., Schaffter, G., Hostettler, U., Richter, M. & Perrenoud, J. (2009). *Pratique médicale en milieu de détention. Effectivité des directives de l'Académie suisse des sciences médicales sur 'L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues'*. Neuchâtel: Institut du Droit de la Santé.



Der Gesundheitsbericht im baden-württembergischen Strafvollzug (2008)

Dr. Karin M. Meissner, Medizinalreferentin und Anstaltsärztin

Definition der WHO

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

„Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht. Jeder hat das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard an körperlicher und geistiger Gesundheit.“

Neuere Aspekte des Gesundheitsbegriffs

- ◆ Gesundheit als mehrdimensionaler und dynamischer Prozess
- ◆ Ziel des Gesundheitsmanagements: Förderung gesunder Anteile
- ◆ Minderung von Risikofaktoren, Stressreduktion, Förderung von Schutzfaktoren, Erlernen von Bewältigungsstrategien etc.

Gesundheitsbericht

- ◆ Abbildung verschiedener Themenfelder mittels sogenannter Indikatoren in Bezug auf eine bestimmte Population
- ◆ Gesundheitsberichterstattung dient der Information von Politik, Forschung, Akteuren des Gesundheitssystems und der interessierten Öffentlichkeit.
- ◆ Datenquellen: amtliche Statistiken, Statistiken von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Unternehmen etc.

◆ Beispiele:

- Gesundheitsbericht des Bundes, der Länder und Kommunen
- Gesundheitsstudien des Robert-Koch-Instituts
- Gesundheitsreporte der Krankenkassen
- Betriebliche Gesundheitsberichte

Gesundheitsbericht im Justizvollzug

- ◆ Ausgehend von einer Indikatorenbank (Regionalbüro Europa der WHO in Kopenhagen und European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) wurde – nur – 2008 im Auftrag des BMJ länderbezogen ein Gesundheitsbericht im Justizvollzug erstellt.
- ◆ Baden-Württemberg hat diese Berichterstattung 2009 fortgesetzt (auch in den folgenden Jahren).
- ◆ Die Indikatorenbank ist auf die Belange des Justizvollzugs zugeschnitten, insbesondere auf Infektionskrankheiten, Abhängigkeitserkrankungen sowie begleitende Maßnahmen, Therapieangebote etc.

Gesundheitsbericht im baden-württembergischen Justizvollzug

- ◆ Jede JVA ermittelt jahresbezogen nach der Indikatorenbank das Aufkommen von Krankheiten, Symptomen, Merkmalen.
- ◆ Die Daten werden an das Justizministerium um B.-W. übermittelt.
- ◆ Dort werden die Daten landesweit ausgewertet und veröffentlicht.
- ◆ (Aus entsprechenden Länderberichten könnte ein bundesweiter Bericht erstellt werden.)





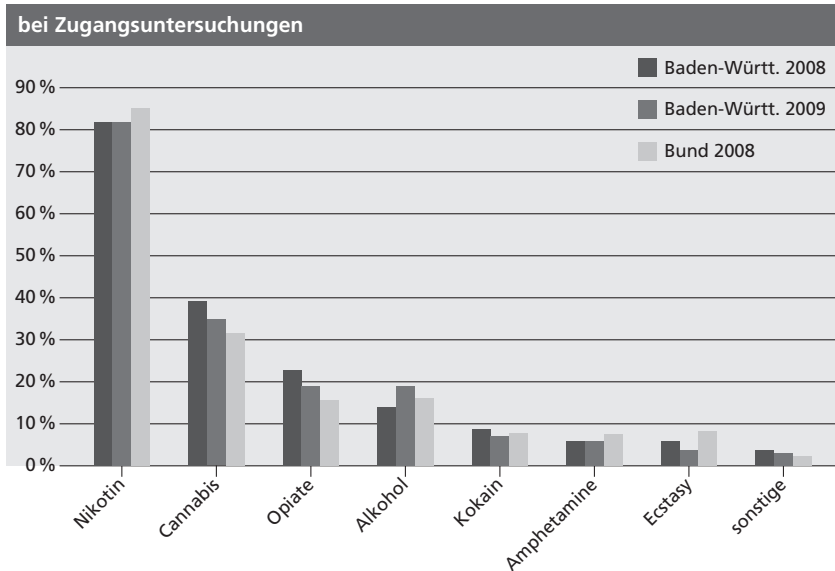
Vorteile des Gesundheitsberichts

- ◆ Zum ersten Mal für 2008 (2009) für den Justizvollzug beobachtete gesammelte und errechnete Daten bezüglich der Gesundheitslage der Gefangenen. Trotz „Kinderkrankheiten“ Basis für eine fundierte Gesundheitsberichterstattung in der Zukunft
- ◆ Breite Datenbasis aus 17 b.-w. Justizvollzugsanstalten, 7 Außenstellen, dem Justizvollzugskrankenhaus zum 31.3.2008 (31.3.2009). Anzahl der Gefangenen: 8013 (7867), davon 408 (423) weiblich. Insgesamt Durchlauf von 17305 (17298) Gefangenen, davon 10053 (9829) Neuzugänge

Grunddaten aus dem baden-württembergischen Justizvollzug

Jahr	2008	2009
Anzahl der Anstaltsärzte	28	28
Anzahl der Krankenhausärzte	16	14
Anzahl der Krankenhausbetten	310	286
davon psychiatrisch	94 (30 %)	94 (34 %)
Gesamtzahl der Gefangenen	8013	7867
davon weiblich	408 (5,0 %)	423 (5,3 %)
davon Strafgefangene	6173 (77 %)	6076 (77 %)
Ärzte/ Gefangene insg.	1:182	1:187
Anstaltsärzte/Gefangene	1:286	1:280
Arzt/Allgemeinbevölkerung – 2003	1:270	

Substanzgebrauch im Justizvollzug



Drogenbehandlung

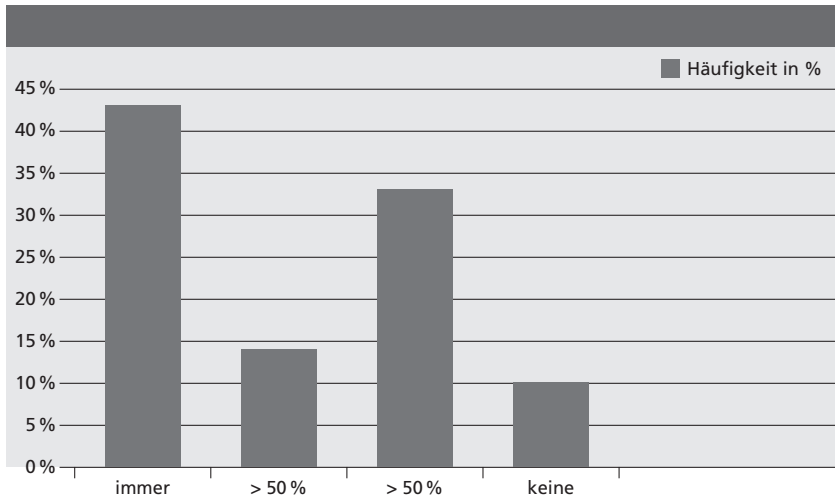
- ◆ Kurzentgiftung (< 10 Tage): 2060 Gefangene
- ◆ Kurzentgiftung ohne Medikamente (auf Wunsch): 33 Gefangene
- ◆ Abstinenzorientierte Behandlung mit psychosozialer Unterstützung: 270 Gefangene
- ◆ Behandlung mit Antagonisten: 13 Gefangene
- ◆ Substitution: **842 Gefangene (!!!)**

Substitution

- ◆ Zur akuten Entgiftung
- ◆ Für Gefangene mit bereits vor Inhaftierung bestehender Substitution, aber auch als neu begonnene Substitution
- ◆ Zur Entlassungsvorbereitung
- ◆ Ohne zeitliche Begrenzung
- ◆ Zugänglich für grundsätzlich alle Gefangenen
- ◆ Substitution geregelt in einer Verwaltungsvorschrift, die sich auf die bundesweiten Regelungen stützt



Psychosoziale Begleitung in der Substitution



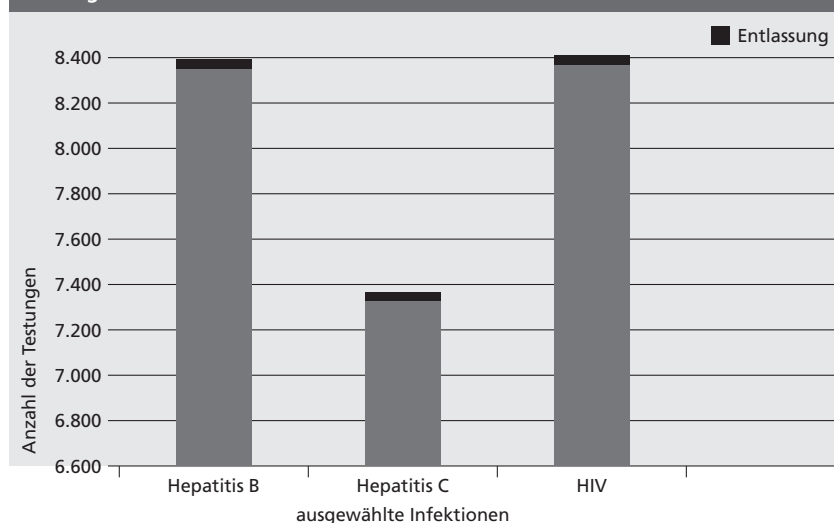
Anmerkung: externe Drogenhilfsvereine in allen Anstalten, zusätzlich HIV-Hilfsdienste und psychologische Dienste sowie externe Gesundheitsdienste

Sexuelle Gesundheit

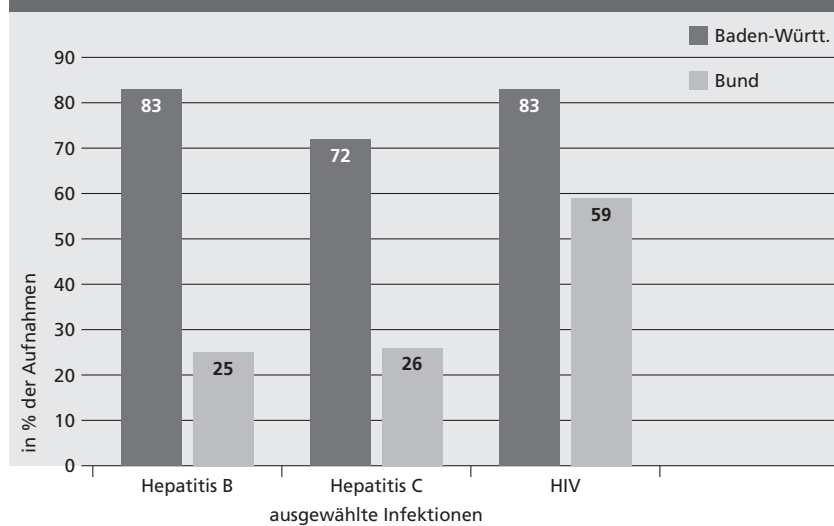
- ◆ Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust (WHO, 1975)
- ◆ Sexuell übertragbare Infektionen mit Bedeutung in Deutschland:
HIV-Infektion/AIDS (2843/280), Syphilis (Lues) (3189/255), Hepatitis-B-Infektionen (819/84), Infektionen durch Humane Papillomviren (HPV), Chlamydien-Infektionen, Gonorrhoe (Tripper), Herpes genitalis, Trichomoniasis
unterstrichen: Anzahl der Neuinfektionen in Deutschland/daneben Zahlen Baden-Württemberg 2008, Quelle: RKI: Epidemiologisches Bulletin Nr. 10

Testung auf Infektionen

Testung auf infektionen 2008

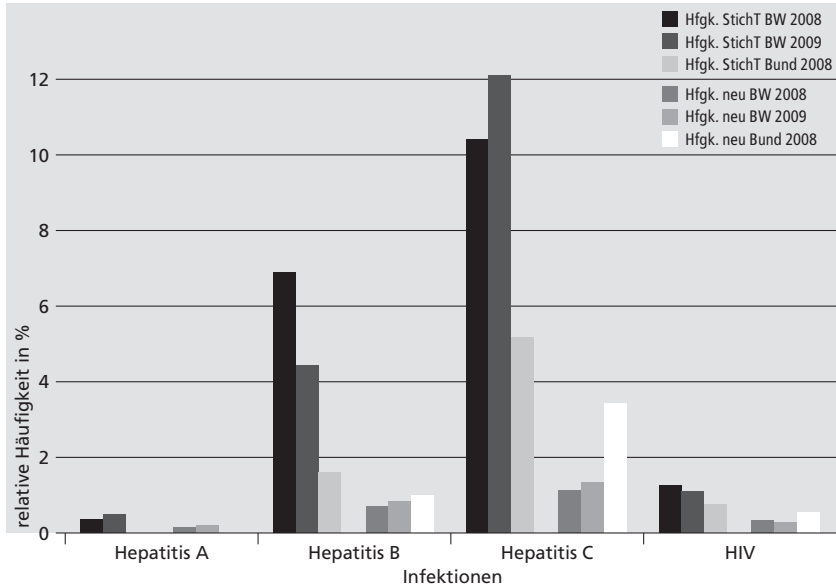


Testrate auf infektionen 2008





Ergebnisse von Infektionstestungen (am Stichtag und Neuerkrankungen)



Therapie und Prophylaxe wichtiger Infektionen

- ◆ ARV-Behandlung
 - in 40 Fällen von Hepatitis C (5 % der Hepatitis-C-Fälle am Stichtag)
 - in 65 Fällen von HIV-Infektion (70 % der HIV-Fälle am Stichtag)
- ◆ Hepatitis B-Impfung (kostenlos) in 199 Fällen
- ◆ Verbot von Tätowierungen (53 %, Schätzung beim Zugang), Piercings (13 %, Schätzung beim Zugang)

Sonstige Infektionskrankheiten

Neuerkrankung 2008:

- ◆ 7 Fälle **Syphilis**, Inzidenz 40,4/100.000 (zum Vergleich: über 200 Fälle in Baden-Württemberg allgemein, Quelle: RKI; Inzidenz BW 1,9/100.000, für Deutschland 3,8/100.000, für Russland 59,1/100.000 (IUSTI, Europe))
- ◆ 3 Fälle **Gonorrhoe**
- ◆ 11 Fälle **Tuberkulose**, Inzidenz 63,6/100.000 (zum Vergleich: über 500 Fälle in Baden-Württemberg allgemein, Quelle: RKI, Inzidenz 5,2/100.000, über 4.000 Fälle in Deutschland, Quelle: RKI, Inzidenz 5,4/100.000)

Fremd- und Selbstschädigung 2008

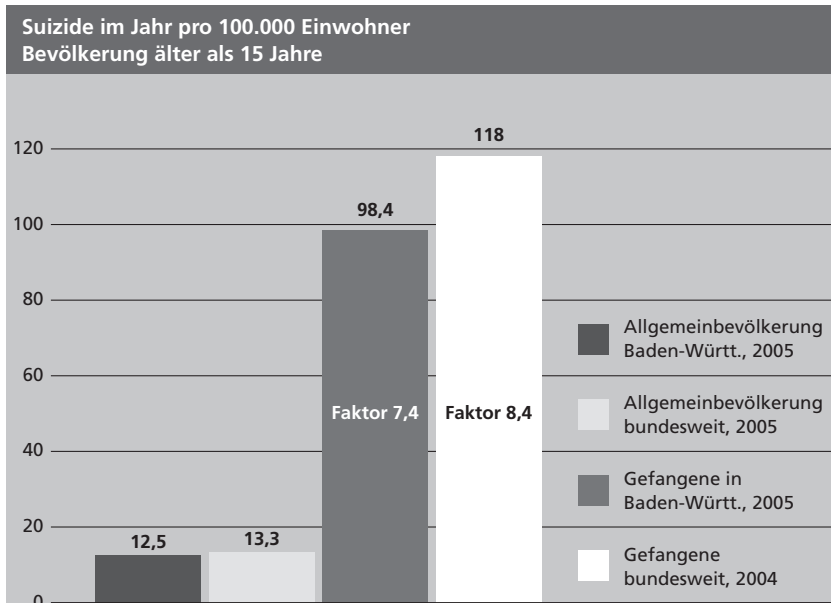
- ◆ Keine Tötungen unter Gefangenen
- ◆ 134 vorsätzliche Fremdverletzungen unter Gefangenen
- ◆ 7 Suizide von Gefangenen in BW. Im gleichen Zeitraum wurden 38 Suizidversuche durchgeführt. Etwa 7-fach erhöhtes Suizidrisiko in Haft gegenüber der Allgemeinbevölkerung
- ◆ Bekannte Risikogruppen:
 - Männer, frisch Inhaftierte (1 Woche, 1 Monat), Untersuchungsinhaftierte, Menschen mit psychischen Störungen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Suizidversuche in der Anamnese, Menschen mit aktuellen Verlusterlebnissen (Verlust von Bezugspersonen etc.), Menschen mit Suiziderlebnissen in der Umgebung

Suizide im Verlauf

Suizide im Justizvollzug Baden-Württemberg				
Jahr	Anzahl	Belegung	Hfgk (%)	Suizidziffer
1999	5	8.661	0,057730054	57,7301
2000	8	8.429	0,094910428	94,9104
2001	6	8.166	0,073475386	73,4754
2002	13	8.474	0,153410432	153,4104
2003	9	8.604	0,10460251	104,6025
2004	4	8.580	0,046620047	46,6200
2005	6	8.490	0,070671378	70,6714
2006	14	8.344	0,167785235	167,7852
2007	8	8.128	0,098425197	98,4252
2008	4	7.884	0,050735667	50,7357
2009	1	7.635	0,013097577	13,0976
Summe	77	91.395	0,084249685	84,2497



Suizide im Vergleich



Zielvorstellungen

- ◆ Schätzwerte werden durch fundierte Angaben ersetzt. Es wird eine Basis für eine fundierte Gesundheitsberichterstattung für die Zukunft gelegt.
- ◆ Defizite werden anschaulich gemacht durch Vergleiche mit Vorgaben oder anderen Populationen.
- ◆ Leitlinien zur Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsförderung können evidenzbasiert entwickelt werden, die im Rahmen landesweiter und nationaler Strategien des öffentlichen Gesundheitswesens umgesetzt werden.



Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern⁷

Prof. Dr. Heino Stöver, Fachhochschule Frankfurt, Deutschland

Einleitung

Über 10 Mio. Menschen sind weltweit inhaftiert, ein Zuwachs um 1 Mio. in den letzten 10 Jahren (Fazel & Baillargeon 2010). Psychische Störungen und Erkrankungen (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen), Infektionserkrankungen sind unter Inhaftierten um ein Vielfaches überrepräsentiert (Reimer et al. 2009). Hohe Selbstmord- und überproportional hohe Mortalitätsraten unmittelbar nach Haftentlassung können in vielen Ländern Europas beobachtet werden (Farrel & Marsden 2008; Merrill u. a. 2010).

Welche Rolle das Gefängnis selbst in diesem Prozess spielt, seine baulich-physischen Bedingungen und die Zwangsverhältnisse in Haft, wie sich also der Entzug von Freiheit im Rahmen einer Konzentration von Menschen mit höchst problematischen gesundheitlichen und sozialen Hintergründen auf die Gesundheit von Gefangenen auswirkt, ist weitgehend unerforscht.

In gewisser Weise bietet der Justizvollzug eine Gesundheitsversorgung an, die für viele erstmalig in Anspruch genommen wird, wir wissen jedoch auch, dass bestimmte Gesundheitsangebote nicht, nicht genügend oder zu spät gemacht werden. Bei der Einführung bestimmter evidenz-basierter Behandlungen ist ein Zeitverzug von 5–10

7 Für die Unterstützung Dank an Dr. Karlheinz Keppler, JVA f. Frauen Vechta; Prof. Dr. Jörg Pont, Universität Wien; Dr. Catherine Ritter, Universität Genf; Dr. Hans Wolff, Universitätsklinik Genf; Prof. Dr. Johannes Feest, Universität Bremen



Jahren zu verzeichnen (z. B. Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger; siehe Hedrich et al. 2011).

Bestimmte Behandlungsdefizite/-abbrüche/-unterbrüche und mangelnde Nachsorge und unzureichende Präventionsangebote führen zu negativen Folgen für die Gesundheit von Gefangenen und für ganze Gruppen von Gefangenen: Frauen, Gefangene über 55 Jahre und Jugendliche weisen z. T. erheblich höhere Raten von Störungen und Erkrankungen auf als andere Gefangene (Fazel & Baillargeon 2010).

Mehr und mehr wird anerkannt, dass Gesundheit ein wichtiger Baustein für die Resozialisierung der Gefangenen darstellt (Stöver 2009), aber auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen in Freiheit, d. h. für die öffentliche Gesundheit, hat (Keppler u. a. 2010).

Angesichts des schlechten Gesundheitszustandes, in dem sich viele Gefangene befinden, mit hohen Risiken für die Mit-Gefangenen und Bediensteten, wird Gesundheit zunehmend auch als ein zentraler Aspekt des Gefängnislebens und -managements betrachtet.

Die Gesundheit der Gefangenen kann durch bestimmte Maßnahmen verbessert werden, v. a. in folgenden Bereichen: Reduktion der Infektionsgefahren (z. B. durch HBV-Impfung, siehe: Farrell/Strang/Stöver 2010) und chronischen Erkrankungen, von Suizid, anderen Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit und Gewalt sowie die Vermeidung von Drehtürdynamiken von Rückfall und erneuten Inhaftierungen.

1. Gesundheit von Gefangenen bekommt einen immer größeren Stellenwert

Vor den skizzierten Herausforderungen muss die Gestaltung der Gesundheitsfürsorge in Haft hinterfragt werden: Ist sie gewappnet, um auf die massiven Gesundheitsprobleme adäquat, d. h. mit State-of-the-art-Medizin und -Pflege, reagieren zu können? Nicht nur, dass „Gesundheitsfürsorge“ in effektivere Versorgungsstrategien der „Gesundheitsförderung“ überführt werden muss (v. a. mit Blick auf Partizipation der Betroffenen; s. Stöver 2009), so wie es in der Public Health auch in den letzten 20 Jahren passiert ist, sondern die Frage der Zuständigkeit für Gesundheitsversorgung muss auf den Prüfstand gestellt werden. Die entscheidende Frage ist: Soll die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung bei der Justiz bleiben oder soll sie bei den Gesundheitsbehörden angesiedelt werden? Die Frage stellt sich aus mehreren Gründen: Der z. T. mehr als 10-jährige Zeitverzug in der Einführung von evidenz-basierten Behandlungsformen zeigt, dass das Parallelsystem Gesundheitsfürsorge in Haft möglicherweise immer modernen Therapieformen z. T. erheblich hinterherhinken wird. Kameralistische Gründe sorgen zudem dafür, dass Behandlungen oft zu spät begonnen oder gar nicht erst durchgeführt werden.

Eine verbesserte Kontinuität in der Behandlung von basalen Erkrankungen, wie psychischen Erkrankungen, Drogenabhängigkeit, wird oftmals durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Freiheit und in Haft verhindert. Die WHO hat eine Verbesserung der durchgängigen Pflege und Fürsorge zur Verhinderung der Haftentlassungsmortalität gefordert.

Darüber hinaus ergeben sich in Deutschland erhebliche Übergangsprobleme nach Haftentlassung, wenn der Krankenversicherungsschutz nach durchschnittlich erst 35 Tagen wieder hergestellt ist (siehe Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege 2011).

Die Strukturen der Fachaufsicht im System Justizvollzug sind zudem wenig geeignet, eine wirksame Einheitlichkeit, Kontrolle und Qualität der Gesundheitsversorgung von Gefangenen selbst innerhalb eines Bundeslandes sicherzustellen.

Die Dienstordnungen für Gesundheit (z. B. Dienstordnung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen (DOG) 2010) sorgen zudem nur für einen allgemeinen Rahmen, nicht für eine einheitliche Antwort auf die gesundheitlichen Herausforderungen der Gefangenen.

Anders als in einigen Nachbarländern (z. B. Niederlande) besteht in Deutschland kein unabhängiges Inspektoratswesen für die Gesundheitsfürsorge in Haft: Die Fachaufsicht ist bei der Justiz selbst angesiedelt, damit entstehen unweigerlich Zielkonflikte zwischen Versorgung und Aufsicht.

Unabhängige Gefängnis-/Gesundheitsinspektionen können jedoch eine wachsende Rolle in der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung in Haft spielen. Der Europarat unterstützt diese Entwicklung durch die Finanzierung des Committee for the Prevention of Torture. Die Annahme des Optional Protocol to the Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (UNHCHR 2002) wird die Verbreitung unabhängiger Gutachten und Evaluationen fördern – gegenwärtig haben 57 Länder sich dazu verpflichtet (Stand: September 2010; www.apt.ch/). Dies ist allerdings weniger als ein Drittel aller souveränen Staaten weltweit (vgl. auch Levy 2011).

Die World Medical Association und das International Committee of the Red Cross (ICRC) fördern auch weiterhin Gesundheitsakteure in ihrer Arbeit – ein webbasierter Weiterbildungskurs ist nun in seiner zweiten Auflage erschienen (WMA 2009).

Warum kommt die Diskussion über eine Verschiebung der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit gerade jetzt auf? Die WHO – Europa fragte in ihrer jüngsten Tagung, ob es von Bedeutung sei, welches Ministerium zuständig für die Gesundheitsversorgung von Gefangenen ist, wer also

- ◆ das Budget überwacht
- ◆ Gesundheitspolitik gestaltet
- ◆ die Ärzte und Ärztinnen und die anderen Krankenpflegekräfte anstellt
- ◆ die Gleichwertigkeit der Versorgung herstellt
- ◆ die professionellen Standards sicherstellt und überwacht (Hayton u. a. 2010)



2. Umstellung von Gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung

2.1. Internationale Grundsätze und Empfehlungen

Gefängnisdienste sind ein Teil staatlicher Dienste und sollten insofern als integraler Bestandteil betrachtet werden. Ein separates, abgekoppeltes Gesundheitsversorgungssystem im Justizvollzug bedeutet, dass in einem wichtigen Bereich staatliche Dienste eben nicht integriert sind. Deshalb haben internationale Organisationen bereits frühzeitig auf mögliche Risiken hingewiesen.

Bereits die UNO-Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen (UNO 1955) sehen vor: „Der ärztliche Dienst soll in enger Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten der Gemeinde oder des Staates ausgestattet werden.“

Auch der Europarat empfiehlt 1998 eine enge Verzahnung der gefängnisbasierten mit der kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung:

„Die Rolle des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums soll im Bereich der Beurteilung der Qualität der Hygiene, der gesundheitlichen Versorgung und der Organisation der Gesundheitsdienste in Vollzugsanstalten in Übereinstimmung mit den innerstaatlichen Rechtsvorschriften gestärkt werden. Die Aufgaben und Befugnisse des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums sollen klar getrennt werden von denen anderer zuständiger Ministerien; bei der Durchführung einer einheitlichen Gesundheitspolitik sollen sie zusammenarbeiten.“ (Europarat 1998)

Schließlich weist die Moskauer-Erklärung von 2003 darauf hin: „Den Regierungen der Mitgliedstaaten 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.“ (WHO 2003)

Umstellungen von Gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung sind bereits vorgenommen worden (in der Reihenfolge der Einführung):

- ◆ Norwegen (1988)
- ◆ Frankreich (1994)
- ◆ New South Wales/Australien (1997/1999)
- ◆ England/Wales (2000)
- ◆ Schweiz (nur Kanton Genf)
- ◆ Spanien (Catalunya)

Teilweise umgesetzt oder in Vorbereitung:

- ◆ Italien (tlw.)

Gegenwärtig sieht die Organisation der Gesundheitsdienste in Deutschland (D), Österreich (A) und der Schweiz (CH) folgendermaßen aus:

- ◆ Verantwortung beim Anstaltsarzt (Landesbeamte) – D, CH
- ◆ Vertragsärzte von außen – D, CH
- ◆ Überweisungen an Kliniken, Niedergelassene Ärzte – D, CH, A
- ◆ Ausschließlich Vertragsärzte – A

Lediglich Österreich ist einen eigenen Weg in der Gestaltung gegangen und hat die gesamte Versorgung über Vertragsärzte abgesichert. Diese Form existiert in den übrigen Ländern zwar auch, jedoch nur bei kleineren Anstalten bzw. bei Spezialisten, deren Dienste zeitlich begrenzt durch die Anstalt eingekauft werden. Oftmals ist die Aufgabenstellung der Vertragsärzte, die die Gesamtverantwortung für kleinere Anstalten haben, wenig konkret umrissen: Die Definition ihres Verständnisses von Gesundheitsversorgung ist oftmals ihnen selbst überlassen.

2.2. Was waren die Gründe für die Umstellung von der Gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung?

Die Gründe für die Umstellung waren komplex, aber folgende Themen sind dabei in fast allen Ländern von entscheidender Bedeutung gewesen:

- a) Menschenrechtsfragen waren für die Reformschritte in den o. g. Ländern von zentraler Bedeutung. Parallelsysteme in der Gesundheitsversorgung laufen immer Gefahr, Ungleichheiten zu produzieren, schon allein aufgrund ungleicher Ressourcenverteilung, Behandlungszugänge und Standards in der Gesundheitsfürsorge als in Freiheit.
- b) Ethische Problematiken entstehen immer dann, wenn ÄrztInnen in sicherheitsorientierte Zwangs-, Kontroll-, oder Überwachungsmaßnahmen einbezogen werden. Diese duale Loyalität (Pont u. a. 2011) führt zu ethischen Dilemmas und damit erheblichen Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses. Dieses ist ohnehin schon ein Zwangsverhältnis, weil es keine freie Arztwahl im Vollzug gibt. Unabhängige medizinische Entscheidungen können durch die problematische Konstruktion der Gesundheitsdienste beeinträchtigt werden. Bei einer Totalintegration der ärztlichen Versorgung in die Strukturen der Justiz besteht außerdem das Risiko, dass Behandlung tendenziell Teil der Bestrafung wird. Eine Gefahr, der sicher auch Ärzte von außen unterliegen, die im Vollzug tätig sind, die aber insbesondere dann problematisch wird, wenn das Sicherheitspersonal den Arzt/die Ärztin unter Druck setzt, ihn/sie konfrontiert mit Verfehlungen des Gefangenen (z.B. Substitutionsbehandlung)



und wo die Sicht auf den gefangenen Patienten getrübt wird durch sicherheitsrelevante, institutions-orientierte Wahrnehmungen. Der Patient steht im geschlossenen Setting eben 24 Stunden unter Kontrolle – v.a. des Sicherheitspersonals, das dem medizinischen Dienst Rückmeldungen über Wohl- oder Fehlverhalten geben wird und auf medizinische Antworten und Sanktionierungen hofft.

- c) Gefangene haben ein international verbrieftes Recht auf den höchsten verfügbaren Standard der Gesundheitsversorgung im jeweiligen Land („... highest attainable standard of physical and mental health“; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12). Diese Standards können oftmals nicht erreicht werden, dies wird in den Berichten des European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment über defizitäre Zustände in den Hafteinrichtungen aus den 47 Mitgliedsstaaten des Europarates deutlich⁸. Dort wird über allgemeine Bedenken bezüglich der Qualität der Gesundheitsversorgung für Gefangene berichtet: Erprobte, bewährte und erfolgreiche evidenz-basierte Interventionen werden oft nicht oder zu spät angeboten. Bedenken bestehen auch über die große Zahl von psychischen Störungen und Erkrankungen und Defizite in ihrer Versorgung.
- d) Die in vielen Ländern schwierige Rekrutierung von kompetentem Personal leidet darunter, dass Professionelle (Ärzte wie Pfleger) z.T. befürchten, dass sie sich mit Eintritt in die Laufbahn im Justizvollzug fachlich isolieren und Fähigkeiten nicht ausgebaut oder an den Stand der Wissenschaft/Fachlichkeit angepasst werden. Weiterbildungspflichten bestehen bei Anstaltsärzten bspw. im Gegensatz zur Situation in Freiheit nicht. Das Beispiel Norwegen zeigt, dass, wenn niedergelassene Ärzte mindestens 20 % in Hafteinrichtungen arbeiten müssen, es keinerlei Rekrutierungsprobleme gibt.
- e) Ebenso bestehen z.T. auch Vorbehalte bei Eintritt in den Justizvollzug, sich dem Druck der Gefängnisleitung beugen zu müssen, wenn z.T. als notwendig erachtete Behandlungen nicht durchführbar sind, z.B. aufgrund von ideologischen, finanziellen oder politischen Gründen.
- f) Jüngste Erfahrungen belegen zudem, dass eine engere Kooperation zwischen den Justiz- und Gesundheitsministerien oder gar eine Verschiebung der Zuständigkeiten zu größerer Effektivität führen. Nimmt man das Beispiel England, sieht man jedoch, dass eine Reform der Verschiebung der Gesundheitsfürsorge enorme Ressourcenallokation und Aufstockungen der Personalmittel nötig macht.

Allerdings ist noch viel mehr Forschung nötig, um genau zu belegen, wie und wann welche Störungen und Krankheiten besser behandelt werden können, wenn eine Verschiebung vorgenommen wird, d.h., die Kausalität ist noch unzureichend untersucht.

⁸ <http://www.cpt.coe.int/en/about.htm>, zuletzt aufgerufen am 15.3.2011

Konkret waren noch folgende Motive für eine Umstellung wichtig:

- ◆ Druck der Ärztekammern (Australien, England/Wales)
- ◆ Versorgungsengpässe für ganze Gruppen (v. a. psychiatrische Patienten)
- ◆ Berichte unabhängiger Untersuchungskommissionen (England/Wales, Frankreich)
- ◆ Qualitätsmängel und Rolle des medizinischen Personals im Gefängnis
- ◆ Teil der Gefängnisreform (Norwegen)
- ◆ Einzelfälle, Skandale
- ◆ Gewerkschaften (Norwegen)

2.3. Was könnten die Vor- und Nachteile einer Umorganisation sein?

2.3.1. Mögliche Vorteile

Das International Centre for Prison Studies (ICPS) und das Department of Health haben 2004 in London zu einer Konferenz über die Umorganisation der Gesundheitsdienste eingeladen (King's College 2004). Das Ergebnis war, dass sich die Qualität der Versorgung in den vier vertretenen Ländern, die eine Umstellung vorgenommen hatten, verbessert hatte. Allerdings lagen dazu keine belastbaren Forschungsergebnisse vor. Die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber Gesundheitsthemen im Justizvollzug ist jedoch während und nach der Umorganisation gewachsen. Die Rekrutierung von Personal scheint sich ebenfalls verbessert zu haben. Die Kooperationen mit Gesundheitsdiensten in Freiheit wurden gestärkt. Die Ressourcen für Gesundheit im Gefängnis haben sich in drei von vier Fällen der Umstellung laut ICPS-Konferenzbericht verbessert.

Insgesamt ließen sich die Vorteile in folgenden Bereichen ausmachen:

- ◆ Institutionen-unabhängige Entscheidungen
- ◆ Public-Health-Orientierung
- ◆ Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Gefangenen und Gesundheitsdienstpersonal
- ◆ Verbesserte Übergänge und Kontinuität in Pflege und Versorgung (z. B. Inanspruchnahme)
- ◆ Begleitung der Gefangenen
- ◆ Qualität u. Motivation des Personals verändert sich positiv (z. B. Training, Karrierechancen)
- ◆ Einbezug in nationale/regionale/kommunale Strategien (z. B. HCV, HIV/AIDS, Drogenpolitik)
- ◆ Begleitforschung



2.3.2. Vorteile einer Beibehaltung des jetzigen Status quo

Die entscheidende Frage ist, ob eine Verschiebung der Verantwortlichkeit in das Ministerium für Gesundheit potentielle Ungleichheit und Unterversorgung reduziert oder abschafft. Welche Beweise gibt es dafür?

