

3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Berlin, 7. bis 9. November 2007

Dokumentation

Herausgegeben von
akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.



Impressum

Herausgegeben von

akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.

Redaktion

Bärbel Knorr, Heino Stöver, Caren Weilandt

Fotos

Bärbel Knorr, Dirk Schäffer, Heino Stöver, Steffen Taubert

Gestaltung und Satz

Carmen Janiesch

Druck

Druckerei Conrad GmbH

Bestellungen an

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Bestellnummer: 022032

Berlin, November 2008

ISBN: 3-930425-58-0

Inhalt

Vorwort	5
---------------	---

Mittwoch, 07.11.2007 · Vorprogramm

Wann besucht Klaus Wowereit die Gefangenen in Tegel?	9
<i>Klaus Jünschke</i>	
Substitutionsbehandlung in Haft – Wirksamkeit, Versorgungsprobleme, Ablehnungsbegründungen und Bausteine „Guter Praxis“	12
<i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	

Donnerstag, 08.11.2007 · Vorträge

Eröffnung	23
<i>Dr. Caren Weilandt</i>	
Infektionserkrankungen unter Gefangenen in Deutschland Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten	26
<i>Josef Eckert, Caren Weilandt, Doris Radun</i>	
Veränderungen in der Krankenpflegepolitik und -praxis in Gefängnissen in England und Wales – Zusammenfassung	41
<i>Sheila McNerney</i>	
Prävention und Gesundheitsförderung in spanischen Gefängnissen: Ein Modell für Europa?	45
<i>Andrés Marco</i>	

Donnerstag, 08.11.2007 · Arbeitsgruppen

AG 1 Mentale Gesundheit, Umgang mit Depression und Suizidversuchen	59
<i>Dr. Alexandra Wabnegg-Harnisch und Joe Bausch-Hölterhoff</i>	

AG 2	Krankenpflege im Justizvollzug	66
	<i>Dr. Barbara Bojack und Sr. Marianne Tober</i>	
AG 3	Betriebliche Gesundheitsförderung	76
	<i>Winfried Geppert und Dagmar Ständer</i>	
AG 4	Ärztliche Ethik und Gefangenenrechte	80
	<i>Prof. Dr. Johannes Feest und Prof. Dr. Jörg Pont</i>	
AG 5	Umgang mit Gewalt im Justizvollzug	83
	<i>Wilfried Wilkens</i>	

Freitag, 09.11.2007 · Vorträge

	Medikamentengestützter Entzug, Substitution und Heroingabe	89
	<i>Dr. Christoph Burz</i>	
	Entzug und Weiterbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	91
	<i>Dr. Christoph Richter</i>	

Freitag, 09.11.2007 · Arbeitsgruppen

AG 1	„Schöner Wohnen? Gestaltungsmöglichkeiten im Vollzug“	101
	<i>Dr. techn. Mar.arch. Andrea Seelich und Bettina Ruhland-Neitzke</i>	
AG 2	Dokumentation, Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung	122
	<i>Burkhardt Rabbeau und Michael Staschewski</i>	
AG 3	Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“	
	– Präsentation und Diskussion	126
	<i>Prof. Dr. Heino Stöver und Prof. Dr. Bernice Elger</i>	
	– Gesundheitsfördernde Haftanstalten:	
	Europäische Richtlinien und Genfer Praxis	136
	<i>Prof. Dr. Bernice S. Elger und Prof. Dr. Heino Stöver</i>	
	– Leitende Gedanken in der anschließenden Diskussion	
	der Arbeitsgruppe „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“	148
	<i>Prof. Bernice S. Elger, Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Caren Weilandt</i>	
AG 4	Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung:	
	Versorgungsprobleme und Zuzahlungen	151
	<i>Stefan Enggist und Rainer Rex</i>	
AG 5	„Die Außenseiter? – Jugendliche und Frauen in Haft“	155
	<i>Dr. Karlheinz Keppler und Dr. Rüdiger Wulf</i>	

Anhang

	Grußwort von Frau Senatorin von der Aue am 9.11.2007 um 14 Uhr	159
	Konferenz-Evaluation: Auswertung der Teilnehmer/innen-Fragebögen	162
	<i>Kathleen Schwarz</i>	



Vorwort

Zum dritten Mal veranstalteten das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands, die Deutsche AIDS-Hilfe und akzept e. V. – Bundesverband für humane Drogenpolitik und akzeptierende Drogenarbeit – eine Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Unter der Schirmherrschaft von Justizsenatorin Gisela von der Aue diskutierten 180 Praktikerinnen und Praktiker aus den Justizvollzugsanstalten und Gesundheitsdiensten außerhalb der Mauern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz drei Tage lang über Strategien der Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete.

Immer wieder stehen die Gesundheitsbedingungen in den Gefängnissen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Medien: Zwischen der fachlichen Diskussion hoher gesundheitlicher Belastungen der Gefangenen und Bediensteten und eines medial-populistisch aufbereiteten ‚Hotelvollzuges mit externer Drogenzufuhr‘ ist dabei oftmals nur ein schmaler Grat. Deshalb bemühen sich die Veranstalter um einen vertieften fachlichen Austausch über Beispiele ‚Guter Praxis‘ in europäischen Ländern. Dabei geht es um eine Annäherung an eine international geforderte Äquivalenz in der gesundheitlichen Versorgung in Freiheit und in Haft.

Die Erhaltung und Erreichung von Gesundheit stellt einen zentralen Faktor für die Resozialisierung der Gefangenen dar. Werden Behandlungen nicht oder zu spät durchgeführt oder infizieren sich Gefangene mit HI- oder Hepatitis-Viren, dann sinken ihre Chancen nicht nur auf eine gesundheitliche Stabilisierung bzw. Heilung, sondern auch auf eine soziale Integration nach der Entlassung.

Dabei ist die Zeit der Gefangenschaft eine günstige Gelegenheit, notwendige Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen durchzuführen, denn anders als draußen in oftmals chaotischen Lebensbezügen, bleiben die Gefangenen stabil, erreichbar und ansprechbar für den medizinischen Dienst und seine Leistungen. Jede nicht oder zu spät begonnene Behandlung von Krankheiten reduziert die Chancen auf Heilung. Werden medizinische Behandlungen im Vollzug eingeleitet, dann sollten sie nach der Entlassung von Gesundheitsdiensten in der Kommune weitergeführt werden. Noch gibt es viele Behandlungsabbrüche und -unterbrechungen in Haft, die auf eine mangelnde Kommunikation und Kooperation der Gesundheitsdienste drinnen und draußen schließen lassen.

Internationale Standards und Richtlinien der Gesundheitsförderung (etwa der Weltgesundheitsorganisation), neueste wissenschaftliche Ergebnisse sowie Erfahrungen und Erkenntnisse aus mehreren europäischen Ländern (England, Spanien, Österreich, Schweiz und Slowenien) wurden auf der dreitägigen Konferenz präsentiert. Dazu wurden Exkursionen zu Berliner Haftanstalten angeboten, um innovative Praxisansätze kennenzulernen (etwa Vergabe steriler Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene in der JVA für Frauen Lichtenberg).

Die 4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft wird am 16./17. April 2009 in Wien (Europahaus) stattfinden (siehe ausführlich: www.gesundinhaft.eu).

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

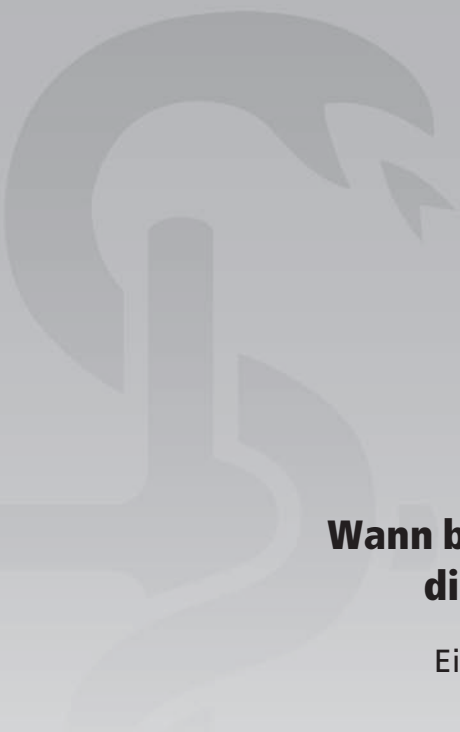
Prof. Dr. Heino Stöver (Universität Bremen)

Dr. Caren Weilandt (WIAD, Bonn)

Mittwoch, 07.11.2007
Vorprogramm







Wann besucht Klaus Wowereit die Gefangenen in Tegel?

Ein Bericht von Klaus Jünschke

Im Mittelpunkt der 3. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft stand die Frage, wie die international geforderte Gleichheit der Gesundheitsversorgung innerhalb und außerhalb der Haftanstalten hergestellt werden kann, weil sie in vielen Bereichen nicht umgesetzt ist. Wichtige Behandlungen, z. B. die Methadonsubstitution und Präventionsangebote zur Vermeidung von HIV- und Hepatitis-Infektionen werden den Gefangenen in Deutschland und in den meisten anderen Ländern der Europäischen Union vorenthalten. Von den rund 20.000 Süchtigen in den bundesdeutschen Gefängnissen werden gerade einmal 500 dauerhaft substituiert. Beispielhafte Ausnahmen sind Österreich, die Schweiz und Spanien. In der Schweiz wird in zwei Gefängnissen sogar Heroin an Gefangene abgegeben, die mit Methadon nicht zu erreichen wären. Die Prävention und die Gesundheitsförderung in Spaniens Gefängnissen wurde als modellhaft für Europa vorgestellt. Dort wird jeder opiatabhängige Gefangene, der substituiert werden möchte, auch substituiert. Diese Entwicklung wird damit erklärt, dass im spanischen Parlament mehrere ehemalige politische Gefangene aus der Zeit der Franco-Diktatur vertreten waren, als diese Reformen zur Gesundheitsversorgung verabschiedet wurden.

Auf der Konferenz in Berlin waren keine Gefangenen anwesend, aber die Veranstalter hatten Exkursionen in das Vollzugskrankenhaus Berlin-Plötzensee, das Frauengefängnis Berlin-Lichtenberg und in das Männergefängnis Berlin-Tegel organisiert. In



Tegel konnten 20 Konferenzteilnehmer/innen mit Gefangenen sprechen, die in der Redaktion der Zeitschrift „Der Lichtblick“ arbeiten oder als Gefangenensprecher in die Gefangeneninteressenvertretung gewählt wurden.

Die Gefangenen hatten sich gut vorbereitet und konnten eindrücklich vermitteln, warum Gefängnisse krank machen. Da sie immer wieder auch lobend hervorhoben, was aus ihrer Sicht zufriedenstellend ist – so die als sehr gut bezeichnete zahnärztliche Versorgung oder den seit einiger Zeit üblichen Einsatz von Hubschraubern, um Notfallpatienten schnell in Kliniken bringen zu können –, konnte ihre Kritik umso ernster genommen werden. In Tegel, das Platz für 1500 Gefangene hat, sind über 1750 Menschen inhaftiert. Die Gefangenen kommentierten dies mit Bitterkeit: Wenn ein Parkhaus belegt ist, kann ein neues Auto erst wieder einfahren, wenn ein Wagen das Parkhaus verlässt. Mit Gefangenen wird anders verfahren – statt einen Aufnahme-stopp anzuordnen, wird zugelassen, dass Zellen doppelt belegt und Räume, die für Freizeitangebote zur Verfügung stehen sollten, zu Zellen umgebaut werden. Nahezu unglaublich ist, dass in Tegel auch noch die Zellen belegt werden, die sich in den am Ende des 19. Jahrhunderts gebauten Häusern 1 und 2 befinden – in einer Größe von 5,6 und 6 Quadratmetern.

Mehr als die Liste der Beschwerden über die fehlende freie Arztwahl, über das schlechte Essen, den Gestank in alten verwohnten Zellen und vieles andere mehr berührte die Besucherinnen und Besucher der Appell der Gefangenen, sie als Menschen wahrzunehmen und nicht als Monster: „Sie können hier durch das ganze Gefängnis spazieren und werden erleben, dass Sie keine Angst zu haben brauchen und niemand Ihnen etwas tut.“

Wer sich vergegenwärtigt, dass Gerhard Schröder 1998 seinen Wahlkampf damit führte, dass er für die umgehende Abschiebung der straffällig gewordenen Ausländer plädierte und jetzt in der Schweiz mit demselben Populismus auch wieder Wahlen gewonnen werden konnten, muss nicht nach den Ursachen der pogromartigen Angriffe gegen Roma und Rumänen in Italien fragen. Und wenn es das Ergebnis von populistischen Law-and-Order-Kampagnen ist, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung bei straffällig gewordenen Ausländern nur noch wünscht, sie möglichst schnell loszuwerden, dann ist auch klar, dass in den verbleibenden Menschen mit deutschem Pass nichts anderes gesehen wird als Unpersonen, mit denen ähnlich verfahren werden sollte: weg damit. Nicht die Gesundheitsförderung in Haft steht aus dieser Perspektive auf der Tagesordnung, sondern die Unschädlichmachung dieser „Gefahrenquelle“.

Den Gefangeneninteressenvertretern in Tegel ist sehr wohl bewusst, dass sie aus dieser Falle nicht alleine herausfinden. Sie haben daher Bürgermeister Wowereit zu einem Gespräch nach Tegel eingeladen – in der richtigen Annahme, dass eine öffentlichkeitswirksame Begegnung dazu beitragen könnte, dass sie wieder mehr als Mitbürger und weniger als Monster wahrgenommen werden. Herr Wowereit hat auf die Einladung mit einer Absage reagiert.

Die Medien haben sich gegenüber der Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft ähnlich verhalten – keine einzige Journalistin, kein einziger Journalist, niemand vom Fernsehen, niemand vom Rundfunk, niemand von der Presse war da.

Ein Dramatisierungsverbund aus Polizei, Politik und Medien begleitet den Abbau des Wohlfahrtsstaats und seine Transformation in einen Überwachungs- und Kontrollstaat mit dem Anheizen von Kriminalitätsfurcht und der Propagierung von Härte gegen Straftäter.

Ignoriert wird dabei, dass „Law and Order“ ein Kernelement der Ideologie der Rechtsextremisten ist.

Wenn es den Regierenden mit dem von ihnen propagierten Kampf gegen den Rechtsextremismus ernst ist, ist es ihre Pflicht, die Gefangenen – nicht nur in Tegel – zu besuchen und auch dafür zu sorgen, dass die im Strafvollzugsgesetz genannten Grundsätze Realität werden: Der Angleichungsgrundsatz besagt, dass das Leben hinter den Mauern dem Leben in Freiheit so weit wie möglich angeglichen werden soll. Der Gegenwirkungsgrundsatz betont die Notwendigkeit, den schädlichen Wirkungen der Haft zu begegnen und im Eingliederungsgrundsatz heißt es, dass die Haft so zu gestalten ist, dass sie auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorbereitet.

Links

- ◆ Bremer Institut für Drogenforschung: <http://www.bisdro.uni-bremen.de/>
- ◆ Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: <http://www.aidshilfe.de/>
- ◆ Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.: <http://www.wiad.de/>
- ◆ Gefangenenzeitschrift „Der Lichtblick“: <http://www.lichtblick-foerderverein.de/>
- ◆ Gefängnis Berlin-Tegel: <http://www.berlin.de/jva-tegel/>
- ◆ Projekt Haftvermeidung des Kölner Appell gegen Rassismus: <http://www.jugendliche-in-haft.de/>
- ◆ Strafvollzugsarchiv: <http://www.strafvollzugsarchiv.de/>
- ◆ www.gesundinhaft.eu



Substitutionsbehandlung in Haft – Wirksamkeit, Versorgungsprobleme, Ablehnungsbegründungen und Bausteine „Guter Praxis“

Prof. Dr. Heino Stöver

Einleitung

I. Grundlagen

Substitutionsbehandlung in Europa und Deutschland

In Europa ist die Substitutionsbehandlung in den letzten 20 Jahren zu einer weit- hin akzeptierten und erfolgreichen Behandlungsform Opiatabhängiger avan- ciert¹ (vgl. Council of Europe 2001). Allein in den Jahren 1993–1999 verdreifachte sich die Zahl der Therapieplätze. Von 2000 bis 2005 hat sich in 15 EU-Ländern die Zahl der Substituierten von 300.000 auf über 550.000 fast verdoppelt,² so dass bei Drogengebraucher(inne)n mit problematischem Konsum der Anteil der Behandelten

1 Die folgenden Zahlen basieren, soweit nicht anders angegeben, auf dem Jahresbericht 2005 des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon/Portugal – siehe unter www.emcdda.eu.int.

2 Da für Finnland, wo ebenfalls substituiert wird, keine Informationen vorlagen und die Zahlen aus der Schweiz nicht mitgezählt werden, liegt die Zahl der Behandelten erheblich über 550.000.

heute zwischen 28 und 31 % liegt. Auch in Deutschland ist die Zahl in den letzten Jahren stark angestiegen: Am 31.7.07 befanden sich ca. 70.000 Menschen in einer Substitutionsbehandlung, ein Anstieg um 50 % in den letzten 5 Jahren.

Dieser Anstieg lässt sich nur aus der wachsenden Akzeptanz dieser Behandlungsmethode erklären, deren Wirksamkeit in vielen Forschungsarbeiten belegt ist³ (Küfner/Rösner 2005; WHO/UNODC/UNAIDS 2004; zur Substitution in Haft siehe WHO/UNODC 2007). Wissenschaftliche Erkenntnisse und nunmehr langjährige praktische Erfahrungen zeigen, dass die Substitution

- ◆ eine sichere Behandlungsform darstellt (vgl. Soyka 2008)
- ◆ eine Reduktion des Heroinkonsums sowie der Mortalität und Morbidität bewirkt
- ◆ das Risiko einer HIV-Infektion minimiert
- ◆ zu einer Senkung der Zahl drogenkonsumbedingter Todesfälle beiträgt
- ◆ die Patient(inn)en in Behandlung zu halten vermag
- ◆ die physische und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patient(inn)en steigert
- ◆ zur Reduktion der Kriminalität und Wiederinhaftierung beiträgt
- ◆ kostengünstig ist
- ◆ zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge führt (USA, Europa, Asien, vgl. Verster 2001)

Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Haft

Einige (vor allem in Australien und Kanada durchgeführte) Studien zur Bedeutung der Substitution im Justizvollzug haben gezeigt, dass Behandelte

- ihren Heroingebrauch, den intravenösen Konsum und die Gemeinsambenutzung von Spritzen und Nadeln reduzieren
- weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind
- unmittelbar nach Haftentlassung weniger häufig versterben
- sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben
- unter dauerhafter Substitution deutlich weniger drogenbezogene Delikte begehen und generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen (vgl. Übersicht Keppler et al. 2004; Stallwitz/Stöver 2007)

Auch die Institution Gefängnis profitiert von der Substitutionsbehandlung, weil

- ◆ die Entzugssymptomatik besser kontrollierbar ist
- ◆ der Drogenhandel reduziert wird
- ◆ die Produktivität und Arbeitsfähigkeit der Gefangenen gesteigert wird

3 Siehe Bibliographie mit 5.000 Titeln unter www.archido.de; siehe auch: www.indro-online.de.



Probleme in der Versorgung Opioidabhängiger in Haft

Trotz dieser Erfolge und nachweislichen Effizienz und Effektivität wird die Substitutionsbehandlung nur in geringem Maße in europäischen und deutschen Gefängnissen angeboten bzw. durchgeführt (Stöver et al. 2004). Jedenfalls wird die „draußen“ erreichte Substitutionsrate von 28–31 % in Europa im Justizvollzug bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Dänemark und Spanien) weit unterschritten. Selbst in Ländern mit hohen Behandlungszahlen in Freiheit wie etwa Frankreich geht die Zahl der Substituierten bei Haftantritt dramatisch zurück. Eine genaue Zahl der Substitutionspatient(inn)en in Haft liegt für Deutschland nicht vor. Schätzungen liegen bei etwa 500 Patient(inn)en und damit weit unter dem wahrscheinlichen Bedarf angesichts der hohen Zahlen von Drogenabhängigen im Vollzug (vgl. Stöver 2007).

Die Situation in Deutschland:

- ◆ Trotz bundeseinheitlicher rechtlicher Rahmenbedingungen wird die Substitution in den Gefängnissen Deutschlands sehr unterschiedlich gehandhabt. Selbst die Umsetzung länderspezifischer Verwaltungsvorschriften erfolgt nicht in allen Gefängnissen der betreffenden Bundesländer auf gleiche Weise. So begegnet man in Deutschland einer Substitutionspraxis, die sich von Bundesland zu Bundesland, von Gefängnis zu Gefängnis und zum Teil selbst von Arzt zu Arzt (bei Urlaubsvertretung) unterscheidet.
- ◆ Von einem flächendeckenden Substitutionsangebot kann nur in wenigen Bundesländern gesprochen werden.
- ◆ Die Befristung der Behandlungsdauer auf 3–6 Monate ist weithin üblich (z. B. in NRW 6 Monate).
- ◆ Der Umfang der medizinischen Versorgung Gefangener ist im Kapitel „Gesundheitsfürsorge“ des Strafvollzugsgesetzes festgelegt (§§ 56 bis 66), in welchem immer wieder auf die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwiesen wird. Die medizinische Versorgung in Haft sollte demnach an die Versorgung im kassenärztlichen System angeglichen sein. Die „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) der GKV gelten in Gefängnissen jedoch nur über einen Umweg: In einigen Bundesländern ist die Substitution über Erlasse geregelt, in denen ausdrücklich auf die Vorgaben der BUB-Richtlinien verwiesen wird. Aber auch hier kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten, wenn Substituierte aus dem System der GKV ins Gefängnis oder, nach Haftentlassung, vom Gefängnis in die GKV wechseln (siehe Keppler 2007; Keppler/Knorr/Stöver 2004).
- ◆ Substitutionsbehandlungen werden nicht in allen 16 Bundesländern angeboten.
- ◆ Eine außerhalb des Vollzuges begonnene, ärztlich indizierte Substitutionsbehandlung wird immer noch in vielen Fällen mit Antritt der Haft abgebrochen. Eine Abdosierung erfolgt oftmals in schnellen Schritten.

Problembereiche in der Versorgung Opioidabhängiger mit der Substitutionsbehandlung

Wird die Behandlung durchgeführt, kommt es in der Praxis immer wieder zu Konflikten zwischen Patient und Arzt, Krankenpflegepersonal und Justizpersonal, was Dosierung, psychosoziale Begleitung, Ausgabemodi (v.a. Kontrolle und Vertraulichkeit), Beigebrauch, Urinkontrollen, Mitgaberegulungen bei Ausgang und Überleitung in die Freiheit sowie das Wohlergehen der Gefangenen anbelangt. Eine unabhängige Instanz zur Qualitätssicherung im Strafvollzug existiert nicht.

Wo liegen die Problembereiche in der Praxis der Substitutionsbehandlung in Europa und in Deutschland?

Behandlungsdiskontinuität

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

- ◆ eine grundsätzliche Abstinenzorientierung der Anstaltsärztinnen und -ärzte lässt Methadon und andere Substitutionsmittel als psychoaktive Drogen wahrnehmen, die für die Therapie Drogenabhängiger nicht geeignet seien (siehe Kopie Berlin „Körperverletzung“)
- ◆ ein mangelndes Verständnis dafür, dass Opiatabhängigkeit eine chronische rezidivierende Krankheit ist, Rückfälle und z. T. Beigebrauch zu erwartende Phänomene sind, die behandelt werden müssen
- ◆ begrenzte Ressourcen und unzureichendes Fachwissen

Auch bei den Gefangenen lassen sich Widerstände und ablehnende Haltungen gegenüber dieser Behandlungsform ausmachen:

- ◆ Viele betrachteten den Gefängnisaufenthalt als (einzige) drogenfreie Zeit. Methadon wird in diesem Kontext als Droge wahrgenommen, weil das Medikament oftmals auch auf dem Schwarzmarkt erworben und eher wegen seiner psychoaktiven denn therapeutischen Wirkung konsumiert wurde.
- ◆ Gefangene wollen ihren PartnerInnen, Familienmitgliedern, Staatsanwalt signalisieren, dass sie keine Drogen mehr nehmen, „...nicht mal Methadon“.
- ◆ Gefangene wollen über die Teilnahme an einem Methadonprogramm nicht als drogenabhängig erkannt werden, weil sie dadurch Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe befürchten.

Welche Gründe gibt es dafür, dass der Erfolg und die Ausweitung der Substitutionsbehandlung ‚draußen‘ sich nicht im Strafvollzug niederschlägt?

Die Gründe für eine Substitutionsbehandlung werden mit Beginn der Haft nicht häufig, sondern aus den beschriebenen Gründen der Fortdauer der chronisch rezidivie-

Staatsanwaltschaft Berlin

Gesch.-Nr. bitte stets angeben
Dz.:

Staatsanwaltschaft Berlin, 10548 Berlin

Herrn Rechtsanwalt

Berlin, 31. Januar 2008
Tel.: Vermittlung 030/90 14-0 (intern 914-111)
Durchwahl/Apparat 030/90 14 - 5848/5881
Telefax 030/90 14-33 10

Sitz:
Berlin (Moabit), Turmstraße 91

Postanschrift
für Briefsendungen:
10548 Berlin (Keine Straßenangabe)
für Paketsendungen:
Turmstraße 91
10559 Berlin

Sprechstunden
Montag bis Freitag 8.30 bis 13.00 Uhr
Donnerstag auch 14.00 bis 15.00 Uhr

Ihr Zeichen: [REDACTED]

Sehr geehrter Herr Rechtsanwalt,

das auf Ihre in Vollmacht des [REDACTED] erstattete Strafanzeige vom 7. November 2006 gegen Gisela B. wegen Körperverletzung im Amt eingeleitete Ermittlungsverfahren habe ich eingestellt (§ 170 Absatz 2 der Strafprozessordnung).

Eine Körperverletzung ist nicht ersichtlich. Das Verabreichen von Methadon, welches die Sucht aufrechterhält, ist eine – durch Einwilligung gerechtfertigte – Körperverletzung. Das Nichtverabreichen ist dementsprechend keine Körperverletzung.

Gegen diesen Bescheid steht Ihrem Mandanten binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe die Beschwerde an die Generalstaatsanwaltschaft Berlin, Eißholzstr. 30-33, 10781 Berlin, zu. Durch Einlegung der Beschwerde bei der Staatsanwaltschaft Berlin wird die Frist gewahrt.

Die Beschwerde muss in deutscher Sprache verfasst sein.

Etwaige zivilrechtliche Ansprüche werden durch diesen Bescheid nicht berührt.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Staatsanwältin

Beglaubigt

[REDACTED]
Justizangestellte

Verkehrsanbindungen (unverbindlich): Busse 167, 245, 342, 343; U-Bhf. Turmstr.; S-Bhf. Bellevue;
Dienstgebäude Alt-Moabit 5: Busse TXL, 187, 245; S-Bhf. Berlin-Hauptbahnhof
Dienstgebäude Kirchstr. 7: Busse 245, TXL; U-Bhf. Turmstr., S-Bhf. Bellevue

renden Krankheit Opiatabhängigkeit (auch in Haft) nicht obsolet. Die Substitutionsbehandlung ist eine medizinisch begründete Behandlungsform, die unabhängig vom Aufenthaltsort der Patient(inn)en aufrechtzuerhalten ist: Abbruchgründe ergeben sich dann auch nur aus dem medizinischen und psychosozialen Behandlungskontext und nicht aus den Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen des Vollzugs. Diese Behandlungsform ist also keine Sonderbehandlung für Wohlverhalten, kein Beschwichtigungsinstrument für einen „geordneten Vollzug“, sondern eine Krankenbehandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den fachlich begründeten Regeln der Substitution außerhalb der Haftanstalten folgen sollte.

Die Ängste der Ärzte

Behandlungsdiskontinuitäten beruhen subjektiv vor allem auf:

1. Beigebruch: Angst der Ärzte, damit in Haft nicht adäquat umgehen zu können, mit der Folge erhöhter Mortalität. Ebenso wie in Freiheit muss die Einnahme von Opioiden engmaschig kontrolliert werden, so dass ein Profil des Patienten Risikoverhalten erkennbar macht. Beigebruch muss in diesem Kontext beobachtet werden, die Substitutionsbehandlung ggf. einem fortgesetzten Risikoverhalten angepasst werden.
2. Drogenhandel: Die Angst, die Einnahme könnte nicht gut genug kontrolliert werden, so dass Substitutionsmittel auf den Anstaltsschwarzmarkt gelangen könnten, ist immer berechtigt, erfordert schlicht eine genaue Überwachung der Einnahmesituation.
3. Keine fachliche Unterstützung: Ernsthaft ist natürlich zu prüfen, ob im Falle von Urlaub/Abwesenheit des Arztes eine Vertretung über genügend Kapazitäten verfügt, die Behandlung fortzusetzen. Dies sollte aber möglich sein, wie jede Vertretung grundsätzlich alle begonnenen Krankenbehandlungen fortsetzen wird.
4. Keine politische Unterstützung: Hier muss sich die Ärzteschaft souverän absetzen von ablehnenden, engen und nicht-fachlichen Vorgaben oder bloßen Erwartungen seitens der Politik oder Fachaufsicht. Wenn die Indikation für eine Substitutionsbehandlung gegeben ist (z. B. belegt durch Vorbehandlung), sollte sie dem Gefangenen offeriert, bei seinem Einverständnis durchgeführt werden.
5. Angst vor zu geringen Ressourcen: Diese Angst bezieht sich auf die Angst, zu wenig Personal zur Verfügung zu haben für die Substitutionsausgabe und -überwachung. In der Tat muss dies sorgfältig geprüft werden. Mittlerweile stehen mit Dosieraautomaten auch gute technische Arbeitserleichterungen zur Verfügung.
6. Angst vor rechtlich-bürokratischen Auflagen: Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Hilfen und Ratgebern, um eine rechtlich abgesicherte Substitutionsbehandlung durchzuführen.
7. Psychosoziale Betreuung nicht gewährleistet. Die BtmVV sieht kein Junktim vor („Nur wenn ... dann“), psychosoziale Betreuung der Patienten trägt sicherlich in



den meisten Fällen zum verbesserten Erfolg der Behandlung bei. Dies ist zum einen zu organisieren mit den entsprechenden Fachdiensten, zum anderen mit NGOs, die von draußen kommend psychosoziale Betreuungen anbieten.

II. Steigerung der Versorgungsqualität: Bausteine Guter Praxis

Bausteine Guter Praxis

Die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen ist europaweit, aber auch im föderal organisierten Strafvollzug Deutschlands äußerst heterogen. Schwierigkeiten ergeben sich immer wieder, weil die Substitution z. T. innerhalb eines Bundeslandes, von Haftanstalt zu Haftanstalt, ja mitunter sogar innerhalb einer Haftanstalt (Praxis verschiedener Ärzte, Urlaubsvertretungen) unterschiedlich gehandhabt wird und bei Verlegungen von Bundesland zu Bundesland erhebliche Probleme entstehen (vgl. zur unterschiedlichen Substitutionspraxis in den einzelnen Bundesländern Knorr 2007). Es fehlen einheitliche Standards, die eine „Best Practice“ beschreiben (wie in England und Schottland „health care standards“; vgl. Stallwitz/Stöver 2007). In Anlehnung an ein Manual zur „Substitutionsbehandlung in Haft“ (Keppler 2007; Kastelic et al. 2008) sollen hier einige Bausteine beschrieben werden.

Zielgruppen

Entsprechend einer angemessenen, den extramuralen Standards angeglichenen Substitutionsbehandlung im Vollzug sollten folgende Drogenabhängige die Möglichkeit haben, eine Substitutionsbehandlung im Vollzug in Anspruch zu nehmen:

- ◆ die auch außerhalb in einer solchen Behandlung waren und
- ◆ die aus dem Vollzug heraus einen Antrag auf Beginn einer solchen Behandlung stellen und die Bedingungen erfüllen
- ◆ die sich in der Phase vor der Entlassung befinden (als vorbereitende Maßnahme etwa drei bis sechs Monate vor der Entlassung)
- ◆ Gefangene in einer Entzugsbehandlung

Schließlich: Um eine patientenorientierte Behandlung Opioidabhängiger in Haft zu erreichen, die zudem wesentlich zur Reduktion von Risikoverhalten beiträgt, müsste

- ◆ die Substitutionsbehandlung in den meisten Bundesländern wesentlich breiter angeboten,
- ◆ die Qualität der Behandlung deutlich erhöht und
- ◆ die Kommunikation und Kooperation der Gesundheitsdienste innerhalb und außerhalb der Gefängnisse verbessert werden.

Folgende Best-Practice-Beispiele können identifiziert werden:

- ◆ Leitlinien eines klinischen Managements der Substitutionsbehandlung in den Krankenabteilungen der Gefängnisse (z. B. Österreich, Spanien)
- ◆ gut entwickelte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen allen an der Substitution in Haft beteiligten Fachdiensten und Personen, z. B. regelmäßige Treffen und Fallbesprechungen zwischen Ärzt(inn)en, Krankenpfleger(inne)n, Sozialarbeiter(inne)n und Psycholog(inn)en (z. B. Niederlande)
- ◆ intensive Vernetzung mit den Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe in der Gemeinde (z. B. Spanien, Österreich)

Fazit

Die Substitutionsbehandlung zeigt, ebenso wie HAART oder antivirale Behandlungen, die Spannungsbereiche von Anstaltsmedizin auf: zwischen ‚defensiv‘ eingestelltem und offensivem, mit einer Schwerpunktpraxis Sucht vergleichbarem medizinischen Dienst. Deutlich werden der Auftrag und die Reichweite von Medizin im Vollzug. Substitutionsbehandlung erfordert eine starke Außenorientierung durch Absprachen mit behandelnden Ärzten in der Gemeinde. Sie erfordert aber auch eine starke, souveräne Haltung des Arztes gegenüber dieser Behandlungsform gegen Widerstände und bremsende externe Faktoren. Aber genauso hat sich die Substitutionsbehandlung auch in der Gemeinde entwickelt, hin zu einem mittlerweile sehr differenzierten Versorgungssystem. Der Arzt muss sich im Klaren darüber sein, dass die Substitutionsbehandlung Gegenstand politischer Übergriffe und Einmischungen in die medizinische Praxis sein kann. Eine Klarheit seinem Selbstverständnis als Arzt und seinem Auftrag gegenüber ist unbedingt gefordert.

Schließlich wird jedoch auch das Suchtverständnis aller Beteiligten auf den Prüfstand gestellt. Ist Opiatabhängigkeit Ausdruck eines hedonistischen Verhaltens oder ist es eine chronisch rezidivierende Erkrankung oder beides mit entsprechenden Phasenzuteilungen?

Literatur

Bundesamt für Gesundheit: Ergebnisse der Nationalen Substitutionsstatistik (Methadon) aus dem Jahr 2004. Übersicht Schweiz, <http://www.nasuko.ch/nms/db/download.htm>

Council of Europe: Development and Improvement of Substitution Programms. Proceedings. Seminar organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg, France, 8–9 October 2001

Dolan, K. A./Wodak, A. D./Hall, W. D.: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. In: *Drug and Alcohol review*, 17(2), 153–158

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



Habrat, B.: Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution. In: Council of Europe 2001, 107–118

Kastelic, A./Pont, J./Stöver, H.: Substitution Treatment in Custodial Settings. Oldenburg: BIS-Verlag 2008, Bd. 17 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

Keppler, K./Knorr, B./Stöver, H.: Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 53(4), 202–217

Keppler, K.: Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug. In: Stöver, H. (Hrsg.): Substitution in Haft. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin, (www.aidshilfe.de), S. XXX (pdf als download: www.archido.de)

Keppler, K./Stöver, H.: Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung in Haft. Stuttgart: Thieme 2008

Küfner, H./Rösner, S.: Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation. In: Gerlach/Stöver (Hrsg.) 2005, 29–63

Pollähne, H./Stöver, H.: Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach/Stöver (Hrsg.) 2005, 140–151

Soyka, M.: Sicherheitsaspekte in der Methadonsubstitution. In: *Suchtmedizin* 10(2) 2008, 119–144

Stallwitz, A./Stöver, H.: The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy* (im Druck)

Stöver, H./Hennebel, L./Casselmann, J.: Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. Oldenburg: BIS-Verlag 2001

Subata, E.: Difficulties encountered in post-Soviet countries in accepting the principle of substitution treatment. In: Council of Europe, a.a.O., 83–106

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

Verster, A.: Substitution Treatment for Opiate Dependence in Europe. Presentation. Montego Bay, August 2001, (http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/ENG/DRresources/experts/ExpertsIV/Pres-Verster-eng.ppt)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Health Organization (WHO): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper 2004, http://www.who.int/substance_abuse/publications/en

World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Opioid Substitution Therapies and Other Drug Dependence Treatment. Evidence for Action Technical Papers 2007

Donnerstag, 08.11.2007
Vorträge







Eröffnung

Dr. Caren Weilandt

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

ich freue mich sehr, heute hier in Berlin nun schon die 3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft zu eröffnen. Eigentlich hatten sich die Teilnehmer der letzten Konferenz in Wien dafür ausgesprochen, dass die nächste Konferenz (nach Bonn 2004 und Wien 2006) in der Schweiz stattfindet, aber die Schweizer brauchen offenbar etwas länger, um sich mit dem Gedanken anzufreunden, Gastgeber für unsere Tagung zu werden. Und so sind wir nun nach Berlin ausgewichen, was auch unter touristischen Gesichtspunkten nicht uninteressant ist.

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

- ◆ die Deutsche AIDS-Hilfe (Bärbel Knorr)
- ◆ das Bremer Institut für Drogenforschung (Prof. Dr. Heino Stöver) und
- ◆ WIAD – Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (vertreten durch Doris Theissen, die das Kongresssekretariat leitet, sowie meine Person)



Uns, den Organisatoren, ist es nach wie vor wichtig, dass es sozusagen eine Low-Budget-Organisation gibt, dass die Tagungsgebühren so niedrig wie möglich gehalten werden, so dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen, die sich teure Konferenzen in Sternehotels nicht leisten können, hier zusammenkommen können und nicht immer nur die üblichen Verdächtigen, die keine Probleme mit der Bewilligung von Dienstreisen haben.

Dies ist offensichtlich gelungen, denn wir haben wieder ca. 170 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus verschiedenen disziplinären und institutionellen Bereichen, die mit Gesundheit im Vollzug befasst sind auf dieser Konferenz. Die anhaltend hohe Beteiligung an den Konferenzen und die Unterstützung durch nationale und internationale Organisationen bestätigen uns in der Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit eines fachlichen Austausches zu den Themenkomplexen, die uns heute und morgen alle beschäftigen werden.

Das Low-Budget-Konzept war u. a. auch möglich, weil keiner der Referenten ein Honorar erhält und aus purem Engagement hierher kommt, wofür ich mich stellvertretend für meine Kolleginnen und Kollegen aus der Organisationsgruppe ganz herzlich bedanken möchte. Bedanken möchte ich mich ebenfalls bei den hier vertretenen Firmen, für die es im Gegensatz zu den Teilnehmern eine High-Budget-Veranstaltung ist. Sie haben unsere Konferenz sehr großzügig finanziell unterstützt.

Nach wie vor ist es so, dass sich in den Haftanstalten eine ganze Reihe von gesundheitlichen Belastungen zeigen und es andererseits hier auch große Chancen zur Gesundheitsförderung gibt, die besser als bisher genutzt werden können. Es ist vor allem an der Zeit, dass die Bereiche Gesundheit und Justiz intensiver als bisher miteinander kooperieren, um den erheblichen gesundheitlichen Problemen und Belastungen (politisch korrekt sagt man dazu ‚Herausforderungen‘) der Gefangenen und Bediensteten angemessen begegnen zu können.

Wir sind nun erneut zusammengekommen, um länderübergreifend die Probleme gesundheitlicher Versorgung in Haft zu diskutieren, mit denen wir nicht nur hier in Deutschland, sondern auch in Österreich und der Schweiz zu kämpfen haben und für die jedes Land (z. T. auch Bundesland oder jede Haftanstalt) eigene Antworten entwickelt hat.

In Wien wurde noch viel über die Föderalismusreform in Deutschland diskutiert und Unterschriftenlisten wurden dagegen organisiert. Genutzt hat es wenig, die Reform ist beschlossen und nun wird jedes Bundesland sein eigenes Strafvollzugsgesetz verabschieden und es zeichnet sich ab, dass dies auch zu Lasten der gesundheitlichen Versorgung der Gefangenen geht (Stichwort ‚Selbstbeteiligung der Gefangenen an der medizinischen Behandlung‘). Wir haben die Hoffnung, dass wir mit dieser Veranstaltung auch ein wenig dazu beitragen können, den Präventions- und Gesundheitsförderungsaspekt in den Landesgesetzen zu verankern und somit den internationalen Empfehlungen u. a. der Weltgesundheitsorganisation nachzukommen.

Der Schlüssel zur erfolgreichen Bewältigung der Gesundheitsprobleme kann nur darin liegen, die Kooperation mit den Gesundheitsdiensten in der Gemeinde zu verstärken (siehe „Moskauer Erklärung“ der WHO).

Uns als Veranstalter scheint es an der Zeit, ein Netzwerk „Gesundheitsfördernde Gefängnisse“ zu gründen, das u. a. Beispiele „Guter Praxis“ zusammenführt, für einen Austausch sorgt und versucht, das Thema „Gesundheit in Haft“ höher auf die Agenda der Justiz und der Gesellschaft zu setzen.

Dazu gehört auch, dass wir hier versuchen werden, eine Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ zu erarbeiten, dazu wird es morgen eine Arbeitsgruppe geben.

Wie immer gibt es eine ausgewogene und bewährte Mischung aus Plenarvorträgen zu aktuellen Themen, Arbeitsgruppen, in denen auch wirklich gearbeitet und nicht nur referiert wird (die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden am 2. Konferenztag im Plenum vorgestellt), Podiumsdiskussionen und einen Markt der Möglichkeiten. Zudem hatten wir gestern ein umfangreiches Exkursionsangebot (JVA Tegel, größte Haftanstalt in Deutschland, Justizvollzugs Krankenhaus Plötzensee und zum einzigen verbliebenen Spritzentauschprogramm in Deutschland in der JVA für Frauen in Lichtenberg) und ein Satellitensymposium zur Substitution. Dieses Thema wird uns auch weiterhin auf der Konferenz beschäftigen. Wir sind diesmal auch noch etwas internationaler: Wir haben einen Kollegen aus Spanien eingeladen, der uns über die innovativen Konzepte in seinem Land informieren wird und einen englischsprachigen Plenarvortrag zu den Änderungen der gesundheitlichen Versorgung in England und Wales.

Wie auch bei den ersten beiden Konferenzen wollen wir für Nachhaltigkeit sorgen. Daher werden auch die Vorträge und Arbeitsgruppenergebnisse dieser Konferenz dokumentiert und veröffentlicht. Des Weiteren bitten wir Sie, am Ende der Tagung einen Evaluationsbogen auszufüllen, damit wir ein Feedback bekommen und die nächste Konferenz noch besser inhaltlich vorbereiten können.

Bleibt noch, mich zu bedanken bei Frau Justizsenatorin Gisela von der Aue, die freundlicherweise die Schirmherrschaft für unsere Konferenz übernommen hat und heute aus terminlichen Gründen nicht hier sein kann, aber morgen nach der Mittagspause auch persönlich zu uns sprechen wird.

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

Vielen Dank!



Infektionserkrankungen unter Gefangenen in Deutschland⁴ – Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten

Josef Eckert⁵, Caren Weilandt⁶, Doris Radun⁷

1. Studienziel

Da kaum verlässliche oder repräsentative Informationen zu infektionsrelevantem Risikoverhalten im Justizvollzug in Deutschland vorliegen, war das zentrale Anliegen der Studie,

- ◆ aktuelle, repräsentative Daten zur Verbreitung von Hepatitis B/C und HIV unter Gefangenen in Deutschland,
 - ◆ Informationen und Daten zum Risikoverhalten der Haftinsassen,
 - ◆ Daten zu Wissen, Einstellungen und Verhalten der Gefangenen in Bezug auf Hepatitis B/C und HIV und
 - ◆ Daten zu Wissen und Einstellungen der Justizvollzugsbediensteten in Bezug auf Infektionserkrankungen und Suchtprobleme
- zu erheben und zu analysieren.

⁴ Dieses Projekt wurde finanziell gefördert durch die Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (SANCO), im Rahmen des Projekts „European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP)“, Grant Agreement No 2003308.

⁵ Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), Bonn

⁶ Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), Bonn

⁷ Robert Koch-Institut, Berlin

2. Methode und Stichprobe

Die Studie beruht auf einer anonymen schriftlichen standardisierten Befragung von 1.582 Gefangenen und 233 Bediensteten in 7 deutschen Justizvollzugsanstalten aus drei Bundesländern, durchgeführt von Oktober 2006 bis März 2007. Mit Fragebögen⁸ in Deutsch, Türkisch, Russisch, Arabisch, Polnisch und Serbokroatisch wurden männliche und weibliche volljährige Insassen des geschlossenen Vollzugs in Untersuchungshaft, im Jugendstrafvollzug und im Strafvollzug für Erwachsene interviewt. Wegen der Restriktionen der Erhebungssituation in Gefängnissen ist der Rücklauf nicht exakt bestimmbar, jedoch füllten von 1.658 Gefangenen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung angesprochen werden konnten und zur Teilnahme an der Untersuchung eingeladen wurden, 95,4 % einen Fragebogen aus und von ihnen waren 96 % zu einer Blutabnahme bereit.

Für die serologischen Untersuchungen wurde mittels einer Sicherheitslanzette Kapillarblut aus der Fingerkuppe abgenommen und auf Filterpapier aufgetropft, das anschließend in zwei verschließbare Plastiktütchen verpackt wurde. Blutproben sowie Fragebogen der Gefangenen wurden jeweils mit einem identisch nummerierten Barcodeaufkleber versehen, so dass die Informationen bei der Datenanalyse anonym wieder zusammengefügt werden konnten.

Wichtiger für eine Beurteilung der Datenqualität ist der insgesamt positive Vergleich der Stichprobenstruktur mit der Bundesstatistik. Da Jugendstrafhäftlinge und Frauen überproportional gezogen wurden, ist die Stichprobe nach Geschlecht sowie den drei erfassten Formen der Haft entsprechend allen Gefangenen in Deutschland gewichtet (Statistisches Bundesamt 2007). Für die allerdings weitaus größte Gruppe der *Strafgefangenen* war ein Vergleich mit demographischen und kriminologischen Merkmalen der Strafgefangenen in Deutschland möglich (Statistisches Bundesamt 2006). Danach sind die Befragten tendenziell leicht jünger als im Bundesdurchschnitt, während sie im Hinblick auf den Familienstand und noch ausgeprägter bezüglich Staatsangehörigkeit in hohem Maße repräsentativ sind. Der methodisch allerdings problematische Vergleich in Bezug auf die voraussichtliche Vollzugsdauer zeigt tendenziell einen zu geringen Anteil kurz und ein höheres Gewicht längerfristig Inhaftierter. Schließlich verteilt sich die gesamte Stichprobe analog der Bevölkerung regional repräsentativ auf West- und Ostdeutschland.

8 Es handelt sich um eine grundlegend überarbeitete Fassung eines Fragebogens, der in einem vorangegangenen Projekt in Armenien eingesetzt worden war (vgl. Weilandt C., Stöver H., Eckert J., Grigoryan G.: *Anonymous survey on infectious diseases and related risk behaviour among Armenian prisoners and prison staff*, in: *International Journal of Prisoner Health* 2007 March; 3 (1): 17–28.



Übersicht 1: Justizvollzugsanstalten, in denen die Erhebung durchgeführt wurde

Justizvollzugsanstalt	Bundesland
Chemnitz	Sachsen
Bochum	Nordrhein-Westfalen
Hameln	Niedersachsen
Köln	Nordrhein-Westfalen
Remscheid	Nordrhein-Westfalen
Rheinbach	Nordrhein-Westfalen
Zeithain	Sachsen

Die Verteilung der Gefangenen nach strafrechtlichen Merkmalen (Übersicht 2) umfasst ein Fünftel U-Haft, ein Zehntel Jugend- sowie sieben Zehntel Erwachsenenstrafvollzug. Nach soziodemographischen Merkmalen betrachtet, sind die Insassen zu gut 5 % weiblich und zu knapp 95 % männlich. Ihr durchschnittliches Alter liegt bei 32,3 Jahren; die Hälfte ist bis 30 Jahre alt, darunter etwa ein Zehntel bis 20 Jahre. Der Familienstand der Gefangenen ist ganz überwiegend ledig, d. h. zu etwa zwei Drittel; jeweils circa ein Sechstel ist verheiratet bzw. geschieden und eine sehr kleine Minderheit verwitwet. Regional gliedern sich die Inhaftierten in ein gutes Sechstel aus Ost- und knapp fünf Sechstel aus Westdeutschland.

Sieben von zehn Gefangenen haben nur die deutsche Staatsangehörigkeit, knapp drei Viertel die deutsche bzw. die deutsche und eine weitere. Die größten Ausländergruppen sind Türken und danach Araber. Für zwei Drittel der Insassen ist ausschließlich Deutsch die am häufigsten gesprochene Sprache, das übrige Drittel nennt Fremdsprachen oder eine Kombination davon mit Deutsch. Gut zwei Fünftel dieser Gruppe und somit jeder siebte Häftling spricht als häufigste Sprache allein eine Fremdsprache. Als wichtigste Sprachen zeigen sich Türkisch, gefolgt von Russisch und Arabisch.

Mit Blick auf den Migrationsstatus sind in einer nicht auf Staatsangehörigkeit, sondern sprachlicher Orientierung basierenden Zuordnung gut drei Fünftel der Gefangenen als Autochthone bzw. Deutsche anzusehen; ein Viertel zeigt Hinweise auf einen Migrationshintergrund bei gleichzeitig mutmaßlich fortgeschrittenen Deutschkenntnissen und ein Siebtel kann als Migrant in dem Sinne gelten, dass hier Deutsch nicht zu den am häufigsten gesprochenen Sprachen zählt. Diese insgesamt knapp zwei Fünftel nicht Autochthonen umfassen in einer wieder unabhängig von Staatsangehörigkeit sprachlich basierten Gliederung nach ethnischen Gruppierungen als größte die türkische, gefolgt von der russischen und der arabischen.

Übersicht 2: Struktur der Stichprobe

Merkmal	Prozent
Art des Gefängnisaufenthaltes (n=1515)	
Untersuchungshaft	20,0
Jugendstrafvollzug	9,5
Freiheitsstrafvollzug Erwachsene	70,5
Geschlecht (n=1582)	
Männlich	94,7
Weiblich	5,3
Alter (n=1527)	
Bis 20 Jahre	9,2
21–25 Jahre	20,4
26–30 Jahre	20,8
31–40 Jahre	28,6
41–50 Jahre	15,0
Über 50 Jahre	5,9
Familienstand (n=1557)	
Ledig	65,0
Verheiratet	16,3
Geschieden	16,4
Verwitwet	2,3
Region (n=1578)	
West	81,8
Ost	18,2
Staatsangehörigkeit (n=1560)	
Nur Deutsch	70,2
Häufigste gesprochene Sprache (n=1564)	
Nur Deutsch	67,4
Migrationsstatus (n=1548)	
Autochthon	61,2
Migrationshintergrund	24,8
Migrant	13,9
Ethnische Zugehörigkeit (n=1548)	
Deutsch	61,2
Türkisch	10,1
Russisch	7,3
Arabisch	6,2
Polnisch	4,7
„Ex-Jugoslawisch“	2,6

Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

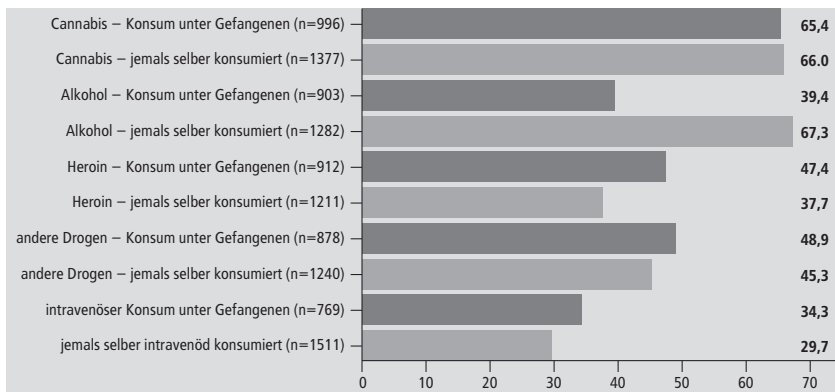


3. Ergebnisse

3.1. Risikoverhalten

Mit Ausnahme von Alkohol zeigen sich tendenzielle bis vollständige Übereinstimmungen der Fremdeinschätzung des Drogenkonsums unter Gefangenen mit den Eigenangaben der Insassen zu ihrem Konsum innerhalb und außerhalb des Gefängnisses (Übersicht 3). Dies kann so interpretiert werden, dass die Befragten, die hier eine Angabe machen (also ohne die Antworten der Kategorie „weiß nicht“) die Konsummuster ihrer Mitgefangenen recht gut kennen, letztere diese jedoch für den Bereich der Haft nur eingeschränkt mitzuteilen bereit sind, wenn 40,7 % von ihnen Cannabis, 26,4 % Alkohol, 25,2 % Heroin und 23,9 % andere Drogen nennen (n wie bei den Angaben für Drogenkonsum insgesamt). So vermuten die Gefangenen speziell intravenösen Drogenkonsum bei jedem dritten Insassen, während nach den Eigenangaben insgesamt bei mindestens drei von zehn Befragten Erfahrung mit intravenösem Drogenkonsum anzunehmen ist (Übersicht 2) und gleichzeitig jeder achte bis neunte Inhaftierte sich intravenösen Drogenkonsum in Haft selbst zuschreibt, nämlich 32,8 % derer, die intravenösen Drogenkonsum nicht generell verneinen (n = 517), und damit 11,7 % aller Gefangenen. Dies deutet für die mutmaßliche Relevanz von – intravenösem – Drogenkonsum im Gefängnis insgesamt darauf hin, dass die Eigenangaben im Hinblick auf die Relationen zwischen den Konsumformen die tatsächlichen Strukturen näherungsweise richtig abbilden, jedoch die quantitativen Ausmaße eher als zu gering bzw. bestenfalls als untere Grenzwerte anzusehen sind.

Übersicht 3: Geschätzter Drogenkonsum unter Gefangenen in Haft und eigener Drogenkonsum insgesamt



Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

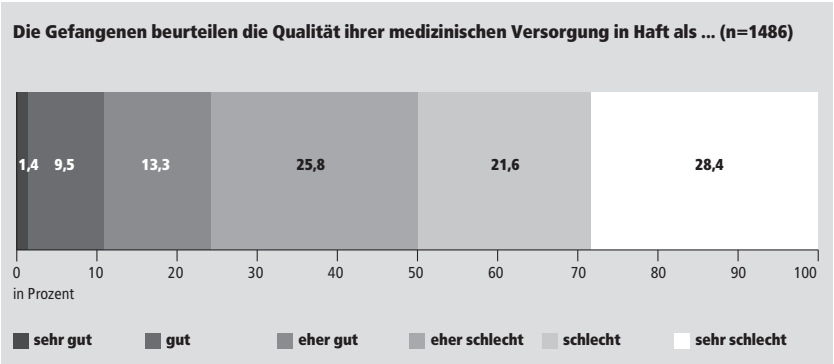
In diesem Kontext stellt vor allem eine kleine Gruppe von intravenösen Drogenkonsumenten (zwischen 20 und 25 % der User) durch gemeinsame Nutzung von Utensilien zur Drogenaufbereitung mutmaßlich im Gefängnis ein beachtliches Risikopotential dar, indem sie manchmal oder immer Nadeln, Spritzen oder andere Mittel zur Drogenaufbereitung (Filter, Löffel, Wasser usw.) teilt, nämlich eine Teilgruppe derer, die dieses Risikoverhalten auch außerhalb des Gefängnisses an den Tag legen.

Darüber hinaus wird „sich tätowieren lassen“ (30,0 %, n = 1519) klar als wichtigstes allgemeines Risikoverhalten im Gefängnis deutlich – im Vergleich zur gemeinsamen Nutzung von Rasierklingen (4,7 %, n = 1505) oder Zahnbürsten (0,7 %, n = 1479) bzw. „sich piercen lassen“ (4,7 %, n = 1507).

3.2 Bewertung der medizinischen Versorgung

Es zeigt sich eine ausgesprochen ungünstige Wahrnehmung der medizinischen Versorgung in Haft, deren Qualität aus Sicht der Gefangenen mit deutlicher Mehrheit tendenziell sehr negativ beurteilt wird – jeder Zweite hält sie für schlecht bzw. sehr schlecht (Übersicht 4). Dieser Einschätzung kommt, unabhängig von ihrem möglichen Realitätsgehalt, Bedeutung zu. Diese Einstellung beeinflusst soziales Handeln und kann nicht ohne Einfluss auf das Arzt-Patient-Verhältnis sowie generell das Vertrauen in den medizinischen Dienst im Gefängnis sein. Folglich ist diese deutlich gewordene Perspektive der Gefangenen bei potentiellen Maßnahmen im medizinischen Bereich zu berücksichtigen.

Übersicht 4: Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität in Haft



Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

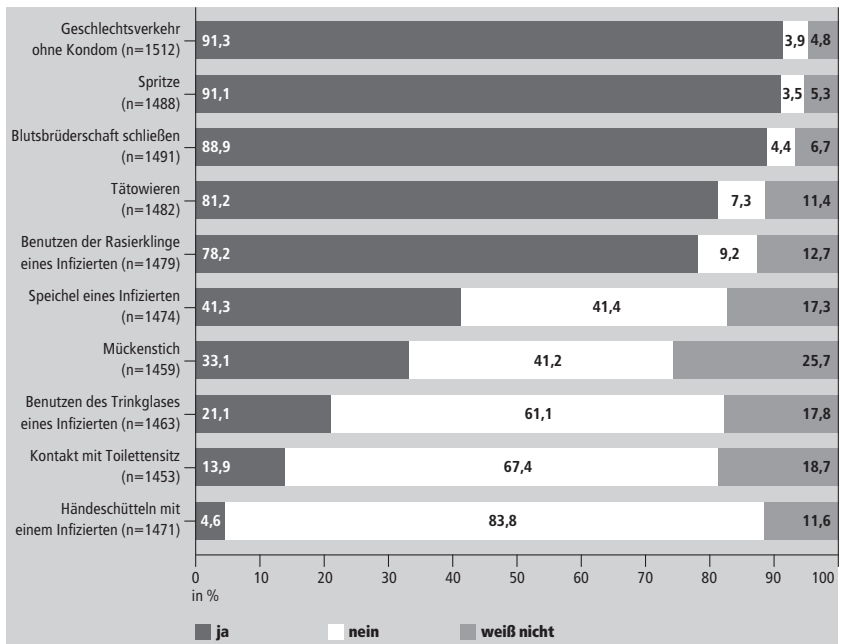


3.3 Einstellungen und Kenntnisse zu Infektionserkrankungen

Von den Infektionskrankheiten AIDS/HIV, Hepatitis B und C sowie Tuberkulose ist nach Angaben der Gefangenen Hepatitis C die eindeutig am weitesten unter ihnen verbreitete (aktuell bzw. früher). Sie betrifft ein Sechstel (16,4 %, n = 1512) und ist damit in Haft von besonderer Relevanz. Gleichzeitig sind Kenntnisse zu Impfmöglichkeiten allgemein sowie speziell den Folgen von Hepatitis begrenzt.

Für insgesamt zehn Fragen an die Häftlinge nach Übertragungswegen von HIV (Übersicht 5) lautete in jeweils fünf Fällen die richtige Antwort „ja“ (die oberen Aussagen in der Übersicht) bzw. „nein“ (die unteren Aussagen in der Übersicht). Sehr deutliche Mehrheiten der Insassen sind sich der möglichen Übertragung von HIV im Zusammenhang mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr bzw. bei Blutkontakt bewusst, die Befragten sind also insgesamt vergleichsweise recht gut über tatsächliche Risiken informiert. Gleichzeitig wird jedoch eine größere Unsicherheit bzw. Unkenntnis bezüglich vermeintlicher Gefährdungspotentiale sichtbar, die vorwiegend Situationen und Handlungen im Alltag betreffen und keine Gefährdung darstellen.

Übersicht 5: Kenntnisse von Übertragungswegen bei HIV



Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

Insgesamt ergibt sich ein Durchschnitt an richtigen Antworten von 6,83 (Übersicht 9); lediglich ein Zehntel der Gefangenen beantwortet alle Fragen richtig (10,2 %, n = 1582). Geringes Wissen – null bis fünf richtige Antworten – kennzeichnet ein Viertel der Gefangenen, mittleres Wissen – sechs bis acht richtige Antworten – zeigen zwei Fünftel bis die Hälfte der Insassen und hohes Wissen – neun bis zehn korrekte Angaben – drei Zehntel (Übersicht 7)⁹. Dabei können drei Fünftel bis zwei Drittel der Gefangenen sämtliche Fragen nach tatsächlichen Übertragungswegen richtig beantworten (63,7 %, n = 1582), durchschnittlich werden 4,09 korrekte „Ja“-Antworten gegeben. Ganz anders ist die Verteilung bei den Fragen, bei denen gewusst werden musste, dass kein Risiko besteht. Hier beantwortet nur jeder sechste Gefangene alles richtig (16,3 %, n = 1582), im Durchschnitt sind nur 2,75 richtige „Nein“-Antworten zu verzeichnen.

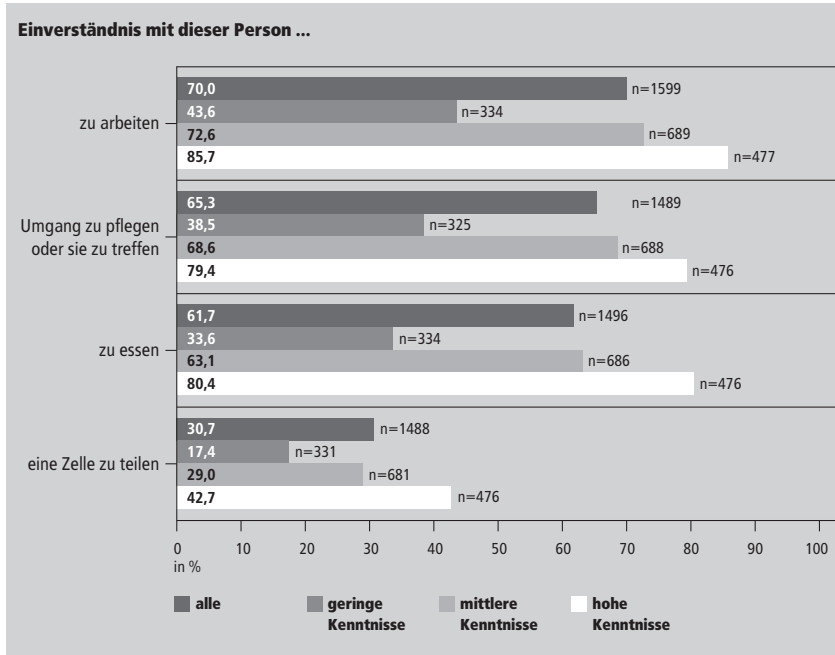
Weniger die Unkenntnis über reale Infektionsrisiken für Nicht-Infizierte erscheint danach als zentrales Problem, als vielmehr fehlende Aufklärung darüber, in welchem Maße risikofreier Umgang in normalen alltäglichen Lebensvollzügen jenseits von Stigmatisierung und Diskriminierung von Infizierten, also ihre Integration, möglich ist. Daraus ist zu folgern, neben den selbstverständlich gebotenen Informationen zu Übertragungsrisiken zwecks Eindämmung weiterer Infektionen, mit Blick auf die Lage bereits Infizierter ein stärkeres Gewicht auf die Aufklärung über Möglichkeiten eines unproblematischen, gefahrungsfreien Zusammenlebens mit diesen zu legen und so ihrer Ausgrenzung entgegenzuarbeiten. Dies umso mehr im Rahmen einer „totalen Institution“, wie es das Gefängnis darstellt, in dem die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen extrem eingeschränkt sind.

Dass eine solche Aufklärungsarbeit Erfolg versprechend ist und Ausgrenzung wirksam verringern dürfte, macht der deutliche Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand zur Übertragbarkeit von HIV und der Einstellung zu HIV-Positiven unmittelbar sichtbar (Übersicht 6). Generell sind große Mehrheiten der Häftlinge einverstanden, bedeutende Aspekte des Alltagslebens mit Infizierten zu teilen, eine gemeinsame Zelle lehnt jedoch eine ebenso klare Mehrheit ab. Gleichzeitig variiert die Haltung der Gefangenen zu HIV-Infizierten in alltäglichen Situationen in hohem Maße mit ihren Kenntnissen zu Übertragungswegen, indem sich ein sehr deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der Bereitschaft zur Integration von HIV-Infizierten mit steigendem Wissen zeigt.

9 Die Einteilung folgt der empirischen Verteilung, indem eine breite Mitte, aber auch zwei starke Extreme abgebildet werden, sowie einer theoretischen Überlegung: Durch die gewählte Kategoriengrenze liegt mittleres Wissen erst vor, wenn mindestens in einem Fall gewusst wurde, dass kein Übertragungsrisiko besteht.



Übersicht 6: Einstellungen zu HIV-Infizierten und Kenntnisse von Übertragungswegen

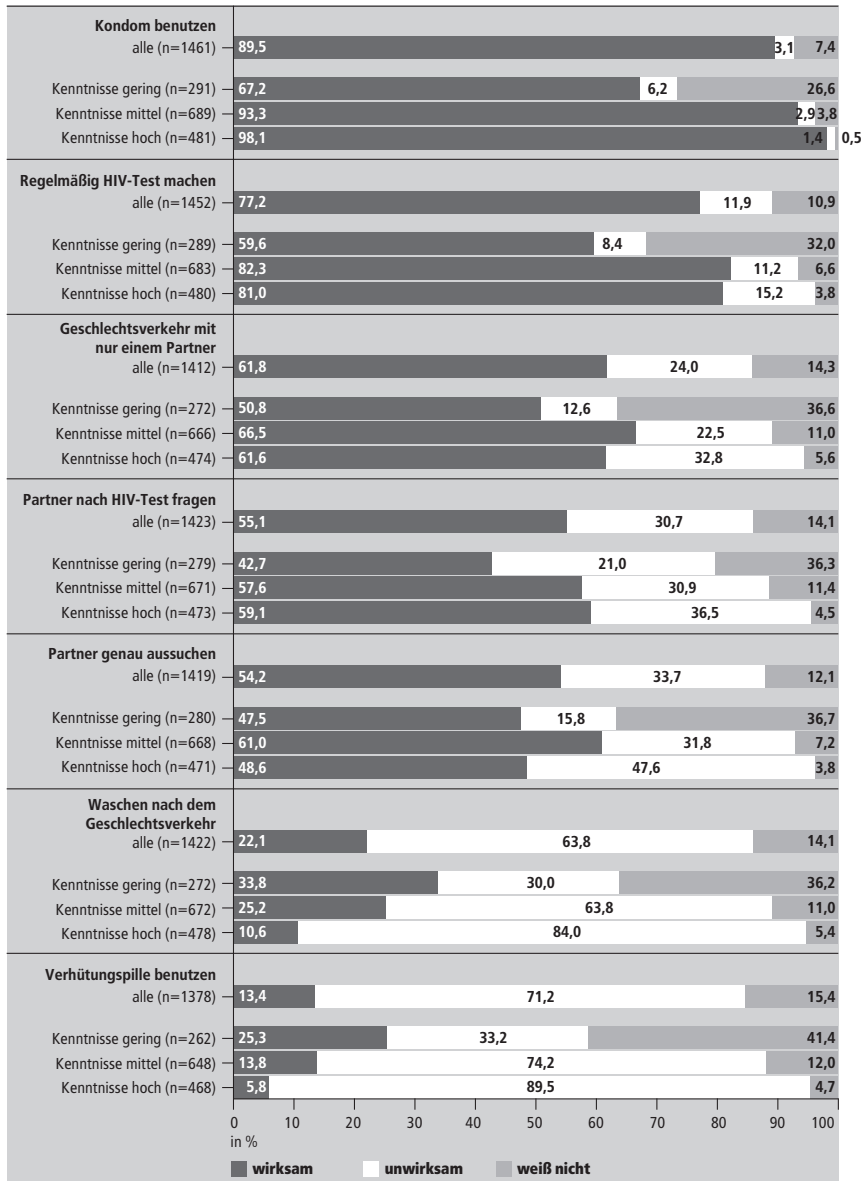


Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

Schließlich wird die Relevanz lebensweltlicher Orientierung vor medizinischem Wissen mit Blick auf den Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand zur Übertragbarkeit von HIV und der Einschätzung wirksamer Schutzmaßnahmen sichtbar (Übersicht 7). Zunächst zeigen klare bis weit überwiegende Mehrheiten von Inhaftierten analog zum Wissen über Infektionswege gute Kenntnisse zur Wirksamkeit von Kondomen als Schutz gegen HIV bzw. der Unwirksamkeit von „Waschen nach dem Geschlechtsverkehr“ und „Verhütungspillen“; gleichzeitig antworten beachtliche Minderheiten zu diesen unwirksamen Maßnahmen falsch oder unsicher. Jedoch liegt für die Antwortkategorie „wirksam“ eine klare Differenz vor zwischen den genannten Fragen, für die ein positiver Zusammenhang zwischen den Kenntnissen zu wirksamen Schutzmaßnahmen und zu HIV-Übertragungswegen zu erwarten ist, und denjenigen, welche die medizinische Dimension mit der sozialen des Vertrauens vermischen: gerade hier ist ein Zusammenhang nicht eindeutig, d. h. den Fragen nach der Wirksamkeit regelmäßiger eigener Tests bzw. dem Test seitens des Partners und nach Geschlechtsverkehr mit nur einem Partner bzw. der genauen Auswahl desselben.

Übersicht 7: Kenntnisse zu wirksamem Schutz und Übertragungswegen bei HIV



Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

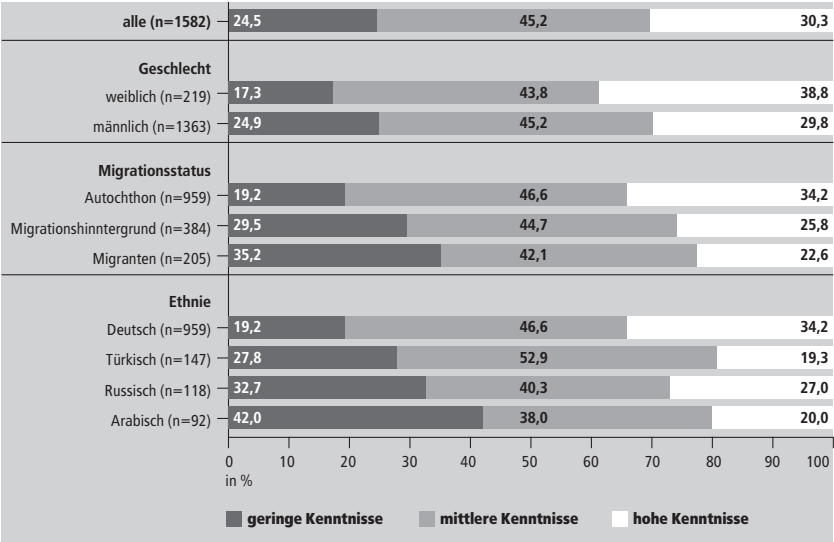


Im Folgenden werden zu den angesprochenen, für alle Befragten relevanten Punkten sich abzeichnende soziodemographische Differenzierungen dargestellt, beschränkt auf Geschlecht, Migrationsstatus und ethnische Gruppen. Denn während sich nach Geschlecht nicht sehr viele, aber recht klare Muster finden, erscheint das Bild für die Variable Alter diffuser. Regionale Unterschiede liegen fast gar nicht und auch wenig systematisch vor, hier könnten zufällige Abweichungen eine Rolle spielen. Wenige konsistente Bilder ergibt auch die Differenzierung nach Form der Haft, zudem überschneiden sich diese Ergebnisse teilweise mit denen zum Alter. Die zweifellos trennschärfsten Unterscheidungen sind die nach dem Migrationsstatus und die damit eng verknüpfte Gliederung nach ethnischen Gruppen, die Gefangene mit Migrationshintergrund und Migranten zusammenfasst und ethnisch differenziert. Hier finden sich die meisten, deutlichsten und in ihrem inhaltlichen Zusammenhang klarsten Muster.

Differenziert nach Geschlecht, lassen weibliche Häftlinge insgesamt einen höheren Drogenkonsum, vor allem einen besonders stark erhöhten intravenösen Drogenkonsum erkennen. Gleichzeitig sind sie sehr deutlich erhöht von Hepatitis C betroffen, haben aber auch bessere Kenntnisse über Impfmöglichkeiten und die Folgen von Hepatitis.

Unterschiedlich stark ausgeprägte, jedoch stets in die gleiche Richtung weisende Ergebnisse zu HIV-Übertragungsmöglichkeiten deuten auf tendenziell bessere Kenntnisse weiblicher Insassen hin; zusammengefasst zeigen sie in größerem Maße hohes Wissen und seltener nur geringes (Übersicht 7). Die Mittelwertdifferenz zwischen den Geschlechtern ist die drittgrößte zwischen soziodemographischen Teilgruppen und beruht wesentlich auf dem besseren Wissen von Frauen darüber, wo keine Risiken bestehen. Insgesamt ist ihr durchschnittlicher Wissensstand der höchste aller Teilgruppen (Übersicht 9). Entsprechend zeigen sich Frauen auch aufgeschlossener gegenüber HIV-Positiven: Sie sind häufiger bereit, mit einer infizierten Person zu arbeiten, zu essen und mit ihr Umgang zu pflegen, vor allem aber sehr deutlich eher bereit, mit ihr die Zelle zu teilen.