Die gesundheitlich-soziale Lage von Gefangenen kann maßgeblich von den Gesundheitsdiensten bestimmt werden: Zu Einschätzungen, was als gesundheitsabträglich oder -förderlich anzusehen ist, können der Anstaltsarzt und das Pflegepersonal massiv beitragen. Sie kennen sich in der Anstalt aus und werden bei vielen Fragen des alltäglichen Lebens in der Institution hinzugezogen. Diese Verschränkung wird bei der Gesundheit nur indirekt beeinflussenden Maßnahmen von großer Bedeutung sein. Wenn man Gesundheitsdienste separat anstellen würde, würde man das Gesundheitspersonal von vielen dieser Alltagsentscheidungen und anstaltsinternen Überlegungen abkoppeln. Gesundheitsdienstleister von außerhalb könnten als „Externe“ oder gar „Besucher“ betrachtet werden, die geringen Einblick, wenig Einfluss und minimale Akzeptanz im Alltagsbetrieb eines Gefängnisses haben.

Es ist auch nicht davon auszugehen, dass das Thema „Gesundheit im Gefängnis“ bei einer Umstellung hoch auf der Agenda des Gesundheitsministeriums angesiedelt sein wird. Die notwendige Aufmerksamkeit, die das Thema „Gesundheit im Gefängnis“ erfordert, könnte eher im Rahmen anderer Prioritäten untergehen.

Gefängnismanagement kann besonders viel Wert auf einen gut ausgestatteten Gesundheitsdienst innerhalb des Gefängnisses legen. Dessen MitarbeiterInnen sind akzeptiert und in gewisser Weise, wie oben dargestellt, auch mit Entscheidungsbefugnis für die übrigen Anstaltsbelange betraut (Nahrung, Bewegung/Sport, Luft, Ventilation etc.). Auch die Verbindung zu Gemeindegesundheitsdiensten und lokalen Spezialisten könnte mit viel Aufmerksamkeit und Akribie betrieben werden. Die WHO nennt die Betriebsärzte in der Industrie, die überzeugend zeigen, dass eine unmittelbare Dienstleistung effektiv sein kann.

Anstaltsärzte und Pflegepersonal entwickeln oft ein ganz besonderes Engagement für ihre PatientInnen, sie verstehen die Anstaltsabläufe sehr gut und sind im Vollzug völlig integriert. Dies alles kann nicht erwartet werden, wenn Ärzte und Pflegepersonal nur für geringe Zeiten im Vollzug präsent sind. Dies kann bereits beim Vertragsärztesystem festgestellt werden. Hier bedarf es klarer und umfassender Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibungen, die übergeordnete Aufgaben umfassen müssen.

Wenn der gesamte Gesundheitsdienst eingekauft wird, muss unbedingt das Kommunikationssystem entwickelt werden, denn es könnte leicht passieren, dass bspw. Psychiater und somatische Mediziner nebeneinander her arbeiten, ohne sich auszutauschen. Die Lösung dafür kann die Einstellung einer Person sein, die die Dienste koordiniert.

Außerdem können weitere Nachteile einer Veränderung ausgemacht werden:

- ◆ Isolierung der Professionen und Disziplinen
- ◆ Weniger Zeit für die PatientInnen
- ◆ Budgetierungsprobleme

3. Entstehungsgeschichte StVollzG – und insbesondere die Gesundheitsfürsorgeparagrafen (§§ 56–66) in Deutschland

Bemühungen um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug werden schnell mit den besonderen Bedingungen der Gefängnisse als Reformhindernis konfrontiert (vgl. umfassend: Stöver/Lesting 1999). Auch bei der Normierung der Gesundheitsvorschriften zum Strafvollzugsgesetz (StVollzG 1977) sah sich der Gesetzgeber zunehmend verpflichtet, die zunächst geplante Übertragung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten besonderer Regelungen einzuschränken.

Die Fürsorge der Anstalt und die Verpflichtung des Gefangenen, die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu unterstützen (§ 56 StVollzG), war die zentrale Errungenschaft der Neufassung des Gesetzes. Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung tragen, dass der Gefangene aufgrund des Freiheitsentzuges nicht in gleicher Weise wie ein freier Bürger Beeinträchtigungen seiner Gesundheit begegnen kann. Dementsprechend wurde das Rechtsverhältnis zwischen Gefangenen und Anstaltsarzt nicht privat-, sondern öffentlichrechtlich ausgestaltet. Das Strafvollzugsgesetz übernahm also nicht die noch in §§ 53 II, 54 III Regierungsentwurf (RE) und § 106 III Alternativentwurf (AE; 1973) vorgesehene Möglichkeit der freien Arztwahl auf Kosten der Gefangenen (vgl. VV zu § 58 Ziff. 3 StVollzG). Entscheidend hierfür war die im Gesetzgebungsverfahren wiederholt geäußerte Befürchtung, mit den Besonderheiten des Vollzugs nicht vertraute externe Ärzte könnten von den Gefangenen gegen die Anstaltsärzte ausgespielt und für die Bescheinigung der Haft-/Arbeitsunfähigkeit, eine besondere Medikation oder Verpflegung missbraucht werden. Dem weiteren Argument, „reiche oder arme Gefangene (sollten) nicht ungleichmäßig behandelt werden“ (BT.Dr. 7/918, 117), widersprach zunächst auch das Bundesjustizministerium, da es in der freien Arztwahl „einen wichtigen Ansatzpunkt dafür (sah), das Leben in der Anstalt dem Leben in Freiheit anzugleichen. Wenn der wohlhabende Gefangene in der Lage sei, sich anders als der arme Gefangene das Privileg der freien Arztwahl zunutze zu machen, so sei dies in der Freiheit nicht anders“ (BT. Dr. 7/1858).

Nicht in das Gesetz übernommen wurde auch die Idee einer zeitlichen Befristung der Tätigkeit eines Anstaltsarztes. In diesem Sinne ging noch der AE davon aus, dass die Anstaltsärzte spätestens nach drei Jahren abgelöst werden, um den Gefahren der



Routine und Betriebsblindheit zu begegnen. Die Bedeutung einer solchen Fluktuation für die Gewährleistung normaler medizinischer Standards sollte nicht unterschätzt werden. Zwar ließen sich durch eine Verzahnung intra- und extramuraler Versorgungsmodelle die geschilderten Gefahren möglicherweise ebenso gut verhindern. So wäre auch nach den geltenden Vorschriften eine Erlaubnis gegenüber einem Anstaltsarzt, nebenher frei zu praktizieren, ebenso zulässig wie Modelle der Vernetzung und Kooperation mit Fachärzten und Spezialkliniken oder die Organisation des Lazarets als Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses (vgl. AK-Quensel vor § 56 Rz. 13; Keppler 1996, 111, 126). Gegenwärtig findet eine derartige Kooperation jedoch kaum statt: „Das derzeit praktizierte medizinische Versorgungssystem ist darauf aufgebaut, dass eine ärztliche Behandlung außerhalb des Vollzuges, d.h. in der Regel in Fachkliniken eigentlich nur dann vorgesehen ist, wenn die Vollzugstauglichkeit des Patienten nicht mehr gegeben ist“ (Zettell 1988, 196).

Auch über die Arztwahl hinaus war es im Gesetzgebungsverfahren noch zu weiteren Abweichungen von den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung gekommen. In einer von Missbrauchsängsten geprägten Debatte wurden die Anstaltsärzte in Zwangsmaßnahmen eingebunden (vgl. § 101 StVollzG) und Sicherheits- und Finanzierungsvorbehalte („Belange des Vollzugs“) in das Gesetz aufgenommen. Entscheidend aber war, dass die ursprünglich mit den §§ 190 ff. StVollzG angestrebte Einbeziehung der Strafgefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung aufgeschoben und bis heute nicht realisiert wurde (vgl. § 198 III StVollzG). Dabei hatte der AE im Hinblick auf die ursprüngliche Planung noch deutlich die Pflichten der Krankenversicherungsträger gegenüber den Aufgaben der Vollzugsverwaltung herausgestellt: Alles, was nicht ausdrücklich der Justizverwaltung übertragen sei, falle in den Aufgabenbereich des örtlich zuständigen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (AE-StVollzG 1973, S. 169). Demgegenüber geht das Strafvollzugsgesetz von einer abschließenden Regelung der Krankenpflege durch die Vollzugsbehörden aus, so dass Defizite der Gesundheitsfürsorgeleistungen nicht durch die Krankenkassen aufgestockt werden (zu den Folgen dieser Regelung vgl. nur BSG StV 1987, 400 mit Anm. Stolleis und § 62 a StVollzG).

4. Organisation(sprobleme) gesundheitlicher Versorgung in Deutschland

In fast allen JVAen bestehen massive Probleme, Mediziner/innen für die Arbeit im Vollzug zu gewinnen. Stellen sind oftmals seit Jahren vakant, ohne dass sich geeignete BewerberInnen finden lassen.

Die Fachaufsicht des medizinischen Personals sieht in der Praxis in den 16 deutschen Bundesländern sehr unterschiedlich aus: Sie sollte immer von Medizinern (Medi-

zinalreferentInnen) ausgeübt werden, dies ist in der Praxis aber oftmals nicht der Fall, oder sie besteht nur theoretisch:

- ◆ Medizinalreferent/in
- ◆ Hilfskonstruktionen (Arzt in anderen Bereichen erklärt Zuständigkeit)
- ◆ Die Stelle der/des Medizinalreferent/in ist seit Langem ‚vakant‘
- ◆ Jurist
- ◆ Psychologe
- ◆ Ökonom

Auch die Organisation der Krankenhäuser ist in den deutschen Bundesländern sehr heterogen:

- a) Justizvollzugskrankenhäuser (z. B. JVK Fröndenberg)
- b) JVK + Allgemeinkrankenhäuser (z. B. JVKs Kassel und Lingen)
- c) Nur Allgemeinkliniken – gesicherte Stationen (z. B. Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg)

In der Regel findet man eine Mischung aus den Modellen a + b. Wie sieht es mit dem Qualitätsmanagement, wie mit der Aufsicht durch Verbandsstrukturen aus?

Folgende Gründe für Beibehaltung des Status quo ließen sich in Deutschland aufführen:

- ◆ Es gibt keinen Bedarf für eine Umstellung: „Die Gesundheit von Gefangenen ist besser als draußen!“
- ◆ Sie sind überhaupt erreichbar und ansprechbar.
- ◆ Sie befinden sich oftmals erstmalig in Beratung/Behandlung.
- ◆ Umfassende Behandlung(seinleitung) erfolgt im Gefängnis.
- ◆ Dramatische körperliche Erholung (Gewichtszunahme!) ist bei den meisten Gefangenen festzustellen.

Diese Erfolge von Anstaltsmedizin sind sicher nicht von der Hand zu weisen. Und vor allem bestätigt die Alltagsempirie die eigenen Einschätzungen immer aufs Neue: „Selbstüberschätzungen durch Abschottung“ (Spirig 2011)! Einerseits werden psychische Störungen und Erkrankungen von dieser Alltagsempirie nicht erfasst, und dann muss man fragen, wie nachhaltig diese Erfolge sind, wenn Behandlungen bei Hafteintritt abgebrochen werden (siehe Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige) oder kein gelungener Übergang in die Freiheit mit konkreten Überleitungen zu weiterführenden Gesundheitsdiensten erfolgt. Die hohe Mortalitätsrate weist außerdem auf einen prekären Punkt nicht-verzahnter Gesundheitshilfe hin (vgl. Farrell/Marsden 2008; Merrall et al. 2010).

Folgende Gründe sprechen allerdings für eine Prüfung einer Umstellung (die allerdings in Deutschland noch in weiter Ferne steht):



Das Parallelsystem gesundheitlicher Versorgung bringt viele Schnittstellen-/Übergangsprobleme mit sich, die mit einer Gesundheitsversorgung aus „einem Guss“ besser abzustellen wären.

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung Gefangener ist bisher weitgehend unbekannt. Es findet nur in wenigen Anstalten ein Qualitätsmanagement statt, das mit extramuralen Standards vergleichbar wäre. Z.B. eine Patientenzufriedenheitsbefragung, die bisher nur von einem Anstaltsarzt „gewagt“ wurde und der die Ergebnisse zum Ausgangspunkt einer Qualitätsoffensive gemacht hat (Vahjen 2009).

Ebenso wenig gibt es eine intensive Erforschung der Gesundheitslage der Bediensteten bzw. eine Überprüfung der Ursachen für die hohen Fehltagerraten (vgl. Schwarz/Stöver 2010).

Weiterhin gibt es nur inadäquate Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für die größte Zielgruppe in Haft: die drogenabhängigen Gefangenen, z. B.

- Übergang Substitutionsbehandlung?
- Schutzmöglichkeiten HIV/HCV
- Therapiemöglichkeiten (z. B. HCV)
- häufige Behandlungsunterbrechungen/-abbrüche

Auch beim Pflegedienst machen sich kritische Stimmen bemerkbar, die die gegenwärtige Form der Organisation ablehnen und die Pflege in die Gemeindestrukturen überführen wollen (vgl. Weyl/Wiegand 2010).

Schließlich gibt es keine die Haftsituation integrierende Gesundheitsberichterstattung/Evaluationen/Planungsdaten/Erhebung/Aggregation. Es werden schlicht die Gesundheitsparameter nicht erhoben, die notwendig wären, um einmal jährlich konkrete Angaben zur Gesundheitssituation der Gefangenen machen zu können.

Ein anschauliches Beispiel dafür bietet die Antwort des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg auf eine große Anfrage in der Bürgerschaft: Allein 20-mal wurde bei 116 Fragen geantwortet: „Die zur Beantwortung benötigten Daten werden nicht gesondert statistisch erfasst. Eine Einzelfallauszählung ist in der für die Beantwortung einer Parlamentarischen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit mit vertretbarem Verwaltungsaufwand nicht möglich“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2010).

Welche Lösungsvorschläge bieten sich an?

- ◆ Einsetzung einer unabhängigen Kommission zur Überprüfung der Situation der gesundheitlichen Versorgung von Gefangenen in Haft
- ◆ Forschung zu den Gesundheitsbedingungen von Gefangenen und Bediensteten
- ◆ Einschluss in die kommunale Gesundheitsberichterstattung
- ◆ Konkrete Fallanalyse(n)
- ◆ Förderung systematischer Gesundheitsförderung in den Haftanstalten

All dies würde eine Ressourcenallokation für den Justizvollzug in erheblichem Umfang nötig machen. Wie realistisch dies politisch ist, sei dahingestellt. Es würde einen Zeitrahmen von 5–10 Jahren brauchen, um Ressourcen zu erhöhen und schrittweise zu transferieren in Gemeindegesundheitsdienste. Die JVK-Arbeitskapazitäten und -qualitäten müssten überprüft werden und beispielhaft andere Organisationsformen ausprobiert werden (Sicherheitsstationen in Krankenhäusern). Eine Förderung von Fort- und Weiterbildung, Trainings müsste erfolgen und schließlich eine Verzahnung und Integration des Personals in berufsspezifische Netzwerke und Organisationen.

5. Medizinische Versorgung in totalen Institutionen

Die Ansiedlung der Medizin in bestimmten Zwangskontexten wie Polizei, justiz eigenen Gesundheitsdiensten und Militär⁹ weist gewisse Parallelen und bestimmte Risiken auf. Beim Sanitätsdienst in der Bundeswehr wird das Zwangsverhältnis besonders deutlich bereits in der Aufgabenstellung: „Seit der Gründung der Bundeswehr war die eigene medizinische Versorgung der Soldaten fester, integraler Bestandteil der militärischen Ordnung ... Die medizinische Versorgung von Soldaten ist längst nicht nur ein Fall für das Schlachtfeld nach dem Kampf. Es gilt auch, die Soldaten bereits vor etwaigen Kampfhandlungen einsatzbereit zu halten. Aber auch die medizinische Versorgung der Verwundeten auf lange Zeit ist von enormer Bedeutung“¹⁰. Weiter heißt es: „Der Sanitätsdienst stellt die medizinische Versorgung der Bundeswehrsoldaten sicher.“ Die Leistungen umfassen die medizinische Versorgung der Soldaten im Inland und im Auslandseinsatz, u. a. in gegenwärtig vier eigenen Bundeswehr-Krankenhäusern.

Mit dem Wegfall der freien Arztwahl entstehen unweigerlich Zwangs-/Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Arzt und Patient. Keppler (2009) hat auf die Verfehlungen anstaltsärztlichen Handelns in einer historischen Rückschau hingewiesen und herausgearbeitet, dass das Primat der Medizin, die Wahrung ethischer Prinzipien der Medizin im Vollzugsalltag zum Teil schwierig ist. Insbesondere dann, wenn mit Sachzwängen des Vollzuges die Ärzte unter Druck geraten, zwei Wertesystemen gleichermaßen dienen müssen („Bifunktionalität“ lt. Hillenkamp oder „duale Loyalität“ lt. Pont), aber auch wenn Eitelkeit, unreflektiertes Handeln, Karriereplanung

9 http://www.bundeswehr.de/portall/a/bwde/kcxmll/04_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd443dHMNBmB2MYBIfqRcMGgIFR9X4_83FR9b_0A_YLciHJHROVFAPV9jnM!delta/base64xmll/L3dJ-dyEvd0ZNQUFzQUMvNEIVRS82X0nfMUZFUg!!