Übersicht 7: Kenntnisse zu HIV, gruppiert nach Soziodemographie



Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008

Übersicht 8: Kenntnisse zu HIV: Mittelwerte nach Soziodemographie

Merkmal	Richtig „Ja“	Richtig „Nein“	Richtig „Gesamt“
alle (n=1582)	4,09	2,75	6,83
Geschlecht			
weiblich (n=219)	4,19	3,13	7,32
männlich (n=1363)	4,08	2,73	6,81
Migrationsstatus			
Autochthon (n=959)	4,25	2,96	7,20
Migrationshintergrund (n=384)	3,94	2,60	6,54
Migranten (n=205)	3,80	2,21	6,01
Ethnie			
Deutsch (n=959)	4,25	2,96	7,20
Türkisch (n=147)	3,91	2,54	6,46
Russisch (n=118)	4,09	2,29	6,37
Arabisch (n=92)	3,57	2,11	5,68

Quelle: KABP-Befragung Gefangene

WIAD 2008



Mit Blick auf den Migrationsstatus, d. h. unterschieden nach Autochthonen, Personen mit Migrationshintergrund und Migranten, geben Migranten im Allgemeinen weniger Drogenkonsum an; dazu passt der unterdurchschnittliche Konsum von Alkohol sowie anderen Drogen (als Cannabis, Alkohol und Heroin) bei Gefangenen mit Migrationshintergrund. Für Tätowierungen in Haft zeigt sich eine klar sinkende Tendenz von Autochthonen über Gefangene mit Migrationshintergrund und speziell zu Migranten, welche dies klar unterdurchschnittlich angeben. Von Autochthonen hin zu Migranten existiert ein zwar unterschiedlich ausgeprägtes, tendenziell aber eindeutiges Gefälle zur Kenntnis von Infektionskrankheiten. Auch zeigt sich für diese Krankheiten eine relativ geringfügige, aber stetige Tendenz, wonach der Anteil der Angaben „weiß nicht“ im Hinblick auf eigene Erkrankungen von Autochthonen hin zu Migranten zunimmt. Für Impfmöglichkeiten sowie mögliche Folgen von Hepatitis wird insgesamt ein tendenziell abnehmendes Wissen bzw. steigende Unsicherheit von Autochthonen hin zu Migranten sichtbar.

Zu Übertragungswegen von HIV liegen zahlreiche und insgesamt nahezu stets in die gleiche Richtung weisende Differenzierungen vor: Von Autochthonen zu Migranten nehmen im Allgemeinen in im Einzelnen mehr oder weniger starkem Ausmaß, aber in der Tendenz gleichgerichtet, die Anteile richtiger Antworten ab und umgekehrt die Angaben „weiß nicht“ zu.

Diese geringeren Kenntnisse finden erwartungsgemäß ihren Niederschlag in einer konsistenten und starken Tendenz, wonach stets einer überdurchschnittlichen Akzeptanz von HIV-Infizierten durch Autochthone umgekehrt unterdurchschnittliche Werte für Gefangene mit Migrationshintergrund gegenüberstehen, welche für Migranten nochmals niedriger liegen, so dass immer ein sehr deutliches Gefälle von Autochthonen zu Migranten bzw. umgekehrt zunehmend negative Einstellungen und Ausgrenzung von HIV-Positiven sichtbar werden.

Hinsichtlich Schutzmaßnahmen gegen HIV-Infektionen steigen die Antworten „weiß nicht“ von Autochthonen über Gefangene mit Migrationshintergrund hin zu Migranten. So sind überdurchschnittlich viele Migranten unsicher, ob Kondome wirksam schützen; gleichzeitig halten sie diese nur unterdurchschnittlich für wirksam. Auch steigt der Anteil derer, die nicht wissen, ob Waschen nach dem Geschlechtsverkehr wirksam schützt, bis zu den Migranten deutlich auf einen überdurchschnittlichen Wert, während die Gruppe derer, die dies für unwirksam halten, sehr klar auf einen weit unterdurchschnittlichen Wert für Migranten abnimmt und in der gleichen Richtung der Menge derer, die sich so geschützt sehen, zunimmt. Zur Wirksamkeit von Verhütungspillen gegen HIV-Infektionen schließlich wächst zu den Migranten hin deutlich die Gruppe der Unsicheren auf einen überdurchschnittlichen Wert. Gleichzeitig sinkt der Anteil derer, die dies für unwirksam halten, sehr deutlich auf einen unterdurchschnittlichen Wert. Insgesamt betrachtet verfügen danach Insassen mit Migrationshintergrund und in noch deutlicherem Ausmaß Mi-

granten seltener über sicheres korrektes Wissen zu Schutzmaßnahmen als Autochthone.

Aufgrund der gegebenen Wissensdifferenzen unterscheidet sich auch die Akzeptanz von HIV-Positiven stark nach ethnischen Gruppen – analog zum Migrationsstatus, da die stets nach oben abweichenden Werte für Deutsche denen der Autochthonen entsprechen. Die betrachteten nicht-deutschen Gruppen zeigen umgekehrt generell massiv weniger Akzeptanz bzw. höhere Ausgrenzung von Infizierten, dabei Araber stärker als Türken und diese stärker als Russen.

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von Gefangenen

Insgesamt erweisen sich die Variablen Geschlecht, vor allem aber Migrationsstatus und ethnische Gruppierung als fruchtbarste Analysekrriterien; alle drei zusammen vermögen die durch die Gesamtstichprobe ermittelten Erkenntnisse entscheidend zu spezifizieren, nicht zuletzt im Hinblick auf Schlussfolgerungen für die Praxis. Speziell für Gefangene mit Migrationshintergrund und in noch höherem Maße für Migranten, die wie gezeigt ein Viertel bzw. ein Siebtel der Insassen ausmachen (Übersicht 1) und damit umfangreiche Gruppen darstellen – hochgerechnet auf nahezu 80.000 Inhaftierte in Deutschland etwa 20.000 und gut 11.000 Personen –, konnten insbesondere zu zahlreichen Fragen ganz überwiegend massive Wissensdefizite bezüglich Infektionskrankheiten und daraus resultierend deutlich negativere Einstellungen gegenüber HIV-Positiven, also geringere Akzeptanz bzw. stärkere Ausgrenzung, festgestellt werden.

Die Bedeutung des Migrationsaspekts für die Frage nach Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland liegt damit auf der Hand und ist im Rahmen jeder darauf gerichteten „Public Health“-Maßnahme in Rechnung zu stellen. Dazu gehört als elementarster Ansatz, sich nicht an Staatsangehörigkeiten zu orientieren, sondern die sichtbar gewordenen relevantesten ethnischen bzw. sprachlichen Gruppen in den Blick zu nehmen. Dabei sind die weitaus größten Gruppen unter den nicht allein am häufigsten Deutsch sprechenden Gefangenen – in dieser Reihenfolge – mit Türkisch, Russisch, Arabisch, Polnisch und Serbokroatisch erreichbar.

Empfehlungen

1. Die äußerst negative Wahrnehmung der medizinischen Versorgung in Haft aus Sicht der Gefangenen und ein daraus mutmaßlich resultierendes grundsätzliches Misstrauen der Insassen ist als erschwerende Bedingung jeglichen gesundheitsbezogenen Handelns zu antizipieren.
2. Wissensmängel zeigten sich insbesondere zu gefahrungsfreiem Umgang mit HIV-Positiven. Neben den zweifellos notwendigen Informationen über reale Infektionsrisiken ist daher im Interesse von bereits Infizierten innerhalb der „totalen Institu-



tion“ Gefängnis, ihrer verbesserten Integration durch Abbau von Stigmatisierung und Ausgrenzung, in stärkerem Maße Aufklärung über Möglichkeiten eines unproblematischen, risikofreien Zusammenlebens im Rahmen normaler alltäglicher Lebensvollzüge zu leisten. Der klare Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand zur Übertragbarkeit von HIV und der Einstellung zu HIV-Positiven legt dies unmittelbar nahe.

3. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen gegen HIV-Infektionen machten weiterhin deutlich, dass im Hinblick auf gesundheitliche Fragestellungen und Aufklärung die alleinige Vermittlung naturwissenschaftlich-medizinischen Wissens nicht ausreichend ist, sondern vielmehr über den medizinischen Aspekt hinaus die Bedeutung der sozialen Dimension des Vertrauens systematisch berücksichtigt werden muss.
4. Schließlich zeigten sich in vielfältiger Weise besonders gravierende Problemlagen bei Migranten bzw. ethnischen Minderheiten unter den Gefangenen. Diesen Zielgruppen ist daher besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei müssen jedoch grundsätzlich nicht Staatsangehörigkeiten, sondern die jeweils relevantesten ethnischen bzw. sprachlichen Gruppen den Ansatzpunkt bilden.



Veränderungen in der Krankenpflegepolitik und -praxis in Gefängnissen in England und Wales¹⁰ – Zusammenfassung

Sheila McNerney

1. Historischer Rückblick

Historisch betrachtet hatte das Innenministerium die Verantwortung für die Krankenpflege in englischen und walisischen Gefängnissen. Die Krankenpfleger waren beim Innenministerium angestellt.

1996 erstellte der HM Chief Inspector für Gefängnisse (HMCIP) ein Diskussionspapier, das die Schwächen in der damaligen Gesundheitsversorgung mit folgenden Schwerpunkten hervorhob: Qualität der Krankenpflege, Isolation der Profession des Krankenpflegepersonals im Gefängnis, wenig Verbindungen zum Nationalen Gesundheitsversorgungsdienst (National Health Care System, NHS).

Die Empfehlung war, dass das NHS (via Primary Care Trusts/PCT) die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung für Gefangene übernehmen soll.

1997 bildeten der Prison Service und das Department of Health (DoH) eine gemeinsame Arbeitsgruppe, mit dem Auftrag, die im o. g. Diskussionspapier festgestellten

10 Übersetzung: Heino Stöver



Erkenntnisse und Empfehlungen weiterzuentwickeln. Die Frage lautete: Soll die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsversorgung der NHS übertragen werden?

Die Arbeitsgruppe entdeckte wichtige Unterschiede in der Organisation, Finanzierung, Leistung und Qualität der Gesundheitsversorgung für Gefangene und benannte erneut Probleme in der Zusammenarbeit mit dem Nationalen Gesundheitsdienst (NHS).

Die AG empfahl:

- ◆ Eine radikale Veränderung entscheidender Gesundheitsprogramme in den nächsten 5 Jahren
- ◆ Die Durchführung einer Gesundheitsbedarfsanalyse bei Gefangenen
- ◆ Eine formale Partnerschaft zwischen Prison Service und NHS

Der Bericht enthielt jedoch (noch) keine Empfehlung zur Übertragung der Verantwortlichkeit für Krankenpflege an den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS).

In einem gemeinsamen Bericht des Prison Service/NHS (März 1999) wurde die Regierung verpflichtet, Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Gefangene zu unterbreiten und bestehende Vorschläge weiterzuentwickeln.

Der Bericht forderte, „sicherzustellen, dass Gefangene Zugang zur Gesundheitsversorgung in derselben Qualität und demselben Umfang haben wie die Allgemeinbevölkerung im Rahmen der NHS“. Ferner forderte der Bericht eine Verbesserung der Nutzung der Ressourcen des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) und des Gefängnisdienstes (Prison Service) bei der Gesundheitsversorgung für Gefangene. Eine engere Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen NHS und Gefängnisdienst auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene sollte gefördert werden.

Eine Projektgruppe „Gefängnisgesundheit“ zur Unterstützung und Steuerung bei Veränderungen auf lokaler Ebene wurde eingesetzt. Folgende Daten und Meilensteine der weiteren Entwicklung sind bemerkenswert:

- ◆ Juni 2002: Entwicklung und Modernisierung der medizinischen Grundversorgung (Primary Care) in Gefängnissen
- ◆ Januar 2007: Nationale Partnerschafts-Erklärung zwischen dem Gesundheitsministerium (in England: Department of Health) und dem Innenministerium (Home Office)

April 2007: Die medizinische Grundversorgung (Primary Care Trusts) in England muss die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Gefängnissen übernehmen

2. Allgemeine Herausforderungen für die Krankenpflege in Gefängnissen

Mit wenigen Ausnahmen hat Krankenpflege eine „Pflegefunktion“ und keine „Haft-/Kontrollfunktion“. Der hohe Bedarf an Sicherheit und Disziplinierung kann die Wahrnehmung von Gefangenen als Patienten überlagern. Krankenpfleger sind mit Einschränkungen konfrontiert, die im Konflikt stehen mit ihrer professionellen Ethik und ihrem Selbstverständnis.

Im Bericht *„Die Zukünftige Organisation der Gesundheitsversorgung in Gefängnissen“* (DOH 1999) heißt es, „die Rolle der Krankenpfleger/innen muss gegründet werden auf einem flexibleren und wirksameren Modell der Kompetenz von Krankenpflege, die die Bedeutung reflektiert, die Krankenpflege im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention hat“.

Das *Royal College of Nursing* (2001) stellte fest, dass Krankenpfleger/innen, die in einem Haftsetting arbeiten, eine Verwischung ihrer Rolle erfahren können. Es besteht also ein Konflikt „divergierender Ziele“ (Reeder 1991, 41) von Gefängnispersonal und Krankenpflegern aufgrund „von unausgesprochenen Annahmen“. Schließen sich beide aus?

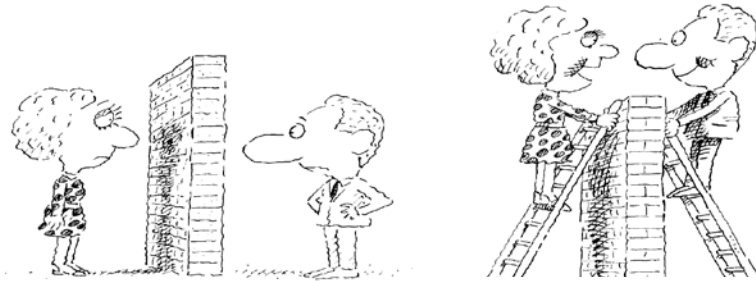


3. Alternative Möglichkeiten für Krankenpflege im Gefängnis?

Krankenpfleger/innen können sehr gut als Anwälte ihrer Patient(inn)en auftreten. Insgesamt besitzt die Krankenpflege eine enorme Kraft, die wichtig werden kann für diejenigen, die keine Organisationsmacht (mehr) haben (vgl. Whitehead 2002). Diejenigen, die in die Gesundheitsversorgung involviert sind, müssen ihre professionelle Isolation überwinden und beginnen, aus der Gemeinde heraus zu arbeiten, um Dinge *mit* der Gemeinde statt *für* sie zu tun (vgl. Downie et al. 1996, 196).



Mauern sollen Ausbrüche verhindern, nicht Kommunikation!



Menschen auf halbem Wege zu treffen, verbessert eine wirksame Kommunikation
(Illustration entnommen aus: Cornelius and Faire: „Everyone can win“ (1994).

Literatur

Whitehead D. (2003) Incorporating socio-political health promotion activities in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12: 668-677

West E. & Scott C. (2000) Nursing in the Public Sphere: breaching the boundary between research and policy. *Journal of Advanced Nursing* 32, 817-824

Taylor G. Politics and Nursing: an elective experience. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1180-1185

Johnson J.L. (2000) The health care institution as a setting for health promotion. In *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice* (Poland B.D., Green L.W. & Rootman I. eds), Sage Publications, London, pp. 175-199

Whitehead D. (2002) The "health promotional" role of a pre-registration student cohort in the UK: a grounded-theory study. *Nurse Education in Practice* 2, 197-2007

Downie R.S. Tannahill C. & Tannahill A. (1996) *Health Promotion Models and Values*, 2nd edn. Oxford University Press, Oxford



Prävention und Gesundheitsförderung in spanischen Gefängnissen: Ein Modell für Europa ?¹¹

Andrés Marco

1. Einleitung

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen, die in den Gefängnissen Spaniens in den letzten dreißig Jahren entwickelt wurden, sind aus wichtigen soziologischen Erkenntnissen und Tatsachen hervorgegangen; diese zu kennen ist unentbehrlich, um die moderne spanische Gefängnispolitik zu verstehen. Zunächst ist es wichtig, sich zu erinnern, dass das Ley Orgánica General Penitenciaria (Gesetz zur Organisation der Gefängnisse), das die spanischen Gesetze in den Gefängnissen reguliert, 1979 (1), vier Jahre nach dem Tod von Franco, veröffentlicht wurde. Aus diesem Grund ist dieses Gesetz demokratisch und wurde nach der Zustimmung zur neuen spanischen Verfassung 1978 verkündet. Von großer Bedeutung ist auch, dass die Abfassung dieses Gesetzes und die Zustimmung dazu von den Abgeordneten stammt, die unter der alten Regierung als politische Gefangene inhaftiert und deshalb sensibilisiert gegenüber den Lebensumständen in den Gefängnissen waren. Und letztendlich ist es wichtig anzumerken, dass sich in dieser Zeit (1977/78), parallel zu den oben genannten Aspekten, der

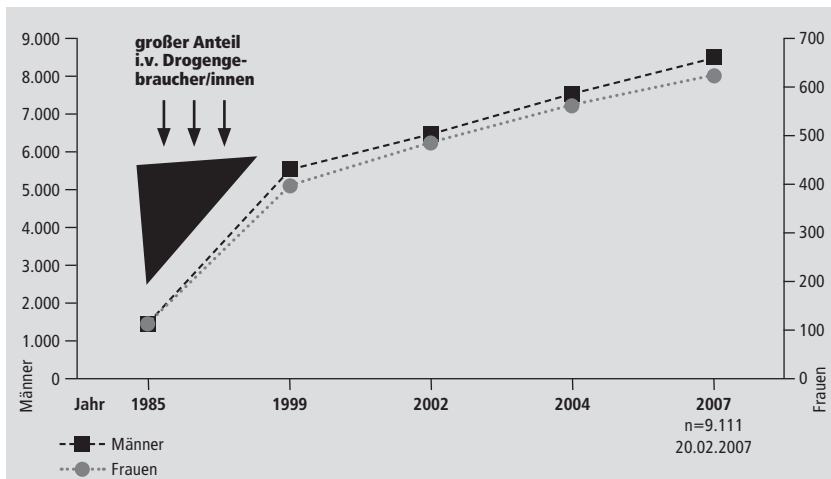
11 übersetzt von Anna Helen Weichert und Iris Komorowski



Heroinkonsum in Spanien verbreitete, der zwischen 1979 und 1982 auf epidemisches Niveau anstieg, um von 1983 bis 1986 unter schwierigen politischen, rechtlichen und gesundheitlichen Bedingungen auf dem Höhepunkt anzukommen. Diese Verhältnisse haben dazu geführt, dass sich ein Problem der öffentlichen Sicherheit in ein Problem der öffentlichen Gesundheit transformiert hat, aufgrund der Verbreitung der HIV-Infektion und verschiedener Formen viraler Hepatitis.

Viele dieser Heroinkonsumenten, hervorgegangen aus den 70er und 80er Jahren, wurden in diesen und den folgenden Jahren inhaftiert, insbesondere aufgrund wiederholter krimineller Auffälligkeiten, besonders der Beschaffungskriminalität. Eine Studie (2) mit AIDS-kranken Patienten aus Barcelona Anfang der 90er Jahre schätzt, dass viele der Konsumenten in dieser Zeit 20.000 Pesetas (ca. 120 Euro) pro Tag brauchten, um sich die benötigte Heroindosis beschaffen zu können, die das Auftreten von Entzugserscheinungen verhindert. Und es war das enorme und unerwartete Ansteigen dieser Population, darunter viele (3–5) HIV-Infizierte mit schwerwiegenden gesundheitlichen Mängeln, welche die Gefängnisse überflutete und die Gefängnisverwaltung dazu verpflichtete, dringende präventive, klinisch-therapeutische und epidemiologische Überwachungsmaßnahmen zu ergreifen, um dieser schwierigen Situation Herr zu werden. Abb. 1 verdeutlicht den Anstieg der katalanischen Gefängnisinsassen von ungefähr 1.600 in 1985 (das Jahr, in dem Katalonien den Verwaltungsbereich der Gefängnisse übernommen hat) auf 9.111 Personen im Februar 2007. Ursache für diesen Anstieg von 565,5 % ist unter anderem die zunehmende Zahl von Häftlingen mit Vorstrafen wegen parenteralem Drogengebrauch (UDVP).

Abb. 1 Entwicklung der Zahl der Gefängnisinsassen in Katalonien von 1985–2007



2. Die Gefängnisbevölkerung in Spanien

Ende Juni 2007 gab es in Spanien 75.415 Häftlinge, d. h. eine Rate von 146 Gefangenen pro 100.000 Einwohnern. Von diesen waren 66.479 (85,9 %) in Gefängnisse der Zentralregierung eingewiesen, während 9.395 (14,1 %) Häftlinge in Katalonien einsaßen, der einzigen autonomen Region Spaniens mit Hoheit und Autonomie in Gefängnisangelegenheiten.

Die meisten Gefängnisinsassen sind männlich (> 90 %), ungefähr ein Drittel (> 30 %) ist ausländischer Herkunft und ein Großteil (> 75 %) ist zwischen 18 und 40 Jahre alt, davon befinden sich viele (75 %) in U-Haft, d. h. sie warten auf ihren Prozess. Unter den Männern sind die meisten (40 %) wegen Eigentumsdelikten im Gefängnis, während von den weiblichen Häftlingen der größte Prozentsatz (> 45 %) wegen Drogenhandels in Strafanstalten einsitzt. Bei beiden Geschlechtern überschreitet die Anzahl der Angeklagten, die wegen Straftaten der Integrität inhaftiert sind, nicht die 10-Prozent-Hürde (9,8 % der Männer und 7,4 % der Frauen).

Obwohl das geringe Alter der meisten Insassen zunächst auf eine gesunde Gefängnisbevölkerung mit geringer Krankheitsprävalenz hindeuten scheint, ist es Realität, dass die Gesamtheit in den Gefängnissen enorme Gesundheitsmängel aufweist, hauptsächlich, aber nicht nur, verbunden mit Drogenkonsum. Es wird geschätzt, dass es in Spanien insgesamt 100.000–150.000 parenterale Drogenkonsumenten gibt – eine Verringerung der Zahl ist wegen der Aids-Pandemie und des Abfalls der Heroinkonsumprävalenz möglich. Dies geht aus indirekten Indikatoren hervor, wie beispielsweise Behandlungsnachfrage, Krankenhausaufnahmen und Todesfälle wegen Überdosis etc. Es ist schwierig, exakt die Rate derjenigen zu benennen, die wegen parenteralen Drogengebrauchs in Haft kommen, obwohl eine Studie aus Madrid von Anfang der 90er Jahre schätzt, dass 52 % vorbestraft waren (6). Eine weitere Studie, die zur gleichen Zeit mit AIDS-kranken Menschen in Barcelona durchgeführt wurde (2), zeigt, dass 50 % der diagnostizierten i.v. Drogengebrauchern mindestens einmal in Haft waren. In den letzten Jahren war jedoch eine starke Reduzierung dieser Prävalenz festzustellen, so machte die Zahl der i.v. Drogengebraucher, die ins Gefängnis kamen, 1990 noch 40 % der Gesamtzahl der Häftlinge aus, sank aber 2002 auf 22 % ab (7).

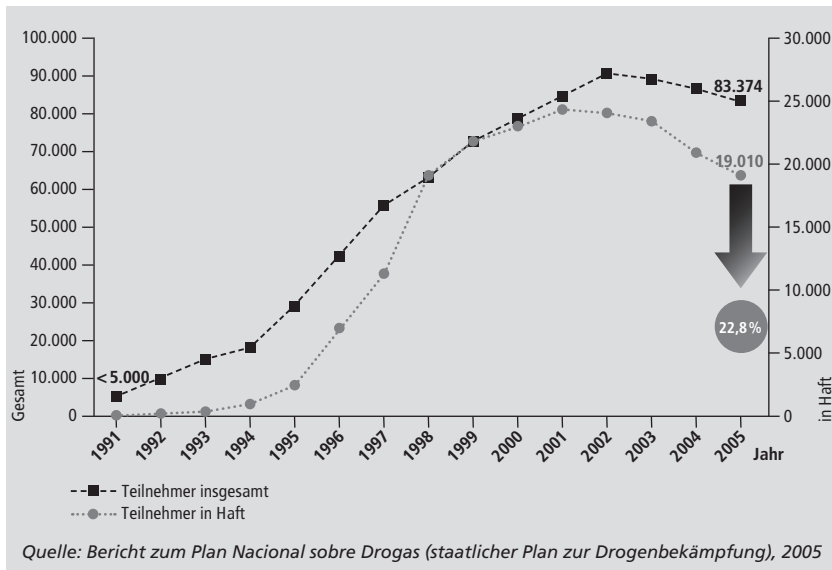
3. HIV-Infektionen in spanischen Strafanstalten

Für Spanien wird angenommen, dass es ungefähr 120.000 HIV-Infizierte gibt. Etwas mehr als 60 % gehören zur Gruppe der i.v. Drogengebraucher, obwohl man seit 1991 eine fortschreitende, konstante Reduzierung der Injizierenden und der Häufigkeit von intravenösem Gebrauch feststellt (8). Die Hauptgründe dieser Reduzierung liegen darin, dass es immer weniger Neueinsteiger in den i.v. Drogenkonsum gibt (9) und der Umfang der Methadonprogramme (10) von etwas mehr als 4.000 Konsumenten



im Jahre 1991 auf ungefähr 90.000 Konsumenten im Jahre 2005 angestiegen ist (11). Die Methadonprogramme besitzen eine hohe Wirksamkeit bei der Reduktion von intravenösem Drogengebrauch (12–17) und haben außerdem indirekt die Infektionen durch HIV und Hepatitis C reduziert (15,16,18–22). Die Methadonprogramme haben weiterhin dazu beigetragen, die Nutzung antiretroviraler Therapien (ART) für HIV-infizierte Patienten zu verbessern (23–28). Dieser Anstieg hat geholfen, diesen Populationen höhere Überlebenschancen zu ermöglichen (29, 30). Ungefähr 22 % der Methadonpatienten in Spanien sind in Gefängnissen inhaftiert (Abb. 2).

Abb. 2: Entwicklung der Teilnehmer an Methadonprogrammen in Spanien, 1991–2005



In Katalonien sind etwa 15,7 % der Gefangenen HIV-infiziert (Abb. 3), dieser Prozentsatz ist in anderen Regionen Spaniens niedriger, aber man muss betonen, dass es keine homogene Verteilung der Infektionsrate gibt. Diese Rate variiert in Abhängigkeit der geographischen Lage des untersuchten Gefängnisses und der Merkmale der Insassen (grundsätzlich wird eine bestehende Drogenabhängigkeit erfragt). Eine Reduktion der HIV-Prävalenz wurde am meisten unter den jungen Inhaftierten und den Neukonsumenten (31) festgestellt (Abb. 4). Diese Reduktion ist sicherlich auf die Verringerung des intravenösen Drogengebrauchs und die Steigerung von Präventions- und Behandlungsprogrammen, die in den letzten 15 Jahren entwickelt wurden, zurückzuführen. Von diesen Programmen haben die Methadonprogramme eine besondere Relevanz, da sie, wie in einigen Studien belegt, einen erheblichen Faktor

Abb. 3: HIV-Infizierte nach Alter und Geschlecht unter den Gefängnisinsassen in Katalonien

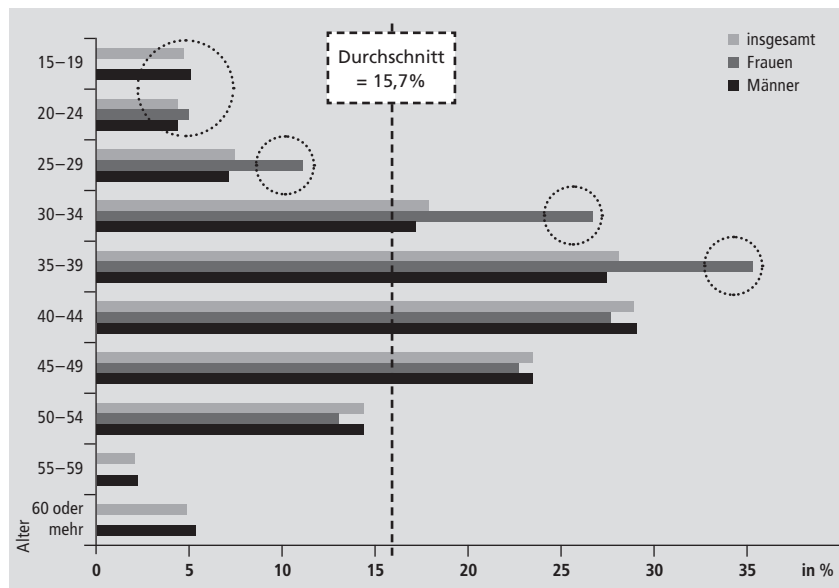
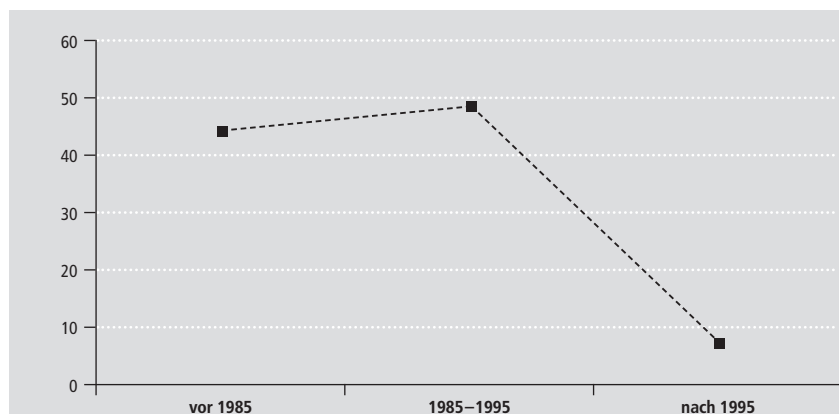


Abb.4: HIV-infizierte Gefängnisinsassen (unterschieden) nach Jahr des Beginns des Drogenkonsums



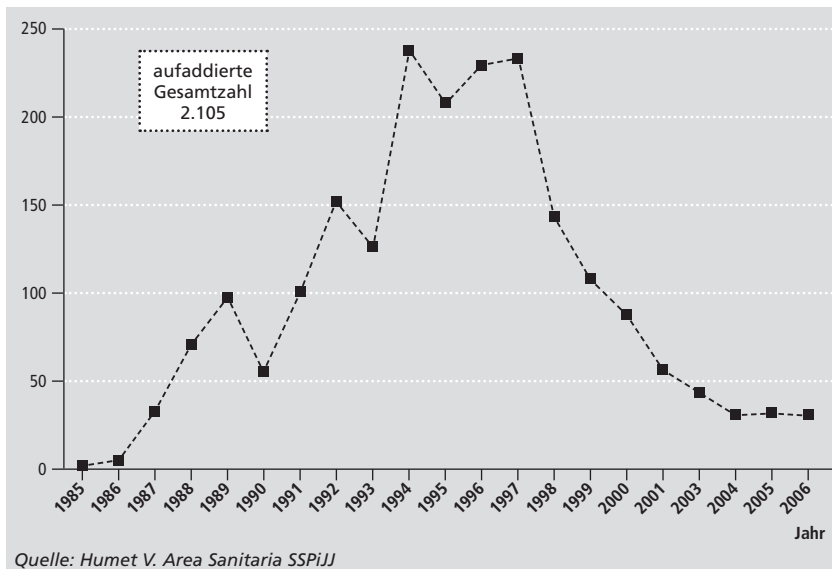
Quelle: Portilla X, Saiz de la Hoya P, Marco A et al. Bilbao: Congreso SEIMC (abstract 36), 2004



zur Minderung der HIV-Übertragung darstellen. Ebenfalls ist der Spritzenaustausch, der heutzutage in fast allen spanischen Gefängnissen angeboten wird, von großer Bedeutung (33).

Eine neue Studie (31), in Zusammenarbeit mit 15 spanischen Gefängnissen, hat es ermöglicht, ein Profil der HIV-Infizierten, die in Gefängnissen inhaftiert sind, zu zeichnen. Normalerweise handelt es sich um Männer (93 %) mittleren Alters (durchschnittl. 35 Jahre alt), i.v. Drogenkonsumenten (94 %) mit langjährigem Konsum (durchschnittl. 17 Jahre) und ungefähr ein Viertel dieser Personen (23 %) sind von AIDS-Diagnosen betroffen (WHO-93). Der erste AIDS-Fall in spanischen Gefängnissen wurde 1984 in Barcelona dokumentiert (34), als man von dem Ausmaß und den Folgewirkungen, die die HIV-Infektion in den Gefängnissen auslöste, noch nichts ahnte. Seitdem wurden 2.105 Fälle bis zum 31. Dezember 2006 in katalonischen Gefängnissen bekannt. Die zeitliche Entwicklung ist in Abb. 5 erkennbar. In der Epidemiologie entsprechen die AIDS-Fälle dem Profil der HIV-Fälle in Gefängnissen: überwiegend junge Spanier, männlich und i.v. Drogengebraucher, 68 % mit der Diagnose Lungenentzündung und/oder Tuberkulose. In den letzten Jahren war ein Anstieg ausländischer Häftlinge zu verzeichnen; in Katalonien ist der Anteil von Migranten in den Gefängnissen im Jahr 2005 auf 25,8 % angestiegen.

Abb. 5: Die Entwicklung der aufgetretenen Aids-Fälle in den Gefängnissen in Katalonien



4. Koinfektion HIV/Hepatitis C

In Spanien stammen die meisten der Hepatitis-C-Infizierten aus dem Kreis der intravenösen Drogengebrauchern. Daher erreicht die Prävalenz der Hepatitis-C-Infektionen unter den Häftlingen in Spanien 30–40 % (36–39) und mehr als 90 % der Inhaftierten HIV-Infizierten sind außerdem mit Hepatitis C koinfiziert (37, 39, 40). In Abb. 6 kann man die Rate der Hepatitis-C-Infektionsprävalenz unter den katalonischen Gefangenen erkennen.

Abb. 6: Hepatitis-C-Infizierte unter den Gefängnisinsassen in Katalonien (20.2.2007)

Justizvollzugs-anstalt	Insassen Gesamt	Anzahl der Untersuchten		Anzahl der Infizierten			
		Gesamt	in Prozent	Gesamt	Prävalenz	Konfidenzintervall 95%	
Männer	2.124	1.058	49,81	343	32,42	29,60	35,24
Frauen	602	444	73,75	127	28,60	24,40	32,81
Jugendliche	546	425	77,84	31	7,29	4,82	9,77
Tarragona	387	224	57,88	62	27,68	21,82	33,54
Girona	182	162	89,01	23	14,20	8,82	19,57
Figueres	225	178	79,11	16	8,99	4,79	13,19
Ponent	1.049	989	94,28	327	33,06	30,13	36,00
Q.Camins	1.819	1.718	94,45	666	38,77	36,46	41,07
Brians	1.814	1.702	93,83	611	35,90	33,62	38,18
Offener Vollzug							
Barcelona	207	160	77,29	29	18,13	12,16	24,09
Offener Vollzug							
Lleida	156	144	92,31	22	15,28	9,40	21,15
GESAMT	9.111	7.204	79,07	2.257	31,33	30,26	32,40

Aktuell ist die Leberentzündung, verursacht durch die chronische Hepatitis-C-Infektion, eine der Hauptursachen für die Sterbe- und Krankheitsrate in der HIV-infizierten Bevölkerung (41–43). Dies ist vermutlich indirekt auf die Bewährtheit der antiretroviralen Behandlung zurückzuführen, die die Überlebenschancen für HIV-Infizierte vergrößert hat. Damit sind die Möglichkeiten angestiegen, Leberschäden aufgrund einer Hepatitis-C-Infektion zu beobachten.

Normalerweise wird den Ärzten und Krankenpflegern geraten, in den Routineuntersuchungen HIV-infizierter Patienten die Antikörperbildung gegen Hepatitis C festzustellen. In den spanischen Gefängnissen allerdings nicht, obwohl das Risiko einer Hepatitis-C-Infektion hoch ist (30–40 % in der Mehrheit der Untersuchungen). Deshalb



scheint es sehr ratsam, diese Routineuntersuchungen in allen Gefängnissen durchzuführen, außer in den Fällen, in denen der Patient sich weigert. Es ist weiterhin zu betonen, dass praktisch in allen spanischen Strafanstalten Programme zur Behandlung von Hepatitis-C-Infektionen eingeführt wurden. Diese Programme werden in Koordination mit den Krankenhäusern durchgeführt, so dass zwischen den Gefängnissen und den Krankenhäusern Vereinbarungen bestehen, wie mit den Patienten umgegangen wird. Diese Vereinbarungen bzw. Protokolle wurden sogar von der WHO ausgezeichnet.

5. Schlussfolgerungen

Die HIV-Infektion in den spanischen Gefängniseinrichtungen betrifft größtenteils die i.v. Drogengebraucher. In den letzten Jahren ist allerdings ein enormer Rückgang der HIV-Infektionsprävalenz der Häftlinge zu erkennen, vermutlich durch a) einen Wechsel des Konsummusters von Drogenabhängigen, b) eine höhere Nutzung von Methadon mit geringerem Risiko, c) eine Reduzierung der Anzahl der i.v. Konsument(inn)en, d) eine starke Ausdehnung der Methadonbehandlungen und e) die Einführung von Spritzenaustausch in den Gefängnissen.

Klinisch ist die Tuberkulose die Krankheit, die am häufigsten als Indiz für AIDS gilt. Wegen der TB-Prävalenz unter den Häftlingen, der hohen HIV-Infektionsrate in den spanischen Gefängnissen und dem geschlossenen Charakter der Institutionen wird die Infektionsübertragung beschleunigt. Allerdings hat sich die Sterbe- und Krankheitsrate der Hepatitis-C-Infizierten enorm erhöht, mit bedeutenden Konsequenzen. Vor allem die längere Überlebensspanne der HIV-Infizierten erlaubt es, die Leberschäden festzustellen, die die Hepatitis-C-Infektion verursachen. Obwohl Hepatitis C ohne Komplikationen verlaufen kann, besonders in den ersten Jahren, entstehen oft bei langfristiger Erkrankung irreversible Schäden. Aus diesem Grund ist es vordringlich, an Hepatitis C Erkrankte zu identifizieren und zu behandeln. Es ist hervorzuheben, dass die Gefängnisverwaltung, die entweder der spanischen Zentralregierung oder der katalonischen autonomen Region unterstellt ist, Epidemien intensiv beobachtet und deshalb eine große Anzahl von epidemiologischen Daten (HIV-Infektion, Hepatitis-C-Infektion, Tuberkulose etc.) viel genauer als in der übrigen Bevölkerung erfasst.

Den Häftlingen in jedem spanischen Gefängnis steht ein Diagnostik- und Therapiebereich zur Verfügung, der Einrichtungen außerhalb ähnelt. Die Behandlung der HIV- und Hepatitis-C-Infektionen in den katalonischen und in den meisten anderen Gefängnissen Spaniens wird in den Gefängnissen selbst durchgeführt. Diese interne Behandlung verhindert eine unnötige Verlegung in Krankenhäuser, vermeidet Verwirrung bei den Internen und innerhalb der Institutionen und reduziert die wirtschaftlichen Kosten. Außerdem wird so die Nähe zu den Häftlingen gefördert und der unmittelbare Zugang ermöglicht, wenn er benötigt wird. Allerdings ist das größte Problem der Behandlung, dass Insassen, genau wie Externe, die Therapie langfristig oftmals

abbrechen. Mangelnde Kontinuität ist der Schwachpunkt der Therapie und nur sehr große institutionelle Anstrengungen mit eigens entwickelten Programmen zur Fortsetzung der Therapie und personelle Bemühungen zur Netzwerkarbeit verhindern ein therapeutisches Scheitern. Letztendlich wird so auch die Lebensqualität der Insassen verbessert.

Programa VIH/SIDA

23074amm@comb.es

Centro Penitenciario de Hombres (Männergefängnis)

Barcelona. España

Literatur

1. Ley Orgánica 1-1979, del 26 de septiembre, General Penitenciaria

2. Caylà JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero R, García J, Martín V, Jansà JM, Selwin PA. Differential Characteristics of AIDS Patients with a history of Imprisonment. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 1188–96

3. Marco A, Bedoya A, García J, Guerrero R. Incidència de la SIDA en el món penitenciari. *Papers d'Estudis i Formació* 1991; 6: 23–31

4. Marco A, Martín V, Garrote G. SIDA y Población reclusa en España. *JANO* 1996; 50: 996–1001

5. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Fumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT et al. Sderoepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. *AIDS* 1990; 4: 1023–6

6. Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990. *Gac Sanit* 1993; 7: 2–11

7. Ministerio del Interior. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Memoria 2002

8. Castilla J, Sobrino P, Noguer I, de la Fuente L, Belza MJ, Barrasa A et al. VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002

9. Castilla J, Pollán M, Lopez-Abente G. The AIDS epidemic among Spanish drug users: a birth-cohort associated phenomenon. *Am J Public Health* 1997; 87: 770–4

10. De La Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suarez M, Rodes A, et al. Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis* 2003; 37 Suppl 5: S410–5

11. Ministerio del Interior. Madrid: Memoria 2005, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007

12. Serpelloni G, Carrieri MP, Rezza G, Morganti S, Gomma M, Binkin N. Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. *AIDS Care* 1994; 6: 215–20



- 13. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, Shah NG, Strathdee SA, Vlahov D, Gallant JE.** Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS* 2001; 15: 1707–15
- 14. Brettle RP.** HIV and harm reduction for injection drug users. *AIDS* 1991; 5: 125–36
- 15. Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, van Ameijden EJ.** Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 2000; 95: 591–600
- 16. Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, et al.** Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 1303–10
- 17. Thiede H, Hagan H, Murrill CS.** Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health* 2000; 77: 331–45
- 18. Piccolo P, Borg L, Lin A, Melia D, Ho A, Kreek MJ.** Hepatitis C virus and human immunodeficiency virus-1 co-infection in former heroin addicts in methadone maintenance treatment. *J Addict Dis* 2002; 21: 55–66
- 19. Hartel DM, Schoenbaum EE.** Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep* 1998; Suppl 1: 107–15
- 20. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ.** Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999;13: 1807–18
- 21. Cooper JR.** Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA* 1989; 262: 1664–8
- 22. Marsch LA.** The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. 1998; 93: 515–32
- 23. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R et al.** Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy program for prisoners before and after release. *Eur Resp J* 1998; 12: 967–71
- 24. Clarke S, Delamere S, McCullough L, Hopkins S, Bergin C, Mulcahy F.** Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users. *HIV Med* 2003; 4: 33–7
- 25. Clarke S, Keenan E, Ryan M, Barry M, Mulcahy F.** Directly observed antiretroviral therapy for injection drug users with HIV infection. *AIDS Read* 2002; 12: 305–7, 312–6
- 26. McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, Sarlo J, Rainey P, Jatlow P.** Modified directly observed therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *Am J Addict*. 2002; 11: 271–8
- 27. De Castro S, Sabate E.** Adherence to heroin dependence therapies and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome infection rates among drug abusers. *Clin Infect Dis*. 2003 Dec 15; 37 Suppl 5: S464–7

- 28. Bouhnik AD, Chesney M, Carrieri P, Gallais H, Moreau J, Moatti JP et al.** Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; Suppl 3: S149–53
- 29. Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, van Ameijden EJ.** The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health* 2001; 91: 774–80
- 30. Esteban J, Gimeno C, Barril J, Aragones A, Climent JM, de la Cruz Pellin M.** Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70: 193–200
- 31. Portilla J, Sáiz de la Hoya P, García-Guerrero J, Sánchez-Paya J, Marco A, Moreno S et al.** Situación clínica, virológica e inmunológica de la población reclusa con infección por el VIH en los centros penitenciarios españoles (abstract 36). XI Congreso de la SEIMC. Bilbao, mayo, 2004
- 32. Marco A, Caylà JA, Humet V, Mangues J, Gallego C, Bedoya A et al.** Estudio multicéntrico de incidencia de infección por VIH en reclusos de Barcelona. Evidencias de seroconversión (SCV) en el medio penitenciario. III Congreso Nacional y IV Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Granada, octubre, 2000
- 33. Barrios LF.** Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2003; 5: 21–29
- 34. Marco A.** La infecció pel VIH i la sida en el medi penitenciari. En: Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària. M.Alberny eds. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994
- 35. Marco A, Humet V, Puértolas A, Estallo D, Gallego C.** Cambios en las características epidemiológicas y clínicas de los casos de SIDA detectados en prisión. VI Congreso y X Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Zaragoza, 16–18 de noviembre de 2006
- 36. Martín V, Marco A, Saéz de la Hoya P.** Cómo combatir la hepatitis C en las cárceles. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 28 (Supl 4): 37–40
- 37. Grupo del Noroeste para el estudio de la Hepatitis por Virus C en el medio penitenciario.** Seroprevalencia de infección por virus C de la hepatitis en población reclusa del noroeste de España a su ingreso en prisión. *Rev Esp Salud Publica* 1998; 72: 43–51
- 38. Humet V, Guerrero RA, Gual J, Laliga A.** Situación de la infección por el virus de la hepatitis C en las prisiones de Cataluña. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6 (Supl): 34
- 39. Saéz de la Hoya P, Bedía M, Murcia J, Cebrià J, Sánchez-Paya J, Portilla J.** Factores predictivos de infección por VIH, VHC y coinfección en la población reclusa de una prisión española. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 53–7
- 40. Pallás JR, Farinas-Alvárez C, Prieto D, Delgado-Rodríguez M.** Coinfection by HIV, hepatitis B and hepatitis C in prisoners injecting drug users. *Eur J Epidemiol* 1999; 15: 699–704
- 41. Martín-Carbonero L, Soriano V, Valencia E, García-Samaniego J, López M, González-Lahoz J.** Increasing impact of chronic viral hepatitis on hospital admissions and mortality among HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2001; 32: 1207–14



42. Gebo K, Dierner-West M, Moore R. Hospitalization rates differ by hepatitis C status in an urban HIV cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34: 165–73

43. Reisler R, Han C, Burman W, Tedaldi E, Neaton J. Grade 4 events are as important as AIDS events in the era of HAART. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34: 379–86

44. Saéz de la Hoya P, Ortega E y Grupo de Trabajo SESP/GESIDA sobre protocolos de coordinación. Protocolos de coordinación entre Servicios Sanitarios Penitenciarios y Hospitales de Referencia. Madrid: SCM, 2004

Donnerstag, 08.11.2007
Arbeitsgruppen







AG 1 Mentale Gesundheit, Umgang mit Depression und Suizidversuchen – Ein Praxisbericht

Dr. Alexandra Wabnegg-Harnisch
und Joe Bausch-Hölterhoff

Einleitung

Die geschilderten Erfahrungen der Referentin resultieren aus der langjährigen psychologischen Arbeit mit Straffälligen in der Justizanstalt Graz-Jakomini. Diese Justizanstalt ist das zweitgrößte Gerichtshofgefängnis Österreichs mit einer Belagsfähigkeit von 513 Insassen. Durchschnittlich sind pro Jahr ca. 2800 Zu- und Abgänge zu verzeichnen. Im Schnitt befinden sich zwischen 500 und 600 Insassen in der Anstalt.

Differenzierte Unterbringungsmöglichkeiten für Insassen stehen in eigenen Abteilungen für männliche Erwachsene, Jugendliche, Frauen und Mütter mit Kindern zur Verfügung. Die Justizanstalt ist mit einer eigenen Krankenabteilung ausgestattet.

Die zahlreichen Aufgaben der Strafvollzugsbehörde werden insgesamt von 168 (davon 27 weiblichen) Justizbediensteten umgesetzt. Der Großteil der Mitarbeiter gehört der Justizwache mit 154 uniformierten Angehörigen an. Darüber hinaus sind an der Justizanstalt ein Rechtsbüro, eine Katholische und Evangelische Seelsorge, ein Ärztlicher einschließlich Psychiatrischer Dienst sowie ein Psychologischer und Sozialer Dienst eingerichtet.



Zum Vergleich mit dem deutschen Strafvollzug seien hier einige bundesweite Zahlen genannt. Die Anzahl der Inhaftierten in Österreich beläuft sich auf ca. 9000. Davon befinden sich ca. 6000 in Strafhaft, rund 2000 in Untersuchungshaft, Untergebrachte und Finanzstrafen machen ca. 1000 Personen aus. Die Insassen verteilen sich auf 28 Justizanstalten. Der Ausländeranteil beträgt 44 %.

Österreichweit stehen dem Strafvollzug für die psychologische Versorgung der Insassen 60 Planstellen zur Verfügung, die durch rund 80 Psychologinnen und Psychologen besetzt sind.



Die Problemstellungen in der psychologischen Behandlung

Die Insassenpopulation in den österreichischen Gefängnissen erfuhr in den letzten Jahren eine merklich spürbare Veränderung. So hat sich die Anzahl der durchschnittlich Inhaftierten von ca. 7000 auf 9000 erhöht, der Anteil der ausländischen Insassen ist von 25 % auf 44 % angestiegen. Zusätzlich kam es initialisiert durch die Psychiatriereform 1995 zu einer Neugestaltung der Versorgungsstruktur von Psychiatriepatienten. Die Verlagerung von stationären Patienten in die ambulante Versorgung (Gemeindepsychiatrie) hatte auch zur Folge, dass in den Justizanstalten eine Zunahme an psychiatrisch auffälligen Insassen zu verzeichnen war.

In der Psychologischen Arbeit mit Insassen ergibt sich daraus eine Vielzahl an neuen Herausforderungen:

- ◆ Sprachliche Barrieren erschweren oder verhindern den Rapport zu dem Insassen.
- ◆ Der hohe Überbelag verschlechtert die Betreuungsdichte.
- ◆ Es gibt starke kulturelle Unterschiede zwischen Bediensteten und insbesondere den Insassen aus den Ostblock-Staaten.
- ◆ Eine misstrauische Grundhaltung gegenüber Mitarbeitern aus dem Vollzugssystem erschwert den Aufbau einer tragfähigen (therapeutischen) Beziehung.

- ◆ Insassen mit Traumatisierungen (z. B. Herkunft aus Kriegsgebieten, Opfer von Misshandlung/Folter ...) werden durch die Haftsituation neuerlich traumatisiert.
- ◆ Bei Insassen ohne sozialen Empfangsraum fehlt der protektive Faktor „Familie“.
- ◆ In der Behandlung von depressiven/suizidalen Insassen mit gültigem Abschiebungsbescheid ist das „Gefühl der Verzweiflung und Einengung der Zukunftsperspektiven“ ein reales Szenario.
- ◆ Fremd- und Autoaggressive Handlungen liegen oft nahe beieinander.

Multiprofessioneller Ansatz

Die Suizidprävention kann in ihrer Komplexität niemals alleine im Verantwortungs- und Aufgabenbereich einer Profession liegen. Nach dem Motto *„Suizidprävention geht uns alle an!“* werden in der psychologischen Behandlung von Suizidalität sämtliche Betreuungsressourcen der Anstalt genutzt.

- ◆ Betriebs- und Abteilungsbeamte sind „am Puls“ des Geschehens und nehmen Veränderungen im psychischen Zustandsbild von Insassen oft unmittelbarer wahr als Fachdienste.
- ◆ Ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen Justizwachebeamten und Fachdiensten knüpft das „Betreuungsnetz feinmaschiger“.

Der Faktor „Mensch“

Die psychische Gesundheit und Stabilität der Insassen kann nicht isoliert von der Befindlichkeit der Bediensteten betrachtet werden, die täglich im unmittelbaren Kontakt mit den Inhaftierten stehen. Die Vielzahl der außergewöhnlichen Belastungssituationen, die sich unter anderem auch durch die Komorbidität der Insassen ergeben, erzeugt Stress. So können in der psychologischen Betreuung von Bediensteten psychische Belastungen festgestellt werden, die sich unmittelbar auf das Verhalten der Bediensteten im Umgang mit Insassen auswirken.

Exemplarisch seien folgende genannt:

- ◆ Aggressive Selbstbeschädigungen lösen oft Verständnislosigkeit gegenüber den psychischen Problemen des betroffenen Insassen aus („Abschwächung der eigenen Betroffenheit als Schutzmechanismus“).
- ◆ Eine hohe psychische Belastung der Bediensteten führt zu einer herabgesetzten Empathiefähigkeit („... und wer kümmert sich um mich?“).

Um diesen Belastungen entgegenzuwirken, wird ein großes Augenmerk auf die „Resource Mensch“ gelegt. Schulungsmaßnahmen, berufsbegleitende Reflexion und Informationsvermittlung sind wichtige Grundlagen für die Erhaltung der Handlungskompetenz der Bediensteten:



- ◆ Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Bedienstete sollen die Handlungskompetenz steigern und zu einer Sensibilisierung für den Umgang mit psychisch auffälligen Insassen führen.
- ◆ Schulungsmodule für Berufsanfänger vermitteln Basisinformation zum Thema Suizidprävention (z. B.: „Wie erkenne ich Anzeichen einer suizidalen Entwicklung?“).
- ◆ Begleitende Reflexion von Berufsanfängern und Mitgliedern der Einsatzgruppe gibt Unterstützung bei der Bewältigung von außergewöhnlichen Belastungssituationen (z. B.: „Wo liegen die eigenen Grenzen in der Bewältigung von schwierigen Situationen?“).

Im österreichischen Strafvollzug wurden in den letzten Jahren eine Reihe von innovativen Ideen zur Suizidprävention bei Insassen, aber auch zur Prophylaxe von „Burn-out“ bei Mitarbeitern umgesetzt und in der Praxis erprobt.

Critical Incident Stress Management (CISM)

Das Critical Incident Stress Management (CISM) ist ein Unterstützungssystem zur Betreuung von Justizbediensteten nach kritischen Ereignissen in dienstlichen Zusammenhängen. Es setzt sich aus sogenannten „Peers“ zusammen, die aus dem Bereich der Justizwache und den Psychologischen Diensten stammen. Diese Peers sind verpflichtet, mit betroffenen Bediensteten innerhalb von 24 Stunden nach einem kritischen Ereignis Kontakt aufzunehmen und ein Gespräch anzubieten.

Auf jeden Fall hat die Kontaktaufnahme bei Tod (Suizid) oder schwerer Verletzung eines Menschen zu erfolgen. Diese Kontakte sind rasche, zeitlich begrenzte Betreuungsmaßnahmen (im Sinne einer Krisenintervention). Die Gefahr längerfristiger negativer Auswirkungen auf die belasteten Personen soll reduziert werden, die Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter soll erhalten bleiben. Bei chronifizierten Belastungsreaktionen wird die Vermittlung an Fachkräfte organisiert.

„Listener-System“

Eine Häufung von Suiziden führte in der Justizanstalt Innsbruck im Sommer 1998 zur Entwicklung eines innovativen Betreuungsmodells von suizidalen Insassen. Geeignete Inhaftierte werden als sogenannte „Listener“ ausgebildet und zu psychisch auffälligen Insassen mit einem „Notfallkoffer“ in den Haftraum gelegt.

In diesem Notfallkoffer befinden sich Gegenstände, die im Falle eines Krisengesprächs hilfreich sein können, wie z. B. Zigaretten, Kaffee, Zeitschriften.

Eine Schulung über Gesprächsführung in Krisensituationen sowie regelmäßige Supervision durch Fachdienste sind Voraussetzung für den Einsatz als Listener. Dem Nachtdienst stehen so erfahrene Insassen zur Verfügung, die in Krisensituationen Un-

terstützung anbieten können. Die Erfahrungen sind so positiv, dass dieses System jetzt auf andere Anstalten ausgedehnt wird.

Insassensport

In der Justizanstalt Graz-Jakomini gibt es 9 Sportbetreuer aus den Reihen der uniformierten Bediensteten, die während der Woche auf freiwilliger Basis Insassen die Möglichkeit bieten, an sportlichen Aktivitäten wie Fußball, Basketball etc. teilzunehmen.

Fachdienste haben die Möglichkeit, psychisch auffälligen Insassen Sport zu verordnen: „Sport als Antidepressivum“. Die körperliche Bewegung stellt einen fixen Bestandteil des Behandlungsplanes dar und leistet so einen effektiven Beitrag zur Wiedererlangung der psychischen Stabilität des Insassen.

Hauptsache, es wirkt...

Letztendlich sind in der Betreuung von psychisch kranken, suizidalen Insassen und verhaltensauffälligen Jugendlichen auch unkonventionelle Behandlungsmethoden es wert, auf ihre Wirksamkeit hin überprüft zu werden. In der Justizanstalt Graz-Jakomini werden in der psychologischen Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit Jahren erfolgreich Tiere eingesetzt.

Die Jugendabteilung wird regelmäßig von Tierpädagogen mit ihren Hunden besucht. Das Soziale Training in Begleitung von Hunden aus dem Tierheim ist für Jugendliche ein „Highlight“ im Vollzugsalltag.



Die psychologische Behandlung von Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen wird durch den Einsatz von Therapiepferden ergänzt und unterstützt. Insbesondere Jugendliche mit autoaggressiven Tendenzen oder Bindungsstörungen sprechen gut auf ihre „tierischen Therapeuten“ an.



Diskussionspunkte für den Arbeitskreis

- ◆ Welche praktischen Probleme ergeben sich in der Behandlung von psychisch kranken und suizidalen Insassen im Strafvollzug?
- ◆ Welche Lösungsansätze gibt es?
- ◆ Welche Rahmendingungen (strukturell, konzeptionell, methodisch, fachlich) sind dafür notwendig?
- ◆ Was würden wir uns als „Betreuer“ und „Behandler“ wünschen (Visionen)?

Anmerkung der Verfasserin: Sämtliche Formulierungen im Text sind aus Gründen der besseren Lesbarkeit in männlicher Form gehalten. Selbstverständlich beziehen sich alle Inhalte gleichermaßen auf Frauen und Männer.

Diskussion

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden die Themenbereiche der beiden Impulsreferate von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe sehr engagiert aufgegriffen. Die persönlichen Erfahrungen der unterschiedlichsten Professionen im Umgang mit psychisch Kranken wurden dargestellt und erörtert. Nach grundsätzlichen Feststellungen wurden Detailprobleme diskutiert und im Plenum nach Lösungen gesucht.

So wurde vielfach gefordert, in Deutschland bundesweit mehr psychiatrische Krankenbetten zur Verfügung zu stellen. Das Recht von Insassen mit psychiatrischen Erkrankungen auf adäquate Behandlung wurde mehrmals betont und als besonders wichtig erachtet.

Ein Beitrag machte auf die Problematik aufmerksam, dass eine „zu enge“ Diagnosestellung viele Insassen „als psychisch krank“ stigmatisieren würde. Als Konsequenz daraus werden viele Insassen ressourcenintensiv behandelt. Betreuungsangebote, wie die Teilnahme an sportlicher Bewegung, könnten einen ebenso stabilisierenden Effekt auf das Krankheitsbild zeigen. Zudem wären solche Beschäftigungsprogramme kosten- und personalschonender. Die Forderung nach „Tagesstruktur statt Diagnose“ fasst dieses Statement zusammen.

Das Unterbringungsgesetz aus dem Jahre 1990 führte in Deutschland zu einer Verlagerung der psychiatrischen Patienten in die Gefängnisse. Die Entstehung einer Drehtür-Psychiatrie war die Folge. Schwierige Patienten müssen jetzt in Gefängnissen und nicht in psychiatrischen Abteilungen von Kliniken versorgt werden. Es stellt sich die Frage, wo psychiatrische Versorgungsplätze ausgebaut werden sollten. Experten aus dem österreichischen Vollzug berichten in diesem Zusammenhang über dieselbe Entwicklung.

Die Frage, ob Schwerpunktanstalten zur Versorgung von Psychiatriepatienten eingerichtet werden sollen, wird sehr kontrovers diskutiert. Aus fachlicher Sicht stünde

den dort untergebrachten Patienten ein besseres Betreuungsnetz zur Verfügung. Die Frage, ob eine Versorgung aller Justizvollzugsanstalten mit eigenen Psychiatrieabteilungen überhaupt finanzierbar wäre, bleibt offen. Es wird aber bezweifelt, dass die finanziellen Ressourcen für alle ausreichend wären.

Die fehlende Durchlässigkeit zwischen Vollzug und Psychiatrie für psychiatrisch auffällige Insassen wird bemängelt. Es wird festgehalten, dass Patienten mit Doppel Diagnosen auch „doppelt“ behandelt werden müssten, was im Vollzugsalltag erfahrungsgemäß nicht immer möglich ist.

Die Zunahme von psychiatrisch auffälligen Insassen im Vollzug führt zu einer vermehrten Arbeitsbelastung der Justizbediensteten. Dieser Entwicklung müsste im Rahmen der Aus- und Fortbildung Rechnung getragen werden. Die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Supervision für Bedienstete sollte fachlicher Standard werden.

Es wird die Problematik von therapieresistenten Patienten ohne Compliance angesprochen. Es stellt sich die Frage, wo diese Patienten untergebracht werden sollen. Die Frage der Effizienz der therapeutischen Versorgung wird in den Raum gestellt.

Ein Problem, das viele Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe aus der Praxis kennen, ist die oft ungenügende Trennschärfe zwischen „krank“ und „gesund“ bei psychiatrischen Begutachtungen. In der Praxis treten dadurch Schwierigkeiten bei der Frage nach der adäquaten Unterbringung solcher Insassen auf.

Ein Diskussionspunkt betrifft die Zusammenarbeit zwischen Vollzug und Staatsanwaltschaften. Es entsteht seitens der Mitarbeiter/innen des Vollzuges der Eindruck, dass Ansuchen um Strafunterbrechungen als „Mehrarbeit“ gesehen werden und die Bereitschaft, diese zu gewähren, eher gering ist. Weiter wird eine geringe Bereitschaft der Staatsanwaltschaften und der Vollzugskammern festgestellt, für diese Maßnahmen gemeinsam mit dem Vollzug die Verantwortung zu tragen.

Es wird die Wichtigkeit von solchen Unterbrechungen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung betont. Weiter wird festgehalten, dass rechtzeitige Kommunikation zwischen dem Vollzug und den Gerichten die Zusammenarbeit verbessern würde.

Ein Beitrag eines Teilnehmers regt zum Nachdenken, aber auch zum Schmunzeln ob der Ironie des Gesagten an. Es wird ein Artikel eines Arztes aus dem Jahre 1909 zitiert, der beklagt, dass die Gefängnisse mit psychisch Kranken vollgefüllt seien. 100 Jahre Erfahrung und noch immer keine Lösung in Sicht!

Die Auswirkungen der Prisonisierung und Hospitalisierung auf spezielle Krankheitsbilder werden diskutiert. Allgemein herrscht Konsens darüber, dass beide Effekte zu einer Verschlechterung der Krankheitsentwicklung beitragen. Nach Einschätzung der Experten sollten die Gefängnisse für mehr ambulante Betreuung geöffnet werden.

Abschließend wird zusammengefasst, dass in der Behandlung und Unterbringung von psychisch Kranken folgende Entscheidungskriterien Gültigkeit haben sollten: Risk – Need – Responsivity.



AG 2 Krankenpflege im Justizvollzug

Dr. Barbara Bojack und Sr. Marianne Tober

I. Die Medizinische Abteilung in einer Justizvollzugsanstalt in Deutschland (Vorgetragen durch Barbara Bojack)

Die medizinische Abteilung einer Vollzugsanstalt besteht aus Ärzten und Pflegekräften. Abhängig von der Größe der Anstalt und den vollzugstechnischen Vorgaben sind in einer Anstalt fest angestellte oder verbeamtete Ärztinnen und Ärzte oder Konsiliare tätig. Fast in jeder Justizvollzugsanstalt ist Pflegepersonal vorhanden.

Ärzte und Pflegekräfte kümmern sich gemeinsam um die Gesundheit, die gesundheitlichen Belange und die Prävention bei den Verurteilten.

Als Beispiel wird hier die JVA Butzbach angeführt. Es leben ca. 650 Verurteilte in der JVA Butzbach. Diese werden von 10,5 Pflegekräften und 2 Ärzten in Vollzeit betreut.

Die Pflegekräfte arbeiten rund um die Uhr, sind 24 Stunden zugegen. Die beiden Ärzte sind tagsüber mit der Behandlung und Betreuung der Patienten befasst. Da es ein Justizvollzugskrankenhaus gibt, besteht ein Hintergrunddienst, der in erster Linie für die stationär behandelten Patienten nachts auf Abruf zur Verfügung steht.

Die Verurteilten können wie folgt charakterisiert werden: Die Verurteilten sind alle erwachsene Männer. Die Altersstruktur entspricht der in der Bevölkerungspyramide,

wobei sehr hochaltrige in eine besondere Anstalt verlegt werden können. Die soziale Schichtung und der Bildungsstand entsprechen ebenfalls dem der Bevölkerung. Der Anteil der ausländischen Gefangenen ist etwas höher als in der Bevölkerung.

Zur Tätigkeit der Ärzte

Alle Patienten erhalten eine komplette Eingangsuntersuchung. Bei Entlassung wird jeder nochmals in der medizinischen Abteilung vorstellig und es wird ein Abschlussgespräch geführt. Dieses Gespräch führen die Pfleger im Allgemeinen durch.

Es gibt tägliche Sprechzeiten, zu denen sich die Patienten anmelden und anschließend behandeln lassen können. Notfälle werden selbstverständlich jederzeit versorgt. Die Sprechstunde wird von einem Arzt oder einer Ärztin zusammen mit einer Schwester oder einem Pfleger durchgeführt.

Die medizinische Tätigkeit im Strafvollzug ist in erster Linie eine hausärztlich ausgerichtete Tätigkeit. Es geht neben der Behandlung und Versorgung der Patienten um die Praxisführung, wobei Aufgaben wie Planung, Organisation, Delegation und Kontrolle wahrzunehmen sind.

Seitens der Erkrankungen handelt es sich sehr häufig um psychosomatische und psychische Erkrankungen. Auffallend ist, dass es sehr viele Drogenabhängige bzw. Menschen mit einem hohen Suchtpotential gibt. In der Justizvollzugsanstalt in Butzbach wird auch mit Methadon substituiert.

Bei den Krankheitsbildern kommen alle chronischen und akuten Erkrankungen vor, die auch der Hausarzt sieht. Von der Erkältung über den Leistenbruch bis hin zu den chronischen Rückenschmerzen und Hautveränderungen kommt alles vor. Auch schwere Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) und Notfälle aus allen medizinischen Fachrichtungen treten auf. Treten diese Erkrankungen nachts oder außerhalb der Sprechstunde auf, wird der Notarzt oder der Hintergrundarzt gerufen, abhängig von der Schwere des Krankheitsbildes, das dann vom medizinischen Personal eingeschätzt wird.

Auffallend ist, dass auch die Rate der Hepatitis- und HIV-Erkrankungen in der Justizvollzugsanstalt höher ist als in der Bevölkerung draußen.

Für bestimmte Erkrankungen kommen regelmäßig Konsiliarärzte in die Anstalt: Hautarzt, Zahnarzt, Nervenarzt, Gutachter, Psychotherapeuten (wegen Gewalt- und Sexualstraftaten).

Bei speziellen Erkrankungen und Problemen werden die Patienten in ein peripheres Krankenhaus oder zu niedergelassenen Kollegen mit Spezialfachrichtung ausgeführt. Möglich ist es auch, krankengymnastische Versorgung zu erhalten.



1. Spezielle Aspekte bei der Arbeit einer Anstaltsärztin

a) Patienten

Viele Patienten leiden sehr unter der Trennung von der Familie und der Trennung vom bekannten sozialen Gefüge, unter der Isolation, den fehlenden adäquaten Gesprächspartnern.

Ein großer Teil der Patienten findet sich jedoch, sobald er Beschäftigung hat oder arbeiten kann, in diese Situation besser ein. Ist die Arbeit oder Beschäftigung halbwegs befriedigend, lassen auch die psychisch bedingten Beschwerden nach.

Für einige besteht auch die Möglichkeit, in der Anstalt zur Ruhe zu kommen und sich selbst und die eigenen Angelegenheiten zu sortieren und sich neu zu orientieren bzw. sogar Perspektiven zu entwickeln. Dies gilt z.B. für Menschen, die auf der Straße lebten, drogenabhängig sind oder aus anderen bedrängenden Situationen kommen. Für viele ist es schwierig, sich in die Situation einzufinden und mit der Unterbrechung im Leben fertig zu werden. Viele Patienten können ihre Verurteilung nicht nachvollziehen. Es gibt Verurteilte, die sich zu Unrecht verurteilt fühlen, was natürlich seitens der medizinischen Abteilung weder zu klären noch einschätzbar ist.

Schwierig ist es auch für Patienten, die eine große Anzahl von Problemen draußen zurücklassen. Viele haben z.B. kranke, unversorgte Familienangehörige, ungeklärte Wohnverhältnisse, Schulden, ungeklärte Beziehungen. Sie leiden schwer unter dem Berg ungelöster Probleme und der Hilflosigkeit und Ohnmacht, nichts tun oder regeln zu können oder nicht zu wissen, wo sie ansetzen sollen. Hinzu kommt, dass sie sich in ein strenges hierarchisches Gefüge einzuordnen haben. Dies gilt seitens der Anstalt als Institution. Aber seitens der Verurteilten ist ebenfalls ein besonderes System oder Gefüge zu beobachten. Auch bei ihnen gibt es Hierarchien. So genießen z.B. Menschen mit bestimmten Delikten wie Steuerhinterziehung ein höheres Ansehen als solche, die wegen Missbrauchs verurteilt wurden.

Sehr schwierig ist es für Patienten, die keine Ausbildung und kein soziales Gefüge haben. Sie können schwerlich eine Arbeit finden und eine Perspektive entwickeln. Kommen Alter und Krankheit zu einer langen Haftstrafe hinzu, wird es schwer für sie, den Anschluss an ein geregeltes soziales Leben nach der Entlassung zu finden. Solange sie noch in der Anstalt sind, ist eine Strukturierung vorgegeben. Sie haben feste Aufsteh-, Essens- und Arbeitszeiten. Es gelten feste Regeln mit Sanktionen bei Nichteinhaltung. Bei körperlichen, psychischen oder seelischen Problemen können sie Arzt, Psychologe oder Pfarrer ansprechen. Beschwerden können nicht zuletzt beim Anstaltsleiter vorgebracht werden. Sobald sie jedoch die Anstalt verlassen und es nicht gelungen ist, eine Arbeit, Wohnung oder soziale Anbindung zu vermitteln, stehen sie im wahrsten Sinne des Wortes auf der Straße. Aus den Gesprächen mit Patienten ist zu erfahren, dass es viel Kraft kostet, sich ein neues, anderes Umfeld zu schaffen und sich von den alten Verstrickungen fernzuhalten.

Viele Patienten kommen ins Revier, nur um einmal mit jemanden sprechen zu können. Die meisten Patienten kommen, um sich behandeln zu lassen, weil sie krank sind oder sich krank fühlen. Immer wieder gibt es Patienten, die kommen, weil sie sich eine Vergünstigung versprechen. Diese kann in einer Arbeitsfähigkeitsbescheinigung liegen, in Zusatzkost oder darin, sich einmal wiegen zu können, um ein Muskelaufbauprogramm kontrollieren zu lassen. Manche kommen, um eine zusätzliche Massage, ein unteres Bett, eine Vergünstigung beim Arbeitseinsatz zu erhalten oder es zumindest zu versuchen.

b) Institution

Zur Tätigkeit des Hausarztes bestehen insofern Unterschiede, als dieser völlig frei wirken kann. Er arbeitet nicht hinter verschlossenen Türen. Alle Patienten haben die Möglichkeit, über den Ausgang nach Hause zu gehen. Die Patienten einer Justizvollzugsanstalt haben nur einen Schlüssel zu ihrer Zelle, keinen zur Ausgangstür.

Der Arzt steht zwar unter Schweigepflicht, aber im Vollzug gilt es, auch den Gesetzen und Vorschriften des Strafvollzuges Genüge zu tun. Dies kann immer wieder zum Spannungsfeld werden, da nicht nur den Patienten gegenüber eine Verpflichtung besteht, sondern auch gegenüber den im Strafvollzug geltenden gesetzlichen Regelungen.

Dies beginnt schon bei der Eingangsuntersuchung. Sie soll so erfolgen, dass die Schweigepflicht gewahrt wird, aber auch die eigene Sicherheit nicht gefährdet ist. So ist z. B. bei Untersuchungen einerseits darauf zu achten, dass ein Beamter anwesend ist, aber dass er andererseits so weit weg ist, dass er die Gespräche nicht mit anhören und die Untersuchung nicht genau beobachten kann. Im Falle eines Übergriffs durch den Patienten allerdings muss er so nahe sein, dass er eingreifen kann. Dies ist nicht immer leicht zu regeln.

Müssen Patienten zum Facharzt oder in ein Krankenhaus außerhalb der Anstalt geschickt werden, ist es notwendig, dass mindestens zwei Beamte ihn begleiten, im Auto mitfahren und ihn gefesselt vorführen.

Bei Verlegung ins Krankenhaus kann es notwendig sein, dass der Patient Tag und Nacht bewacht wird. Dadurch kommt es zu Personalengpässen, da diese Bewachung für die Bewachung anderer Patienten bzw. Gefangener ausfällt. Auch für Patient und Krankenhauspersonal wird die Situation schwierig, weil der Bewacher bei allen Anwendungen und Therapien anwesend bleiben muss.

Schwierigkeiten bereitet auch Patienten und Personal gleichermaßen die Durchführung von Urinkontrollen. Dazu muss gesagt werden, dass Drogen im Urin nachweisbar sind. Viele Patienten hatten Kontakt zu Drogen. Solche Kontrollen sind angezeigt, wenn z. B. ein Verurteilter neu in die Anstalt kommt oder begründeter Verdacht besteht, dass er Drogen konsumiert hat, oder wenn er im Methadonprogramm substituiert wird. Dann erfolgen diese Urinkontrollen.



Zur Uringewinnung muss der Verurteilte in jedem Fall, wenn seitens der Anstalt eine Untersuchung auf Drogen notwendig ist, unter Sicht miktionieren. Dies ist weder für den Patienten noch für den Beobachter ein einfacher Vorgang. Viele fühlen sich in ihrem Schamgefühl verletzt. Notwendig und vorgeschrieben ist diese Maßnahme aber, um sicher zu sein, dass der Urin tatsächlich von dem Verurteilten stammt und nicht von einer anderen Person, die den Urin in einem Behältnis mitgegeben hat und der nun vertauscht werden soll.