10 http://www.bundeswehr.de/portall/a/bwde/kcxmll/04_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd443dHMNBmB2MYBIfqRcMGgIFR9X4_83FR9b_0A_YLciHJHROVFAPV9jnM!delta/base64xmll/L3dJ-dyEvd0ZNQUFzQUMvNEIVRS82X0nfMUZFUg!!



oder gehorsames Pflichterfüllen eine Rolle spielen. In einem oftmals schwierigen und sehr belastenden Arbeitsalltag haben Ärzte und Pfleger oftmals keine Balintgruppen, Qualitätszirkel, Supervision eingerichtet, die Austausch und Reflexion stärken könnten.

Das führt strukturell dazu, dass die eigenen Leistungen nicht im Rahmen dieses besonderen Zwangsverhältnisses interpretiert und verschiedene Interessenlagen ausgeblendet werden. In vielen Diskussionen erlebt man, dass Anstaltsärzte über ‚ihre‘ Gefangenen sprechen und die Qualität ihrer Leistungen mit zustimmenden Gefangenaussagen belegen. Das mag es alles geben, und in der Tat genesen viele Gefangene körperlich sehr schnell nach Inhaftierung (dies kann allerdings auch dem geordneten Tag-/Nachtrhythmus und dem regelmäßigen Essen geschuldet sein), aber es gibt bis auf die Patientenbefragung von Vahjen (2009) keine Untersuchung, in der Zufriedenheit mit den ärztlichen/pflegerischen Diensten gemessen worden ist. Auch wissen wir wenig darüber, wie von den Patienten ein vertraulicher Umgang mit Daten und das Vertrauensverhältnis zum Arzt selbst eingeschätzt werden. All dies ist wichtig etwa in Bezug auf die Adhärenz bei bestimmten Behandlungen. Der Patient ist auf den Arzt/die Ärztin angewiesen und kann sich nur über Beschwerden und auf dem Klageweg gegen bestimmte Maßnahmen wehren. Eine Bewussterdung über die Risiken des Paralleluniversums Justizvollzug mit jeweils eigenem Gesundheitsdienst sowohl für die Ärzte/Ärztinnen als auch für die Gefangenen muss m. E. dringend in Gang gesetzt werden.

Literatur

Alternativentwurf eines Strafvollzugsgesetzes, vorgelegt von einem Arbeitskreis deutscher und schweizerischer Strafrechtslehrer, bearbeitet von Jürgen Baumann u. a., Tübingen 1973.

AK-StVollzG-Quensel (Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz) 3. Aufl. Neuwied 1990

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (27.08.2010): Große Anfrage und Antwort des Senats. Betr.: Gesundheitsfürsorge und -förderung im Justizvollzug

Dienststörung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen (DOG) AV d. JM vom 29. Dezember 2009 (4550 – IV. 85) JMBL. NRW S. 26 in der Fassung vom 7. Mai 2010

Europarat, Empfehlung No. R (98) 7, 8. April 1998, B 12

Farrell, M., Marsden, J. (2008): Acute risks of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. In: *Addiction* 103 (2): 251–5

Farrell, M., Strang, J., Stöver, H. (2010): Hepatitis B Vaccination in Prisons; A much needed targeted intervention. In: *Addiction* 105, 189–190;
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123236973/PDFSTART>

Fazel, S., Baillargeon, J. (2010): The health of prisoners. In: The Lancet, Early Online Publication, 19 November 2010

Hayton, P., Gatherer, A., Fraser, A. (2010): PATIENT OR PRISONER: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners? Copenhagen, October 2010, EUR/10/05

Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Möller, L., Mayet, S. (2011): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: Addiction 2011 (in press)

Keppler, K.: Methadon im Strafvollzug – Situation in der BRD. In Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V. (Hg.): Dokumentation 5. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS. Karlsruhe 1996

Keppler, K. (2009): Anstaltsärztliches Handeln in der historischen Rückschau – Verfehlungen und Perspektiven. In: Keppler, J., Stöver, H. (Hrsg., 2009): Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart: thieme, S. 10–18

Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B., Reimer, J. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010, 53, H. 2/3: 233–244

King's College London, International Centre for Prison Studies (2004): Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services. Report from a conference

Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege; Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (2011): Problemanzeige Handlungsbedarf zu den Entwicklungen im Bereich §35 BtMG

Levy, M. (2011): Health services for prisoners. Editorial BMJ 2011; 342:d351 (Published 22 February 2011)

Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010): Meta-analysis of drug related deaths soon after release from prison. In: Addiction 105 (9): 1545–54

Pont, J., Stöver, H., Wolff, H. (2011): Dual Loyalty in prison health care: carry on or abolish? In: American Journal of Public Health (in press)

Reimer, J., Schulte, B., Stöver, H. (2009): Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenenes Handeln notwendig. Dtsch Arztebl 2009; 106(45): A-2227
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=reimer&id=66629>

Spirig, H. (2011): Vortrag: „Freiheit von der Drogenfreiheit – zur Substitutionsbehandlung im Strafvollzug“. Fachtagung: Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten. Veranstalter: BAS, München, 2.2.2011

Stöver, H., Lesting, W. (1999): Healthy Prisons – Gesundheitsförderung im Strafvollzug. In: Recht & Psychiatrie 17, H. 4/99, S. 150–156

Stöver, H. (2009): Gesundheitliche Versorgung als wichtiger Baustein der Resozialisierung. In: Keppler, J., Stöver, H. (Hrsg., 2009): Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart: thieme, S. 290–292



UNO-Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen. Genf 1955 und 13.5.1977

Vahjen, M. (2009): Qualitätsmanagement. In: Keppler, J., Stöver, H. (Hrsg., 2009): Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart: thieme, S. 106–118

Weyhl W., Wiegand, J. (2010): „Ganz alltägliche Probleme: Substitution in der pflegerischen Praxis“. In: akzept (Hrsg.): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft, S. 90

WHO (2003): <http://www.ndphs.org///documents/503/Declaration%20on%20Prison%20Health%20as%20Part%20of%20Public%20Health.pdf>

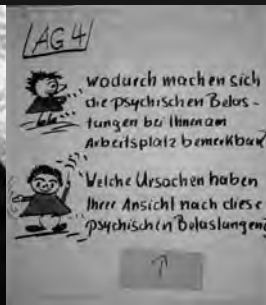
Wiessner, P., Stuikyte, R. (2010): Does it matter which Ministry is responsible for health in prison? November, 2010

World Medical Association. Doctors working in prisons: human rights and ethical dilemmas. 2009. www.wma.net/en/20activities/20humanrights/30doctorsprison/index.html.

Zettel, D. (1988): Anstaltsarzt und ärztliche Versorgung. In: Schwind, H.-D./G. Blau (Hrsg.): Strafvollzug in der Praxis. 2. Aufl. Berlin 1988, S. 193–208.

Freitag, 17.09.2010

Arbeitsgruppen







AG 1 „Wirklichkeiten des Sozialrechts für Inhaftierte und Haftentlassene“

Dr. Manfred Hammel, Caritasverband Stuttgart e.V., Deutschland

Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, Deutschland

Protokoll: Dr. Manfred Hammel

Arbeitsgruppenbericht

Aufgrund der speziellen thematischen Interessen der Teilnehmer/innen wurde in der Arbeitsgruppe zunächst ein deutlicher Schwerpunkt auf die Problematik der Begründung eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes für Haftentlassene Personen gesetzt:

I. Krankenversicherungsschutz nach Haftentlassung

Ausgangspunkt war hier der Fall eines nach zweijähriger Strafhaft entlassenen ehemaligen Beziehers von Arbeitslosengeld II, welcher nach der Beendigung des Freiheitsentzugs Aufnahme in eine nach § 67 SGB XII vollstationär betriebene Einrichtung fand. Der Sozialhilfeträger lehnte aber die Bewilligung von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff., 35 SGB XII), weil dieser Obdachlose mit ca. EUR 1.000,- an Überbrückungsgeld (§ 51 StVollzG) entlassen wurde, ab. Darüber hinaus verwehrte das Sozialamt diesem HIV-positiven Diabetiker auch die Finanzierung der Kosten der Krankenbehandlung gemäß § 264 SGB V: Die hier abgegebene Begründung lautete, dieser Antragsteller sei bereits bis unmittelbar vor seiner Inhaftierung als Bezieher



von Arbeitslosengeld II entsprechend § 5 Abs. 1 Ziff. 2 a SGB V krankenversicherungspflichtig gewesen. Aus diesem Grunde könnte der Haftentlassene vom damals für ihn zuständigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufnahme als ein Pflichtmitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V fordern.

Diese AOK entsprach dem Aufnahmegesuch aber nicht und bestritt eine Heranziehbarkeit dieser Bestimmung in diesem Fall. Dieser GKV-Träger stellte zentral heraus, „zuletzt“ im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V – d.h. unmittelbar vor der Haftentlassung – hätte dieser Antragsteller einen Anspruch auf die Gewährung von Gesundheitsfürsorge durch die Justiz gemäß § 56 StVollzG gehabt und sei gerade kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen.

Dieser aus Freiheitsentziehung entlassene Antragsteller ist aber aufgrund seiner schweren Leiden auf eine fortlaufende fachmedizinische Behandlung angewiesen, die er von seinem Überbrückungsgeld nur in einem sehr geringen Maße finanzieren kann.

Dieser Fall ist von einer Fragestellung geprägt, die in der Praxis der Straffälligenhilfe immer wieder von hoher Aktualität ist: Nur zu häufig erklärt sowohl der Sozialhilfe- als auch der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sich bei Haftentlassenen als unzuständig, was die von einer solchen Ablehnung betroffenen Personen mit ausgesprochen schweren Härten konfrontiert. Dies gilt insbesondere auch in Bezug auf das Problem der zur Durchführung einer notwendigen medizinischen Behandlung außerhalb der Justiz (wie z.B. einer Entwöhnungstherapie bei einem Suchtmittelabhängigen) bei einstweilen entlassenen Straftätern, die aber für diese Maßnahmenphase alles andere als problemlos einen Träger für die Übernahme der Einrichtungs- und Nebenkosten finden.

In dem mit der Arbeitsgruppe besprochenen Fall prägte das von diesem Antragsteller angerufene Sozialgericht Augsburg mit Beschluss vom 2. Juni 2009 (Az.: S 12 KR 161/09.ER) schließlich den Tenor, dass die von diesem Haftentlassenen angesprochene Krankenkasse dazu verpflichtet wurde, diesem Antragsteller *„vorläufig Leistungen wie einem pflichtversicherten Mitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V zu gewähren“*. – Der in diesem gerichtlichen Eilverfahren ebenfalls beigeordnete Sozialhilfeträger hatte für diesen Antragsteller keine Leistungen gemäß § 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit) zu erbringen. Das Sozialgericht Augsburg vertrat vielmehr die Einschätzung, auch dieser Antragsteller müsse nach seiner Haftentlassung als Pflichtversicherter nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V aufgefasst werden. Wenn eine Krankenkasse in der Situation der Haftentlassung pauschal auf die Tatsache der Erbringung von Leistungen der Gesundheitsfürsorge entsprechend § 56 StVollzG in der unmittelbaren Zeit davor verweist und die Neubegründung eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes ablehnt, so widerspricht dies der von diesem Gericht entwickelten Auffassung nach *„nicht nur dem erklärten Willen des Gesetzgebers“*, denn: *„Erklärtes Ziel des Gesetzgebers war es, bislang nichtversicherte Personen in eine gesetzliche oder private Krankenversicherung zwangsweise einzubeziehen. Dies wird deutlich aus dem Gesetzentwurf der Bundes-*

regierung, wo als grundlegendes Ziel der anstehenden Gesundheitsreform an erster Stelle ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung genannt ist. Durch die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sollte das politische Ziel umgesetzt werden, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Würde man Personen, die nach der Haftentlassung vorübergehend ohne Absicherung im Krankheitsfall sind, weil sie durch den Bezug von Überbrückungsgeld zunächst weder Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) noch Leistungen zur Bestreitung des laufenden Lebensunterhalts nach dem SGB XII (Sozialhilfe) beziehen können, keine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zubilligen, dann würde dies diametral dem erklärten Willen des Gesetzgebers widersprechen, alle Nichtversicherten in eine Krankenversicherung einzubeziehen. Die historische Auslegung spricht für einen Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V...

Die aus § 5 Abs. 8 a Satz 2 SGB V hervorgehende Bestimmung, welche beispielsweise dann im Sinne eines Ausschlusses von der Krankenversicherungspflicht greift, wenn ein hilfebedürftiger Mensch „laufend“ Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff. SGB XII) oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 ff. SGB XII) bezieht, gelangte in diesem Fall nicht zur Anwendung, da der Antragsteller einstweilen von seinem Überbrückungsgeld zu leben hatte und alles Weitere hinsichtlich der Sicherung seines Lebensunterhalts und seiner persönlichen Entwicklung zum Zeitpunkt der Entscheidung des Sozialgerichts Augsburg noch nicht feststand.

In der Praxis stellt es sich für in einer entsprechenden Situation sich befindende Bedürftige auch ausgesprochen schwierig dar, vom Sozialhilfeträger einen sog. Krankenhilfeschein nach § 48 SGB XII zu erhalten. Das Sozialamt fordert als Voraussetzung für die Ausfertigung eines solchen Papiers stets den Nachweis der Ablehnung der Krankenkasse hinsichtlich der Begründung eines Pflichtversicherungsverhältnisses bzw. ein gegen diese Äußerung vom hiervon betroffenen Bedürftigen praktiziertes Vorgehen (Erhebung eines Widerspruchs etc.) sowie ein Bestehen einer aktuell dringend behandlungsbedürftigen Erkrankung.

Es muss immer wieder in Fällen chronisch kranker Menschen, die mangels leistungsbereitem Sozialleistungsträger sich in keine Arztpraxis begeben können, der Rat gegeben werden, sich bei einem lebensbedrohlichen Zustand in ein Krankenhaus bringen zu lassen, das nach § 25 SGB XII – als „Nothelfer“ – sich die hier entstandenen Kosten vom Sozialamt erstatten lassen kann.

Gerade bei Inhaftierten, die nach der Beendigung des Freiheitsentzugs wieder auf die Beantragung von Arbeitslosengeld II verwiesen sind, aktualisieren sich immer wieder schwere Problemlagen:

SGB-II-Träger lehnen es z. B. ab, auch während der letzten Phase der Inhaftierung, wo die Freilassung unmittelbar bevorsteht, dieser Klientel einen sog. Vorbescheid über die Gewährung von Leistungen nach der Beendigung des Strafvollzugs auszufertigen.



– Einem Sozialleistungsträger ist es aber gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB X durchaus möglich, eine Zusicherung in Bezug auf einen zu einem späteren Zeitpunkt erlassenen Verwaltungsakt abzugeben: Hier schreibt der Gesetzgeber nur die Schriftform einer solchen Zusage als Gültigkeitsvoraussetzung vor.

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende machen es zudem zur Bedingung für eine Bewilligung von Leistungen nach dem SGB II, dass ein bedürftiger Haftentlassener sich unmittelbar nach der Beendigung des Strafvollzugs auf die zuständige Dienststelle begibt und dort einen Leistungsantrag nach § 37 SGB II stellt. Es wird im entsprechenden Fall – gerade wenn die Justiz kein oder nur ein sehr geringes Überbrückungsgeld zur Auszahlung gelangen ließ – vom SGB-II-Träger zwar häufig Arbeitslosengeld II in Form eines „Vorschusses“ (in der Höhe von Tagessätzen) gewährt. Die Anmeldung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt aber erfahrungsgemäß stets einige Zeit in Anspruch: Auch weil die Mitgliedschaftsbescheinigung der letzten Krankenkasse fehlt bzw. den Antragsteller(inne)n ihre letzte Krankenversicherungsnummer nicht mehr bekannt ist.

Eine lange Bearbeitungsdauer, wo kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht, konfrontiert wiederum insbesondere Diabetiker/innen und auf Methadon oder auf eine andere medizinische Versorgung fortlaufend angewiesene mittellose Personen mit erheblichen Härten. Wenn ein GKV-Träger in dieser Situation auch keine vorläufige Versicherungsbescheinigung ausstellt, sondern ablehnt oder einstweilen abwartet, bleibt der betroffenen Klientel neben der Beschreitung des Rechtswegs gegen dieses Verhalten nur noch die Beantragung von Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XI: Es ist nachweislich kein der Sozialhilfe vorgelagerter Sozialleistungsträger zu einer Erbringung von Hilfen bereit.

II. Weiterfinanzierung einer Wohnung während des Freiheitsentzugs

Der zweite Arbeitsschwerpunkt stellte die Problematik der Weiterfinanzierung der von Straftäter(inne)n bei der Inhaftierung bereits bewohnten Unterkunft bis zur voraussichtlichen Haftentlassung dar. – Auch dieser, regelmäßig schwere Probleme aufwerfende Aspekt ist in der Praxis der Straffälligenhilfe immer wieder aktuell.

Als Ausgangsfall wurde der Fall einer alleinerziehenden Mutter von sechs minderjährigen Kindern besprochen, deren Bedarfsgemeinschaft von Arbeitslosengeld II lebte und wo die Mutter eine über zehnmonatige Strafhaft zu verbüßen hatte.

Der SGB-II-Träger lehnte sofort nach dem Bekanntwerden der Inhaftierung auch die Weitergewährung von Leistungen für die Finanzierung dieser Unterkunft unter Verweis auf § 7 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB II ab. Noch vor der ersten fehlenden Monatsmiete nahm die Inhaftierte aber über den Sozialdienst der Justizvollzugsanstalt mit

dem Sozialhilfeträger des bisherigen Wohnortes Kontakt auf und beantragte die Bewilligung von Leistungen zur Weiterfinanzierung der bisherigen Familienwohnung.