Schwierig wird es auch für Patienten, die eine komplett neue Brille oder ein komplettes Gebiss benötigen. Sind sie nur kurz in der Justizvollzugsanstalt und leben sonst auf der Straße oder genießen sonst keinen Versicherungsschutz, ist zu klären, ob es möglich ist, in kurzer Zeit eine Sanierung herbeizuführen. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil eine Resozialisierung mit einer Brille und entsprechenden Sehverhältnissen ebenso wie mit vollständigen Zähnen besser gelingt als ohne. Sowohl für die arbeitstechnische als auch für die soziale Integration sind Zähne unabdingbar. Auch für eine entsprechende Ernährung ist es wichtig, ein funktionsfähiges Gebiss zu haben.

2. Besondere Aufgabenbereiche des Arztes und des medizinischen Personals

a) Vermittlerfunktion

Häufig besteht die Aufgabe des medizinischen Dienstes, speziell auch der Ärzte darin, zwischen Patient und Vollzug zu vermitteln oder bestimmte Situationen oder Konstellationen zu klären oder zu erklären.

Beispiel: Ein Patient hat aufgrund eines Unfalls Rückenprobleme. Er kann in einem weichen Bett nicht liegen und kann nicht schwer heben. Hier springt der Arzt ein und stellt entsprechende Bescheinigungen aus nach Abklärung. Er ruft die entsprechende Stelle an, damit z. B. ein Bettbrett beschafft wird und der Patient in eine passende Arbeit eingewiesen werden kann, selbstverständlich auf Veranlassung des Patienten und unter Einhaltung der Schweigepflicht.

Manchmal ist es auch notwendig, zwischen den Patienten zu vermitteln. Relativ einfach ist es, zwischen zwei Patienten zu vermitteln, die sich eine Zelle teilen. Ein Problem kann sein, dass einer schnarcht und der andere nicht schlafen kann. Meistens wollen die Patienten Einzelzellen. Da es nicht genügend Einzelzellen gibt, bedarf es oftmals der Überredungskunst, in Ermangelung einer Einzelzelle die beiden zusammen in der Doppelzelle zu lassen. Hier können Oropax und Baldriantee helfen, die Strafe zu überstehen und die Zelle zu teilen.

Schwieriger kann es sein, wenn Patienten stark riechen und sich der Zimmerkamerad dadurch belastigt fühlt. Auch solche Probleme werden versuchsweise den Ärzten vorgetragen. Meist ist es eine Frage der Überredungskunst und Diplomatie, da es sehr schwierig ist, hier zu vermitteln oder die Situation zu ändern.

b) Mangelausgleichsfunktion

Eine andere Aufgabe der Ärzte kann es sein, den Mangel auszugleichen, der z.B. im fehlenden Kontakt oder fehlender Zuwendung besteht. Auch im Mangel an fehlender Freiheit. Für manche Patienten ist es wichtig, mit den Ärzten ein Gespräch zu führen oder im Revier mit dem Pflegepersonal zu reden.

Solche Gespräche sind selbstverständlich Luxus, da die Personaldecke knapp bemessen ist. Nicht immer lassen sich solche Gespräche realisieren oder nicht in der Länge und in dem Ausmaß, wie es der Patient wünscht. Dies ist deshalb schwierig, weil sich zu viel Arbeit auf zu wenige verteilt.

c) Auskunft

Eine weitere Aufgabe besteht darin, Auskünfte bei Gerichten, Staatsanwaltschaft, Polizei, Rechtsanwälten oder bei der Anstaltsleitung und den Institutionen der Strafvollzugsanstalt zu beantworten. Hier ist immer auf die Einhaltung der Schweigepflicht zu achten. Die Schweigepflichtentbindung ist einzuholen und bei der Beantwortung ist geltendes Recht einzuhalten. Nicht zu viel und nicht zu wenig Auskunft soll erteilt werden. Selbstverständlich können solche Aufgaben auch den Hausarzt betreffen, aber sicher in geringerem Ausmaß als den Anstaltsarzt.

Ein weiteres Problem sind Infektionskrankheiten. Es gibt Patienten, die an ansteckungsfähigen Infektionen leiden. Hier ist z.B. Hepatitis C oder HIV oder Hepatitis B zu nennen. Einfach ist es, wenn der Patient damit einverstanden ist, dass die Diagnose jedem mitgeteilt werden darf, der es wissen sollte (z.B. Hausarzt, Bereichsleiter, Zimmerkollegen). Nur ist dies nicht immer der Fall.

Das Spannungsfeld liegt nun in der Fürsorgepflicht zum einen den anderen Verurteilten und den Bediensteten gegenüber und zum anderen gegenüber dem Erkrankten. Einerseits besteht Schweigepflicht, andererseits dürfen andere nicht der Gefahr ausgesetzt werden, sich gegebenenfalls anzustecken.

Die genannten Aufgaben und Tätigkeitsbereiche betreffen hier in erster Linie im Rahmen des medizinischen Dienstes den Arzt. Solche oder ähnliche Tätigkeiten sind aber auch dem medizinischen Personal, also den Schwestern und Pflegern nicht fremd. Hier sind auch ähnliche Tätigkeiten neben der pflegerischen notwendig. Das bedeutet, die Tätigkeits- und Aufgabenbereiche von Ärzten und Pflegern überschneiden sich und lassen sich nicht exakt trennen.

Fazit

Nach den persönlichen Erfahrungen gefragt, ist folgende Aussage möglich: Es gibt viele dankbare Patienten, die sich spontan bedanken oder vor ihrer Entlassung vorbeikommen, um sich zu verabschieden und zu bedanken. Natürlich gibt es auch unzufriedene Patienten, weil es nicht möglich war, ihren Wünschen nachzukommen. Be-



drohliche Situationen haben sich bisher nicht ergeben. Schwierig können Situationen mit Patienten werden, die psychisch oder psychiatrisch krank sind und unter Wahnvorstellungen oder Halluzinationen leiden. Dann ist Vorsicht geboten und es ist entsprechende Vorsorge zu treffen, damit keinem ein Leid geschieht. Ganz wichtig ist es, den Menschen nicht zu vergessen, bei aller Arbeit, allen Delikten und allen Begegnungen.

II. Aufgaben des Pflegefachdienstes (Vorgetragen durch Schwester Marianne Tober)

Aufgaben des Pflegefachdienstes

In der Justizvollzugsanstalt Wien Josefstadt wurden im Jahr 2006 901 Patienten versorgt. Aufgaben des Pflegefachdienstes sind folgende Maßnahmen:

- ◆ gesundheitsfördernde
- ◆ beratende
- ◆ präventive
- ◆ diagnostische
- ◆ therapeutische
- ◆ rehabilitative
- ◆ zur Wiederherstellung der Gesundheit
- ◆ zur Verhütung von Krankheiten

Das pflegerische Tätigkeitsgebiet umfasst

- ◆ eigenverantwortliche
- ◆ mitverantwortliche
- ◆ interdisziplinäre

Arbeitsprozesse in einer ganzzeitlichen individuellen Pflege.

Hier wird nach folgender Maßgabe vorgegangen:

*„Ich kann dir nicht alles geben,
was du willst,
aber ich kann dir den Respekt geben.“*

Wilhelm Tell

Besondere Aufgaben des Pflegefachdienstes in der Josefstadt Wien:

- ◆ Hohe Fluktuation der Verurteilten.
- ◆ Viele kurzfristig, vorübergehend bleibende Menschen werden in der Haftanstalt versorgt. Im Jahr 2006 waren 17.480 Patienten in der Medizinischen Abteilung vorstellig.
- ◆ Es werden beispielsweise 870 Medikamentendosen pro Tag dort gefüllt.

Spezielle Betreuung in besonderen Abteilungen:

- ◆ Überwachungshafträume
- ◆ Bodypackerabteilung
- ◆ Nachbetreuungsstation
- ◆ Infektionshaftraum

Folgendes Fazit kann aus den beiden Darstellungen gezogen werden:

Es gibt Überschneidungen bei der ärztlichen und bei der pflegerischen Tätigkeit.

In Österreich gibt es eine besondere Gliederung und Schwerpunktsetzung bei der Arbeit des Pflegefachdienstes. Diese wird in Deutschland nicht ausdrücklich benannt und eher stillschweigend vorausgesetzt.

In Deutschland obliegen insbesondere den in der Pflege Tätigen nicht nur pflegerische Tätigkeiten, sondern auch sozialarbeiterische Tätigkeiten, ebenso pädagogische und psychologische. Außerdem wird der Pflegedienst mit Zellenkontrollen betraut, wobei es selbstverständlich zu einem Spannungsfeld zwischen Vertrauen und Kontrolle bei den Patienten kommen kann.

III. Diskussion (Barbara Bojack und Marianne Tober)

Es kam eine lebhafte Diskussion zum Thema Elektronik auf. Die zunehmende Installation von Computern und Elektronik hat zwei Aspekte, einerseits eine Kontrollfunktion, das bedeutet, alles ist kontrollierbar, insbesondere die Verteilung der einzelnen Tätigkeiten auf die Arbeitszeit. Andererseits lassen sich durch die elektronische Darstellung verlässliche, vergleichbare Zahlen herstellen. Dabei gibt es selbstverständlich schwerwiegende Probleme: Datensicherung und Datenspeicherung.

Besonders wichtig war es bei dieser Diskussion, der Technik und der Elektronik den passenden Stellenwert zuzuweisen und den Menschen als Mittelpunkt aller Arbeiten zu sehen.

1. Es wurde vorgetragen, dass Balint- oder Supervisionsgruppen im Strafvollzug für alle im Vollzug Tätigen notwendig sind.

Ein Kollege aus Nordrhein-Westfalen berichtete, dass sich solche Gruppen und auch Gesprächsgruppen in Nordrhein-Westfalen bewährt haben. Gleichzeitig wurden auch Forderungen nach länderübergreifenden Gesprächen deutlich.



2. In den einzelnen Ländern gibt es seitens der vorgesetzten Dienststellen und der Vorgesetzten unterschiedliche Reaktionen auf Forderungen der Berufsgruppen nach berufsbegleitender Fortbildung.

Es wurde festgestellt, dass nicht allen Fortbildungswünschen nachgekommen wurde seitens der vorgesetzten Stellen. Grundsätzlich ist der Dienstherr dafür verantwortlich, dass er ausgebildete und fortgebildete Mitarbeiter hat, da er eine Gesamtverantwortung für die Anstalt und für alle Mitarbeiter trägt. Es wurde teilweise geäußert, dass sich Mitarbeiter wie Bittsteller um Fortbildungen fühlen.

3. Problematik der Betten für psychiatrisch kranke Patienten

Von allen Teilnehmern wurde geäußert, dass es zu wenig Betten für psychiatrisch kranke Patienten gibt oder dass überhaupt keine Betten vorhanden sind. Hier wurde ein deutlicher Handlungsbedarf gesehen.

4. Einsatzgebiete der Medizinischen Abteilungen wurden folgendermaßen benannt:

- a. medizinisch
- b. pädagogisch
- c. psychologisch

Als großer Vorteil im Vergleich zur Medizin außerhalb der Mauern wurde gesehen, dass mehr Gespräche innerhalb der Anstalt möglich sind als draußen.

5. Problem der Zuweisung von Zusatzaufgaben

Hier äußerten Pflegekräfte aus verschiedenen Ländern, dass sie Aufgaben zugewiesen bekommen, für die sie keine Ausbildung haben. Es wurde das Problem der Zahn-
arthelferin genannt. Einige äußerten, dass sie in einer Art „Schnellbleiche“ für diese Arbeit ausgebildet wurden und diese Fortbildung dann mehr eine Alibifunktion hat, als dass sie der tatsächlichen Aufgabenstellung gerecht wird. Es stellte sich die Frage der Überforderung, des Stellenwertes des Kerngeschäftes (der Pflege) und der Verschleuderung von Ressourcen. So sind Pflegekräfte höher bezahlt als Zahnarthelferinnen und üben durch die Übernahme der Zahnarthelferinnentätigkeit eine minder bezahlte Arbeit aus.

6. Frage: Zufriedenheit von Verurteilten mit der medizinischen Versorgung

Es wurde eine große Diskrepanz zwischen der Situation vor und hinter Mauern genannt. Befragungen haben ergeben, dass sich ‚Zufriedenheit‘ an den Themen Essen und Schmerz orientiert.

Hier wurde darauf hingewiesen, dass solche Maßstäbe selbstverständlich wenig über die medizinische Versorgung aussagen können. Entsprechend wurde geäußert, dass es entsprechende Zufriedenheitsäußerungen in Krankenhäusern außerhalb der Justiz gibt, wobei sich die Zufriedenheit ebenfalls am Essen bemisst.

7. In der Diskussion wurde die Notwendigkeit von Standards und Leitlinien für die Pflege betont. Hierbei sollte auf folgende Schwerpunkte geachtet werden:

- ◆ Respektvoller Umgang
- ◆ Zeit für die Patienten (mehr als außerhalb des Vollzuges)
- ◆ Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern
- ◆ Gesundheit

8. Ombudsmann

In einigen Ländern gibt es bereits einen Ombudsmann. Es handelt sich dabei um einen externen Beobachter von Tätigkeiten in einer Institution, der unparteiisch ist, prüft und Hinweise gibt. Er macht seine Ergebnisse öffentlich, um auf Optimierungsmöglichkeiten hinzuweisen.

9. Anmerkung

Wichtig ist es, über Standards im Umgang mit Mitarbeitern nachzudenken. Dies sollte ein Thema sein, denn ein zufriedener Mitarbeiter wird auch seine Zufriedenheit auf die Patienten übertragen können.



AG 3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Winfried Geppert und Dagmar Ständer

Im Januar 2001 richtet das Niedersächsische Justizministerium für die Bediensteten des niedersächsischen Justizvollzuges ein Gesundheitszentrum ein, das landesweit die Aufgaben Gesundheitsförderung, Krisenintervention, Rehabilitationsberatung, Organisationsberatung und wissenschaftliche Projektberatung zum Thema hat. In den folgenden Jahren baut das Gesundheitszentrum ein landesweites Netzwerk mit Multiplikatoren für Gesundheitsförderung, Krisenintervention und Suchtprävention in nahezu allen Justizvollzugseinrichtungen Niedersachsens auf (s. dazu Bögemann 2004).

Im Vergleich zur ersten Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung für Bedienstete im Justizvollzug“ (Bonn 2004) stellten wir fest, dass dieses Thema bei den Teilnehmern inzwischen bekannt ist. Niedersachsen bleibt mit seinem Gesundheitszentrum jedoch bislang das einzige Bundesland, das für seine Bediensteten eine dauerhaft und fest bestehende Anlaufstelle bietet, während es in anderen Bundesländern punktuell Ansätze der Beratung und Hilfe (z.B. bei besonderen Vorkommnissen) sowie Einzelinitiativen gibt.

Nach einführenden Informationen über die Arbeit des Gesundheitszentrums und kurzen Informationen der einzelnen Teilnehmer über ihre Erfahrungen (zum Teil als Gesundheitsförderer) kristallisierten sich drei Fragestellungen für diese Arbeitsgruppe heraus:

1. Wie erreiche ich eine Akzeptanz bzw. Teilnahme der Bediensteten an den Angeboten zur Gesundheitsförderung (z. B. Sportangebote, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung)?

In der Arbeitsgruppe fiel auf, dass es nicht nur um die grundsätzliche Frage zur Implementierung von Gesundheitsförderung in den Anstalten ging, sondern auch Rückschritte und Fehler aus dem Bereich der klassischen Gesundheitsthemen zur Sprache kamen. Zwar ist es einigen Gesundheitsförderern gelungen, verschiedene Maßnahmen für die Bediensteten in ihren Justizvollzugsanstalten anzubieten. Es zeigte sich allerdings häufiger das Problem, dass diese Angebote nicht angenommen wurden und Kurse abgesagt werden mussten. Beispiel Rückenschule: Viele Bedienstete klagten über Rückenbeschwerden, ohne entsprechende Angebote zur Abhilfe wahrzunehmen.

Folgende Vorschläge wurden von der Arbeitsgruppe dazu gesammelt:

- ◆ auch getrennte Angebote für Frauen, Verwaltung und AVD anbieten
- ◆ Hemmschwelle der Männer durch individuelle Angebote (kommen bei Nackenmassage besser ins Gespräch) überbrücken
- ◆ externe Fachkräfte (z. B. AOK „Gesundheitsconsulting“, Raucherentwöhnung) hinzuziehen
- ◆ Angebote nicht an der Zielgruppe vorbei (Mitarbeiterbefragungen durchführen)
- ◆ Beteiligung aller Mitarbeiter
- ◆ erreichbare Ziele festlegen und regelmäßig abfragen
- ◆ Anstaltsärzte einbeziehen und als Vermittler gewinnen
- ◆ Förderung und Forderung von Bediensteten (z. B. selbst Gruppen – auch in anderen JVAen – anbieten)
- ◆ Vernetzung der Gesundheitsförderung nach außen (z. B. Sonderverträge mit externen Fitnessstudios, Krankenkassen finanzieren dies mit)
- ◆ nationale und internationale Meisterschaften (z. B. Bowling, Fahrrad, Laufen, Schach, Ballspiele)

2. Warum will ich andere Mitarbeiter mit ins Boot „Gesundheitsverhalten“ holen, statt allein für mich zu sorgen?

Die zweite Fragestellung ergab sich aus der Feststellung, dass es immer wieder Bedienstete gibt, die Gesundheitsförderer in ihrem Engagement bremsen.

Hierzu wurden folgende Ideen gesammelt:

- ◆ Wunsch nach gesunden und zufriedenen Kollegen
- ◆ Das Arbeitsumfeld ist schon belastend genug, da wünscht man sich Gelassenheit und Ruhe von den Kollegen
- ◆ Ressourcen von Kollegen aktivieren, um davon selbst zu profitieren



- ◆ Gruppeneffekt erwirken, damit der Einzelne kein Außenseiter mehr ist
- ◆ Wunsch nach Gleichgesinnten und Austauschpartnern, um sich selbst wohler zu fühlen

3. Was sollte über Verhaltensprävention hinaus geschehen?

Was bisher hauptsächlich an Gesundheitsförderung in den Anstalten angeboten wird, kann den verhaltenspräventiven Maßnahmen zugeordnet werden. Unter der dritten Fragestellung wurden Anregungen und Vorschläge zusammengetragen, die über die Verhaltensprävention hinaus zur Verhältnisprävention überleiten.

Folgende Ratschläge wurden hier zusammengetragen:

- ◆ Leitungsebene einbeziehen
 - transparenter Beförderungskatalog
 - Mitarbeiterbefragungen
 - Anstaltsärzte für Gesundheitsförderung gewinnen
 - Gesundheitsmanagement in Führungsstrukturen integrieren
- ◆ Personalauswahl
 - psychologische und physiologische Belastungstests an andere Behörden angleichen (vgl. Polizei, Feuerwehr)
 - mehrwöchige Praktika im Vollzug vor der Einstellung
 - Verlängerung der Wartezeiten bis zur Verbeamtung sowie restriktivere Handhabung der Übernahmekriterien
- ◆ Personalentwicklung
 - Führungskräfte-Workshops
 - Anstaltsgebundene interne Fortbildungen
 - Qualifikation nicht nur als Vorbereitung auf aktuelle und künftige Anforderungen, sondern auch als Maßnahme zur Arbeitszufriedenheit
- ◆ Organisationsentwicklung als Teil der Personalentwicklung
 - Trainings: Kommunikation, Stressbewältigung, Motivation
 - Transparenz (z. B. Überstundenregelung, Informationssystem)
 - soziale Konflikte erkennen und beheben
 - Förderung und Forderung der Bediensteten (z. B. „Tutoren“)
 - Einführung von Gesundheitsmanagement
- ◆ Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
 - Arbeitsplatz mitgestalten

◆ Öffentlichkeitsarbeit

- Wertschätzung der Arbeit der Justizvollzugsbeschäftigten viel besser nach außen tragen
- Anhebung des Berufsbildes
- Leitbild „Auftrag Sozialisation“ sollte vonseiten des Ministeriums mehr an die Anstalten herangetragen werden

Den Teilnehmern ist aus ihrer praktischen Tätigkeit als Gesundheitsförderer klar, dass Rückenschulen, Yoga, Lauftreffs usw. längst noch keine ganzheitliche Gesundheitsförderung darstellen. Aber sie haben einen Anfang gemacht, für den viele Bedienstete und manche Anstaltsleiter dankbar sind. Ganzheitlich wird die Gesundheitsförderung erst dann sein, wenn sie selbstverständlicher Teil einer gesundheitsorientierten Personal- und Organisationsentwicklung geworden ist.

Literatur

Bögemann, H.: Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug. In: Knorr, B./Stöver, H./Weilandt, C. (Hrsg.): Erste Europäische Gesundheitsförderung in Haft. Dokumentation. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2004, 77–89

Bögemann, H.: Gesundheitsförderung in totalen Institutionen: am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt. Oldenburg 2004

AG 4 Ärztliche Ethik und Gefangenrechte

Prof. Dr. Johannes Feest und Prof. Dr. Jörg Pont

Obwohl die Arbeitsgruppe mit 35 Teilnehmern sehr groß war, entwickelte sich ein so spannender und lebhafter Diskurs, dass der zaghafte Versuch der Moderatoren, die geplante Arbeitspause einzufordern, von der Gruppe entschieden vom Tisch gewischt wurde, um den Diskussionsfluss nicht zu stören.

Als Impulsreferat wurden die in PowerPoint-Abbildungen gezeigten internationalen Empfehlungen, Deklarationen und Regeln zu ärztlicher Ethik und Gefangenrechten vor den Spiegel der täglichen Realität bei der ärztlichen Betreuung Gefangener in unseren Haftanstalten gestellt.

Persons deprived of their liberty retain
all rights that are not lawfully taken
away by the decision sentencing them
or remanding them in custody.

European Prison Rules, Rev (2013)
Council of Europe

Personen, denen die Freiheit
entzogen wird, behalten alle
Rechte, die ihnen rechtmäßig
nicht aberkannt werden.

Grundsatz 2 der Empfehlungen des Europarates Res(2006)2 zu den
Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen

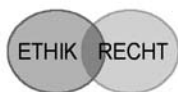
International consented documents on medical ethics in prison

United Nations UNHRC
Council of Europe, CPT
World Medical Association

Penal Reform International
Physicians for Human Rights

Die Essenz medizinischer Ethik im Gefängnis

- Ausschließliche Aufgabe von Gefängnisärzten ist Gesundheitspflege und Betreuung der Gefangenen.
- Die 7 essentiellen Prinzipien der CPT:
 - Ungehinderter Zugang zum Arzt
 - Gleichwertigkeit der Gesundheitsversorgung wie in Freiheit
 - Selbstbestimmungsrecht des Patienten und Verschwiegenheit des Arztes
 - Präventive Gesundheitsvorsorge
 - Humanitärer Beistand
 - Professionelle Unabhängigkeit des Arztes
 - Professionelle Kompetenz des Arztes



Patient-Arzt-Beziehung

Ethik der Vertrauenswürdigkeit oder
Ethik der Patientenrechte ?

„Law appears when trust fails“

Rechtszugang von gefangenen
Patienten?

Schon das gezeigte Grundprinzip 2 der Empfehlungen des Europarates zu den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen

*„Personen, denen die Freiheit entzogen ist, behalten alle Rechte,
die ihnen durch die Entscheidung, mit der gegen sie
eine Freiheitsstrafe verhängt oder Untersuchungshaft angeordnet wird,
nicht rechtmäßig aberkannt werden.“*

wurde als in Realität nicht gegeben befunden: Ausgehend von trivialen Beispielen, wie dem Recht auf Alkoholgenuss, bis zu medizinisch eingreifenden, wie dem Zugang zur Opiat- und Substitutionstherapie oder der Behandlung der chronischen Hepatitis C, und ethisch gewichtigen, wie dem Recht auf freie Arztwahl und Autonomie in der Wahl von Behandlungsverfahren, wurden in praxi beträchtliche Defizite an Gefangenerechten artikuliert.

Daraus ergab sich zwanglos der Übergang in die Diskussion des Äquivalenzprinzips, eines der essentiellen Prinzipien der ärztlichen Betreuung Gefangener. Es wurde in dieser Arbeitsgruppe in seiner absoluten Minimalvariante (die in einem Kommentar zu den Empfehlungen des Europarates als solche zitiert wurde), nämlich dass der Gefangene nicht kränker aus der Haft herauskommen soll als er hineinkam.



Es folgte eine eingehende Auseinandersetzung mit der Haft einerseits als Gesundheitsgefährdung, andererseits als Chance gesundheitlicher Stabilisierung und Behandlungsmöglichkeit. Die Bedeutung adäquater medizinischer Behandlung Gefangener für Belange der Public Health der Allgemeinbevölkerung wurde hervorgehoben, ebenso die gesundheitspolitische Kosten-Nutzen-Rechnung, neuerdings festgemacht an Substitutionstherapie und Therapie der chronischen Hepatitis C.

Die Besprechung der ethischen Konfliktsituation dualer Loyalität von Pflegepersonen und Ärzten in Haftanstalten, der Zwitterrolle zwischen Betreuung des individuellen Patienten einerseits und Verpflichtungen gegenüber der Gefängnisadministration andererseits, nahm breiten Raum ein. Es fand sich ein klarer Konsens, dass in Konfliktsituationen dualer Loyalität der Arzt dem Interesse des Gefangenen mehr Gewicht beimessen soll als dem Interesse des Strafvollzuges.

Der Versuch der Moderatoren, die Diskussion auch auf das Spannungsfeld zwischen Arzt und Organen des Rechtsstaates, wie Richtern und Staatsanwälten, zu lenken, wurde von der Arbeitsgruppe nicht aufgenommen, sondern, da das Spannungsfeld zwischen Arzt und der Gefängnisverwaltung von den Teilnehmern der Arbeitsgruppe als wesentlich belastender empfunden wurde, auf dieses Thema, insbesondere auf die Ressourcenbeschränkungen durch die Gefängnisverwaltungen, umgelenkt.

Schließlich wurde auf die völlig unbefriedigende Situation geriatrischer Patienten in Haft hingewiesen und auf die Notwendigkeit, Institutionen zu schaffen, die die Betreuung dieser alten hilfsbedürftigen Menschen übernehmen können, deren Verbleib im Vollzug jeden Sinns entbehrt und auch ärztlich nicht zu rechtfertigen ist.



AG 5 Umgang mit Gewalt im Justizvollzug

Wilfried Wilkens

Den Workshop besuchten ca. 25 Personen. Die meisten waren Praktiker in den Anstalten und hatten ein großes Interesse, einige Ansätze der Antigewaltarbeit in Haft präsentiert zu bekommen.

Die Veranstaltung stand sehr unter dem Einfluss der Gerichtsverhandlungen gegen die mutmaßlichen „Mörder von Siegburg“, den „Gefängnisquälereien in Brandenburg/Havel“ und „Scheinhinrichtungen in Wiesbaden“. Immer wieder ging es auch um die gewaltlastigen Lebenssituationen in Haft überhaupt und um Übergriffe seitens des Personals gegenüber den Insassen.

Viel zitiert wurde in der Diskussion die NRW-Studie aus dem Jahr 2006, wonach die Gewalt überwiegend „spontan entstehe“ und nach der nur 10 % der Gewalttaten in Haftanstalten als „schwere Gewalttaten“ zu bewerten seien. Etwa ein Drittel der Gewalttaten geschehen in der Zelle, der Rest in Fluren, Duschen, den Werkbetrieben oder auf dem Hof. 60 % der Täter waren wegen Gewaltdelikten verurteilt und gleichfalls unter 25 Jahre alt (Studie Gewalt in Haft des Justizministeriums NRW 2006).



Als Ursachen wurden in erster Linie die „schlechten Haftbedingungen“ insgesamt genannt. So gebe es eine große Überbelegung und die Verständigungsprobleme seien enorm. Außerdem fehle es an qualifiziertem Personal, das auch mit den Insassen an deren Vollzugszielen arbeite. Darüber hinaus fehlen Arbeitsmöglichkeiten sowohl in Haft als auch für die Zeit nach der Haft.

Die daraus resultierenden Forderungen der Fachdiskussion sind vor allem:

- ◆ mehr Teamsportarten anbieten und fördern
- ◆ Anti-Gewalt-Trainings für Insassen
- ◆ Konfliktlösungs- und Deeskalationsschulungen für Bedienstete

Präsentiert wurde dann ein Fortbildungs- und Trainingskonzept, das in der JVA Hamburg Billwerder bisher am weitesten vorangetrieben werden konnte. In dieser Anstalt hat die Anstaltsleitung, in Abstimmung mit den Vollzugshäusern und Abteilungen und in Zusammenarbeit mit externen Projekten, bereits im Jahr 2006 begonnen, diese gewaltpräventiven Ansätze umzusetzen.

Für Bedienstete der Anstalt werden hier seit vielen Jahren vom Hamburger Fortbildungsinstitut Drogen und AIDS (HIDA) Fortbildungen, Informationsveranstaltungen und Trainings zu den Themen Drogen, Sucht, HIV/AIDS, Hepatitis und STD angeboten. Etwa zwei Drittel der Beschäftigten der Anstalt nahmen in der Zeit zwischen Sommer 2005 und Sommer 2007 an solchen Fortbildungen teil.

Seit 2005 gibt es für alle Mitarbeiter/innen die Möglichkeit, an „Deeskalationstrainings“, „Konfliktschlichtungs- und Kommunikationstrainings“ teilzunehmen. An diesen Fortbildungen hat bisher etwa ein Drittel der Bediensteten – besonders aus dem Vollzugsdienst – teilgenommen. Die Fortbildungseinheiten haben jeweils einen Umfang von 2 Tagen bzw. 16 Unterrichtseinheiten und bestehen jeweils aus einem Basis- und einem Aufbaumodul.

Ziele der Fortbildungen sind:

- ◆ Erhöhung der Handlungsmöglichkeiten
- ◆ Erhöhung der Sicherheit
- ◆ Erhöhung der Zufriedenheit
- ◆ Verbesserte Kommunikation und Abstimmung
- ◆ Weniger Gewaltvorfälle
- ◆ Weniger Burn-out-Symptome und Traumatisierungen

Für die Insassen gibt es seit Mitte 2006 ein abgestuftes Trainingsangebot. Es handelt sich bisher leider ausschließlich um Gruppenangebote mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Intensitäten. Es beginnt mit einem „Coolness-Tag“, wobei in kleinen Gruppen zwischen 4 und 6 Personen an einem Tag (ca. 6 Std.) aktuelle eskalierte All-

tagssituationen thematisiert und aufgearbeitet werden. Für jede angesprochene Situation wird dann eine alternative Lösungsmöglichkeit zur Gewalt erarbeitet. Dieses Modul konnte bisher noch nicht eingesetzt werden. Der Start ist für den Sommer 2007 geplant.

Etwas intensiver ist das „Gewaltpräventionstraining“ (GPT). Es umfasst 20 Stunden Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt. Im Verlauf gibt es 6 Gruppensitzungen über jeweils 3 Stunden und ein Einzelgespräch. Bei Bedarf werden weitere Einzelgespräche angeboten. Zielgruppe sind Insassen, die wegen „leichterer Gewaltdelikte“ verurteilt wurden und solche, die im Anstaltsalltag häufig durch überzogen aggressive Handlungsmuster auffallen. Die Gruppe besteht jeweils aus 6 bis höchsten 10 Teilnehmer. Die erzielten Lernerfolge bei diesen Kurztrainings übertrafen sehr schnell die in sie gesetzten Erwartungen.

Schließlich wird für einsitzende Gewalttäter in Kooperation mit dem Violence Prevention Network e. V. in Berlin und dem Bundesinnenministerium im Rahmen eines Modellprojekts ein Intensivkurs mit dem Titel „Verantwortung übernehmen – Abschied von Hass und Gewalt“ angeboten. Dieses Angebot wendet sich in erster Linie an Gewalttäter, die erstmals eine Haftstrafe nach dem Erwachsenenstrafrecht verbüßen, einen Migrationshintergrund aufweisen oder bei denen der Gewalttat extreme Einstellungsmuster oder Vorurteile zugrunde liegen. Auch dieses Trainingsmodul konnte bisher äußerst erfolgreich implementiert und umgesetzt werden. Alle Beteiligten hoffen, dass es nach Ende der Modellphase fortgesetzt werden kann. Erfreulich ist, dass dieses Modell auch in der JVA Hameln im Jahr 2007 erfolgreich durchgeführt werden konnte sowie in leicht abgewandelter Form auch in Rasselwitz, Cottbus, Berlin-Plötzensee, Wriezen und Neustrelitz.

Als ein weiteres Modul ist für die Zukunft ein Trainingsmodul mit dem Titel „Gewaltlose Konfliktregelung“ geplant. Dieses Modul soll dann ebenfalls als Gruppentraining mit Seminarcharakter durchgeführt werden. Weiterhin ist für die Menschen in Haft, die sich aus verschiedensten Gründen nicht an Gruppenaktivitäten beteiligen, ein Einzeltrainings- bzw. Coachingprogramm in Arbeit, das dann ab 2009 zum Einsatz kommen soll. Ein Coachingangebot wird dann auch den Bediensteten der JVA Billwerder gemacht.

Die zentralen Ziele wurden dafür folgendermaßen definiert:

- ◆ Einstellungsänderung zur Gewalt
- ◆ Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen
- ◆ Gewaltminderung
- ◆ Handlungskompetenz entwickeln und trainieren
- ◆ Prosoziales Verhalten fördern
- ◆ Auflösen von Gewaltmythologien und Rechtfertigungsstrategien

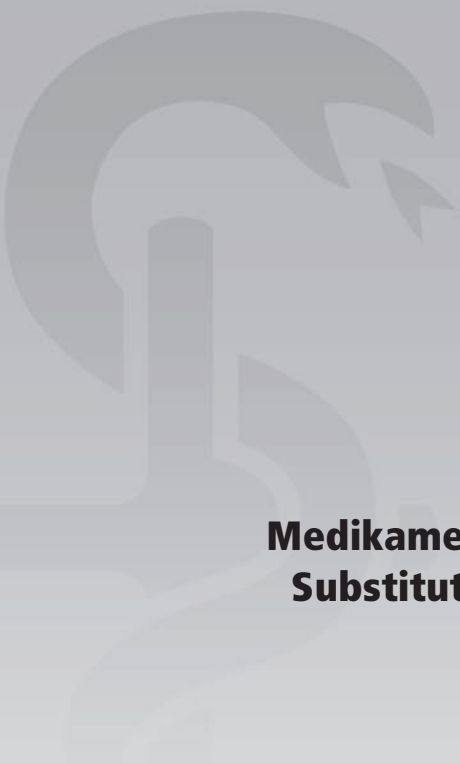


Bis zum nächsten Kongress haben wir uns vorgenommen, alle Module in Hamburg ausprobiert zu haben und in den weiteren Anstalten mit dem Modellprojekt und einem anderen Modul voranzukommen. Neue Zielgebiete sind derzeit Bremen, NRW und Schleswig-Holstein.

Freitag, 09.11.2007
Vorträge







Medikamentengestützter Entzug, Substitution und Heroinvergabe

Dr. Christoph Burz

Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe)

Geschichtlich:

Zwischen 1994 und 1996 wurde vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit eine Kohortenstudie durchgeführt, deren Ergebnisse eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie eine Reduktion der Delinquenz erbrachte.

In zwei Bundesbeschlüssen von Oktober 1998 und März 1999 wurde die heroingestützte Behandlung zu einem festen Bestandteil der „4-Säulenpolitik“ innerhalb der Säule Therapie.

Ziel der Behandlung:

Es soll schwer heroinabhängigen Personen geholfen werden, die mit anderen drogentherapeutischen Angeboten nicht erreicht werden.

Es handelt sich um eine strikt reglementierte, kontrollierte Verschreibung von pharmazeutischem Heroin (Diaphin), eingebettet in eine umfassende psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung.



Therapeutische Zielsetzungen:

- ◆ Anhaltende therapeutische Einbindung
- ◆ Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit
- ◆ Verbesserung der sozialen Integration
- ◆ Dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum als langfristiges Ziel

Aufnahmekriterien:

- ◆ Mindestalter: 18 Jahre
- ◆ Schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens 2 Jahren
- ◆ Mind. 2 abgebrochene oder erfolglos absolvierte Behandlungsversuche
- ◆ Defizite im somatischen oder sozialen Bereich
- ◆ i. v. Drogenkonsum

Die heroingestützte Behandlung ist eine Alternative zu Methadon:

- ◆ Bei schwer verwahrlosten Süchtigen, bei denen die Methadonbehandlung versagt hat. Hier zeigt die Heroinbehandlung bessere Resultate.
- ◆ Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind
- ◆ Methadon ist aber nach wie vor in der Schweiz die Behandlung der ersten Wahl.

Ergebnisse:

- ◆ Vielen Patienten ist es gelungen, ihren psychischen und körperlichen Gesundheitszustand zu verbessern, ihre Wohnsituation zu stabilisieren und schrittweise wieder Beschäftigung zu finden.
- ◆ Der Konsum von nicht verschriebenen Substanzen nahm signifikant ab.

HeGeBe in der Haftanstalt Realta

- ◆ Die heroingestützte Behandlung ist ein Behandlungszweig, neben der überwiegenden Methadonbehandlung und der Substitution mit Subutex.
- ◆ Für die Patienten ist es oft eine Zeit, um sich von dem Stress der Beschaffungskriminalität und dem Konsum unreinen Stoffes zu erholen, wobei auch allein die Haftbedingungen dazu beitragen.
- ◆ Neben den Patienten, die die in Freiheit begonnene Behandlung weiterführen können, sind auch Neueinstellungen auf Diaphin möglich.
- ◆ Der Benzodiazepinkonsum kann deutlich vermindert werden. Wenn immer möglich, werden in der Abgabe keine Benzodiazepine gegeben. Auf den Beikonsum wird geachtet und es wird versucht, diesen zu verhindern.

Entzug und Weiterbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Dr. Christoph Richter

Definition Sucht/Abhängigkeit

Diagnostische Leitlinien nach ICD-10

(mind. 3 Kriterien innerhalb des letzten Jahres)

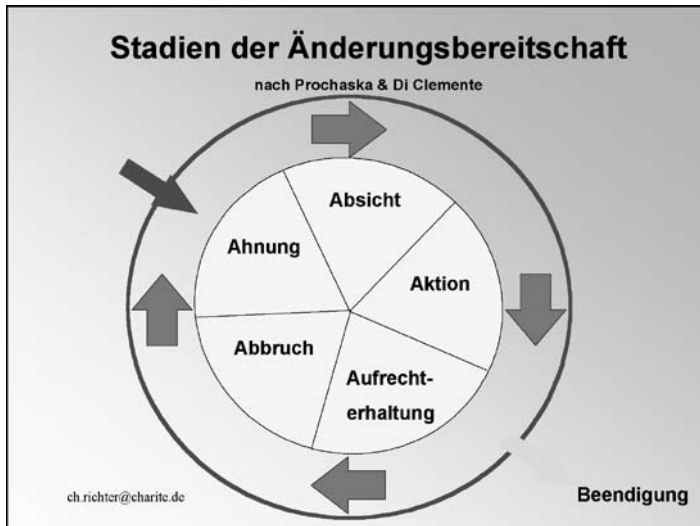
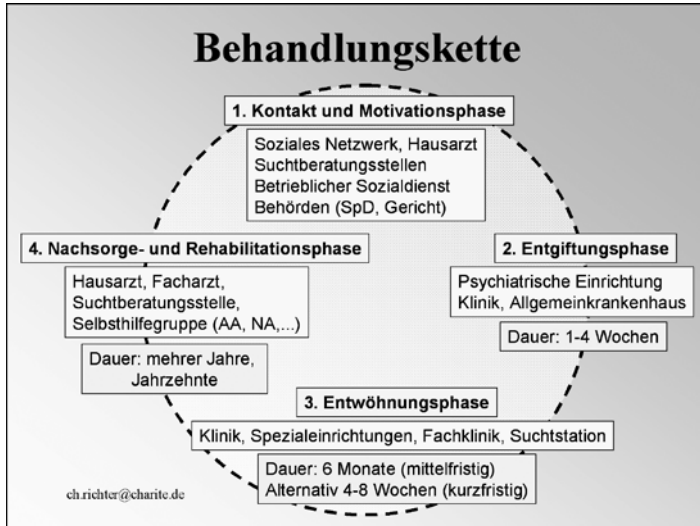
- ◆ Starker *Wunsch/Zwang*, Substanz zu konsumieren
- ◆ *Verminderte Kontrollfähigkeit* bzgl. Beginn, Beendigung, Menge der Substanz
- ◆ Auftreten von körperlichem *Entzugssyndrom*
- ◆ Nachweis einer *Toleranz* (gleiche Wirkung nur über höhere Dosis)
- ◆ Fortschreitende *Vernachlässigung* anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten der Substanz
- ◆ Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig *schädlicher Folgen* körperlicher oder sozialer oder psychischer Art

Art der Störung nach ICD-10

- ◆ Intoxikation
- ◆ Missbrauch/schädlicher Gebrauch
- ◆ Abhängigkeit
- ◆ Entzugssyndrom



- ◆ Entzugssyndrom mit Delir
- ◆ Psychotische Störung
- ◆ Amnestisches Syndrom
- ◆ Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- ◆ Psychische und Verhaltensstörung



Sucht und Doppeldiagnosen

Lebenszeitprävalenz von ausgewählten Störungskombinationen (ECA-Studie)

Substanzstörung	Alkohol-missbrauch		Alkohol-abhän-keit		Drogen-missbrauch		Drogen-abhän-keit		Irgendeine Substanz-störung	
Schizophrenie	9,7	---	24,0	---	14,6	---	12,9	---	47,0	---
Major Depression	5,0	9,1	11,6	26,4	7,3	6,6	10,7	15,4	27,2	41,4
Dysthymie	4,8	8,6	18,9	28,7	8,1	5,8	10,8	16,7	31,4	40,0
Angststörungen	5,8	40,9	12,2	44,9	5,0	47,6	6,9	55,4	23,7	---
Antisoziale PKS	22,1	25,7	51,5	37,1	11,2	33,8	30,8	43,9	83,6	---

Benzodiazepine I

- ◆ Reduktion von Entzugskrampfanfällen
- ◆ Reduktion von Delirien
- ◆ Alle Benzodiazepine ähnliche Effizienz bzgl. Verminderung der Alkoholentzugssymptome
- ◆ Längere HWZ effizienter zur Verhinderung von Entzugskrampfanfällen, jedoch höhere Sedation bei älteren und lebergeschädigten Patienten

Benzodiazepine II ⁴

• Diazepam

- in Europa
- antikonvulsiver Effekt ↑
- HWZ: 14-70 h
- Fix-Dosis:
 - 10 mg alle 6 h über 4x
 - danach 5 mg alle 6 h 8x
- symptomgetriggert (wenn CIWA ≥ 8-10):
 - 10-20 mg

• Lorazepam

- HWZ: 13-14 h
- Fix-Dosis:
 - 2 mg alle 6h über 4x
 - danach 1 mg alle 6 h 8x
- symptomgetriggert (wenn CIWA ≥ 8-10):
 - 2-4 mg



Clomethiazol/Distraneurin®¹

- ◆ Zulassung in Europa – nicht in USA
- ◆ *Nur stationärer Entzug*
- ◆ Gleiche Effizienz wie Chlordiazepoxid
- ◆ Gut dokumentierte antiepileptische Effizienz
- ◆ HWZ: 2,3–5 h (oral), 0,42–0,54 h (i.v.)
- ◆ Dosis*: 2–4 Kps. oder 10–20 ml, nicht mehr als 6–8 Kps. oder 30–40 ml innerhalb 2 h. Langsame Reduktion, nicht länger als 10–14 Tage

Antiepileptika¹

- ◆ Phenytoin/Valproinsäure
 - antikonvulsiv
 - nicht als Monotherapie
 - Nebenwirkungsrate ↑
- ◆ Carbamazepin (CBZ)
 - antikonvulsiv
 - Nebenwirkungsrate ↑
 - schnelle Minderung bei milden/moderaten Entzugssymptomen
 - kaum hämatologischer, hepatotoxischer Effekt über 7 Tage
 - keine Atemdepression, kein Abhängigkeitspotential
 - gegenüber BZD Lernen nicht eingeschränkt
 - keine Monotherapie

Tiaprid + Carbamazepin³

- ◆ Tiaprid (TIA) = Antihyperkinetikum
- ◆ Vorteile von CBZ mit anxiolytischer, agitationsmindernder, antihyperkinetischer Wirkung von Tiaprid (selektiver D2-Antagonist)
- ◆ keine doppelt verblindeten, Placebo kontrollierten Studien!
- ◆ Effizienz und Sicherheit nicht unterschiedlich zu Clomethiazol (Diazepam)
- ◆ leichte/moderate Entgiftungen (ambulant)
- ◆ Hinweis auf Effizienzminderung bei Intoxikation mit Alkohol ($\geq 1\text{g/l}$)
(Dosis: 300 mg TIA +200 mg CBZ 4h bis max. 1200 mg TIA, 600–800 mg CBZ (w/m) über 3 Tage, danach ↓)

Neuroleptika¹

- ◆ Reduktion von Entzugssymptomen
- ◆ Prophylaxe Delirien
- ◆ Verminderung von Agitation

- ◆ weniger effizient gg. BZD
- ◆ erhöhte Krampfanfallsneigung versus Placebo (besonders Chlorpromazin, Promazin)!

α 2-Blocker/Clonidin²

- ◆ Hinweise zur Reduktion des Alkoholentzugssyndroms bei milder bis moderater Symptomatik
- ◆ nicht als Monotherapie
- ◆ nicht antikonvulsiv

Individualisiert *oder* festes Schema?¹

- ◆ individualisiert anhand von Entzugsskalen:
 - signifikant weniger oder keine Medikation
 - kürzere Therapiezeit
 - ev. personalaufwendiger
 - benötigt Schulung
 - mehrere Skalen (CIWA, AES, Banger, Knott, Bech)
- ◆ festes Schema unethisch?

Beispiel AES-Scala

nach Wetterling

RR, diast.	Puls	Atem	Schwitzen	Tremor	Score
< 95	< 100	< 16	Kein	Kein	0
96 – 100	101 – 110	17 – 24	Feuchte Hände	Leicht, Finger	1
101 – 105	111 – 120	> 24	Stirn und Gesicht	Deutlich, Finger	2
> 105	> 120		massiv	Schwer, spontan	3
	Arrhythmie				4

5 Punkte mild
6-9 Punkte moderat
≥ 10 Punkte schwer

Score	Unruhe	Orientierung	Halluzinationen	Kontakt	Angst
0	Keine	Orientiert	Keine		Keine
1	nesteln	Eine Qualität gestört	Suggestibel	Leicht ablenkbar	Leicht, auf Befragen
2	Läuft unruhig auf und ab	Zwei gestört	Eine Qualität	Schweift ab	Stark, spontan
3	erregt	Alle gestört		Geordnetes Gespräch unmöglich	
4	Stark erregt		Zwei Qualitäten		
5			Szenisch, „Film“		

ch.richter@charite.de



Zusammenfassung

Alkoholentzug/-therapie

- ◆ Frühintervention/Motivational Interviewing
- ◆ Entgiftung
- ◆ Härtegrad Ia: Benzodiazepine (Diazepam u. a.)
- ◆ Härtegrad Ib: Clomethiazol, Kombination Carbamazepin mit Tiaprid
- ◆ Zusatzmedikation:
 - ◆ β -Blocker, Clonidin, Carbamazepin, Neuroleptika
 - ◆ Individualisierte Dosis und Entzugsmedikation
 - ◆ nach Schwere des Alkoholentzuges auf Basis von Entzugsskalen
 - ◆ Suchttherapeutische Anbindung nach Entgiftung
 - ◆ Selbsthilfegruppen, Rehabilitation, Einstellung auf Campral®, Erstellung Notfallplan, Therapie anderer Diagnosen, Anbindung Hausarzt/Suchttherapeut
- ◆ Prävention

Medikamentenabhängigkeit (AWMF, Leitlinie Medikamentenabhängigkeit)

Sedativa/Hypnotika

- Benzodiazepine
- Zolpidem/Zopiclon/Zaleplon
- Clomethiazol (barbituratähnliche Substanz)
- G-Hydroxybutyrat (GHB)

Barbiturate und andere barbituratähnliche Substanzen

- Chloralhydrat
- Bromureide, Bromid

Komorbidität

- mit Angstkrankheiten, Depressionen, Borderline-PKS, posttraumatische Belastungsstörungen und ADHD

BZD-Entzugssyndrom

- ◆ Häufig: Schlafstörung, Angstzunahme, Unruhe, Irritabilität, Kopfschmerzen, Tremor, Muskelzuckungen
- ◆ Gelegentlich: Schwächegefühl, Schwindel, Benommenheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Konzentrationsstörungen, Depression, Metallgeschmack, Liftgefühl, Hyperakusis, Lichtscheu, Gefühl „elektrischer Schläge“, Depersonalisation
- ◆ Seltener: Entzugskrampfanfälle (2–3 %), Delirien oder andere Entzugspsychosen, Gedächtnisstörungen

Therapie BZD-Abhängigkeit

- ◆ Frühintervention
- ◆ Entzug bei therapeutischer Dosierung von BZD („Niedrigdosisabhängigkeit“)
 - Nutzen-Risiko-Abwägung
 - Umstellung auf Diazepam und (nach Holzbach)
 - bei Dosierung über 20 mg Reduktion in 10-mg-Schritten
 - ab 20 mg in 5-mg-Schritten
 - ab 10 mg Reduzierung um 2,5 mg:
 - 2,5 – 2,5 – 2,5 – 2,5 mg
 - 2,5 – 0 – 2,5 – 2,5 mg
 - 2,5 – 0 – 0 – 2,5 mg
 - 0 – 2,5 – 0 – 0 mg
 - Insgesamt 6–8 Wochen (meist ambulant)!
- ◆ Entzug bei Hochdosierung von BZD
 - i. R. „stationärer Schnellentzug“ über 3–6 Wochen in psychiatrischen Kliniken
 - Ermittlung der Äquivalenzdosen und deren Summe im Verhältnis zu Diazepam
 - Beginn nicht > 60 mg Diazepam/Tag
 - Score-gesteuerter Entzug nicht sinnvoll
 - z. B. symptomangepasst und einseitig verblindet
 - Zusätzliche Medikation:
 - z. B. Doxepin oder Trimipramin
 - Carbamazepin, Valproinsäure, neu: Lamotrigin und Gabapentin zur Anfallsprophylaxe
 - psychologische Unterstützung (Coping, Angst- oder Stressmanagement, VT-Ansätze ...)
 - suchtspezifische Psychoedukation

Quelle:

- 1 Mayo-Smith: JAMA 1997; Williams et al.: Alcohol Alcohol 1998
- 2 Mayo-Smith: JAMA 1997; Williams et al.: Alcohol Alcohol 1998; Chang et al.: Medical Clinics of North America 2001
- 3 Franz et al.: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001; Soyka et al.: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; Lucht et al.: Alcohol Alcohol 2003



Literatur

Sullivan et al.: Br J Addict 84 1989

Banger et al.: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1992

Williams und McBride: Alcohol Alcohol 1993

Mayo-Smith: JAMA 1997

Wetterling et al.: Alcohol Alcohol 1997

AWMF: Leitlinie Medikamentenabhängigkeit ([http: leitlinien.net](http://leitlinien.net))

AWMF: Leitlinie Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen ([http: leitlinien.net](http://leitlinien.net))

Freitag, 09.11.2007 Arbeitsgruppen







AG 1 „Schöner Wohnen? Gestaltungsmöglichkeiten im Vollzug“

Dr. techn. Mar.arch. Andrea Seelich
und Bettina Ruhland-Neitzke

Schöner Wohnen im Gefängnis Vorwort

Das Wohnen der Insassen im Gefängnis ist im Wandel der Zeit vielen Veränderungen ausgesetzt gewesen:

1. Schlafsaal – Einzelzellen
2. Errichtung der Nasszellen in den Hafträumen
3. Wandel vom Geschlossenen (Verwahrvollzug) zum Offenen Vollzug (Wohngruppenvollzug)
4. Genehmigung weiterer Tätigkeiten (als Vergünstigungen) im Haftraum

Was jedoch im Laufe der Jahrhunderte gleich geblieben ist, ist die Suche nach der geeigneten Form der Unterbringung von „Rechtsbrechern“ unter Freiheitsentzug.

Gerade das Thema der Unterkunft der Straftäter stößt in der Öffentlichkeit oft auf Unverständnis und falsche Vorstellungen à la: „*Hotelzimmer*“, „... *den ganzen Tag vor der Glotze ist doch keine Strafe* ...“ und dergleichen.



Diese Meinungen basieren alle auf der mangelnden Kenntnis des Phänomens Freiheitsentzug.

Dass der Wohnraum eines „Rechtsbrechers“ im Gefängnis noch weitere Funktionen (Arbeitsplatz der Justizwache, einziger Zufluchtsort des Insassen etc.) zu erfüllen hat, ist den wenigsten bewusst.

Der Wohnraum beeinflusst das Befinden des Insassen und dies hat wiederum direkten Einfluss auf die Strafanstaltsatmosphäre. Auch die Arbeit der Therapeuten wird so beeinflusst.

Beispiel: Ein Insasse, der sich während der Zeit seiner Therapie Sorgen um seine persönlichen Sachen im Mehrmannhaftraum machen muss, kann sich wesentlich schlechter auf seine Therapiesitzung konzentrieren. Wenn der Insasse nah der Therapiesitzung im Haftraum einer stressigen Situation ausgesetzt ist, lenkt es ihn von der Verarbeitung der in der Therapie besprochenen Themen ab.

Wenn wir nun in der fachlichen Diskussion zu der Erkenntnis gekommen sind, dass es aus der Sicht der präventiven Opfervermeidung notwendig ist, sich mit dem Straftäter im Sinne einer Resozialisierung und der Minimierung von Haftschäden auseinanderzusetzen, ihn fortzubilden, ihm Arbeitsgewohnheiten zu vermitteln, ein Freizeitangebot bereitzustellen und Besuche ohne direkte Überwachung zu ermöglichen, dann ist es höchste Zeit, den Bereich des Wohnens genauer unter die Lupe zu nehmen (abgesehen von dem zyklischen Thema der Überbelegung der Haftanstalten).

Die Arbeitsgruppe hatte den Titel „Schöner Wohnen im Gefängnis“, der aus dem Zeitungsartikel (Berliner Zeitung, 6. Juni 2006) über die von Bettina Ruhland-Neitzke neu gestalteten Hafträume in Berlin-Tegel übernommen wurde, und war folgendermaßen gegliedert:

I. Wohnen in Freiheit

Fragestellung zum Thema Wohnen in Freiheit, den einzelnen Funktionen und der Befriedigung der Grundbedürfnisse des Wohnens in Form einer Diskussion mit den Teilnehmern der Arbeitsgruppe. Ohne Bilder, denn diese sind individuell.

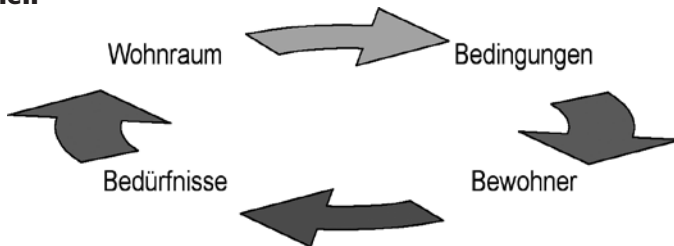
II. Wohnen unter Freiheitsentzug

Aufzeigen der Möglichkeiten der Befriedigung der Grundbedürfnisse des Wohnens unter Freiheitsentzug. Mit Bildern aus der Praxis, denn diese sind in Mitteleuropa durchaus vergleichbar.

III. Zelleinrichtung von Bettina Ruhland-Neitzke

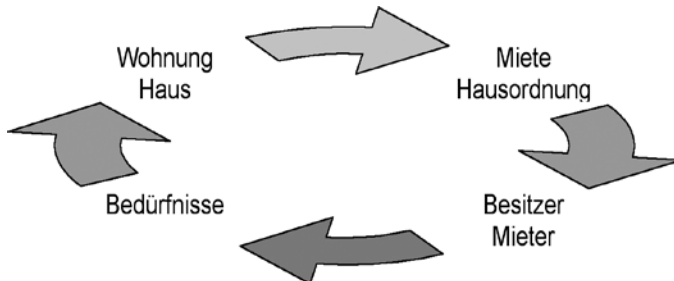
Als ein gelungenes Beispiel der Befriedigung der Wohnbedürfnisse der Insassen hat Bettina Ruhland-Neitzke ihren in der Justizanstalt Tegel realisierten Entwurf vorgestellt.

Wohnen



Das Verhältnis zwischen Wohnraum und Bewohner ist durch zwei Faktoren bestimmt. Zum einen muss der Bewohner bestimmte Bedingungen erfüllen, um den Wohnraum bewohnen zu können/dürfen, zum anderen kann er erwarten, dass durch den Wohnraum seine Wohnbedürfnisse befriedigt werden.

I. Wohnen in Freiheit



Die Bedingungen des Wohnens in Freiheit sind Mietzahlungen und das Einhalten der Hausordnung. Die Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung dieser Bedingungen reichen von Ermahnungen bis zur Delogierung.

Die Bedürfnisse der Bewohner können wie folgt unterschieden werden:

- ◆ Physiologische Grundbedürfnisse
- ◆ Bedürfnis nach Sicherheit
- ◆ Bedürfnis nach Vertrautheit
- ◆ Bedürfnis nach Privatheit
- ◆ Soziale Bedürfnisse
- ◆ Bedürfnis nach Selbstentfaltung
- ◆ Bedürfnis nach der erweiterten Wohnzufriedenheit



Physiologische Grundbedürfnisse zählen zu den elementaren Bedürfnissen, die auch außerhalb der Wohnung befriedigt werden können: Atmen, Nahrungsaufnahme, Licht, Erholung, Schlaf, Hygiene und Intimität.

Die Befriedigung dieser Bedürfnisse ist die Grundvoraussetzung für physische und psychische Gesundheit. Die unzureichende Befriedigung dieser Bedürfnisse führt zu negativen Folgeerscheinungen:

- ◆ Lärm (Straßenlärm, Nachbarn u. a.): Hörleistung sinkt, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, Spannungszustände, Verstimmungen, Aggressivität, Frustration, Kommunikationsstörungen.
- ◆ Luftverschmutzung: medizinische Symptome, „sozial-emotionale“ und „somatisch-vegetative“ Beschwerden.
- ◆ Licht: Mangel an Tageslicht: Erregungs- und Angstzustände, Sehschwäche, Depression.

Die ersten Behausungen dienten in erster Linie zum Schutz vor Witterung (Nässe, Kälte, Wind).



Heute sind die Menschen anspruchsvoller in der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse. Die Entwicklung im Bereich der Architektur ermöglicht eine individuelle Befriedigung der Bedürfnisse. Deshalb beantworten Sie die folgenden Fragen am besten selbst:

- ◆ Was verbinden Sie mit dem Begriff „Zuhause“?
- ◆ Wann haben Sie das Gefühl, zu Hause angekommen zu sein?
- ◆ Wie riecht es dort?
- ◆ Welche Möbel benutzen Sie am meisten?
- ◆ Aus welchem Material sind diese gebaut?

- ◆ Schlafen Sie bei offenem Fenster?
- ◆ Duschen oder baden Sie lieber? Wie oft?
- ◆ Kochen Sie selbst?
- ◆ Essen Sie lieber alleine oder in Gesellschaft?

Das **Bedürfnis nach Sicherheit** ist in erster Linie das Bedürfnis nach dem Schutz vor Vandalismus und Kriminalität. Dazu gehört auch das Bedürfnis nach der sicheren Aufbewahrung von Hab und Gut während der Abwesenheit der Bewohner. Bei der Verletzung dieses Bedürfnisses – zum Beispiel beim Wohnungseinbruch – beschreiben die Betroffenen ein Gefühl der Beschmutzung und Schändung. Mangelnde Sicherheit ruft Angst und eine gesteigerte Aggressionsbereitschaft hervor.

- ◆ Wann fühlen Sie sich sicher?
- ◆ Haben Sie das Gefühl, in einer sicheren Straße zu Wohnen?
- ◆ Ist diese gut beleuchtet?
- ◆ Wie weit stehen die Häuser auseinander?
- ◆ Haben Sie manchmal Angst in Ihrem Stiegenhaus?
- ◆ Würden Sie es bemerken, wenn bei Ihren Nachbarn eingebrochen wird?
- ◆ Würden es Ihre Nachbarn bemerken, wenn bei Ihnen eingebrochen wird?

Ein weiterer Bereich des Bedürfnisses nach Sicherheit ist der Schutz vor dem öffentlichen (fremden) Leben auf der Straße sowie dem Straßenverkehr.

- ◆ Wie weit ist Ihre Wohnung von der Straße entfernt?
- ◆ Sind Ihre Wohnräume von der Straße gut einsehbar?
- ◆ Haben Sie einen Vorgarten?
- ◆ Wie einfach ist der Zugang für Fremde zu Ihrer Wohnung?

Insbesondere auf dem Land brachte der Straßenverkehr eine verstärkte Territoriumsmarkierung mit sich. Gärten und Vorgärten wurden eingezäunt, Hecken gepflanzt. Das Bedürfnis nach Sicherheit steht in einer Wechselbeziehung mit Kontakt, Kommunikation, Zugehörigkeit ...

- ◆ Kennen Sie Ihre Nachbarn?
- ◆ Kommunizieren Sie regelmäßig mit Ihren Nachbarn?
- ◆ Fühlen Sie sich zu Ihrem Wohnumfeld zugehörig?

In der Architektur versucht man der Kriminalität durch die Schaffung sogenannter „defensible spaces“ vorzubeugen. Diese sollen es den Bewohnern erleichtern, selbst für ihre Sicherheit zu sorgen. So werden halböffentliche/halbprivate Zonen zur Förderung von sozialer Interaktion der Bewohner geschaffen. Maximal 3- bis 4-stöckige Bauten mit höchstens 9 Parteien werden pro Wohnhaus konzipiert sowie überschaubare Stiegenhäuser, Fahrstühle und Gänge gestaltet.



Das Gefühl der Vertrautheit entsteht vorwiegend durch Orientierung. Vor allem große Wohnsiedlungen sind jedoch oft aus „wirtschaftlichen“ Gründen unübersichtlich angelegt. Die Gebäude gleichen einander wie ein Ei dem anderen. In so einer Umgebung ist es besonders für Kinder und alte Menschen nicht einfach, sich zu orientieren.

Die Architektur kann unter anderem mit Hilfe einer deutlich definierten Typologie diesem Problem entgegenwirken. So werden zum Beispiel in einem Vorzimmer durch das Anbringen unterschiedlich breiter Türen die dahinter liegenden Räume „lesbar“: Doppelte Flügeltüren für Wohn- und Arbeitszimmer, breite Türen für Schlafzimmer und Küchen und schmale Türen für Nass- und Abstellräume.

- ◆ Haben Sie sich schon einmal verirrt?
- ◆ Wie sah die Gegend aus, in der Sie sich verirrt haben?
- ◆ Wie haben Sie sich zu orientieren versucht?

Das wichtigste Wohnbedürfnis ist das Bedürfnis nach Privatheit. Es kann auch als Zugangskontrolle zum eigenen Selbst, für sich allein sein, mit selbst gewählten Personen „unter sich sein“, der Möglichkeit, frei entscheiden zu können, beschrieben werden. Deshalb unterscheidet man in der Architektur zwischen öffentlichen, halböffentlichen, halbprivaten und privaten Räumen.

- ◆ Welchen Raum empfinden Sie als den privatesten in Ihrer Wohnung?
- ◆ Welchen als halbprivaten?
- ◆ Wie weit reicht der halböffentliche Raum in Ihren Wohnbereich?

In einer Wohnung hat jeder Bewohner seinen Raum, Gemeinschaftsräume dienen der Kommunikation. Durch die Überbelegung der Wohnungen kommt es zu einem Mangel an Privatheit. Dies führt meist zu:

- ◆ Entwicklungsverzögerungen im Kindesalter
- ◆ Förderung eines restriktiven Erziehungsstils (bedingt durch den Dauerstress der Eltern)
- ◆ Entwicklungsstörungen im Bereich der sozialen Kompetenzen
- ◆ Bewegungsmangel

Im Allgemeinen vertragen Frauen Raummangel („crowding“) besser. Am meisten leiden kleine Kinder, da die Wohnung ihre primäre Lernumwelt darstellt.

Ein Wohnraum dient aber auch zur **Befriedigung sozialer Bedürfnisse**. Darunter versteht man das Bedürfnis nach Kontakt, Kommunikation, Zugehörigkeit, Anerkennung, Prestige und Nachbarschaft.

Die Merkmale seelischer Gesundheit wie Selbsttranszendenz („die Fähigkeit des Menschen, sich zuzuwenden, zu lieben“ nach Frankl), Autonomie und Selbstwertge-

fühl können sich nur im Rahmen eines sozialen Netzes bilden. In der Architektur manifestiert sich die Befriedigung sozialer Bedürfnisse z. B. durch:

- ◆ Kontakt: Wohnzimmer, Salon, Gästezimmer
- ◆ Kommunikation: Wohnküchen
- ◆ Zugehörigkeit/Status: kostbare Sitzmöbel, teure Küchen, Kunstgegenstände ...
 - Welche Bereiche Ihrer Wohnung sind Ihren Gästen zugänglich?
 - Womit präsentieren Sie sich?
 - Haben Sie eine ähnliche Wohnungseinrichtung wie Ihr Freundes- und Bekanntenkreis?
 - In welchem Raum finden Ihre Familiengespräche statt?

Die **Funktion der Nachbarschaft** hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Dies geschah vor allem durch den Wegfall der Zweckgebundenheit. Das Mitbenutzen von Waschküchen und dergleichen entfällt zunehmend. Die Funktionen in der Alten-, Gesundheits-, und Sozialversorgung übernimmt der Staat. Das abendliche Beisammensitzen und Geschichtenerzählen hat längst das Fernsehen übernommen.

Heute wird vor allem Distanz und Ruhe in der Nachbarschaft angestrebt. Es entstehen kinderfreundliche und kinderfreie Wohngebiete.

Das **Bedürfnis nach Selbstentfaltung** umfasst die Bedürfnisse nach Aneignung, Ästhetik, Anregung und Selbstverwirklichung. Aneignung bedeutet in der Architektur die Annahme der baulichen Gegebenheiten und deren Instandhaltung und Pflege – das Gegenteil von Vandalismus, den man z. B. aus Ghettos in der Form von Wandschmierereien kennt. Das Bedürfnis nach Ästhetik geht mit der Aneignung einher. So werden Blumenbeete angelegt oder eine saisonal bedingte Ausschmückung (Ostern, Weihnachten) angebracht. Solche und ähnliche Tätigkeiten können auch als Selbstverwirklichung der Bewohner bezeichnet werden.

- ◆ Welche Ästhetik bevorzugen Sie in Ihrem Wohnbereich?
- ◆ Wie schmücken Sie Ihren Wohnbereich?
- ◆ Haben Sie Blumen auf Ihrer Fensterbank oder dem Balkon?
- ◆ Wie weit reicht Ihre diesbezügliche Tätigkeit, bis zur Wohnungstür oder weiter?

Die Befriedigung der angeführten Bedürfnisse ist die Grundvoraussetzung zur Erlangung von **Wohnzufriedenheit**.

„Zufriedenheit ist die Übereinstimmung von Wunsch und erlebter Wirklichkeit“
(Klar 1989)

Die Wohnzufriedenheit kann mit folgenden Mitteln erhöht werden:

- ◆ Mitgestaltung der Wohnung (Grundriss, Trennwände nach Absprache ...)



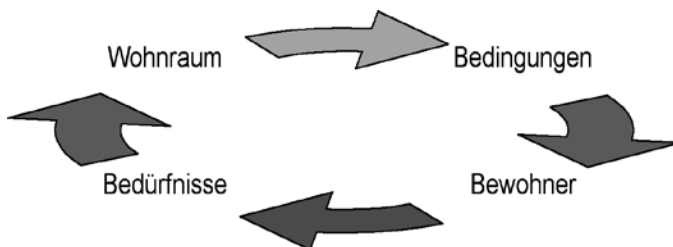
- ◆ Komfort/Bequemlichkeit (Verwendung qualitativ hochwertiger Materialien, instandhaltungsfreundliche Ausstattung)
- ◆ Flexibler Wohnungsgrundriss, der sich den wandelnden Lebensumständen anpasst
- ◆ Garagen, Keller-, Abstell-, Versammlungs-, Spielräume etc.
- ◆ Ausreichende Infrastruktur
- ◆ Verkehrserschließung

Laut einer Umfrage der Technischen Universität Wien haben die Bewohner eines Einfamilienhauses folgende Wohnabsichten:

- ◆ Alterswohnsitz (Zeitspanne)
- ◆ Dem Familienzyklus entsprechende Veränderungsmöglichkeiten
- ◆ Geringer Hausarbeitsaufwand
- ◆ Arbeitsmöglichkeit von zu Hause aus
- ◆ Geringer Instandhaltungsaufwand
- ◆ Besitz/Eigentum
- ◆ Möglichkeit der räumlichen Erweiterung
- ◆ TV, Musikhören, Musikspielen ... (kein Lautstärkenlimit)
- ◆ Gäste
- ◆ Haustiere
- ◆ Obst- und Gemüsegarten
- ◆ „Für sich allein sein“
- ◆ Sicherheit
- ◆ Verkehrsruhe
- ◆ Verkehrsgünstigkeit (Arbeit, Schule)
- ◆ Werkstatt/Heimwerken

Diese hier aufgeführten Wohnbedürfnisse, wie auch manche der Wohnabsichten, treffen auch auf die Bewohner (Insassen) von Justizvollzugsanstalten zu. Diese Bedürfnisse werden anstaltsspezifisch unterschiedlich befriedigt.

II. Wohnen unter Freiheitsentzug



Physiologische Grundbedürfnisse

Schutz vor Witterung Nässe Kälte, Wind)



Atmen



Nahrungszubereitung





Nahrungsaufnahme



Sehen/Licht



Erholung (anstaltsspezifische Möglichkeiten)



Schlaf



Hygiene





Intimität



Bedürfnis nach Sicherheit

Schutz vor Kriminalität



Schutz vor Vandalismus (dilettantische Verschönerung)



Schutz vor Vandalismus



Schutz vor Vandalismus

(Umfunktionieren von Gegenständen zeigt Mängel der Einrichtung auf)





Sicherheit/Sicherung



(Defensible spaces) halböffentliche/halbprivate Zonen



(Defensible spaces) maximal 2- bis 3-stöckige Bauten?



(Defensible spaces) einsehbare Gänge und Stiegenhäuser



(Defensible spaces) maximal 4 Insassen pro Haftraum



Bedürfnis nach Vertrautheit

Vertrautheit/Orientierung





Bedürfnis nach Privatheit

Zugangskontrolle zum eigenen Selbst



Für sich allein sein



Mit selbst gewählten Personen unter sich sein



Möglichkeit, frei entscheiden zu können



Architektur: Theorie – Praxis



Offener Vollzug – Wohngruppenvollzug



Zugang zu den Freiflächen – je nach Bedarf?





Variable Wege zum Arbeitsplatz



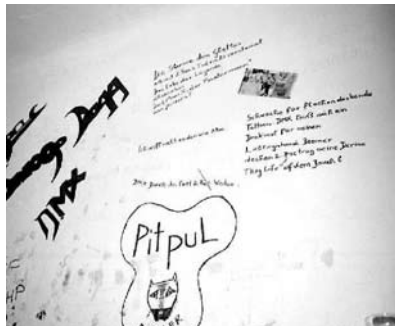
Für den Insassen stellt der Haftraum, die Abteilung, der Trakt, die Anstalt seine primäre Lebensumwelt dar.

Soziale Bedürfnisse

Kontakt/Kommunikation (Pendeln)



Zugehörigkeit/Anerkennung



Prestige/Status

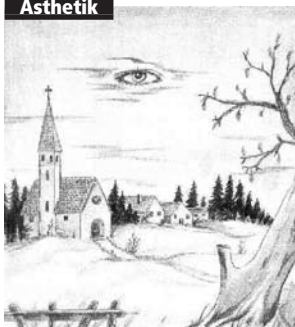


Bedürfnis nach Selbstentfaltung

Aneignung

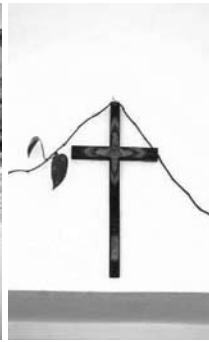


Ästhetik





Anregung



Selbstverwirklichung



Wohnzufriedenheit

Zufriedenheit ist die Übereinstimmung von Wunsch und erlebter Wirklichkeit.
Wohnzufriedenheit unter Freiheitsentzug:

1. Ausreichend übersichtliche Abstell-, Versamlungs- und Freizeiträume
2. Mitgestaltung des Haftraums durch den Insassen
3. Möglichkeiten der selbstbedienenden Tätigkeiten (Kochen, Wäschewaschen ...)
4. Multiple Wegerschließung

Zusammenfassung

Wohnbedürfnisse

Bewohner eines Einfamilienhauses versus Haftraumbewohner

Alterswohnsitz (Zeitspanne) $\longleftrightarrow$ Entlassung wird angestrebt

Dem Familienzyklus entsprechende
Veränderungsmöglichkeiten $\longleftrightarrow$ Familienbesuch

Geringer Hausarbeitsaufwand $\longleftrightarrow$ Arbeitsplätze der Insassen

Arbeitsmöglichkeit von Zuhause aus $\longleftrightarrow$ Arbeiten im Haftraum?

Geringer Instandhaltungsaufwand $\longleftrightarrow$ Abnutzung der Einrichtung

Besitz/Eigentum $\longleftrightarrow$ gesetzlich geregelt

Räumliche Erweiterungsmöglichkeit $\longleftrightarrow$ nur durch optimierte Nutzung

TV, Musikhören, Musikspielen ... $\longleftrightarrow$ Vergünstigung
(kein Lautstärkenlimit)

Gäste $\longleftrightarrow$ Besucharten

Haustiere $\longleftrightarrow$ Vergünstigung

Obst- Gemüsegarten $\longleftrightarrow$ Freizeittätigkeiten (anstaltsspezifisch)
„Für sich allein sein“ permanente Überwachung

Sicherheit $\longleftrightarrow$ Sicherheit/Sicherung

Verkehrsruhe $\longleftrightarrow$ erhöhter Lärmpegel (Metallgitter etc.)