Auch das Sozialamt lehnte ab: Bei einem länger als sechs Monate dauernden Freiheitsentzug könnte § 34 SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen) nicht zur Anwendung gelangen. Darüber hinaus würde die Familie dieser Straftäterin mittelfristig ohnehin nicht mehr zusammenkommen, denn die Kinder seien gemäß § 1666 BGB über das Jugendamt Pflegefamilien zugewiesen worden, wenn auch der inhaftierten Mutter das elterliche Sorgerecht noch nicht entzogen wurde. Diese Inhaftierte hätte nach der Haftentlassung die Möglichkeit, sich frei eine neue Unterkunft zu suchen. Einstweilen wären sowohl diese Straftäterin als auch die Kinder auf Kosten öffentlicher Kassen gut versorgt.

In der Praxis stellt es hier zudem einen bitteren Erfahrungswert dar, dass die aus § 7 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB II hervorgehende Ausschlussnorm von SGB-II-Trägern zudem in der Weise interpretiert wird, dass z.B. bei einer Inhaftierung am 10. eines Monats sich ein Jobcenter die von ihm nach § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II bereits zum Monatsbeginn der/dem damaligen Arbeitslosengeldbezieher/in voll und ganz vorfinanzierte Monatsmiete vom Vermieter tagesanteilig (zu 20/30tel der anerkannten Kosten der Unterkunft) zurückerstatten lässt:

Die Inhaftierung bewirkt im Regelfall (Ausnahmebestimmung: § 7 Abs. 4 Satz 3 Ziff. 2 SGB II, welche dann zur Anwendung gelangt, wenn ein/e Inhaftierte/r als Freigänger/in *„unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 15 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist“*) einen sofortigen Wegfall der Berechtigung zur Beanspruchung von (weiteren) Leistungen nach dem SGB II, was von Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende auch in entsprechender Weise radikal umgesetzt wird. Es erfolgt hier zudem von Amts wegen keine automatische Weiterleitung des gesamten Vorgangs an den Sozialhilfeträger, damit dieser prüfen kann, ob und unter welchen Bedingungen Leistungen nach dem SGB XII zur Sicherung der bislang bewohnten Mietsache bewilligt werden können.

Innerhalb des in der Arbeitsgruppe besprochenen Beispielsfalls bestätigte das von der Inhaftierten angerufene Sozialgericht die vom Sozialhilfeträger ausgesprochene Ablehnung. Die hiergegen von der in Gewahrsam genommenen Bedürftigen zum Landessozialgericht erhobene Beschwerde war aber erfolgreich (vgl. LSG Bayern, Beschluss vom 17. September 2009 – Az.: L 18 SO 111/09.B.ER) und konnte gerade noch die vom Wohnungsgeber wegen Zahlungsverzugs beabsichtigte Zwangsräumung verhindern:

Dieses Beschwerdegericht verpflichtete den zuständigen Sozialhilfeträger zur Weiterfinanzierung der von der Inhaftierten – trotz sich angehäufter Mietschulden – noch angemieteten Wohnung bis zum sog. Zweidritteltermin als Zeitpunkt der voraussichtlichen Wiedererlangung der Freiheit bei guter Führung. – Dieses Landessozialgericht stellte in diesem Beschluss insbesondere die nun folgenden Punkte heraus:



- a) § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB XII darf in solchermaßen gelagerten Fällen amtlicherseits überhaupt nicht herangezogen werden, auch wenn dies Sozialhilferichtlinien undifferenziert vorsehen. Sofern zum Zeitpunkt der Unterrichtung des Sozialamtes (vgl. § 18 Abs. 1 SGB XII) noch keine Unterkunftsschulden entstanden waren, sondern lediglich um die Übernahme zukünftig fällig werdender Kosten der Unterkunft und Heizung (§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II) nachgesucht wird, ist nach wortwörtlicher Auslegung des § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB XII auf dieser Grundlage einem Sozialhilfeträger eine Gewährung von Leistungen nicht möglich.
- b) Die richtige Anspruchsgrundlage geht der von diesem Gericht vertretenen Auffassung nach (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 30. Juni 2005, abgedruckt in: wohnungslos 1/06, S. 32 ff. mit Anmerkung von Hammel) aus den §§ 67 ff. SGB XII hervor: Bei einem Bestehen besonderer sozialer Schwierigkeiten, die ein/e Antragsteller/in nicht aus eigener Kraft heraus überwinden kann, besteht ein Rechtsanspruch (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) auf die Gewährung von Hilfen zur Überwindung dieser besonderen Lebenslage. Nach § 68 Abs. 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 4 Abs. 2 DVO zu § 69 SGB XII ist ausdrücklich auch die Bewilligung von Leistungen zur Erhaltung einer Wohnung möglich. Von einem Bestehen besonderer sozialer Schwierigkeiten im Sinne des § 1 Abs. 3 DVO zu § 69 SGB XII kann der vom LSG Bayern vertretenen Auffassung nach auch dann ausgegangen werden, wenn sich in einer Familie einer alleinerziehenden Straftäterin noch sechs minderjährige Kinder befinden, die bis zur Inhaftierung der Mutter im gemeinsamen Haushalts lebten. Der Antragstellerin war überdies das Sorgerecht vom Familiengericht noch nicht entzogen worden, sondern die elterliche Sorge ruhte lediglich für die Dauer des Freiheitsentzugs. Der von diesem Beschwerdegericht in diesem Fall geprägte Tenor war deshalb der, bei der Auslegung des aus § 67 Satz 1 SGB XII hervorgehenden unbestimmten Rechtsbegriffs der „sozialen Schwierigkeiten“ müsste stets auch die aus Art. 6 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 GG hervorgehende wertentscheidende Grundsatznorm, nach welcher der Staat die Familie zu schützen und familiäre Bindungen zu berücksichtigen hat, beachtet werden. Es war hiernach dieser Antragstellerin nach Lage des gesamten Falles nicht zuzumuten, die bisherige, für die ganze Familie ausreichende sowie kostengünstige Wohnung aufzugeben und sich zum Ende der Haft eine neue Unterkunft zu suchen. An dieser Stelle kam noch der Aspekt hinzu, dass eine vorzeitige Haftentlassung wegen guter Führung auch nur dann erfolgen kann, wenn Inhaftierte auf einen festen Wohnsitz, d. h. auf eine beibehaltene Wohnung oder zumindest eine Unterbringungsmöglichkeit in einer Einrichtung, verweisen können. In dem vom LSG Bayern damals entschiedenen Fall war die Mietsache wegen Zahlungsverzug bereits gekündigt und die Zwangsräumung stand bevor. Dieses Beschwerdegericht erkannte deshalb auch das Bestehen eines Anordnungsgrundes (d. h. eine besondere Eilbedürftigkeit) an, weshalb der zuständige Sozialhilfeträger zur Weiterfinanzierung

der betr. Wohnung bis zu dem Zeitpunkt verpflichtet wurde, wo die Antragstellerin voraussichtlich ihre Straftat zu zwei Drittel verbüßt haben wird.

Es handelt sich hier um einen wichtigen Richterspruch, der von Sozialhilfeträgern in der Praxis aber nicht durchgehend berücksichtigt wird. Es sind hier starre zeitliche Begrenzungen – z.B. die Übernahme von Unterkunftskosten nur für eine Dauer der Inhaftierung von sechs Monaten – weitverbreitet sowie wird auf die besondere Situation von in Gewahrsam genommenen Antragsteller(inne)n nicht eingegangen. Manche Sozialämter verwehren sogar grundsätzlich die Bewilligung von Leistungen, weil diese Behörden den Standpunkt vertreten, es könnte lediglich für einen von bedürftigen Menschen tatsächlich bewohnten Wohnraum eine Erbringung von Hilfen erfolgen.

Selbstverständlich ist allerdings im Rahmen der Beantragung einer Weiterfinanzierung einer Unterkunft während eines Freiheitsentzugs der Aspekt der Erhaltungsfähigkeit und Erhaltungsbedürftigkeit der jeweiligen Mietsache stets zu überprüfen:

Wenn beispielsweise einer alleinerziehenden Straftäterin haftbedingt das elterliche Sorgerecht entzogen wird und die Familie in der bisherigen Konstellation auch nach der Verbüßung des Freiheitsentzugs auf absehbare Zeit in der bisherigen Form definitiv nicht mehr zusammenkommen wird, besteht keine sachliche Rechtfertigung für eine Weiterfinanzierung der vor der Ingewahrsamnahme der Mutter bewohnten Unterkunft.

Entsprechendes gilt auch, wenn der Wohnungsgeber wegen Zahlungsverzugs die jeweilige Unterkunft bereits räumen ließ und nur noch auf einen Ausgleich der aufgelaufenen Mietschulden drängt. – In einem solchermaßen gelagerten Fall entschied das LSG Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 4. Mai 2010 (Az.: L 23 SO 46/10.B.ER) in einer sachlich zutreffenden Art und Weise gegen die Heranziehung der §§ 67 ff. SGB XII: Die „Erhaltung einer Wohnung“ gemäß § 68 Abs. 1 Satz 1 SGB XII war in diesem Fall in keiner Weise mehr möglich. Eine reine Schuldenübernahme darf in einem solchen Fall auch nicht als gerechtfertigt im Sinne des § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB XII aufgefasst werden, da die Sicherung dieser Mietsache räumungsbedingt nicht mehr realisiert werden konnte. Die Potsdamer Richter erkannten deshalb darauf, dass dieser alleinstehende Antragsteller, der nach seiner Haftentlassung wieder Arbeitslosengeld II erhielt, mit Hilfe des SGB-II-Trägers – z.B. über von diesem zur Vorlage bei Wohnungsgebern ausgefertigte Mietübernahmeerklärungen – sich einen vollkommen neuen Wohnraum anzumieten hat.

Aufgeworfen ist hier eine Thematik, die sich in der Praxis der Straffälligenhilfe immer wieder von Neuem aktualisiert und deren weitere Entwicklung sorgfältig zu beobachten ist. – Das gerade in jüngster Vergangenheit wieder zu registrierende Ansteigen der Wohnungslosigkeit ist ebenfalls darauf zurückzuführen, dass bei einem sich bedingt durch die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung ereignenden Wohnraumverlust die bestehenden sozialen Sicherungssysteme nicht in dem Maße präventiv wirken wie dies im Einzelfall geboten ist.



AG 2 „Infektionsprophylaxe in Haft“:

Förderung des Gesundheitsbewusstseins von Inhaftierten; der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen in der HIV-/Hepatitisprävention im Strafvollzug

Rüdiger Wächter*, AIDS-Hilfe Duisburg Kreis Wesel e.V.

Indra Kraft*, AIDS-Hilfe im Kreis Unna e.V.

Martin Jautz, Münchner AIDS-Hilfe e.V., AG AIDS & Haft in Bayern

Protokoll: Indra Kraft, Rüdiger Wächter, Martin Jautz

Die Ausschreibung des Workshops traf auf reges Interesse der Teilnehmer, so dass diese Arbeitsgruppe mit 25 Personen gut besucht war. Innerhalb des Workshops entwickelte sich eine lebhafte Diskussion, die die verschiedenen Aspekte des partizipativen Arbeitsansatzes der AIDS-Hilfen und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den einzelnen Haftanstalten aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln beleuchtete.

Inhalt des Workshops war die Darstellung und Begründung des von AIDS-Hilfen gewählten Selbstverständnisses und Haltungsansatzes mit anschließendem Austausch und der Möglichkeit für die Teilnehmer zur eigenen Entwicklung von ganz praktischen Methoden der Infektionsprophylaxe nach den Prinzipien der AIDS-Hilfearbeit.

Im Anschluss daran wurde den Teilnehmern des Workshops beispielhaft das Modellprojekt „Gesundheitswochen in Haft“ zur Hepatitis-Prophylaxe der AG AIDS & Haft in Bayern vorgestellt.

** beide vertreten im Landesarbeitskreis Drogen/Haft der AIDS-Hilfe NRW e.V.*

I. Der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen im Strafvollzug

Zur Einführung wurden zunächst das Aufgabengebiet und der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen den Teilnehmern anhand eines Kurzreferates und einer Power-Point-Präsentation (s. u.) näher erläutert.

Die AIDS-Hilfen sind gemeinnützige Vereine, die im Feld der Gesundheitsförderung tätig sind.

In den Justizvollzugsanstalten wird dieser Arbeitsauftrag, den Gegebenheiten angepasst, umgesetzt.

In Haft steht die belegte hohe Infektions-Vulnerabilität der Inhaftierten im Gegensatz zum geschlossenen System „Haft“ und den damit verbundenen Einschränkungen, was sich vor allem in der fehlenden freien Wählbarkeit von medizinischen und sozialen Angeboten und damit einhergehend auch in der schwierigeren gesunden Aufrechterhaltung der Psychohygiene der Inhaftierten niederschlägt.

Gleichmaßen besteht in Haft aber auch die Möglichkeit, Menschen durch spezifische Angebote anzusprechen, die außerhalb der Haft z. B. aufgrund ihres Lebensstils durch vorhandene Angebote bislang nicht erreicht wurden.

Ein wesentlicher Arbeitsauftrag von AIDS-Hilfen ist hier somit die zielgruppenspezifische AIDS- und Hepatitisprävention von Menschen in Haft.

Ziele der Arbeit sind hier

- ◆ die Verhinderung und Verminderung von Neuinfektionen mit HIV bzw. Hepatitiden (Primärprävention),
- ◆ die psychosoziale Stabilisierung und Gesundherhaltung durch Maßnahmen zur Verzögerung der HIV-Krankheitsprogression sowie Prophylaxe von Begleiterkrankungen oder Co-Infektionen HIV-positiver Menschen und die Schaffung politischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten beitragen (Sekundärprävention),
- ◆ die weitestgehende Erhaltung der Lebensqualität und Selbstbestimmung von an HIV/AIDS erkrankten Menschen (Tertiärprävention)
- ◆ und zudem die Fortbildung der MitarbeiterInnen der Haftanstalten zu relevanten Themenfeldern im Rahmen der Infektionsprophylaxe und des Umgangs mit HIV-positiven Inhaftierten.

Um nachhaltig wirkende Präventionsarbeit leisten zu können, beschäftigt sich AIDS-Hilfe in Haft im Rahmen der Aufklärung vor allem mit den Themen Drogenkonsum, Sexualität, Tätowieren und Piercen.

Aufgrund des Selbstverständnisses von AIDS-Hilfen greift hier der partizipative Ansatz, der AIDS-Hilfe dazu befähigt, als eine Organisation der Selbsthilfe und als Interessenvertretung von Menschen mit HIV und AIDS zielgruppennah und akzeptanzorientiert zu agieren:



1

Der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen im Strafvollzug

Am Beispiel der Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen in NRW!

Indra Kraft und Rüdiger Wächter

2

Einführung zur Haltung der AIDS-Hilfen

1. Über wen sprechen wir? Menschen in Haft (Geschlossene Gesellschaft)!
2. Zuständigkeiten
3. Selbstverständnis
4. Tätigkeitsfelder der AIDS-Hilfen
5. Zielgruppenspezifische Prävention
6. Partizipativer Ansatz
7. Ziele in Haft
8. Quellen

3

Menschen in Haft

- ❖ Hauptbetroffenengruppe in Haft sind Drogenkonsumenten (In NRW im Jahr 2007: 6144 Männer und 362 Frauen; nach: Drucksache 14/6997 Landtag NRW vom 13.06.2008)
- ❖ 49,2% der Frauen und 41,1% der Männer in (U-) Haft wurden oder werden wegen BtMG-Delikten und/oder Beschaffungskriminalität angeklagt bzw. verurteilt (Strafvollzugsstatistik NRW o. J.)

4

Menschen in Haft

- ❖ Bei Drogenkonsumenten ist die Prävalenz von HIV und Hepatitis C sehr hoch
- ❖ Die Häufigkeit von Hepatitiden in JVA's ist ca. 100-200fach höher im Vergleich zur Normalbevölkerung (Glaube et al.)
- ❖ Die Häufigkeit von HIV ist 25fach höher als bei der Normalbevölkerung (Keppler et al.)

Daraus resultiert eine hohe Infektions-Vulnerabilität der Inhaftierten im Gegensatz zum geschlossenen System „Haft“ und den damit verbundenen Einschränkungen!

5

Zuständigkeiten



6

Zuständigkeiten

Besonderheit im Strafvollzug:

Die Haftanstalten sind Länderaufgabe und Präventionsarbeit wird ggf. vom Justizministerium finanziert (z.B. AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V.).

7

Selbstverständnis 1

Die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen orientiert sich an:

- ❖ den Grundrechten auf Leben, Gesundheit, Information & Aufklärung
- ❖ der grundsätzlichen „Akzeptanz von Lebensweisen“
- ❖ der Definition von „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ gemäß der Ottawa-Charta der WHO von 1986

8

Selbstverständnis 2

- ❖ dem Modell der „Salutogenese“ (nach A. Antonovsky) und dem darin zugrunde liegenden Subsidiaritätsprinzip
- ❖ nach dem (DAH-) Ansatz der „Strukturellen Prävention“ (wo es auf allen drei Präventionsebenen um die Unterstützung von Individuen und Gemeinschaften bei der Mobilisierung ihrer Ressourcen und der Stabilisierung ihrer Existenzbedingungen geht)

9

Die drei Säulen

Tätigkeitsfelder der AIDS-Hilfen in Haft:

- ❖ Beratung
- ❖ (Psychosoziale-) Begleitung
- ❖ Prävention

10

Arbeitsfelder in Haft!

Haben Sie Fragen zu HIV / Hepatitiden?

Ein Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V. ist regelmäßig in der Haftanstalt, um Ihnen diese Fragen zu beantworten.
Folgende Angebote stehen zur Verfügung:

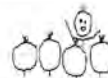
I. Hepatitissprechstunde

In Einzelgesprächen können folgende Themen besprochen werden:

- Übertragungswege von HIV, Hepatitis A, B und C
- Schutzmöglichkeiten / Safer Use
- Krankheitsverlauf
- Behandlungsmöglichkeiten / Impfung



II. Informationsveranstaltungen



Regelmäßig werden Informationsveranstaltungen angeboten. Bei den Veranstaltungen werden die unterschiedlichen Übertragungsmöglichkeiten von HIV und Hepatitis B und C so aufbereitet, dass jeder Teilnehmer in Haft zukünftig befähigt ist, selbst sein Risiko einer Infektion zu beurteilen und zu verhindern. Die besonderen Umstände einer Inhaftierung werden berücksichtigt.