Verkehrsgünstigkeit (Arbeit, Schule) $\longleftrightarrow$ multiple Wegerschließung

Werkstatt/Heimwerken $\longleftrightarrow$ Vergünstigung

Es ist zu bezweifeln, dass alle Unzulänglichkeiten der Wohngegebenheiten des Strafvollzuges mit dem Argument der Sicherheit zu rechtfertigen sind.



AG 2 Dokumentation, Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung

Burkhardt Rabbeau und Michael Staschewski

Die Arbeitsgruppe umfasste etwa 15 Teilnehmer aus unterschiedlichen Bereichen, die mit der Betreuung von Menschen in Haft betraut sind. Die Arbeitsgruppe wurde im vorgegebenen zeitlichen Rahmen durchgeführt.

Zu Beginn wurde den Teilnehmern die bereits in vergangenen Arbeitsgruppen erarbeiteten Erkenntnisse – anhand der folgenden Präsentation – vorgestellt.

Vorstellung der Moderatoren:

- ◆ Burkhardt Rabbeau: Krankenpfleger, Leiter des Krankenpflegedienstes der JVA Bielefeld-Senne
- ◆ Michael Staschewski: Krankenpfleger, IT-Leitstelle bei der JVA Castrop-Rauxel, Fachverfahrensbeauftragter für das Land NRW in den Verfahren BAS IS-Web, ärztlicher Dienst und automatisierte Dokumentation der Instrumentenaufbereitung

Medizinische Dokumentation im Justizvollzug

Patientenbezogene Dokumentation

- ◆ Beschreiben

- ◆ Kontrollieren
- ◆ Steuern

Ziel = Qualitätssicherung bzw. Qualitätssteigerung

Die patientenbezogene Dokumentation dient sicherlich zunächst als *Gedächtnisstütze*, aber daraus folgt auch, dass die Dokumentation bei einer *Überprüfung, Bearbeitung und Erledigung von Anträgen, Beschwerden und Eingaben* zurate gezogen wird.

Weitere mögliche Ziele:

- ◆ Die Zusammenfassung der erhobenen Daten zu Statistiken und Auswertungen. Mit der möglichen Folge, aufgrund der hohen finanziellen Belastungen der (leeren) Landeskassen, in absehbarer Zeit – auch für den medizinischen Bereich – eine Kosten-Leistungs-Rechnung zu fordern.
- ◆ Aufgrund der immer höher steigenden Behandlungskosten, unter anderem durch neue Medikamente, durch neue Behandlungsverfahren, aber auch durch einen zunehmenden Absicherungsgedanken, im Zusammenhang mit der eigenen finanziellen Verwaltung ein Kostencontrolling durchzuführen.

Eine gute Dokumentation wird so zu einem Qualitätsmerkmal ärztlichen Handelns und selbstverständlich auch das seiner Gehilfen.

Die elektronische Datenverarbeitung ist eine Grundlage ... aber eine weitere ... der Mensch.

Zum Abschluss dieser Zusammenfassung wurde die Dringlichkeit deutlich gemacht, den Menschen, der durch die Dokumentation über seine Tätigkeit im Detail – in welcher Form auch immer – Auskunft geben muss, im höchsten Maße darauf vorzubereiten und ihn zu befähigen, die ihm gegebenen Möglichkeiten zu nutzen.

Aus diesen in der Einführung gegebenen Impulsen entwickelte sich im weiteren Verlauf der Arbeitsgruppe eine rege Diskussion.

In erster Linie wurden Bedenken gegen die Rahmenbedingungen geäußert.

Im Einzelnen wurden folgende Punkte aufgeführt:

- ◆ Personelle Situation
 - Fehlendes Personal während der Einführung und der Übungssituation. Da die Vorstellung über entsprechende Software zur Dokumentation bei den Beteiligten eher unklar ist, gibt es auch Bedenken bzgl. des Zeitfaktors im Alltag.
- ◆ Umgang mit den Patienten
 - Es bestehen Bedenken, dem Gefangenen im persönlichen Umgang gerecht zu werden.



- ◆ EDV-Eingabe während der Sprechstunde zu unpersönlich
- ◆ Eingabe über Tastatur zu mühevoll
- ◆ Datenschutz
 - Diese Bedenken sind sicherlich für den Anwender sehr wichtig, jedoch ist es eines der wichtigsten Themen in der Entwicklung und Programmierung der Software.
- ◆ Anpassung der Software an Gegebenheiten in der jeweiligen Anstalt
 - Dies sollte in gewissem Maße möglich sein, jedoch sind dabei die gesetzlichen Regelungen von höherer Priorität, um nicht zuletzt auch Arbeitsabläufe, die sich „über die Jahre“ verfestigt haben, festzuschreiben.
- ◆ Schnelles Login
 - Um eine unberechtigte Eingabe Dritter zu verhindern, sollten nur kurze Zeiträume zur Eingabe vorhanden sein und das System mit diesem Login ansonsten gesperrt werden. Erst nach Eingabe einer entsprechenden Legitimierung (Passwort, Fingerprint, Identifikationskarte etc.) soll das System erneut freigegeben werden.

In der weiteren Diskussion wurden aber auch ganz persönliche Punkte genannt, die die Bedenken und Unsicherheiten widerspiegeln.

Diese waren im Einzelnen:

- ◆ Es wird ohne Mitsprache vorgeschrieben oder aufdiktiert, welche Form die Dokumentation haben soll.
- ◆ Es wird vorgeschrieben, welche Arbeitsabläufe in welcher Form zu geschehen haben.
- ◆ Die Überprüfbarkeit der Arbeit durch die Fachaufsicht ruft Bedenken hervor:
 - Anzahl der Behandlungen
 - Bei Beschwerden evtl. Überprüfung ohne weitere Kommunikation
 - Keine Information, wenn eine Kontrolle durch die Fachaufsicht stattfindet oder stattgefunden hat
- ◆ Namentliche Nennung von Bediensteten bei Weitergabe von medizinischen Informationen an Dritte, z.B. des Notfallbogens (mit Verlaufsbogeneinträgen) an den Notarzt.

Um eine größtmögliche Akzeptanz zu erreichen, wurden folgende Lösungsvorschläge erarbeitet:

- ◆ Software sollte in gewissem Maße auf die Anstalt modifizierbar sein.
- ◆ Programm sollte lange vor einer „Echteinführung“ in der Anstalt zur Verfügung stehen. Umfangreiche Schulung und Begleitung des Personals sollte Standard sein.
- ◆ Schulungsunterlagen in schriftlicher Form (Buchform etc.) müssen vorliegen.

Fazit

Es wird als dringend notwendig angesehen, ein Medium an die Hand zu bekommen, das dem medizinischen Bereich der Justizvollzugsanstalten die Möglichkeit gibt, den wachsenden Ansprüchen an patientenbezogene Dokumentation gerecht zu werden.

Bei Programmierung, Einführung und Betrieb eines solchen Hilfsmittels müssen die Realisierung und der Nutzen im Einklang stehen.



AG 3 Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“¹² – Präsentation und Diskussion

Prof. Dr. Heino Stöver und Prof. Dr. Bernice Elger

Einleitung

Die Gesundheit der Gefangenen betrifft die Gesundheit aller, denn Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in den allermeisten Fällen in ihre Lebensverhältnisse zurück. Die Gesundheit der Gefangenen ist daher ein Thema der Öffentlichen Gesundheit, das uns alle angeht: die Partner/innen, die Familien, die Kinder, die Bediensteten im Gefängnis und natürlich die Gefangenen selbst. Die Zeit der Inhaftierung sollte nicht nur für die soziale Stabilisierung, berufliche Qualifikation und Vorbereitung der Wiedereingliederung genutzt werden, sondern auch zur nachhaltigen gesundheitlichen Stabilisierung der Gefangenen. Dieser kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, weil sie Entwicklungsprozesse erst möglich und aus der Sicht vieler Gefangenen eigene Anstrengungen zum gesundheitsbewussten Verhalten auch erst lohnenswert macht. Die Gesundheit der Gefangenen ist zudem auch bedroht durch

¹² Wichtige Vorarbeiten dieses Beitrages sind von Prof. Dr. Wilfried Belschner und Dr. Silke Gräser – Carl von Ossietzky Universität Oldenburg/Deutschland – für den Bereich „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ gemacht worden (2000): Adaptation der Vereinbarung CORPORATE POLICY IN HEALTH der University of Central Lancashire (April 1997) und der JAKARTA DECLARATION on Leading Health Promotion into the 21st Century der WHO (July 1997).

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

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

Diese Ausgangslage finden wir in den meisten europäischen Ländern vor, so auch in Österreich, der Schweiz und Deutschland. Um den gesundheitlichen Problemen der Gefangenen und den Herausforderungen an die Gesundheitsfürsorge in Haft angemessen und nachhaltig begegnen zu können, bedarf es einer intensiven Diskussion und eines fachlichen Austausches aller dafür zuständigen Personen mit den Zielen, voneinander zu lernen und Prozesse der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit für Gefangene und Bedienstete zu organisieren. Vor allem eine intensive Kooperation der Bereiche Gesundheit und Justiz ist nötig, um die Übergänge und Schnittstellen gesundheitlicher Hilfen von der Gemeinde in die Gefängnisse und zurück effektiver und mit weniger Reibungsverlusten zulasten der Gefangenen zu gestalten (siehe umfassend zur Gesundheit in Haft: Keppler/Stöver 2008).

Europäische Konferenzen zur Gesundheitsförderung in Haft

Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e. V.) und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) haben seit 2004 gemeinsam drei Europäische Konferenzen zur Gesundheitsförderung in Haft organisiert. Die Ziele der Konferenzen bestanden darin,

- ◆ die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen und die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten höher auf der politischen und fachlichen Agenda zu platzieren



- ◆ Mitarbeiterinnen aus dem Justizvollzug und externen Gesundheitsdiensten zusammenzubringen und eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen beiden zu initiieren
- ◆ wissenschaftliche Forschungsergebnisse, praktische Erfahrungen und europäische Standards zu diskutieren und auf Umsetzung hin zu prüfen

Die Konferenzen in Bonn, Wien und Berlin haben jeweils eine große Zahl Interessierter angezogen. Eine Website dient als angemessenes Forum, um Aktuelles, Materialien, Meinungen aus den deutschsprachigen europäischen Ländern (v. a. Deutschland, Österreich und der Schweiz) auszutauschen (siehe www.GesundinHaft.eu).

Die Haftanstalten als ein Setting für Gesundheitsförderung

Die Haftanstalten (sowohl Gefängnisse als auch Arrest- und Polizeihaftanstalten) sind in verschiedener Hinsicht als Setting der Gesundheitsförderung zu betrachten; zum einen im Sinne einer gesunden Institution: Einerseits sollen Beschäftigte ein gesundes Arbeitsumfeld und gesunde Arbeitsbedingungen, andererseits sollen Gefangene gesunde Lebensbedingungen in der „totalen Institution“ Gefängnis vorfinden. Haftanstalten erfüllen eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe der Sicherung und Resozialisierung Gefangener – dies kann nur im Rahmen gesunder Arbeits- und Lebensbedingungen unter Berücksichtigung der physischen Bedingungen der Haftanstalten erfolgreich umgesetzt werden.

Das gesundheitswissenschaftlich fundierte und gesundheitspolitisch ausgearbeitete Konzept der „Gesundheitsförderung“ dient als Rahmen zur strukturellen Verbesserung der gesundheitlichen Lage aller im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen – und möglichst mit ihnen.

Setting-orientierte Gesundheitsförderung – das Konzept „Gesundheitsförderung“

Die Haftanstalten sind Lebens- und Arbeitswelt für rund 100.000 Gefangene und mehrere zehntausend Bedienstete in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Gesundheitsförderung ist im Sinne des Setting-Ansatzes dort zu verorten, wo Menschen leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Die Haftanstalten sind jedoch ein besonderes Setting, die von Erving Goffman als „Totale Institutionen“ charakterisiert worden sind, Orte, an denen Leben, Arbeiten, Lieben und Freizeit zusammenfallen – und nur die Bediensteten in der Lage sind, nach ihrer Arbeitszeit den Ort zu verlassen.

Totale Institutionen prägen die gesamten Bedingungen der Lebens- und Arbeitswelt auf besondere Art und Weise. Im Gegensatz dazu versteht sich Gesundheitsförderung gerade als ein gesundheitspolitisches Konzept, das Selbstbestimmungsprozesse von Menschen über ihre Lebensverhältnisse erweitern und Partizipationsmöglichkei-

ten aller gesellschaftlichen Mitglieder an sozialen, gesundheitszentrierten Diskursen und Praxen unterstützen will. Ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltagsorientierung, Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen (salutogenetische Perspektive) sind Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Projekte.

Die Prinzipien von „Partizipation“ und „Selbsthilfe“ sind in Haft unterentwickelt und für die Gefangenen gering ausgeprägt. Trotzdem müssen sich gesundheitsfördernde Maßnahmen immer wieder an diesen Vorgaben orientieren, weil nur sie in der Lage sind, die Gesundheit der Einzelnen anzusprechen und zu fördern.

Gesundheitsförderung versteht individuelles gesundheitsorientiertes Handeln als eine auf einen übergeordneten lebensweltlichen Kontext bezogene Praxis. Veränderungs- und Förderungsprozesse beziehen sich demnach immer auf das gesamte System der sozialen und gesundheitlichen Thematik (Setting-Bezug). Individuelle Gesundheitsförderung wirkt auf die Lebenswelt als das soziale System, strukturelle Gesundheitsförderung wirkt auf individuelle Verhaltensmöglichkeiten zurück. Dieses zirkuläre Entwicklungsverständnis belegt die umfassende gesundheitspolitische Motivation von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung umfasst neben der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale Einzelner die gleichzeitige Thematisierung gesellschaftlicher Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebensverhältnisse in Haft. Das bedeutet die Abkehr von der Fixierung auf individuelle Verhaltensweisen, hin zum Einbezug sozialer und politischer Ebenen bei der Gestaltung der Gesundheitsförderung (vgl. Bröskamp-Stone, Kickbusch & Walter 1998). Diese Sichtweise kann nicht mehr mit dem Präventionsbegriff operieren: Dieser ist sehr eng gefasst und beinhaltet Maßnahmen, wie eine besondere gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten verhindert, weniger wahrscheinlich oder verzögert werden kann (vgl. Schwartz et al. 1998, 151)

Mit dem Handlungskonzept „Gesundheitsförderung“ wird ein Paradigmenwechsel deutlich: weg von der Krankheits-, hin zur Gesundheitsorientierung (vgl. v. a. Antonovskys Theorie der Salutogenese 1979). Das Konzept „Gesundheitsförderung“ hat zur Durchsetzung eines umfassenden sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft beigetragen. Es hat die Aufmerksamkeit neben der individuellen Verhaltensveränderung auf die gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen gelenkt, die nur durch politisches Handeln gesetzt und verändert werden können. Gesundheitsförderung wird zunehmend als Zukunftsinvestition wahrgenommen.



Zentrale Fragen von gesundheitsfördernden Haftanstalten sind:

- ◆ Welches sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen in den Haftanstalten?
- ◆ Wie wird Gesundheit im Setting Haftanstalt hergestellt und aufrechterhalten?

Das Konzept „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ dient als Orientierung für die Analyse und Überwindung von gesundheitsabträglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Gefangenen und Bediensteten. Eine weitere Grundlage bildet das Äquivalenzprinzip, das die Vergleichbarkeit intra- und extramuraler medizinischer Versorgung gewährleisten soll. Richtschnur des ärztlichen Handelns und der psychosozialen Versorgung können nur die Standards und Leitlinien der gesundheitlichen Versorgung in der übrigen Gesellschaft sein.

Für die Gruppe der Gefangenen sind einerseits realistische Einschätzungen und Untersuchungen über die den Gefangenen im Vollzug drohenden gesundheitlichen Risiken und dementsprechende anstaltliche Maßnahmen und Mittel der Risikovor-sorge erforderlich. Auf der anderen Seite muss das gesamte Potential an Beratung, Diagnostik und Therapie entwickelt werden, um Gefangenen eine nachhaltige Gesundheitsverbesserung zu gewähren. Das Ziel der Gesundheitsförderung in Haftanstalten ist, die besondere und überproportional starke gesundheitliche Belastung der Gefangenen zu analysieren, Strukturen für Untersuchungen, diagnostische Verfahren, Beratungen zu schaffen und notwendige Behandlungen einzuleiten. Dies ist eine umfassende Tätigkeit, die in der Regel nur interdisziplinär in den Haftanstalten zu lösen ist: Mediziner, Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Psychologen müssen z. T. mit einbezogen werden. Am Beispiel der (ehemals) drogenkonsumierenden Gefangenen wird die Notwendigkeit einer interdisziplinärer Arbeitsweise, die zudem mit den Gesundheitsdiensten in der Gemeinde verkoppelt werden muss, besonders deutlich.

Gesundheitsförderung meint bei den Gefangenen zunächst die Befähigung, Gesundheitsbewusstsein zu schärfen und das Gesundheitswissen zu erhöhen. Dabei zählt neben den klassischen Bereichen der Gesundheitsförderung wie Bewegung und Ernährung vor allem Selbstmanagement der gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen zum Kern der Unterstützungsarbeit.

Bei den Beschäftigten heißt Gesundheitsförderung Arbeitszufriedenheit, ein gesundes Betriebsklima, Unterstützung im Umgang mit Gefangenen, gesundheitsfördernde Kommunikations- und Informationsstrukturen, eine ergonomische und sichere Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit oder das soziale Klima unter Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten.

Gesundheitsförderung schließt auch die physischen Bedingungen der Institution ein: Haftanstalten müssen eine sichere Umgebung für die dort lebenden und arbeitenden Menschen sein (was v. a. Gewalt angeht), doch sie müssen auch den basalen

Anforderungen von Licht, Wärme, Hygieneeinrichtungen, Ventilation und Mindestgröße des Hafttraums genügen.

Die Vielfalt dieser Aspekte macht deutlich, dass Gesundheit in den Haftanstalten eine Querschnittsaufgabe sein muss, die sowohl die Unterstützung der Leitung benötigt als auch eine ständige Thematisierung auf allen Ebenen der verschiedensten Professionen und Bedienstetengruppen. Gesundheit sollte in den Haftanstalten ganz oben auf der Agenda angesiedelt sein. Das System der Öffentlichen Gesundheit sollte Gesundheitsversorgung in Haft mit einbeziehen bzw. mit der ‚Gefängnisgesundheit‘ kooperieren.

Ziele „Gesundheitsfördernder Haftanstalten“:

- ◆ die Förderung gesunder und nachhaltiger Politik und Planung in den gesamten Haftanstalten
- ◆ die Stärkung der Unabhängigkeit der Gesundheitsdienste in Haft
- ◆ die Einhaltung ethischer Prinzipien in der Gesundheitsversorgung in den Haftanstalten
- ◆ die Bereitstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten
- ◆ das Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- ◆ die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, orientiert am Äquivalenzprinzip
- ◆ die Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung
- ◆ die Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt in der Institution „Haftanstalt“
- ◆ die Ermutigung zu weiterem wissenschaftlichen Interesse und zu Entwicklungen in der Gesundheitsförderung
- ◆ die Entwicklung von tragenden Arbeitsbeziehungen und sonstigen Verbindungen zur Gemeinde

Zielgruppen Gesundheitsfördernder Haftanstalten:

- ◆ Gefangene oder bestimmte Zielgruppe der Gefangenen
- ◆ Bedienstete oder bestimmte Zielgruppe der Beschäftigten
- ◆ die lokale Gemeinde oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Gemeinde (z. B. AIDS- und Drogenhilfen, Gesundheitsämter etc.)



Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“

Auf der „3. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ (8.–9. November 2007 in Berlin) wurden in einer Arbeitsgruppe mit über zwanzig Expertinnen und Experten aus der Praxis der Gesundheitsversorgung in deutschen, österreichischen und schweizerischen Gefängnissen und Gesundheitsdiensten in den Gemeinden die Grundzüge einer Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ diskutiert.

Diese Charta basiert auf den Prinzipien der Selbstverpflichtung und stellt zunächst eine Absichtserklärung dar, die von den Haftanstalten in ihren strategischen und operativen Planungen eingeführt und umgesetzt werden muss. Zur Sicherung der Qualität und Nachhaltigkeit der Bausteine „Gesundheitsfördernder Haftanstalten“ sollte eine jährliche Überprüfung des Erreichten stattfinden, Probleme bei der Umsetzung sollten als Grundlage zukünftiger Planungen betrachtet werden.

Das Verständnis von Gesundheit in Haftanstalten

Im Verständnis von Gesundheit folgen wir der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Autoren, die Gesundheit als positiven Begriff und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit auffassen. Gesundheit meint physisches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden der ganzen Person oder einer Gemeinschaft. Gesundheit wird beeinflusst durch ein komplexes Zusammenspiel von persönlichen, umweltbezogenen und sozio-ökonomischen Faktoren.

Die Haftanstalt erkennt ihre Verantwortung für die Verankerung eines solchen umfassenden Verständnisses von Gesundheit und die Verpflichtung zur Entwicklung und Förderung von Gesundheit innerhalb ihres Settings, d.h. ihrer Organisationskultur, ihrer Leitung, ihrer Strukturen und ihrer Vorgehensweisen an. Mit Hilfe dieses Gesundheitsverständnisses wird sie sich zu einer gesundheitsfördernden Organisation zum Schutz und zur Förderung des Wohlbefindens ihrer Bediensteten, Studierenden und des weiteren Umfeldes entwickeln. *Gesundheitsförderung ist eine Schlüsselinvestition.*

Politik der Haftanstalt

1. Die Haftanstalt wird eine Verpflichtung zur Gesundheitsförderung in ihre Jahresplanung bzw. in ihre Maßnahmenkataloge aufnehmen und bei der Gestaltung des Alltags der Institution, ihren Dienstleistungen und der Kooperationen mit anderen Partnern berücksichtigen.

Dazu dienen:

- ◆ Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien zu vereinbarten Gesundheitsthemen
- ◆ Einführung von Gesundheit als zentrales Kriterium bei der Entwicklung von Maßnahmen, in der Planung und bei Verträgen
- ◆ Monitoring von Entscheidungen und Verfahrensweisen der Haftanstalt hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit
- ◆ Ausweitung der Partizipation an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen der Haftanstalt
- ◆ Entwicklung und Ausbau der Führungsqualitäten, die für den Aufbau und die Sicherstellung einer Infrastruktur der Gesundheitsförderung notwendig sind

Arbeitsplatz Gefängnis

2. Die Haftanstalt wird sich dafür einsetzen, dass für die Bediensteten ein Arbeitsplatz bereitgestellt wird, der sie in ihrer Tätigkeit und in ihren Handlungskompetenzen unterstützt, wahrnimmt und der für ihre Gesundheit förderlich ist.

Dazu dienen:

- ◆ Identifizierung von gesundheitsbezogenen Aufgaben und Bedürfnissen und deren handlungsorientierte Würdigung
- ◆ Entwicklung einer Organisationskultur, die durch Integrität, Aufgeschlossenheit, Innovation, gegenseitigen Respekt, gute Kommunikation, partizipative Entscheidungsfindung und positives Feedback gekennzeichnet ist
- ◆ Bereitstellung angemessener gesundheitsbezogener Dienstleistungen, Einrichtungen und Informationen
- ◆ Unterstützung von Selbsthilfe

Lebenswelt Gefängnis

3. Die Haftanstalt wird sich dafür einsetzen, eine gesunde persönliche und soziale Entwicklung ihrer Gefangenen zu unterstützen.

Dazu dienen:

- ◆ Identifizierung von gesundheitsbezogenen Aufgaben und Bedürfnissen der Gefangenen und deren handlungsorientierte Würdigung
- ◆ Schaffung unterstützender Lebens- und Lernumfelder
- ◆ Bereitstellung leicht zugänglicher und angemessener Informationen, Dienstleistungen und Einrichtungen



- ◆ Bereitstellung von anerkannten präventiven und kurativen Mitteln, um Gesundheit herzustellen und nachhaltig zu sichern
- ◆ Unterstützung eines angemessenen Gesundheitsbewusstseins und Förderung von Gesundheitskompetenzen der Gefangenen
- ◆ Unterstützung von Selbsthilfe

Nachhaltige Haftanstalt

4. Die Haftanstalt setzt sich das Ziel, ökologische Kontexte zu schaffen, die den Kriterien einer nachhaltigen Entwicklung wie auch der Gesundheitsförderung entsprechen.

Dazu dienen:

- ◆ Entwicklung von Leitlinien, die sicherstellen, dass bei der architektonischen Planung und bei Bau- und Umbaumaßnahmen die Auswirkungen im Hinblick auf Gesundheit und nachhaltige Entwicklung beurteilt und berücksichtigt werden
- ◆ Entwicklung von integrierten strategischen Lösungen für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Haftanstalt als Teil der Kommune

5. Die Haftanstalt setzt sich das Ziel, nachhaltige Gesundheit innerhalb des weiteren regionalen Umfeldes zu fördern.

Dazu dienen:

- ◆ Aufbau, Ausbau und Festigung von Partnerschaften für Gesundheit mit anderen Einrichtungen auf strategischer und operativer Ebene

Prinzipien zur Umsetzung:

1. Diese Charta der Gesundheitsförderung wird entsprechend den Werten und Prinzipien der Haftanstalt bzw. des Justizvollzuges umgesetzt. Sie schließen Mitbestimmung, Partnerschaft, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit ein.
2. Die Umsetzung dieser Charta der Gesundheitsförderung unterliegt vor allem der Verantwortlichkeit der Leitungsebene. Alle Mitglieder der Haftanstalt tragen jedoch ihre persönliche Verantwortung für die Unterstützung der Leitungsebene in diesem Bestreben.

3. Bei der Umsetzung werden langfristig angelegte Prozesse der Organisationsentwicklung und der Systemintervention im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik vorrangig sein.
4. Die Charta der Gesundheitsförderung wird umgesetzt durch eine große Bandbreite von gesundheitsförderlichen Aktivitäten, die Forschung, weitere Analysen und kritische Überprüfungen des Programms, die Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, Maßnahmen zur Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins, der Anwaltschaftlichkeit, der Mediation, der Bereitstellung von Informationen und der Möglichkeit der Vernetzung einschließt.
5. Zu spezifischen Themenbereichen und besonderen Bestandteilen der Charta der Gesundheitsförderung wird zur Erleichterung der Umsetzung von Worten in Taten ein Leitfaden zur Implementierung herausgegeben.
6. Maßnahmen der Gesundheitsberichterstattung werden eingerichtet, um sicherzustellen, dass die Umsetzung der Charta der Gesundheitsförderung effektiv und sinnvoll verläuft.

Literatur

Antonovsky, A.: Health, stress and coping. London: Jossey-Bass 1979

Belschner, W./Gräser, S. (Hrsg.): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Oldenburg: BIS 2001

Belschner, W./Gräser, S.: Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung. In: Belschner, W./Gräser, S. (Hrsg.): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Oldenburg: BIS 2001

Bröskamp-Stone, U./Kickbusch, I./Walter, U.: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München u. a.: Urban & Schwarzenberg 1998, 141ff.

Gräser, S.: Die Netzwerkorientierung in der Gesundheitsförderung – Ein Ansatz für professionelles Handeln. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 3, 2000, 303–320

Kepler, K./Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung in Haft. Stuttgart: Thieme Verlag 2008 (im Druck)

Schulte, B. et al.: Suchttherapie und HCV/HIV-Infektionen in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten – Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten, 2008 (im Druck)

Schwartz, F. W. et al.: Prävention. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München u. a.: Urban & Schwarzenberg 1998, 151ff.

Sonntag, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa 2000

Stöver, H.: Healthy Prisons. Oldenburg. BIS-Verlag 2000

Stöver, H.: Healthy Prisons – Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft. In: Tag, B./Hillenkamp, T. (Hrsg.): Internationales Symposium Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs, 2008 (im Druck)



Gesundheitsfördernde Haftanstalten: Europäische Richtlinien und Genfer Praxis

Prof. Dr. Bernice S. Elger und Prof. Dr. Heino Stöver

Einleitung

Die unzureichende Gesundheitsfürsorge von Strafgefangenen in vielen europäischen Ländern ist wiederholt von Ärzten und Wissenschaftlern beschrieben worden (Vasseur 2001; Crichton 1999). Sie kritisieren, dass nicht nur die Menschenrechte von Gefangenen bezüglich des Rechts auf angemessene Gesundheitsversorgung verletzt werden, sondern auch wichtige Ziele der allgemeinen öffentlichen Gesundheit („Public Health“) in den betroffenen Ländern beeinträchtigt werden (Adams and Leath 2002; Stöver 2008). Studien zeigen deutlich, dass ungenügende Gesundheitsversorgung in Gefängnissen Auswirkungen auf die Gesundheit der umliegenden Regionen hat. So wurden Medikamenten-resistente Tuberkulosefälle, die in Haftanstalten nicht diagnostiziert wurden, nach Entlassung der Gefangenen in ihren Familien und Kommunen weiterverbreitet (Mukerjee and Butler 2001). Dasselbe gilt auch für andere Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis. Es wurde sogar nachgewiesen, dass Gefangene in der Haftanstalt von HIV infiziert wurden (Taylor et al. 1995; Betteridge 2006). Das Risiko, dass Häftlinge diese Krankheiten weiterverbreiten, ist hoch, besonders wenn die Ansteckung stattfand, ohne dass es dem Insassen bewusst wurde, weil regelmäßige Gesundheitskontrollen in Risikogruppen nicht durchgeführt wurden.

Europäische Richtlinien

Die Berichte von Menschenrechtsorganisationen und Gefängnisärzten haben den Europarat schon vor vielen Jahren bewogen, Richtlinien für die Gesundheitsversorgung in Gefängnissen zu erstellen. Diese Richtlinien sind rechtlich nicht als solche bindend, da es sich nicht um Konventionen handelt, die von den Mitgliedsstaaten des Europarates ratifiziert werden, sondern um sogenanntes „weiches Recht“ („soft law“). „Weiches Recht“ ist zwar nicht direkt bindend für einzelne Staaten, es wird aber indirekt rechtlich dadurch durchgesetzt, dass sich der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in seinen Urteilen auf die Richtlinien des Europarates bezieht.

Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zur Gesundheitsversorgung von Häftlingen

Gefangene haben die Möglichkeit, in ihrem Land gegen unzureichende Gesundheitsversorgung im Gefängnis zu klagen. Wird die Klage auch vom obersten Gerichtshof des betroffenen Landes abgelehnt, kann der Gefangene innerhalb von 6 Monaten nach der Entscheidung des obersten Gerichtshofes die Klage beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte einreichen. Zwei Beispiele für solche Klagen aus der Schweiz veranschaulichen diesen Rechtsweg. Das erste Beispiel ist ein früher Fall aus Genf. Im Fall *Bonnechaux versus Schweiz* von 1978 (Harding 1996) ist der Kläger ein 72-jähriger Mann, der 1977 inhaftiert wurde. Er verbrachte mehr als zwei Jahre in Untersuchungshaft im Genfer Gefängnis Champ Dollon und beantragte mehrmals seine provisorische Freilassung wegen altersbedingter Haftunfähigkeit. Diese wurde jedes Mal verweigert, auch vom obersten Gerichtshof (Bundesgerichtshof) der Schweiz.. Daraufhin reichte der Häftling seine Klage bei der damaligen Vorläuferinstanz des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, der Europäischen Menschenrechtskommission ein (siehe auch Anmerkung 1 zum Fall *Hurtado*). In seiner Klage hebt Herr Bonnechaux hervor, dass seine Inhaftierung aufgrund seines Alters und seines Gesundheitszustandes einer „moralischen Folter“ gleichkommt (er leidet unter Diabetes). Die Kommission erklärt die Klage für zulässig in Bezug auf eine Verletzung von Artikel 3. Dieser Artikel der Europäischen Menschenrechtskonvention verbietet Folter und unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung. Unzureichende medizinische Behandlung stellt gemäß verschiedener Urteile des Europäischen Menschenrechtshofes eine Verletzung von Artikel 3 dar, wie das zweite Beispiel von Herrn Hurtado noch genauer zeigen wird. Im Fall von Herrn Bonnechaux hat die schweizerische Regierung durch Arztgutachten aus dem Genfer Gefängnis Champ Dollon belegt, dass Herr Bonnechaux während seiner Haft eine im Sinne des Äquivalenzprinzips adäquate Gesundheitsversorgung erhalten hat. Daraufhin entschied die Kommission, dass der Klage von Herrn Bonnechaux nicht stattgegeben wird (Klage No 8224/78, Entscheidung vom 5. Dezember 1978).

Das zweite Beispiel ist der Fall *Hurtado versus Schweiz* von 1994 (European Court of Human Rights 1994). Im Kanton Neuenburg in der Schweiz wurde Herr Hurtado am 5. Oktober 1989 gegen 14 Uhr in der Stadt Yverdon-les-Bains von sechs Polizisten der Interventionsbrigade des Waadtlandes verhaftet. Die Polizisten hatten eine Handgranate geworfen, bevor sie in die Wohnung des zu Verhaftenden eindringen, Herrn Hurtado zu Boden warfen und mit Handschellen und einem Kopfüberwurf („Cagoule“) neutralisierten. Herr Hurtado defäkierte in seine Hose. Er gab außerdem an, dass ihm die Polizisten solange Tritte versetzten, bis er das Bewusstsein verlor. Er wurde zunächst auf die Polizeiwache in Yverdon gebracht und dann zur Sicherheitspolizei nach Lausanne überführt, wo man ihn ausführlich befragte. Erst am Abend



des 6. Oktobers, als er im zuständigen Gefängnis ankam, wurde ihm erlaubt, seine seit der Intervention am Vortage verschmutzte Kleidung zu wechseln. Spätestens am 7. Oktober beantragte Herr Hurtado, von einem Arzt untersucht zu werden. Am 13. Oktober fand die Untersuchung statt und zeigte zahlreiche Hämatome und Hautabschürfungen auf Rumpf, Gesicht und allen vier Gliedmassen. Röntgenaufnahmen vom 16. Oktober beweisen einen frischen Rippenbruch. Die Klage Herrn Hurtados gegen unmenschliche Behandlung und unzureichende medizinische Versorgung wird abgelehnt und die Ablehnung wird am 4. September 1990 vom zuständigen Waadtländer Gerichtshof und am 16. Oktober 1990 vom zuständigen Gremium des Schweizer Bundesgerichtshofes bestätigt. Am 24. Mai 1991 wird Herr Hurtado vom zuständigen Gerichtshof in Yverdon wegen eines schweren Verstoßes gegen das Betäubungsmittel- und Drogengesetz zu fünf Jahren Haft verurteilt. Das Urteil beinhaltet ebenfalls, dass der Häftling einen Teil der Prozesskosten trägt und für 15 Jahre Schweizer Territorium nicht betreten darf (Ausschaffung). Am 30. Oktober 1990 reicht Herr Hurtado Klage bei der Europäischen Menschenrechtskommission ein.¹³ Als Grund für die Klage gibt er eine Verletzung von Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention an, weil ihm eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung widerfahren sei. In ihrem Bericht vom 8. Juli 1993 bestätigt die Kommission zwei Verletzungen von Artikel 3. Diese beziehen sich nicht auf die Umstände der gewaltsamen Verhaftung (12 Stimmen gegen vier), sondern werden durch die Tatsache konstituiert, dass der Kläger seine verschmutzte Kleidung nicht wechseln durfte (15 Stimmen gegen eine) und dass er nicht rechtzeitig medizinische Versorgung erhalten hat (Einstimmigkeit). Am 21. Dezember 1993 erhielt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte die Information vom Schweizerischen Bundesamt für Justiz, dass die Schweiz eine außergerichtliche Verständigung vereinbart hat, der Herr Hurtado im Dezember 1993 zugestimmt hat. Diese beinhaltete, dass der Schweizer Bund Herrn Hurtado 14 000 Schweizer Franken als Kompensation überweist aufgrund der Fakten, die zur Klage Nr. 17549/90 bei der Europäischen Kommission für Menschenrechte Anlass gaben. Die Schweiz erklärt, dass sie mit der Geldzahlung nicht bestätigt, dass eine Verletzung von Artikel 3 stattgefunden hat. Die schriftliche Antwort des Delegierten der Kommission lautet:

„Die Kommission hat die Schlussfolgerung gezogen, dass eine Verletzung von Artikel 3 der Konvention vorliegt, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass der Klä-

13 Die Klage wurde an den Europäischen Gerichtshof weitergeleitet: „L'affaire a été déférée à la Cour par la Commission européenne des Droits de l'Homme („la Commission“) le 9 septembre 1993, dans le délai de trois mois qu'ouvrent les articles 32 par. 1 et 47 (art. 32-1, art. 47) de la Convention. A son origine se trouve une requête (n° 17549/90) dirigée contre la Confédération suisse et dont un ressortissant colombien, M. Antonio Hurtado, avait saisi la Commission le 30 octobre 1990“ (European Court of Human Rights 1994). Der Text des Falles ist zugänglich, wenn man auf der HUDOC-Website (siehe unten im Literaturverzeichnis) als Volltextsuche das Wort „Hurtado“ eingibt. Der interessierte Leser kann in HUDOC durch Volltextsuche ebenfalls andere Fälle zur Gesundheitsversorgung von Häftlingen finden.

ger erst acht Tage nach seiner Festnahme von einem Arzt untersucht werden konnte. Gleichwohl hält es der Delegierte für wichtig, daran zu erinnern, dass das Europäische Komitee zur Prävention von Folter das Problem medizinischer Untersuchungen von Häftlingen in der Schweiz untersucht. Daher überlässt es der Delegierte der Kommission der Weisheit des Gerichts zu entscheiden, ob die außergerichtliche Verständigung des Falles in Konformität mit dem Respekt der Menschenrechte ist, wie ihn die Konvention garantiert.“¹⁴ Der Menschenrechtsgerichtshof sah keinen schwerwiegenden Grund, sich der außergerichtlichen Einigung entgegenzustellen und beschloss, dass der Fall daher aus dem Register der vom Gericht durch ein Urteil festgehaltenen Menschenrechtsverletzungen gestrichen werden soll. Durch die außergerichtliche Einigung konnte der Schweizer Bund verhindern, dass der Fall zu einer rechtskräftigen Verurteilung der Schweiz führte.