III. Begleitung

HIV-positive Inhaftierte werden auf Wunsch von Mitarbeitern der AIDS-Hilfe begleitet. Die Besuche finden diszipliniert statt, die MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe unterliegen der Schweigepflicht.





11

Zielgruppenspezifische Prävention

„Lass Dir aus dem **Wasser** helfen,
oder Du wirst **ertrinken**“,
sprach der freundliche **Affe**
und setzte
den **Fisch**
sicher auf den **Baum**.

12

Zielgruppenspezifische Prävention

- ❖ Primärprävention
Information, Aufklärung und Beratung
- ❖ Sekundärprävention
Information, Aufklärung, Beratung und (psychosoziale-) Begleitung von Menschen mit HIV und AIDS (Förderung der Gesundheit und der Lebenskompetenzen HIV-Infizierter)
- ❖ Tertiärprävention
Erhaltung der Lebensqualität von Erkrankten

13

Zielgruppenspezifische Prävention

Die Zielgruppenspezifische Prävention als primäre Aufgabe der AIDS-Hilfe agiert in „gesellschaftlichen Konfliktbereichen“

- ❖ Soziale Diskriminierung von Schwulen, Lesben und Bisexuellen
- ❖ Kriminalisierung von DrogengebraucherInnen
- ❖ Defizitäres (sexuelles) Selbstbestimmungsrecht von Frauen
- ❖ Anerkennung von Menschen mit Migrationshintergrund
- ❖ Marginalisierung von Prostituierten und Menschen in Haft
- ❖ Stigmatisierung von Menschen mit HIV und AIDS

14

Partizipativer Ansatz

- ❖ In allen Arbeitsfeldern der AIDS-Hilfe agieren HIV-positive, Hep.C-positive, Homosexuelle, Bisexuelle sowie Menschen mit Drogenerfahrungen (sowohl bei haupt- als auch ehrenamtlichen MitarbeiterInnen)
- ❖ Vorteile: Feldkompetenz, zielgruppennahe Präventionshaltungen, akzeptanzorientierte Arbeit (nach Rogers), etc...

15

Ziele in Haft

- ❖ Verminderung / Verhinderung von Neuinfektionen
- ❖ Psychosoziale Stabilisierung und Gesunderhaltung (Sekundärprävention)
- ❖ Fortbildung von MitarbeiterInnen der Haftanstalten zur Infektionsprophylaxe

In den Justizvollzugsanstalten wird dieser Arbeitsauftrag, den Gegebenheiten angepasst, umgesetzt.

16

Quellen:

- Gaube J, Feucht HH, Laufs R, Polywka S, Fingscheidt E, Müller HE. Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. Gesundheitswesen 1993; 55 (5): 246-249
- Keppler KH, Nolte F, Stöver H. Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug- Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA Fecht. Sucht 1996; H. 96 (2): 98-107

II. Diskussion

Die anschließende Diskussion zeigte deutlich, dass eine Zusammenarbeit mit externen Organisationen wie die der AIDS-Hilfe sowohl für Inhaftierte als auch für Bedienstete gleichermaßen gewinnbringend sein kann.

Gerade die illegalen Verhaltensrisiken wie i.v. Drogenkonsum können nicht mit den Beamten oder dem Sanitätsdienst besprochen werden. Da die Mitarbeiter der AIDS-Hilfe der Schweigepflicht unterliegen, können Inhaftierte ohne Angst vor Sanktionen die Beratung zur Vermeidung und Verhinderung von riskanten Konsummustern in Anspruch nehmen.

Durch die Beauftragung der AIDS-Hilfe als externe Beratungsstelle kann so die Haftanstalt ihre Angebote im Hinblick auf die Resozialisierung der Inhaftierten erweitern, ohne gleichzeitig mit Mehrarbeit belastet zu werden.

Ein bewegendes Thema ist nach wie vor – vor allem unter Berücksichtigung der durchaus unterschiedlichen politischen Einstellungen der verschiedenen Bundesländer in Deutschland und der in Europa – der akzeptanzorientierte Haltungsansatz der AIDS-Hilfen, vor allem in der Zusammenarbeit mit drogenkonsumierenden Menschen in Haft.

So können einige Forderungen, die die Arbeit der AIDS-Hilfen seit Jahren begleiten, (noch) nicht eins zu eins von den Haftanstalten umgesetzt werden. Beispiel ist hier die Forderung der AIDS-Hilfen „Spritzen in die Knäste“, um – gleichermaßen wie es außerhalb von Haftanstalten durchgeführt wird – Neuinfektionen durch das Bereitstellen von sterilem Spritzbesteck auch in Haft verhindern zu können. Der Umgang in Haft mit den Themen HIV/AIDS und Hepatitis sowie die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen wie die der AIDS-Hilfe gestaltet sich von Land zu Land und von Haftanstalt zu Haftanstalt sehr unterschiedlich und ist individuellen Voraussetzungen unterworfen.

Die bewegte Diskussion zeigte deutlich, dass die Notwendigkeit und der Wunsch, sich mit Themen wie HIV und AIDS, HIV-Testung und auch Hepatitis aktiv zu beschäftigen, in Haftanstalten weiterhin immens gegeben ist. Sie machte aber auch deutlich, dass eine Herangehensweise nicht pauschal zu regeln sein kann, sondern sich stets auch an den örtlich gegebenen Möglichkeiten und Voraussetzungen orientieren muss und hier in der Zusammenarbeit stetig neue Wege gefunden werden müssen, eine nachhaltige Prävention in diesem Bereich möglich machen zu können.

Gelingen kann dies nur, wenn Bereitschaft auf beiden Seiten besteht, sich für die jeweils andere Profession öffnen zu können.



III. Umsetzung von Präventionsbotschaften nach den Prinzipien der AIDS-Hilfe

Die beispielhafte Umsetzung von Präventionsbotschaften war Thema in der sich an die Diskussion anschließenden Kleingruppenarbeit.

Im Plenum wurden darauf einige Ideen der Teilnehmer vorgestellt:

Kreative Informationsvermittlung

Eine angepasste Informationsvermittlung kann erfolgen durch z. B. originelle (bildliche) Darstellung von spezifischen Konfliktsituationen in Haft (Infektionsgefahren) in Form eines Sketches, eventuell in Begleitung einer „Stimme aus dem Hintergrund“, die die wesentlichen Präventionsbotschaften zusammenfasst. Die Akteure des Sketches kommen dabei aus dem Kreis der Inhaftierten und erarbeiten die Darstellung der Präventionsbotschaften in Begleitung selber.

Neben einer Theateraufführung könnten Darstellungen dieser Art auch über einen Infokanal in der Haftanstalt verbreitet werden, beispielsweise über die Erstellung von DVDs oder Ähnlichem oder als „Hörspiel“ im „Knastradio“.

Zertifikat für „Ansprechpartner zu Infektionsgefahren“

Das Durchführen einer Schulung mit anschließendem Zertifikat für Inhaftierte könnte eine Basis von Ansprechpartnern innerhalb der Haftanstalten bilden, auf die Inhaftierte zugehen und mit denen sie auf gleicher Augenhöhe Fragen bezüglich HIV/AIDS oder Hepatitis klären können. Das Angebot einer Ausbildung und die Zertifizierung von „Ansprechpartnern zu Infektionsgefahren“ aus den Reihen der Inhaftierten kann zum einen für niedrigschwelligere Zugangswege für die Gefangenen und zum anderen für eine höhere Akzeptanz dieser Themen in Haft sorgen.

Breit gestreute zielgruppenspezifische Aufklärungsmaterialien

Sinnvoll kann ein individuelles, breiter gestreutes Risikomanagement sein. Dies lässt sich z. B. umsetzen anhand von peppig aufgemachten Handzetteln mit Kurzinformationen zu jeweils einem bestimmten Präventionsthema, die mehrmals im Jahr zu jeweils unterschiedlichen Themen in Haft breit gestreut verteilt werden können.

Alternative Namensgebung

Um Hemmungen seitens der Inhaftierten, Angebote zum Thema HIV/AIDS in Anspruch zu nehmen und Befürchtungen, durch eine Kontaktaufnahme innerhalb einer „AIDS-

Sprechstunde“ oder Ähnlichem diskriminiert zu werden – woran gut gemeinte Präventionsangebote letztendlich scheitern könnten –, möglichst auszuschließen, wurde die Anregung gegeben, bestimmten Angeboten einen „unverfänglicheren“ Namen zu geben. So kann z. B. die Bereitstellung eines Informationsangebotes zu HIV/AIDS/Hepatitis als „Hepatitissprechstunde“ betitelt werden oder ein Workshop zu diesen Themen mit Hilfe des Zuganges über „Tattoos und Piercings in Haft“ durchgeführt werden.

IV. Modellprojekt „Gesundheitswochen in Haft“

Als Beispiel für ein praktikables breit angelegtes Projekt im Rahmen der Hepatitis-Prävention stellte Martin Jautz, AG AIDS und Haft in Bayern, anschließend das dortige Modellprojekt „Gesundheitswochen in Haft“ vor, welches zum Zeitpunkt der Konferenz gerade in den teilnehmenden Haftanstalten gestartet war:



Veranstalter

AIDS-Hilfen und AIDS-Beratungsstellen in Bayern blicken auf eine 25-jährige Erfahrung in der Arbeit im Strafvollzug zurück. Seit acht Jahren haben sich die AIDS-Hilfen Augsburg, München und Nürnberg sowie die Bayerische Aidsstiftung München zur Arbeitsgemeinschaft Aids & Haft in Bayern zusammengeschlossen.

Neben der Betreuung HIV-positiver und mit AIDS lebender Gefangener führen sie in unterschiedlichen Strafvollzugs- und Jugendarrestanstalten Bayerns und in der Justizvollzugsschule Straubing Präventionsveranstaltungen für Gefangene und Bedienstete durch.



Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Projektidee

- Zugang in Haftanstalten ermöglichen
- Thema HIV/Hepatitis auffrischen
- Präventionsauftrag in Haft umsetzen
- Zielgruppenspezifische Angebote in Haft:

Projektidee

Ein Vierteljahrhundert nach der ersten Konfrontation mit HIV ist es immer noch schwer, das Interesse für Präventionsveranstaltungen zu diesem Thema zu wecken.

Mit dem Projekt sollen die Themen HIV und Hepatitis in die Haftanstalten transportiert werden und damit das Gesundheitsbewusstsein von Inhaftierten gestärkt und gefördert werden. Die Nachhaltigkeit der Präventionsbotschaften wird durch ein freiwilliges und kostenloses Hepatitis-B-Impfangebot herbeigeführt.

Zielgruppe

Der Anteil an DrogengebraucherInnen schwankt, je nach Haftanstalt, zwischen 30 % und 50 % aller Inhaftierten. Virus-Hepatitis sind unter Drogen gebrauchenden Inhaftierten, aber auch unter Gefangenen allgemein weit verbreitet. 60–80 % der intravenös Drogen Konsumierenden haben eine chronische Hepatitis C¹, 50–60 % haben eine Hepatitis B durchgemacht (davon sind 3–5 % chronisch infiziert).² Nicht nur der fortgesetzte Drogenkonsum, auch Risiken wie Tätowieren und Piercen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen, Sex und generell mangelnde Hygiene fördern die Verbreitung dieser Infektionskrankheiten. HIV- und Hepatitisprävention stehen in engem Zusammenhang. Die Übertragungswege ähneln sich. Eine Co-Infektion kann den Krankheitsverlauf deutlich beschleunigen. Ebenso besteht für Hepatitisinfizierte

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

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

ein deutlich höheres HIV-Infektionsrisiko. Abgesehen von den individuellen gesundheitlichen Schäden (von akutem Leberversagen bis zum Leberkrebs) und sozialen Beeinträchtigungen (z. B. Verlust der Arbeitsfähigkeit) bringen Hepatitiden aber auch erhebliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft mit sich (Kosten für Behandlung, Transplantation, Arbeitsunfähigkeit usw.). Gesundheitsdienste inner- und außerhalb des Justizvollzugs treten daher dafür ein, Gefangenen und Personal geeignete Schutzmöglichkeiten zu bieten und so letztendlich auch uns alle zu schützen.

Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Zielgruppenspezifische Angebote in Haft:

- Wie können unsere Präventionsbotschaften für Gefangene umgesetzt werden???
- Ziel soll sein, dass Botschaften im „Risikofall“ umgesetzt werden können! Auch über die Haftzeit hinaus!

Zielsetzung

- ◆ Infektionen verhindern
- ◆ Gefängnispersonal, Gefangene und deren Angehörige sowie mittelbar auch die Gesellschaft vor Hepatitis B und D schützen
- ◆ Chronische und behandlungsbedürftige Hepatitis B und Folgen wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs vermeiden
- ◆ Komplikationen durch Mehrfachinfektionen (insbesondere bei zugrunde liegender Hepatitis C!) reduzieren
- ◆ Erreichen einer Steigerung der Durchimpfungsrate
- ◆ Abbau von Ängsten und Erhöhung des Risikobewusstseins durch verbesserte Aufklärung
- ◆ Entstigmatisierung
- ◆ Umsetzung der rechtlichen Vorgaben und Empfehlungen³
- ◆ Kostenreduktion (Präventivmedizin zur Kostensenkung)

³ RKI, *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 30, 25. Juli 2008



Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Besonderheiten in Haftanstalten

- Geschlossene Gesellschaft
- Wenig Motivation der Gefangenen
- Mehrarbeit für die Beamten
- Jede Anstalt funktioniert anders
- Jedes Bundesland hat eigenes JVollzG
- Bild über HIV stammt oft noch aus den 80ern

Notwendigkeit der Gesundheitsfürsorge und Prävention in Haft

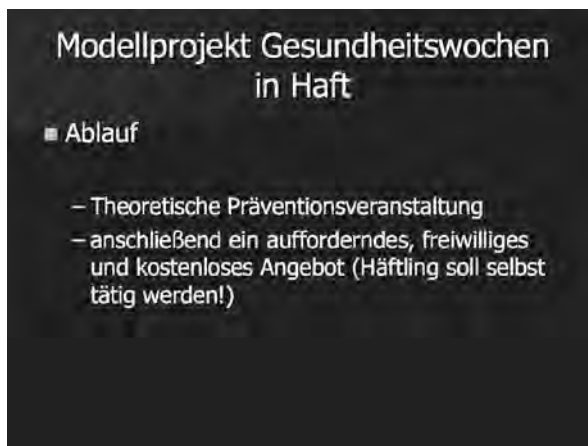
Die Anzahl von Infizierten in Haft mit HIV und Hepatitis ist um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung außerhalb der Haftanstalt⁴. Dies hat seine Ursache darin, dass überdurchschnittlich viele Drogen gebrauchende Menschen inhaftiert sind. Der fortgesetzte Konsum und die Risiken beim Piercen, Tätowieren und Sex fördern die Verbreitung dieser Infektionskrankheiten in den Haftanstalten. Die Gesundheitsversorgung in Haft ist in § 56 (1)ff StVollzG formuliert: Für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen ist zu sorgen. Der Gegensteuerungsgrundsatz im § 5 (2) bayStVollzG formuliert: Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken. Der Angleichungsgrundsatz im § 5 (1) bayStVollzG formuliert: Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen draußen soweit als möglich angeglichen werden. Folglich sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Gesundheitsversorgung und Prävention im Justizvollzug gegeben. So besteht im Gesundheitssystem außerhalb der Haft z. B. ein Rahmenvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und den gesetzlichen Krankenkassen zur Impfkostenübernahme vom Hepatitis A+B bei gefährdetem Personenkreis.

Nutzen für die Justizvollzugsanstalten durch das Projekt

Es kann sowohl für Inhaftierte als auch für MitarbeiterInnen im Strafvollzug sinnvoll sein, die durch die gemeinsame Entwicklung von Präventionskonzepten entstehen-

⁴ Stöver, H., Weilandt, C. (1997): Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug, in: *Infektionsepidemiologische Forschung*, III/97

den Synergien zu nutzen, um so die Gesundheitsfürsorge in Haft für alle weiter auszubauen. Die Schulung von Mitarbeiter(inne)n im Strafvollzug ist für AIDS-Hilfen eine gute Ausgangssituation, um das Thema Gesundheitsförderung in Haft zu platzieren und für eine bessere Gesundheitsversorgung in Haftanstalten einzutreten. Eine Voraussetzung für die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Justizvollzug ist die Sensibilisierung des Vollzugspersonals zu diesem Themenkomplex, der nicht nur die Situation der Inhaftierten beleuchtet, sondern auch die Belange der Bediensteten berücksichtigt. Dieser Ansatz wurde auch im Rahmen der 1. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft 2004 in Bonn klar hervorgehoben. Die AG Aids & Haft in Bayern vertritt diesen Ansatz seit längerer Zeit und versucht, in Veranstaltungen und Gesprächen die Vorteile zu verdeutlichen, die die Schulungen von Gefangenen für Bedienstete mit sich bringen. Wer sich um den Schutz der eigenen Gesundheit bemüht, ist in der Regel auch an der Reduzierung von Gesundheitsrisiken in einem System wie dem Justizvollzug interessiert und offen für weiterführende Maßnahmen. Weniger Infektionen bei Inhaftierten reduzieren auch die Risiken beim Vollzugspersonal. Daher sind alle Professionen und Beteiligten im Kontext JVA auch aufgefordert, dieses Modellprojekt mit umzusetzen und auf seine Tauglichkeit und Nachhaltigkeit zu überprüfen.



**Modellprojekt Gesundheitswochen
in Haft**

- **Ablauf**
 - Theoretische Präventionsveranstaltung
 - anschließend ein aufforderndes, freiwilliges und kostenloses Angebot (Häftling soll selbst tätig werden!)

Ablauf

- ◆ Kontaktaufnahme und Vorstellung der Projektidee
Die Anstaltsleitung sowie der Medizinische und Soziale Dienst sollten von der Idee überzeugt sein/werden, damit eine gute Zusammenarbeit stattfinden kann. Eine Kooperation mit der Drogenberatung in der JVA wird angestrebt.



- ◆ Informations- und Präventionsveranstaltungen für das Vollzugspersonal
Die Mitarbeiter des Medizinischen und Sozialen Dienstes sowie die Vollzugsbeamten sollen über das Projekt und seine Inhalte informiert werden, damit sie gegenüber den Gefangenen auch als Multiplikatoren und gegebenenfalls als Befürworter des Projektes fungieren können.
- ◆ Durchführung und Organisation von Informations- und Präventionsveranstaltungen für Häftlinge (max. 20 Personen)
- ◆ Zeitnahes Angebot des Medizinischen Dienstes/des örtlichen Gesundheitsamtes zur freiwilligen Hepatitis-B-Impfung
- ◆ Evaluation und Veröffentlichung der Ergebnisse

Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Schlüssel in die JVA-Arbeit

- Persönliche Kontakte zu Personal
- Persönliche Kontakte zu Anstaltsleitung/-Arzt
- Kontakte ins Justizministerium
- Vernetzung auf Landesebene
- Kontakte zu Politikern
- Vertrauen, Kontinuität und Verlässlichkeit

Kosten/Finanzierung/Leistungsangebot

1. Präventionsveranstaltungen für Bedienstete können mit einem Arzt im Rahmen einer sogenannten „Medizinischen Rundreise“ der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt werden. Die Kosten hierfür trägt die DAH.
2. Präventionsveranstaltungen für Gefangene führen die in der AG Aids & Haft in Bayern vertretenen Organisationen im Rahmen des staatlichen Präventionsauftrages kostenlos durch.
3. Die AG Aids & Haft in Bayern bemüht sich, den Impfstoff für das Modellprojekt kostenlos zu beschaffen.
4. Die kooperierende JVA unterstützt durch ihre Dienste (Gesundheits-, Sozial- und Allgemeiner Vollzugsdienst) die oben genannten Veranstaltungen und führt das Impfangebot durch.

Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Folgerung:

- Es reicht nicht nur mit den Gefangenen zu arbeiten!
- Es ist ein deutlicher Mehraufwand und längere Vorbereitungszeit notwendig, als in anderen HIV-Arbeitsbereichen
- Erfolge müssen ermittelt und „vermarktet“ werden!
- Finanzielle Mittel akquirieren

Modellprojekt Gesundheitswochen in Haft

■ Ergänztter Ablaufplan dieses Modellprojektes:

- Projektkonzeption ausarbeiten
- Vorstellung und Genehmigung bei Anstaltsleitung
- ggf. Einflussnahme über Ministerium und Politik
- Personalschulung /-information
- Präventionsveranstaltung der Gefangenen
- Aktivierendes Angebot (kostenlose und freiwillige Hep. A/B Impfung)
- Evaluierung des Projektes
- Bekanntgabe / Veröffentlichung der Ergebnisse



V. Ergebnisse des Workshops – Das Miteinander von Haftanstalten und AIDS-Hilfen

Die Gespräche innerhalb des Workshops lassen abschließend feststellen:

Die Zusammenarbeit von Haftanstalten und externen Beratungsstellen wie die der AIDS-Hilfe ist für beide Seiten sehr förderlich und für manche Bereiche der Unterstützung und Resozialisierung der Gefangenen sogar unerlässlich. Eine interdisziplinäre Kooperation in den JVAen kann somit für alle Seiten unterstützend wirken und helfen, den Auftrag der Resozialisierung der Gefangenen (hier im Rahmen der Gesundheitsförderung) nachhaltig zu erfüllen.

Insbesondere im Bereich der HIV- und Hepatitisprävention ist oft der Umgang mit in Haft heiklen Themen wie Drogenkonsum und Illegalität, Akzeptanz von HIV-Positiven in den Reihen der Gefangenen und Verantwortlichkeiten in Rahmen des Schutzes vor HIV-Übertragungen schwer zu händeln. Hier kann eine fruchtbare Zusammenarbeit nur dann passieren, wenn es im Vorhinein gelingt, Verständnis für die unterschiedlichen Sichtweisen und Arbeitsansätze der verschiedenen Institutionen zu gewinnen.

Hierfür sind persönliche Kontakte, vertrauensbildende Maßnahmen und deutliche Akzeptanz der unterschiedlichen Arbeitsaufträge unerlässlich.

Die gelungene Zusammenarbeit von AIDS-Hilfen und JVAen beinhaltet viele zu berücksichtigende Aspekte. Eine weitere Ausdifferenzierung der Möglichkeiten gelungener Zusammenarbeit ist von hohem Interesse, wenn sie auch innerhalb des Workshops aufgrund der knappen Zeit nicht zu Ende geführt werden konnte.

Ermuntert wurde abschließend seitens einiger Teilnehmer, sich für die Angebote der AIDS-Hilfe auch weiterhin verstärkt zu öffnen. Es bleibe noch viel zu tun auf dem Gebiet der HIV- und Hepatitisprävention, so dass es Sinn mache, auch in Zukunft daran zu arbeiten, verstärkt aufeinander zuzugehen und den Raum Haft als Möglichkeit für das Herangehen an hochvulnerable Gruppen effizient und kreativ zu nutzen.



AG 4 „Gesundheitsförderung für Bedienstete im Strafvollzug“:

Wenn Leistungsverdichtung krank macht – psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Meike Schwark, Juristin, Dipl.-Sozialökonomin, Hamburg

Coaching als Unterstützung für Leiter/innen von Justizvollzugsanstalten

Oberst Georg Klugsberger, MSc,
Leiter der Justizanstalt Feldkirch, Österreich
Protokoll: Oberst Georg Klugsberger



„Coaching als Unterstützung für Leiterinnen und Leiter von Justizanstalten“

Oberst Georg Klugsberger, MSc, Leiter der Justizanstalt Feldkirch, Österreich

1. Problemstellung

Im österreichischen Strafvollzug haben in den letzten Jahren weitgehende Entwicklungen stattgefunden, die nicht nur die Behandlung der Insassinnen und Insassen betreffen, sondern auch den Anspruch an das Vollzugspersonal wesentlich erhöht haben. Insbesondere die neuen Rollenanforderungen an Führungskräfte, der Entwicklungsprozess weg von der Sachführung hin zur Personalentwicklung und „Selbstführung“ mit dem Ziel, das Problemlösungspotential zu erkennen, zu fördern und verstärkt einzusetzen, spielt in diesem Zusammenhang eine herausragende Rolle.

Auch das Spannungsfeld, das aus dem kaum überwindbaren Gegensatz der Aufgabenstellung der sicheren Verwahrung der Gefangenen und dem gesetzlichen Auftrag, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die die Reintegrationschancen nach der Entlassung verbessern, entsteht, ist ständig zu überwinden. Hinzu kommen äußerst beschränkte Personal- und Sachressourcen, die die Erfüllung der gesetzlichen Aufträge wesentlich erschweren und teilweise unmöglich machen. Eigenmotivation und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheinen in diesem Kontext zu einer nur sehr schwer zu bewältigenden Aufgabe anzuwachsen.

2. Untersuchungsmotivation

In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, wie Leiterinnen und Leiter in ihrem verantwortungsvollen Tätigkeitsfeld unterstützt werden können. Wie und von wem wurde bis jetzt Unterstützung gewährt und wie ist Unterstützung wahrgenommen worden? Wie hoch ist die Arbeitszufriedenheit generell bei derartiger komplexer Belastungssituation?

Hat subjektiv empfundener Mangel an Unterstützung direkte Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit? Sollten die Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter in Zukunft mehr unterstützt werden und in welcher Form sollte dieses geschehen?

3. Die Studie

Im ersten Teil der Studie wurde insbesondere auf diese Fragen eingegangen, um so ein umfassendes Bild von der gegenwärtigen Situation in Bezug auf Unterstützung der Führungskräfte im österreichischen Strafvollzug zu erhalten.

3.1 Arbeitszufriedenheit

Insgesamt konnte eine überdurchschnittliche Zufriedenheit der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter mit deren Tätigkeitsbereichen festgestellt werden. Hierbei waren keine auffälligen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den verschiedenen Altersklassen nachzuweisen.

Tabelle III.7/14: Untersuchung des Zufriedenheitsgrades der Befragten mit dem Aufgabenbereich, n = 52 Personen

Zufriedenheit mit Aufgabenbereich				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	1,9	1,9	1,9
2	2	3,8	3,8	5,8
3	1	1,9	1,9	7,7
4	3	5,8	5,8	13,5
5	4	7,7	7,7	21,2
6	5	9,6	9,6	30,8
7	13	25,0	25,0	55,8
8	17	32,7	32,7	88,5
9	5	9,6	9,6	98,1
10 = sehr zufrieden	1	1,9	1,9	100,0
Gesamt	52	100,0	100,0	

keine Nennungen bei 0 – daher ausgeblendet

3.2 Unterstützungsmaßnahmen

Hinsichtlich Unterstützung, die die Führungskräfte bis jetzt erhalten haben, wird das Ausmaß mit einem Mittelwert von 5,29 (Skala von 0 für gar keine bis 10 für hervorragende Unterstützung) als durchschnittlich hoch eingestuft.

Trotz überdurchschnittlicher Arbeitszufriedenheit kommt in der Studie deutlich zum Ausdruck, dass weitestgehende Verbesserungsmaßnahmen im Hinblick auf Unterstützung in der Führungstätigkeit wünschenswert sind. Solche Verbesserungsmaßnahmen werden nicht nur von wenig oder nicht zufriedenen Führungskräften, sondern generell gefordert. Hierbei werden der Dienstbehörde (Vollzugsdirektion) die meisten Beitragsmöglichkeiten mit einem Mittelwert von 7,04 (Skala von 0 für keinen Beitrag bis 10 für hohen Beitrag) zugeschrieben. Durchschnittlich werden die Möglichkeiten der Mitarbeiter und der eigenen Person eingeschätzt, einen Beitrag zur Verbesserung der eigenen Zufriedenheit zu leisten. Darüber hinaus werden noch zahlreiche weitere



Stellen und Organisationen genannt, die jedoch größtenteils außerhalb der direkten Einflussphäre der Befragten liegen.

3.3. Coaching als Unterstützung

In einem weiteren Schwerpunkt wurde die Beratungsform des Coaching vorgestellt und auf ihre Eignung als persönliche Unterstützung sowie auf ihre Eignung als Unterstützung der Leitungsteams hinterfragt. Da das theoretische Verständnis dieses Begriffes äußerst differiert, wurde im Fragebogen dieser Begriff erläutert und die Definition des Austrian Coaching Council (ACC) unterlegt.

80,8 % der Leiterinnen und Leiter hielten Coaching für eine geeignete Maßnahme zur persönlichen Unterstützung. Als Themen, für die Coaching als ein geeignetes Instrument zur persönlichen Unterstützung gehalten wurde, sind insbesondere die Bewältigung von Konfliktsituationen mit 35 von insgesamt 162 Nennungen, die Hilfe im Umgang mit schwierigen Mitarbeitern mit 32 Nennungen, gefolgt von Hilfe bei Entscheidungsproblemen mit 23 und Stressreduktion mit 29 Nennungen anzuführen.

Als weitere Themen wurden Hilfe bei Personalentwicklung 18-mal, Steigerung der Leistungsfähigkeit 10-mal, Bewältigung des Arbeitsalltages 9-mal und Lösung persönlicher Probleme 7-mal genannt.

Tabelle IV.13/35: Auswertung der Befragung nach Eignung des Coaching zur persönlichen Unterstützung bei speziellen Themen, n = 162 Nennungen

Coaching – geeignete persönliche Unterstützung (speziell)			
	Antworten		Prozent der Fälle
	n	Prozent	
Coaching zur persönlichen Unterstützung zur:			
<i>Bewältigung des Arbeitsalltages</i>	9	5,6 %	20,9 %
<i>Bewältigung von Konfliktsituationen</i>	35	21,6 %	81,4 %
<i>Hilfe im Umgang mit Mitarbeitern</i>	32	19,8 %	74,4 %
<i>Hilfe bei Personalentwicklung</i>	18	11,1 %	41,9 %
<i>Steigerung der Leistungsfähigkeit</i>	10	6,2 %	23,3 %
<i>Stressreduktion</i>	19	11,7 %	44,2 %
<i>Steigerung der Eigenmotivation</i>	9	5,6 %	20,9 %
<i>Hilfe bei Entscheidungsproblemen</i>	23	14,2 %	53,5 %
<i>Lösung persönlicher Probleme</i>	7	4,3 %	16,3 %
Gesamt	162	100,0 %	376,7 %

Im zweiten Teil dieses Schwerpunktes wurde der Frage nachgegangen, welcher Eignungsgrad Team-Coaching als Unterstützung in der Zusammenarbeit der Leitungsteams zugeschrieben wird. 33 Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter, das sind 63,5 % der Befragten, hielten Coaching auch in dieser Hinsicht für eine geeignete Unterstützungsform. Hier wurden die Themen Bewältigung von Konfliktsituationen (n=26), Kommunikationsverbesserung (n=21), Hilfe bei Entscheidungsproblemen (n=20) und Hilfe im gegenseitigen Umgang (n=17) hervorgehoben.

Tabelle IV.14/38: Auswertung der Befragung nach Eignung des Coaching zur Unterstützung von Leitungsteams zu speziellen Themen, n=117 Nennungen

Team-Coaching – geeignete Unterstützung für Leitungsteams (speziell)			
	Antworten		Prozent der Fälle
	n	Prozent	
Team-Coaching – zur Unterstützung des Leitungsteams bei:			
<i>Team-Coaching – geeignete Unterstützung für Leitungsteam</i>	33	28,2 %	100,0 %
<i>Bewältigung von Konfliktsituationen</i>	26	22,2 %	78,8 %
<i>Hilfe im gegenseitigen Umgang</i>	17	14,5 %	51,5 %
<i>Kommunikationsverbesserung</i>	21	17,9 %	63,6 %
<i>Hilfe bei Entscheidungsproblemen</i>	20	17,1 %	60,6 %
Gesamt	117	100,0 %	354,5 %

In diesen Ergebnissen kommt auch deutlich zum Ausdruck, dass Beratung von Personen, Teams, Organisationen und Dienststellen eine besondere Bedeutung zukommt. Verschiedenste Formen von Einzel- über Teamberatung bis hin zu Großgruppenveranstaltungen scheinen hier – je nach vorherrschenden Schwerpunktbereichen – angebracht zu sein. Berufliche Weiterbildung betrifft zunehmend auch den Bereich der Entwicklung sozialer und organisatorischer Kompetenzen.

Das Erlernen und Üben methodischer Führungsinstrumente wie Gesprächsführung mit Mitarbeitern, Abschluss von Zielvereinbarungen, förderliche Kontrollmaßnahmen hat an Bedeutung gewonnen und ist aus einem Ausbildungskonzept genauso wenig wegzudenken wie die Aneignung von Sachwissen.



3.4. Voraussetzung für die Akzeptanz von Coachs

In einem weiteren Kapitel wurde untersucht, welche Eigenschaften und Voraussetzungen ein Coach aufweisen sollte, um als Beraterin/Berater akzeptiert zu werden.

Als wichtigste Voraussetzungen wurden soziale Kompetenz, gefolgt von fachlicher und methodischer Kompetenz, Erfahrung in Personalführung und Feldkompetenz (alle über dem mittleren Wert 5 einer Skala von 0 für wenig bedeutend bis 10 für sehr bedeutend) genannt. Es folgten Referenzen, akademische Ausbildung und therapeutische Ausbildung (alle unter dem mittleren Wert 5 dieser Skala).

Hinsichtlich beruflicher Herkunft werden Coachs, die nicht aus dem Strafvollzug stammen, von 52 Personen mit 31 Nennungen deutlich bevorzugt. 23-mal wurden Coachs mit beruflicher Herkunft aus dem Bereich aus Strafvollzug, vorwiegend aufgrund der vorhandenen System- und Organisationskenntnis, genannt. In wenigen Fällen wurden beide – nicht aus dem Strafvollzug stammende und solche mit beruflichem Hintergrund im Strafvollzug – akzeptiert (Mehrfachnennungen). In keinem einzigen Fall wurde ein Coach aus der eigenen Justizanstalt akzeptiert. Als Begründung wurden hier im Wesentlichen mangelnde Objektivität und Distanz, Befangenheit und Betriebsblindheit sowie eine fragliche Verschwiegenheit geltend gemacht.

3.5. Gewünschte Ergebnisse von Coachings

Unterschiedlichste Vorstellungen hatten Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter hinsichtlich des gewünschten Ergebnisses eines Coachings. Damit dieses Ergebnis einen persönlichen Profit darstellen würde, müsste es zu Entscheidungsfindungen, zur Aufbereitung von Lösungsvarianten, zu höherer Berufszufriedenheit, positiver Reflexion bis hin zum Erkennen komplexer Abläufe und neuer Arbeitsmethoden wie auch zur Entlastung beitragen.

Die Frage nach der Form der Unterstützung, die die/der Befragte selbst für die Leiterinnen und Leiter der Justizanstalten einführen würde, wenn sie/er die Möglichkeit, die Kompetenz und ausreichend Budget zur Verfügung hätte, schließt die Untersuchung ab.

Als meistgenannte Unterstützungsform wurde in diesem Zusammenhang Einzelcoaching (bei Bedarf) vorgeschlagen (16 Nennungen). Es folgen Besprechungen und Meetings in verschiedensten Zusammensetzungen und zu unterschiedlichsten Anlässen, Seminare für Führungskräfte (Entspannungstechniken, Praktika), Teamcoaching, interner Erfahrungsaustausch, Einzel- und Gruppensupervisionen, juristische Beratung und Schulung, Peergruppen für Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter u. a. m.

Freitag, 17.09.2010

Abschließende Plenarveranstaltung







Charta Gesundheitsförderung in Haft – wir füllen sie mit Leben!

Moderation: Prof. Dr. Heino Stöver,

Fachhochschule Frankfurt, Deutschland

Sammlung (während der gesamten Veranstaltung!):

Carolin Vierendeis, DAH, Berlin, Deutschland

Protokoll: Dr. Caren Weilandt, WIAD, Bonn, Deutschland

Das Ziel des Plenums war es, zu diskutieren, wie die Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ weiterentwickelt und in die Haftanstalten „transportiert“ werden kann. Generell ist anzumerken, dass die Charta einen Rahmen vorgibt, der Gesundheitsförderung in Haft priorisiert, die Ausgestaltung und Umsetzung in den Anstalten ist jedoch individuell zu gestalten. Die Charta basiert auf den Grundlagen der Selbstverpflichtung und stellt einen Settingansatz dar. Sie ist eine Absichtserklärung, die in die strategische und operative Planung der Anstalten einfließen soll.

Die Charta¹¹ bezieht sich auf die folgenden fünf Bereiche:

1. Arbeitsplatz Gefängnis
2. Politik der Haftanstalt
3. Lebenswelt Gefängnis
4. Haftanstalt als Teil der Kommune
5. Nachhaltige Haftanstalt

¹¹ Siehe <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2009/05/chartakurzform.pdf>



Cave: Die Bereiche sind nicht trennscharf!

Zu allen genannten Bereichen wurden im Laufe der Konferenz von den TeilnehmerInnen Ideen, Praxisbeispiele, Anregungen und Vorschläge gesammelt, die im Plenum vorgestellt und z. T. diskutiert wurden. Im Folgenden werden diese Punkte unsystematisiert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet.

ad 1. Arbeitsplatz Gefängnis

- Dienstportangebote
- Unterstützung für Bedienstete bei Suizidfällen in Haft
- Burn-out-Training/Prävention
- Raucherentwöhnung für Bedienstete
- Verbesserung der Kommunikationsstrukturen
- Gesundes Klima fördern (auf Führungskräfteebene ansetzen)

ad 2. Politik der Haftanstalt

- Praxisbeispiel: Ausbau des OST-Angebots in NRW
- Monitoring für strategische Planung einführen
- Entwicklung/Implementation von Gesundheitsmanagementstrategien

ad 3. Lebenswelt Gefängnis

- Veränderung von Aufschluss/Umschlusszeiten
- Angebot von telefonischen Dolmetscherdiensten für die medizinische Behandlung von MigrantInnen
- „Basisausbildung“ für Gefangene
- Multiplikatorenausbildung
- Praxisbeispiel: Befragung von Inhaftierten zur gesundheitlichen Versorgung in Haft (partizipatorischer Ansatz)

ad 4. Haftanstalt als Teil der Kommune

- Praxisbeispiel: Übergangsmanagement der JVA Bremen (EFB Pool, siehe <http://www.hoppenbank.info/16.html>)
- Angebot einer externen OST bzw. Fortsetzung der in Haft begonnenen OST nach Entlassung durch den medizinischen Dienst der Haftanstalt
- Kooperation mit Hospizen
- Evaluation und Monitoring der Angebote/Strukturen durch externe Organisationen

ad 5. Nachhaltige Haftanstalt

- Der Begriff Nachhaltigkeit im Kontext Gefängnis wurde stark kritisiert („grüne Gitter“; Knast bleibt Knast, Nachhaltigkeit erinnert an Wiederinhaftierung – hier sollte unbedingt ein neuer Begriff gesucht werden).

- Beispiele: Raumnutzungskonzepte in Haft, bei Umbauten Farbgestaltung berücksichtigen, Übergangsmanagement (Throughcare Services)

Anschließend wurden Sinn und Zweck der Charta sowie mögliche Wege, diese umzusetzen, kontrovers diskutiert.

Generell sollte die Charta als Basis für die Entwicklung von strategischen Leitlinien dienen, provozieren, visionär sein und als Argumentationshilfe gegenüber der Politik benutzt werden. Intern kann die Charta auch als Vehikel zum Qualitätsmanagement sowie zur internen Zertifizierung genutzt werden.

Zur Frage, wie die Charta in die Haftanstalten transportiert werden sollte, wurden verschiedene Vorschläge unterbreitet und diskutiert:

- ◆ Versenden auf dem Postweg an alle Haftanstalten, um die Charta bekannt zu machen, nicht mit dem primären Ziel, dass die Anstalten die Charta unterschreiben contra: Charta muss vorerst weiterentwickelt, konkretisiert werden, bevor sie verbreitet wird.
- ◆ Versenden an die Justizbehörden mit der Aufforderung, die Charta zu unterzeichnen; contra: Die JMs werden die Charta mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit so nicht unterschreiben.
- ◆ Charta so wie sie momentan ist und angereichert mit Praxisbeispielen in ein öffentliches Portal stellen und zur Diskussion/Kommentierung/Ergänzung aufrufen. Hier könnten konkrete Fragen vor allem an die Anstaltsleiter, medizinischen Dienste und AVDs formuliert werden, z. B., was diese unter Gesundheitsförderung verstehen, welche Ansätze in ihren Anstalten umgesetzt werden, Best-Practice-Ansätze sammeln und somit den Anstalten ein Forum geben, sich zu präsentieren. Voraussetzung wäre, dass ein konkreteres Papier formuliert wird, das als Diskussionsgrundlage genutzt werden kann. contra: Charta ruht seit 2007 und sollte endlich öffentlich gemacht werden, anstatt weiter daran herumzuformulieren.
- ◆ Konsens bestand abschließend darüber, dass die Charta umgearbeitet werden sollte im Sinne einer Formulierung von Gesundheitszielen, wie z. B. die der WHO (Health For All 2010) oder die Millennium Development Goals. Dann sollten sowohl die Anstalten als auch die Vollzugsbehörden eingeladen werden, an der Formulierung und Ausarbeitung mitzuwirken. Nur über diesen Weg lässt sich langfristig eine Konsensfähigkeit herstellen. In die Bestandsaufnahme der Best-Practice-Beispiele sollten auf jeden Fall die Strafvollzugsdienste der Länder und weitere im Vollzug aktive Verbände mit einbezogen werden. Zur Diskussion und Weiterentwicklung der Gesundheitsziele sollten alle verfügbaren Foren genutzt werden, wie z. B. die Zeitschrift für Strafvollzug, Berufsverband der Vollzugsbediensteten etc.



Referentinnen und Referenten	Programm
Dr. Barbara Bojack Eichgärtenallee 14 D – 35394 Gießen bbojack@web.de	Arbeitsgruppe 5 16.09.2010
Tim Ellermann Sedanstraße 126 D – 28201 Bremen Tim.ellermann@gmx.de	Corner Stone Lab 4
Prof. Dr. Bernice Elger Médecine légale CMU 9, av. de Champel CH – 1211 Genève 4 Bernice.Elger@hcuge.ch	Vortrag 17.09.2010
Dirk Gansefort Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE Martinistr. 52, D – 20246 Hamburg Tel.: (040) 741 05 79 06 Fax: (040) 741 05 83 51 d.gansefort@uke.uni-hamburg.de; www.zis-hamburg.de	Arbeitsgruppe 3 16.09.2010
Stefan Giebel Diplom-Mathematiker/Soziologe Berliner Str. 46; D – 34308 Bad Emstal Tel.: (0561) 804 39 91 Tel.: (0172) 562 25 11 Stefan.Giebel@gmx.de	Arbeitsgruppe 2 16.09.2010
Dr. jur. Christine M. Graebisch Rechtsanwältin und Diplom-Kriminologin Lehrbeauftragte an der Universität Bremen KANZLEI: Gerhard-Rohlf's-Str. 71 D – 28757 Bremen Tel.: (0421) 66 27 42 Fax: (0421) 620 43 96 graebisch@uni-bremen.de	Corner Stone Lab 8
Marina Haller Dipl.-Lehrerin Binzmühlestrasse 14/24 CH – 8050 Zürich marina.haller@access.uzh.ch	Arbeitsgruppe 4 16.09.2010
Dr. Manfred Hammel Caritasverband für Stuttgart e.V. Strombergstrasse 11 D – 70188 Stuttgart Tel. (0711) 28 09 20 21, Fax: (0711) 28 09 24 11 m.hammel@caritas-stuttgart.de	Arbeitsgruppe 1 17.09.2010
Martin Jautz Ute Häusler-Jitoboh Augsburger AIDS-Hilfe e.V. Ulmer Strasse 182 D – 86156 Augsburg ute@augsburg.aidshilfe.de	Arbeitsgruppe 2 17.09.2010

Volker Heer-Rodiek Leitung HIDA – Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS jugend hilft jugend Hamburg Hohenesch 13-17 D – 22765 Hamburg Tel.: (040) 3 90 40 30, Mobile: (0160) 94 42 53 71 Fax: (040) 3 90 86 11 volker.heer-rodiek@jhj.de ; Internet: http://www.hida.de	Arbeitsgruppe 4 16.09.2010
Patrick Hoffmann Service médical – COMATEP Consultation infirmière pour maladies transmissibles infirmier référent maladies infectieuses Centre Pénitentiaire Schirring B.P. 35 L – 5201 Sandweiler Tel.: 35 96 21-1; Tel.: +352 35 96 21-461 Fax: +352 35 96 21-467 patrick.hoffmann@apsch.etat.lu	Arbeitsgruppe 3 16.09.2010
Tina Huber-Gieseke Abteilung für Gefängnismedizin, Universitätsklinik Genf, Schweiz oltihuber@bluewin.ch	Arbeitsgruppe 2 16.09.2010
Dr. med. Karlheinz Keppler M.A. Medizinaldirektor, Ärztlicher Dienst JVA für Frauen An der Propstei 10 D – 49377 Vechta Tel.: (04441) 88 43 12 Fax (04441) 88 43 17 Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de	Diskussion 15.09.2010 Arbeitsgruppe 5 17.09.2010
Oberst Georg Klugsberger, MSc, Leiter der Justizanstalt Feldkirch Graf-Hugo-Wuhrgang 2 A – 6803 Feldkirch Mobile.: (0676) 898 97 93 03 georg.klugsberger@justiz.gv.at	Arbeitsgruppe 4 17.09.2010
Bärbel Knorr Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Strafvollzug, Abteilung Strukturelle Prävention 2 Wilhelmstr. 138 D – 10963 Berlin Tel.: (030) 69 00 87-45 baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de	Moderation 17.09.2010 Arbeitsgruppe 1 17.09.2010 Arbeitsgruppe 5 16.09.2010
Dr. phil Karen Klaue, PhD Projektleiterin Bundesamt für Gesundheit Schwarztorstrasse 96 CH – 3003 Bern Tel.: +41 31 323 41 52 karen.klaue@bag.admin.ch	Vortrag 1 16.09.2010 Arbeitsgruppe 3 17.09.2010
Prof. Dr. Norbert Konrad Institut für Forensische Psychiatrie Charité – Universitätsmedizin Berlin Oranienburger Str. 285 (Haus 10) D – 13437 Berlin Tel.: (030) 84 45 14 13 norbert.konrad@charite.de	Vortrag 16.09.2010



Indra Kraft AIDS-Hilfe Unna Landesarbeitskreis Drogen-Haft der Aidshilfen NRW Gerichtsstraße 2A D – 59423 Unna Tel.: (02303) 194 11 info@unna.aidshilfe.de	Arbeitsgruppe 2 17.09.2010
Dr. Karin M. Meissner FÄ für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, Suchttherapie, Notärztin Medizinalreferentin und Anstaltsärztin Anstaltsärztin JVA Bruchsal Ast. Kislau Kislauer Weg 5 D – 76669 Bad Schönborn Tel.: (07253) 95 94-300 Fax: (07253) 95 94-730 Karin.Meissner@jvabruchsal.justiz.bwl.de	Vortrag 17.09.2010
Dr. Dr. med. Helmut Niederhofer FA für Psychiatrie/Neurologie/Kinder- und Jugendpsychiatrie Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie Bahnhofstraße D – 08228 Rodewisch Helmut.Niederhofer@skhro.sms.sachsen.de	Corner Stone Lab 10
Prof. Dr. Jörg Pont Brachtlgasse 20A; A – 1230 Vienna joerg.pont@univie.ac.at	Diskussion 15.09.2010
Dr. med. Catherine Ritter University Center of Legal Medicine of Geneva and Lausanne, Switzerland 38 Ch du Vignoble, CP 8 CH – 1232 Confignon/GE Tel.: +41 22 757 31 12; Mobile: +41 79 704 29 66 www.catherineritter.ch, info@catherineritter.ch	Arbeitsgruppe 1 16.09.2010 Arbeitsgruppe 3 17.09.2010 Corner Stone Lab 1
Meike Schwark Juristin, Dipl.-Sozialökonomin, Borner Stieg 41, D – 22417 Hamburg Tel.: (040) 881 18 58 meike_schwark@web.de	Arbeitsgruppe 4 17.09.2010
Mag. arch. Dr. techn. Andrea Seelich Architektin – Schwerpunkt Strafvollzug Handbuch Strafvollzugsarchitektur – Parameter zeitgemäßer Gefängnisplanung; Schleifmühlgasse 12–14/31; A – 1040 Wien Tel.: +43/(0) 680 217 30 33 a.seelich@gmx.at	Corner Stone Lab 6
Mag. Harald Spirig Geschäftsführer Evangelisches Haus Hadersdorf – Wobes, Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH Mauerbachstr. 34; A – 1140 Wien Tel.: +43 1 979 10 83 – 21 Fax: +43 1 979 10 83 - 30 harald.spirig@shh.at office@shh.at www.shh.at	Moderation 17.09.2010

Brigadier Alfred W. Steinacher Leiter der Abteilung Innovation, Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit Vollzugsdirektion Österreich Kirchberggasse 33 A – 1070 Wien Tel.: +43 / (0)1 / 907 69 97 DW 1020 Mobile: +43 / (0)676 / 898 97 10 20 alfred.steinacher@justiz.gv.at	Vortrag 16.09.2010	
Prof. Dr. Heino Stöver Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich 4, Soziale Arbeit und Gesundheit Gebäude 2, Nibelungenplatz 1 D – 60318 Frankfurt Tel.: (069) 15 33 28 23 hstoever@fb4.fh-frankfurt.de	Moderation Diskussion 15.09.2010 Eröffnung 16.09.2010 Arbeitsgruppe 1 16.09.2010	
Rüdiger Wächter (Dipl. Soz.-Päd.) AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e. V Pastor-Böhlitz-Straße 29 D – 46483 Wesel Tel.: (0203) 66 66 33 info@aidshilfe-duisburg-kreis-wesel.de	Corner Stone Lab 11 16.09.2010 Vortrag 17.09.2010 Charta Gesundheitsförderung 17.09.2010	
Dr. Caren Weilandt Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V. Ubiestraße 78 D – 53173 Bonn caren.weilandt@wiad.de	Arbeitsgruppe 2 17.09.2010	
Wilfried Weyl Justizvollzugsanstalt Butzbach Bezirkskrankenhaus, Leitung Krankenpflegedienst Kleeberger Str. 23, D – 35510 Butzbach Tel.: (06033) 8 93 33 40; Fax: (06033) 8 93 39 02 Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de	Corner Stone Lab 9 Moderation	
Wilfried Weyl Justizvollzugsanstalt Butzbach Bezirkskrankenhaus, Leitung Krankenpflegedienst Kleeberger Str. 23, D – 35510 Butzbach Tel.: (06033) 8 93 33 40; Fax: (06033) 8 93 39 02 Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de	Arbeitsgruppe 5 17.09.2010	
Dr. med. Hans Wolff Abteilung für Gefängnismedizin, Universitätsklinik Genf, Schweiz Av. de Champel 9 CH – 1211 Genève 4 Tel.: +41 22 (37) 95 969 (direct 95 547); Fax: +41 22 (37) 95 985 Hans.Wolff@hcuge.ch	Corner Stone Lab 2	
Wilfried Zahn Diplom-Psychologe/Oberregierungsrat Justizvollzugsanstalt Detmold Bielefelder Straße 78; 32756 Detmold Tel.: (05231) 614-171; Fax: (05231) 614-190 wilfried.zahn@jva-detmold.nrw.de www.jva-detmold.nrw.de	Corner Stone Lab 5	
Dr. Heike Zurhold Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE Martinistr. 52 D – 20246 Hamburg Tel.: (040) 741 05 79 06; Fax: (040) 741 05 83 51 HZurhold@aol.com	Corner Stone Lab 3	

Veranstalter:

- ◆ akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Christine Kluge Haberkorn
- ◆ Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Bärbel Knorr
- ◆ Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt/Main, Prof. Dr. Heino Stöver
- ◆ Schweizer Haus Hadersdorf, Wien, Mag. Harald Spirig;
- ◆ Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. Bonn, Dr. Caren Weilandt
- ◆ Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Programmbeirat:

- ◆ Dr. med. Karlheinz Keppler M.A.,
Medizinaldirektor – Frauenarzt, Ärztlicher Dienst JVA f. Frauen Vechta, D
- ◆ Prof. Dr. Jörg Pont,
Wiss. Konsulent des Bundesministerium für Justiz Österreich, Wien, A
- ◆ Andreas Thiel,
Justizbehörde Hamburg, Strafvollzugsamt – Abteilung Aufsicht –, D
- ◆ Dr. Hans Wolff,
Médecin adjoint Unité de médecine pénitentiaire (UMP),
Centre médical universitaire Genève, CH

Veranstaltungsort:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistrasse 52
D – 20246 Hamburg
Vorträge: Hörsaal Physiologie N43
Workshops: Rothe-Geussenhainer-Haus N45

Abstracts:

www.gesundinhaft.eu

Organisation:

akzept e.V.
Christine Kluge Haberkorn
akzeptbuero@yahoo.de