Der Hinweis der Prozessakten auf das Europäische Komitee zur Prävention von Folter ist ein Beispiel dafür, wie die Normen des Europarates rechtliche Geltung erlangen. Die wichtigsten Dokumente für die Gesundheitsversorgung von Häftlingen sollen daher hier kurz zusammengefasst werden. Details können in den über Internet zugänglichen Dokumenten nachgelesen werden. Es handelt sich um die Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarats vom 8. April 1998, „Ethische und organisatorische Aspekte der gesundheitlichen Vorsorge in Vollzugsanstalten“ (COE 1998) und um die Normen des Europäischen Komitees zur Prävention von Folter (Committee for the prevention of torture: CPT) (CPT 2008).

Die Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarats vom 8. April 1998, „Ethische und organisatorische Aspekte der gesundheitlichen Vorsorge in Vollzugsanstalten“

Der Europarat (COE 1998) stipuliert die folgenden Hauptmerkmale des Rechts auf Gesundheit im Gefängnis:

- A. Zugang („access“) zu einem Arzt („zu jeder Zeit ... Tag und Nacht“)
- B. Äquivalenz der Gesundheitsversorgung (medizinische Versorgung „äquivalent“ zur Versorgung der Patienten/Bevölkerung im selben Land)
- C. Einwilligung der Patienten (informed consent) und Vertraulichkeit („respektiert mit derselben Strenge wie für Patienten der allgemeinen Bevölkerung ...“)
- D. Professionelle Unabhängigkeit (Gesundheitspersonal „sollte in vollständiger Unabhängigkeit handeln“).

14 „(...) la Commission a conclu à la violation de l'article 3 de la Convention, en particulier du fait que le requérant n'a pu être examiné par un médecin que huit jours après son arrestation. Toutefois, le délégué tient à rappeler que le Comité européen pour la prévention de la torture lui-même penché sur le problème de l'examen médical des personnes détenues en Suisse. En conséquence, le délégué de la Commission s'en remet à la sagesse de la Cour pour déterminer si ce règlement amiable de l'affaire est conforme au respect des Droits de l'Homme tels que garantis par la Convention (...)“ (European Court of Human Rights 1994).



Die Normen des Europäischen Komitees zur Prävention von Folter (CPT)

In seinem dritten allgemeinen Bericht beschreibt das CPT ähnliche Voraussetzungen für eine adäquate Gesundheitsversorgung von Häftlingen wie die vorher genannten Empfehlungen des Europarates. Das CPT nennt folgende Punkte (CPT 2008):

- a. Zugang zum Arzt
- b. Äquivalenz der Gesundheitsversorgung
- c. Einwilligung der Patienten und Vertraulichkeit
- d. Präventive Gesundheitsmaßnahmen
- e. Humanitäre Maßnahmen
- f. Professionelle Unabhängigkeit
- g. Professionelle Kompetenz

Genfer Praxis

Die Umsetzung der Empfehlungen des Europarates und der Normen des CPT sollen am Beispiel Genf näher erklärt werden (Elger 2008). Mehrere Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin in Genf waren bei der Ausarbeitung der Texte sowohl der Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarats vom 8. April 1998, „Ethische und organisatorische Aspekte der gesundheitlichen Vorsorge in Vollzugsanstalten“ (COE 1998) als auch der Normen des CPT (CPT 2008) maßgeblich beteiligt. Die Erfahrungen in Genf konnten daher direkt in diese Dokumente einfließen. Im Folgenden soll eine Auswahl der wichtigsten Punkte der Europäischen Richtlinien diskutiert werden.¹⁵

Professionelle Unabhängigkeit und Vertraulichkeit (Arztgeheimnis)

Wahrscheinlich bei Weitem am Wichtigsten für die Durchsetzung einer adäquaten Gesundheitsversorgung von Häftlingen ist die Trennung der Hierarchien von medizinischem Personal und Aufsichtspersonal. In Genf ist dies seit über 30 Jahren gegeben: Das medizinische Personal ist über die Universitätsstrukturen Teil der Kantonalen Abteilung für Gesundheit, wogegen die Gefängnisadministration – einschließlich Aufsichtspersonal und Polizisten – der Kantonalen Abteilung für Justiz und Polizei unterstellt sind. So war es in Genf von Anfang an möglich, durchzusetzen, dass – in Einklang mit den später entstandenen Empfehlungen des Europarates – medizinische Entscheidungen nur nach klinischen Kriterien gefällt werden und strikt vom Arztgeheimnis geschützt sind. Wenn ein Häftling an einer Krankheit leidet, die nicht in der medizinischen Abteilung innerhalb des Gefängnisses behandelt werden kann und

¹⁵ Die meisten dieser Richtlinien werden in Genf rechtlich durch einen Erlass der Kantonsregierung abgesichert, der an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde (Elger 2008).

einen Transport ins Universitätskrankenhaus nötig macht, kann diese Entscheidung nicht von Aufsichtsbeamten beeinflusst werden. Natürlich kommt es regelmäßig vor, dass Vollzugsbeamte Kommentare abgeben, vor allem wenn ein Gefangener recht „gesund“ aussieht: „Das ist doch übertrieben, der ist doch nicht wirklich krank, muss denn das sein, was hat er denn ...“ Die Beamten haben jedoch kein Recht, die medizinische Entscheidung zu beeinflussen, noch darf ihnen die Diagnose mitgeteilt werden. Sie müssen unverzüglich den Transport ins Krankenhaus organisieren. Jegliche unbefugte Einflussnahme würde zu einer Untersuchung führen und kann disziplinarische Maßnahmen für die Vollzugsbeamten nach sich ziehen. Eine Verletzung des Arztgeheimnisses kann ebenfalls schwerwiegende Folgen für das medizinische Personal haben. So wurde in der Vergangenheit eine Arzthelferin auf der Stelle entlassen, weil sie einem Vollzugsbeamten eine Kopie der Krankenakte eines Gefangenen gegeben hatte, um – wie sie sich rechtfertigte – ihm die Notwendigkeit einer Behandlung zu erklären.

Es ist so möglich, das Äquivalenzprinzip in Genf einzuhalten und Gefangenen Zugang zu denselben Behandlungen zu gewähren, die nicht inhaftierten Patienten am Universitätsspital zur Verfügung stehen. Problematisch ist allerdings die freie Arztwahl, wie im folgenden Teil diskutiert werden soll.

Äquivalenzprinzip und freie Arztwahl

In der Schweiz wird die Gesundheitsversorgung rechtlich über die Kantone geregelt. Es gibt nur wenige Bundesgesetze zu medizinischen Belangen, z.B. zur Vermeidung von Epidemien, zur Transplantation und zur Gentechnik. Das Genfer Kantonsrecht zur Gesundheitsversorgung wurde 2006 gründlich revidiert und im „Gesetz zur Gesundheit“ („loi sur la santé“) zusammengefasst (Canton de Genève 2006). Artikel 44 dieses Kantonsgesetzes gewährt Patientinnen¹⁶ im Rahmen des Möglichen das Recht zur freien Wahl der medizinischen Institution, in der sie behandelt werden. Zwei Ausnahmen werden im Gesetz genannt: Behandlung in Notfallsituationen und die Behandlung von Gefangenen. Absatz 3 von Artikel 44 hält fest, dass Häftlinge, die eine stationäre medizinische Behandlung benötigen, in den darin spezialisierten Abteilungen des universitären Kantonalspitals behandelt werden. Es handelt sich hierbei um eine stationäre Abteilung für somatische Krankheiten und eine zweite Station für psychiatrische Einweisungen, die über besondere Sicherheitsvorkehrungen verfügen (Aufsichtsbeamte kontrollieren den Zugang). Sollten jedoch Behandlungen anstehen, die in diesen Abteilungen nicht durchgeführt werden können, wie zum Beispiel Intensivmedizin oder bestimmte Chemotherapien, werden die Häftlinge auf

16 Der Einfachheit halber werden hier die maskuline und die feminine Form abwechselnd verwendet. Das nicht genannte Geschlecht soll dabei als automatisch eingeschlossen betrachtet werden.



die Spezialabteilungen des Universitätsspitals verlegt und zwei Polizisten bewachen die Eingänge.

Hinzu kommt, dass die freie Arztwahl in der ambulanten Behandlung ebenfalls schwierig in die Praxis umzusetzen ist, dadurch dass nur eine begrenzte Zahl von Gefängnisärzten zur Verfügung steht. In Genf hat ein Gefangener jedoch grundsätzlich die Möglichkeit, mit seinem früheren Hausarzt Kontakt aufzunehmen. Dieser kann den Patienten außerhalb der medizinischen Abteilung besuchen, wie es auch Rechtsanwälten und Familienmitgliedern im Allgemeinen ermöglicht wird. Der Hausarzt hat daraufhin die Möglichkeit, mit dem Gefängnisarzt zu diskutieren und sollte vom letzteren ernst genommen werden. In schwierigen Fällen werden auch Gefangene zu einer Untersuchung außerhalb des Universitätsspitals überwiesen, um eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, z. B. vor einem schwerwiegenden umstrittenen chirurgischen Eingriff.

Professionelle Kompetenz

Ein weiterer wichtiger Punkt, um das Äquivalenzprinzip zu garantieren, ist die Kompetenz des medizinischen Personals. Wenn das allgemeine Gesundheitssystem und die medizinische Versorgung der Gefängnisse getrennt sind, wie es lange Zeit in Großbritannien der Fall war oder wie es in Deutschland faktisch der Fall ist, dadurch dass Gefängnisärzte und das Pflegepersonal vom Justizministerium angestellt werden, dann ist nicht nur die äquivalente Weiterbildung des medizinischen Personals in Gefahr, sondern es ist auch oft nicht zu vermeiden, dass qualifizierte Ärztinnen eher außerhalb des Gefängnisses arbeiten. Dies wird dadurch begünstigt, dass eine Arbeit mit Gefangenen oft als Stigma aufgefasst wird oder als gefährlich gilt. Natürlich spielt auch eine große Rolle, ob die Bezahlung des medizinischen Personals im Gefängnis der von Ärzten außerhalb von Haftanstalten entspricht. In den USA findet man in letzter Zeit in einigen Staaten vermehrt sehr qualifizierte ältere Gefängnisärzte. Daraufhin befragt, warum sie im Gefängnis arbeiten, gaben sie als Vorteil eine gute staatliche Rente an (Interviews 2004–2005 von B. Elger in Las Vegas und New Orleans). In Genf ist die Gefängnismedizin Teil des Universitätsspitals und daher erhält das medizinische Personal die gleiche Bezahlung wie Kollegen, die in anderen Spitalabteilungen arbeiten. Um die Äquivalenz der Fortbildung zu garantieren, rotieren Ärzte und Pflegepersonal durch verschiedene Abteilungen und bleiben im Allgemeinen ca. ein Jahr (Ärztinnen) oder mehrere Jahre (Pflegepersonal) in der Gefängnismedizin. Medizinisches Personal im Gefängnis muss dieselben Weiterbildungsauflagen erfüllen wie anderes Personal. Dies heißt zum Beispiel für Ärzte 50 belegte Weiterbildungsstunden pro Jahr, um den Schweizer Facharzttitel für Innere Medizin nicht zu verlieren.

Informierte Einwilligung

In Genf wird der Wille eines urteilungsfähigen Häftlings respektiert und damit kein Unterschied in der ärztlichen Ethik bezüglich inhaftierten und nicht inhaftierten Patienten gemacht. Dies heißt jedoch auch, dass das medizinische Personal die Gefahren ernst nimmt, die im Gefängnis im Hinblick auf die Entscheidungsfreiheit von Häftlingen bestehen. Dies kann am Beispiel des Hungerstreiks im Vergleich zur Verweigerung von Bluttransfusionen von Zeugen Jehovas deutlich gemacht werden. Ein außerhalb des Gefängnisses praktizierender Arzt sollte im Fall eines Zeugen Jehovas mit diesem allein sprechen, um herauszufinden, inwieweit der Patient seine Entscheidung frei fällt oder ob er von seiner Religionsgemeinschaft unter Druck gesetzt wird, möglicherweise lebenswichtige Bluttransfusionen zu verweigern. In ähnlicher Weise sollte ein Gefängnisarzt mit einem Hungerstreikpatienten evaluieren, ob ein Gruppendruck besteht, die Nahrungsverweigerung bis zum Tod fortzusetzen. Gruppendruck kann auch einfach nur bedeuten, dass ein Häftling Angst hat, das Gesicht zu verlieren, wenn er seinen Hungerstreik aufgibt. Das Wichtigste ist, dass das medizinische Personal sich der Möglichkeit dieser Beeinflussung bewusst ist. In solchen Fällen kann es indiziert sein, den Gefangenen in die Krankenhausabteilung zu verlegen, auch wenn keine eindeutige somatische Indikation besteht, um ihm die Möglichkeit zu geben, seine Entscheidung unabhängig von Fremddruck zu treffen und damit dem medizinischen Prinzip des Respekts der Patientenautonomie gerecht zu werden.

Präventive Maßnahmen

Es soll hier auch gezeigt werden, dass es möglich ist, in Gefängnissen äquivalente präventive „Harm reduction“-Maßnahmen durchzusetzen (Anonymous 2005; Betteridge 2005). In Europäischen Gefängnissen nimmt die Opiatsubstitution von Drogenabhängigen langsam zu (Lines 2001). Es ist jedoch bisher die Ausnahme, dass Spritzentausch und kostenlose Kondomverteilung praktiziert werden (Lines 2006). Gefängnisärzte in der Schweiz haben schon in den 80er Jahren den Spritzentausch eingeführt. Ein Versuch im Frauengefängnis Hindelbank im Kanton Bern hat damals gezeigt, dass Spritzentauschautomaten keine Gefährdung für die Sicherheit im Gefängnis darstellen und die Verbreitung von Krankheiten durch Tausch unsteriler Spritzen mindern können. In Genf wurde seitdem – zunächst unter Protest des Aufsichtspersonals – der Spritzentausch eingeführt. Ein großes Problem war in den 90er Jahren (Erfahrungen von B. Elger, die damals leitende Oberärztin der ambulanten medizinischen Abteilung am Genfer Gefängnis Champ Dollon war) nicht nur der Protest von Vollzugsbeamten, sondern vor allem auch die Weigerung von etlichen Krankenschwestern und Pflegern, bei Präventionsprogrammen mitzumachen, vor allem wenn sie die Ausgabe neuer Spritzen bedeutete. Die Meinung war, dass man Spritzen tauschen, aber nicht bei Gefängniseintritt



neue Spritzen verteilen sollte. Als Argument wurde genannt, dass verfügbare Spritzen das Risiko erhöhen, dass unsterile Spritzen getauscht werden, weil Häftlinge meist doch nicht rechtzeitig die Möglichkeit haben, ihre gebrauchten Nadeln und Spritzen gegen sterile auszutauschen. Mitglieder des Pflegepersonals hatten den Eindruck, dass Gefangene fürchten, dass das Aufsichtspersonal sie nach Drogen absucht, wenn sie Spritzen tauschen, oder dass der Spritzentausch zwar tagsüber in der medizinischen Abteilung stattfindet, neue Spritzen aber oft nachts gebraucht würden. Diese Debatten wurden schließlich mit Hilfe der Hierarchie des Pflegepersonals so gelöst, dass Krankenschwestern und Pflegern, die aus Gewissensgründen nicht einverstanden sind, sterile Spritzen auszugeben, die Möglichkeit gegeben wird, in andere Abteilungen zu wechseln. So wie man in der Gynäkologie von diensthabenden Gynäkologen verlangen können muss, dass sie im Notfall Abtreibungen durchführen, wurde es auch als institutionell vorgeschriebener Teil der Arbeit im Gefängnis angesehen, dass medizinisches Personal zu jeder Zeit bereit sein muss, die „Harm reduction“-Maßnahmen durchzuführen.

Vonseiten des Aufsichtspersonals wurden Sicherheitsbedenken gegen die Spritzenausgabe angeführt. Beim Durchsuchen von Gefangenen könnten sich Vollzugsbeamte durch unsterile Spritzen verletzen und sich mit HIV oder Hepatitis infizieren. Außerdem seien wiederholt unsterile Spritzen unter den Fenstern der Häftlinge gefunden worden und würden damit den unverantwortlichen Umgang von Gefangenen mit Spritzen belegen, da diese einfach aus dem Fenster geworfen würden. Derartige Bedenken müssen ernst genommen werden. Allerdings wurde in Kanada gezeigt, dass es praktikable Lösungen gibt (Thomas 2005). Eine Möglichkeit ist, Spritzen in individuellen durchsichtigen Plastikbehältern aufzubewahren. Eine Spritze in einem solchen Behälter gilt als „autorisiert“, wogegen Spritzen außerhalb dieser Behälter konfisziert werden. Auf diese Weise sind Gefangene angehalten, Spritzen immer in die Behälter zu legen und das Verletzungsrisiko ist minimal. Es soll hier angemerkt werden, dass uns in Genf kein einziger Fall bekannt ist, in dem sich ein Vollzugsbeamter mit einer übertragbaren Krankheit durch eine unsterile Spritze infizierte, obwohl der Spritzentausch nun schon seit mehr als 20 Jahren praktiziert wird.

Zugang zum Arzt

Der Zugang zum Arzt in einer Haftanstalt ist ein grundsätzlich schwieriges Problem. Eine vollständige Äquivalenz ist im Grunde nicht zu erzielen, da es Häftlingen nicht möglich ist, von sich aus zu einem Arzt oder einer Notfallstation zu gehen. In Genf können Gefangene zunächst nur das Wachpersonal rufen. Es ist schwierig für die Vollzugsbeamten zu entscheiden, welche Anfragen gerechtfertigt sind und welche nicht, da sie keine Ausbildung in medizinischen Fragen haben. So wird im Allgemeinen bei einem älteren Gefangenen, der sich über Herzbeschwerden beklagt, unverzüglich die Krankenschwester gerufen. Ist der Gefangene jung, kann leicht ein Herzinfarkt „ver-

schleppt“ werden, so dass der Häftling erst Stunden zu spät in der Notaufnahme ankommt und damit seine Chancen, eine Behandlung zu erhalten, die nur hochwirksam ist, wenn sie rechtzeitig durchgeführt wird, deutlich verringert sind. Besonders gefährdet sind Häftlinge, die wegen einer psychiatrischen „Borderline“-Persönlichkeitsstörung oder einer Angst-Störung regelmässig nach einem Arzt rufen, ohne dass ein somatischer Grund gefunden wird. Wenn diese Häftlinge dann doch ein gravierendes somatisches Problem entwickeln, werden sie oft nicht rechtzeitig ernst genommen. Diese Gefahr besteht nicht nur aufseiten des Aufsichtspersonals, sondern auch bezüglich des medizinischen Personals. Wir haben in Genf noch keine unfehlbare Lösung für den äquivalenten Zugang zum medizinischen Personal gefunden. Es wird in medizinischen Fortbildungen immer wieder auf die oben beschriebenen Gefahren der Unterdiagnostizierung hingewiesen. Um dem Äquivalenzprinzip vollständig gerecht zu werden, könnte man sich einen telefonischen Notfallzugang vorstellen. So wie auch ein Patient in Freiheit auf der Notfallstation anrufen kann, ohne vorher einen Vollzugsbeamten fragen zu müssen, wäre es wünschenswert, dass Gefangene ihr Problem direkt einer geschulten Arzthelferin mitteilen können, die besser als Aufsichtspersonal beurteilen kann, ob für den Patienten eine dringende medizinische Evaluation indiziert ist. Ein solcher Zugang ist jedoch aus logistischen Gründen zur Zeit in Genf nicht möglich. Hinzu kommt, dass es im Genfer Gefängnis wegen Überfüllung z. Zt. praktisch keine Einzelzellen gibt und ein Gefangener daher keine Vertraulichkeit in seiner Zelle vorfindet. Er müsste erst in eine abgetrennte „Telefonzelle“ gebracht werden oder direkt zum medizinischen Pflegepersonal, das 24 Stunden am Tag im Gefängnis Dienst hat, jedoch oft auch nachts mit anderen Aufgaben überlastet ist, wie der Untersuchung von neu eingetroffenen Häftlingen.

Schlussfolgerungen

Medizinische Versorgung von Gefangenen in Europa erfolgt nicht in einem ethisch und rechtlich leeren Raum. Medizinisches Personal, das in Haftanstalten tätig ist und Gefängnisadministrationen, die für die organisatorischen Details der Versorgung mit dem medizinischen Personal kollaborieren müssen, können anhand der Urteile des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte lernen, dass sie rechtlich belangt werden können, wenn sie das Äquivalenzprinzip verletzen. In den über das Internet zugänglichen Richtlinien des Europarates und den Normen des CPT finden sie detaillierte Angaben dazu, wie eine adäquate Gesundheitsversorgung für Häftlinge durchgeführt werden sollte.

Vom ethischen Standpunkt ist hinzuzufügen, dass es wünschenswert ist, die Motivation von medizinischem und Aufsichtspersonal durch öffentliche Deklarationen zu verstärken, zum Beispiel durch das Unterzeichnen einer Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“. Damit kann gewährleistet werden, dass nicht nur Minimalstan-



dards zum Schutz vor Menschenrechtsklagen eingehalten werden, sondern Strategien anvisiert werden, die langfristig die Gesundheit der Häftlinge und die öffentliche Gesundheit der umliegenden Kommunen fördern.

Das Beispiel der Gesundheitsversorgung von Häftlingen in Genf hat gezeigt, dass es möglich ist, „Harm reduction“-Maßnahmen und äquivalente Versorgung langfristig durchzusetzen, wenn ein politischer Wille da ist und die Gesundheitsversorgung von Gefangenen strukturell unabhängig und in den Händen einer politisch einflussreichen Institution wie der Universität liegt. Der vorliegende Beitrag hat gezeigt, wie die Schwierigkeiten der Durchsetzung der Richtlinien des Europarates in Genf zum Teil gelöst werden konnten und zum Teil noch diskutiert werden. Damit soll die Debatte über eine praktische Durchsetzung der europäischen Empfehlungen auch in anderen Regionen Europas angeregt werden.

Literatur

Adams, D. L./Leath, B. A.: Correctional health care: implications for public health policy. *J Natl Med Assoc* 94 (5) 2002, 294–8

Anonymous: WHO status paper on prisons, drugs and harm reduction. *Euro Surveill* 10 (7) 2005, E050714 5

Betteridge, G.: WHO Europe report strongly endorses harm reduction in prisons. *HIV AIDS Policy Law Rev* 10 (3) 2005, 32–3

—, **U.S.:** evidence of HIV transmission in prisons. *HIV AIDS Policy Law Rev* 11 (2–3): 37–9

Canton de Genève: K103. Loi sur la santé du 7 avril 2006

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

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): The CPT standards „Substantive“ sections of the CPT’s General Reports 2004, <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-scr.pdf>, accessed January 30, 2008

Crichton, J. H.: The physical, mental and moral health of prisoners and a policy of improvement. *Trans Med Soc Lond* 116, 1999, 86–95

Elger, B. S.: Gesundheitsversorgung von Strafgefangenen: der rechtliche Rahmen im Kanton Genf. In: *Internationales Symposium Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*, edited by B. Tag and T. Hillenkamp. Heidelberg: Springer 2008

European Court of Human Rights: Hurtado versus Switzerland 1994, <http://www.echr.coe.int/ECHR/FR/Header/Case-Law/Hudoc/Hudoc+database/>

Harding, T. W.: Do prisons need special health policies and programmes? 1996, <http://www.drug-text.org/library/articles/97813.htm>, accessed August 10, 2008

Lines, R.: Irish prison guards call for expansion of methadone access. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 6, 2001 (1–2): 71–4

——: Using human rights law to advocate for syringe exchange programs in European prisons. *HIV AIDS Policy Law Rev* 11, 2006 (2–3): 80–2

Mukerjee, A./Butler, C. C.: Outbreak of tuberculosis linked to a source case imprisoned during treatment. Should the courts tell GPs about prison sentences and should GPs tell prison doctors about medical diagnoses? *Br J Gen Pract* 51, 2001 (465): 297–8

Stöver, H.: Healthy Prisons – Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft. In: *Internationales Symposium Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*, edited by B. Tag and T. Hillenkamp. Heidelberg: Springer 2008

Taylor, A. et al.: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *Bmj* 310, 1995 (6975): 289–92

Thomas, G.: Assessing the Need for Prison-Based Needle Exchange Programs in Canada: A Situational Analysis. Canadian Centre on Substance Abuse 2005, <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/62CB53B4-F416-455E-8069-9561275C1931/0/ccsa0113242005.pdf>

Vasseur, V.: *Médecin-chef à la prison de la santé* Paris: Le Livre de Poche 2001



Leitende Gedanken in der anschließenden Diskussion der Arbeitsgruppe „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“

Prof. Bernice S. Elger, Prof. Dr. Heino Stöver,
Dr. Caren Weilandt

Der WHO-Gedanke Healthy Hospitals/Schools/Cities ist Vorreiter oder Vorbild. Als Vorbild gelten auch die „Gesundheitsfördernden Hochschulen“, eine Bewegung mit festen Organisationsformen.

Besonderheiten zu „Gesundheitsfördernden Haftanstalten“: Die Charta ist eine Absichtserklärung, aber mit Selbstverpflichtungscharakter, ggf. Akkreditierung, Zertifizierung, ggf. Überprüfung der Qualität (QS); Qualitätssiegel einführen? Die Evaluation der Qualität ist enorm wichtig.

Eine jährliche Gesundheitsberichterstattung wäre notwendig.

Personalausstattung und Fortbildung:

- ◆ KV-Ärzte müssen sich weiterbilden (Punktesystem), die Fortbildung der Anstaltsärzte wird von den Anstalten nicht gefördert oder gefordert; allerdings auch nicht durch die Anstalten behindert.
- ◆ Fraglich ist, ob die Dienst- und Fachaufsicht unabhängig ist. Es gibt Druckmittel gegen die Anstaltsärzte, z.B. hat die Streichung der Krankenpflegerstellen einen Einfluss auf die Unabhängigkeit.
- ◆ Ausreichende Ressourcen müssen zur Verfügung gestellt werden, um Q-Standards einzuhalten.
- ◆ AWMF-GKV-Richtlinien: Hessen 1:135; z.B. 200 Inhaftierte und 4 Stellen (Sprechstundenhilfe)
- ◆ In den letzten 20 Jahren wurde der Arztschlüssel nicht geändert, obwohl sich die Patientenzahl erhöht hat.
- ◆ In der JVA Butzbach (Hessen) werden nur examinierte Krankenpflegekräfte beschäftigt.
- ◆ Bei den Ärztekammern sollte mehr Verantwortung für die Evaluation liegen bzw. übernommen werden.
- ◆ Schlüssel vom Krankenhaus übertragen
- ◆ NRW = AGIP: Personalbemessung

Gesundheitsziele und Prioritäten sollten festgelegt werden, z. B.

- ◆ Suchtmedizin (Entzug, Behandlung, Rauchen, Substitution)
- ◆ Psychiatrische Versorgung (Diagnostik ...)
- ◆ Betriebsmedizin
- ◆ Infektionskrankheiten
- ◆ Stressreduktion (kleine Wohneinheiten, Partizipation)
- ◆ Psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung
- ◆ Weiterbildung
- ◆ Bewegung und Ernährung (Zielgruppenspezifisch, Spezialgruppen: Diabetiker, Kochen, spezielle Speisevorschriften aufgrund der Religionszugehörigkeit)

Kranken- und Gesundheitspflege

- I. Gesundheitszentrum: Initiierung von Gesundheitsförderung; Kriseninterventionsteam
- II. Gesundheitsberichterstattung (GBE) aufgrund wirtschaftlicher Aspekte, jedoch keine medizinische Leistungsstatistik
- III. Patientenbefragung (z. B. JVA Celle)
- IV. Gesundheitsamt kommt regelmäßig (einmal jährlich), z. B. Überprüfung der Hygienepläne.
- V. Präventionsfonds: Ernährungsangebot, Rückenschule etc.

(Gestaltete) Partizipation an wichtigen Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen fördern:

- ◆ Querschnittsthema
- ◆ Respektvoller Umgang
- ◆ Jede Anstalt sollte eine „Interdisziplinäre AG Gesundheit“ haben, in der Vorschläge gesammelt und Lösungsansätze besprochen werden.
- ◆ Rechtliche Regelungsrahmen
- ◆ Auch aus fiskalischen Gründen wichtig: Es rechnet sich!
- ◆ Intramurale Medizin hat bestimmte Besonderheiten

Kontroll- und Klagewesen: Der Ombudsmann in NRW ist ein justizexterner Ansprechpartner, jeder Gefangene/Bedienstete kann sich an ihn wenden. Es werden regelmäßige Sprechstunden angeboten.

Genf: Das Parlament geht den Beschwerden nach und die Haftanstalten werden besucht. Ähnlich wie Wehrbeauftragte nur dem Parlament verpflichtet sind, mit einem jährlichen Bericht.

Alle Haftanstalten, die sich der Charta anschließen und sie unterschreiben, haben jedenfalls ein Interesse, anerkannte Empfehlungen von CPT/Europarat/WHO/Ethikregeln einzuhalten.



Prinzipien einer Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“

- ◆ Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete
- ◆ Äquivalenzprinzip
- ◆ Äquivalenzprinzip bzgl. ärztlicher Weiterbildung/Weiterbildung des Pflegepersonals (auch keine Behinderung der Fortbildung durch die Anstaltsleitung)
- ◆ Vertraulichkeit
- ◆ Professionelle Unabhängigkeit/ausreichende personelle Ressourcen, um leitliniengerecht arbeiten zu können
- ◆ Professionelle Kompetenz
- ◆ Personalschlüssel – medizinischer Sachverstand in Personal ...
Schlüsseldiskussion/Berechnung (Gesundheitsämter als ausführende Behörden stellen Personalmenge fest)
- ◆ Prioritäten/Gesundheitsziele definieren und evaluieren (z. B. www.gesundheitsziele.de)
- ◆ Nicht nur kurative Medizin, sondern auch Primärprävention (WHO Ottawa Charta/Partizipation)
- ◆ Gesundheitsförderung als Querschnittsthema
- ◆ Zugang zu bzw. Kontakt mit medizinischer Versorgung außerhalb (eigener Hausarzt)
- ◆ Interdisziplinäre AG Gesundheit in die Anstalten
- ◆ Zertifizierung (wirksam, nicht anklagend/WHO oder parlamentarische Überwachung)
- ◆ Klinische Überprüfung der Umsetzung von medizinischen Standards
 - *Schwerpunkte:* Suchtmedizin, Opioid-Substitutionsbehandlung, Entzug, Prävention (z. B. Zugang zu Kondomen), Therapien
 - psychiatrische Versorgung
 - betriebliche Gesundheitsförderung
 - psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung
 - Gendermainstreaming/Zielgruppenspezifika
 - Prävention von Haftschäden
 - Ernährung (zielgruppenspezifisch)
- ◆ Beispiel guter Praxis (Gesundheitszentrum für Bedienstete in Niedersachsen (gesundheitsfördernde Krisenintervention, PTSD/Mobbing))
- ◆ GBE/Patientenbefragung/QM
- ◆ Ethische Prinzipien bekannt machen und einhalten



AG 4 Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung: Versorgungsprobleme und Zuzahlungen

Stefan Enggist und Rainer Rex

Inhalt

- a. Ausgangslage (Schweiz)
- b. Gesundheitsversorgung in Haft (Schweiz)
- c. Finanzierung und Zuzahlung (Schweiz)
- d. Mögliche Schwerpunkte

I. Ausgangslage Schweiz

- i. Gesundheitsschutz Inhaftierter nach Bundesgesetz
- ii. Zahlen:
 - ~ 6000 Inhaftierte
 - 70 % Ausländer
 - 50 % davon ohne Aufenthaltsbewilligung/Wohnsitz
- ◆ 122 Anstalten
 - 3 Konkordate
 - 26 Kantone
- ◆ 26 Vollzugsgesetze und -verordnungen
- ◆ 122 Hausordnungen



erhöhte Prävalenz von ...

... HIV	1 % – 2,4 %	(CH 0,3 %)
... HCV	6,9 % – 9,5 %	(CH 0,5–1 %)
... HBV	> 5,1 % (CH 0,3 %)	
Drogenkonsumenten	~ 80 % der Insassen	
Drogenkonsum in Haft	~ 20 % der Insassen	
IDU?		
ungeschützter Geschlechtsverkehr?		
TB?		
STI?		

Gesetzlicher Vollzugsgrundsatz (Strafgesetzbuch)

Art. 75 StGB

1. Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben. Der Strafvollzug hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen, die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten, schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken und dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen.
 - Vollzug an kranken Personen

Art. 387

2. Ergänzende Bestimmungen des Bundesrates
Der Bundesrat ist befugt, nach Anhörung der Kantone Bestimmungen zu erlassen über:
 - a. den Vollzug von Gesamtstrafen, Zusatzstrafen und mehreren gleichzeitig vollziehbaren Einzelstrafen und Maßnahmen
 - b. die Übernahme des Vollzugs von Strafen und Maßnahmen durch einen anderen Kanton
 - c. den Vollzug von Strafen und Maßnahmen an kranken, gebrechlichen und betagten Personen

II. Gesundheitsversorgung in Haft (Schweiz)

Studie der Universität Freiburg, 2006:

„Infektionskrankheiten und Drogenfragen im Freiheitsentzug. Rapid Assessment der Gesundheitsversorgung“

Ziel

Unterschiedliche Perspektiven und Übersicht Gesundheitsversorgung in Haft

a. Methoden

- i. Mai–November 2006: 57 Befragungen
- ii. 5 Experteninterviews:
 - Verantwortliche Institutionen/Kantone/Bund
 - Konferenz der schweizerischen Gefängnisärzte KSG
- iii. 8 Fokusgruppendifkussionen
- iv. Hearing der Ergebnisse
- ◆ Allgemeine Einschätzung der Gesundheitsprobleme
- ◆ **Dringende Probleme:** Alte, Pflegebedürftige, psychische Erkrankungen, Sicherheit
- ◆ **Ungelöste Probleme:** Übertragbare Krankheiten, Drogen
- ◆ Risikobeurteilung
 - Bestehende **Ansteckungsrisiken:**
 - Insassen ↔ Insassen: Mehrfachzellen ohne Aufsicht, Arbeitsunfälle, Austausch von evtl. kontaminierten Materialien, sexuelle Kontakte
 - Insassen ↔ Mitarbeiter: Angriffe, Arbeitsunfälle, Alltagskontakte
 - Insassen ↔ Außenstehende: Besuche/Intimkontakte, Urlaub, externe Arbeit
- ◆ Testung
 - **TB-Test** am verbreitetsten (Mantoux oder Thorax-Röntgen, selten Bluttest), z. T. systematisch, z. T. nur auf Verdacht
 - **HIV, HBV, HCV:** auf Wunsch Patient oder auf Vorschlag Arzt
 - Nur Angebot für alle, wo professioneller Gesundheitsdienst
 - Kaum Angebote in U-Haft
 - Nur dort, wo systematische EINTRITTSUNTERSUCHUNG
 - KEINE EINTRITTSUNTERSUCHUNG in Einrichtungen der „1. Station“ (Polizeihaft, U-Haft, Abschiebehaft)!
 - KEINE einheitliche EINTRITTSUNTERSUCHUNG im Vollzug!



- Präventions-Angebotspalette
 - Mehrsprachige Präventionsinformationen
 - Infoveranstaltungen zu HIV
 - Präventionsbeauftragte
 - Ersthilfe- und Präventionsset
 - Impfungen HBV, TB
 - Desinfektionsmittel
 - Drogensubstitutionsprogramme (Methadon)
 - Kontrollierte Heroinabgabe



AG 5 „Die Außenseiter? – Jugendliche und Frauen in Haft“

Dr. Karlheinz Keppler und Dr. Rüdiger Wulf

Bedeutung und Chancen von Gesundheitsförderung

- Herausforderungen und Probleme?
- Lösungen?
- Ressourcen?

Input (bestehende Projekte, Wünsche, Fragen)

- Gesundheitsförderungsprojekt der Uni Bremen in der JVA Bremen für Frauen (3)
- Fehlende Ressourcen bei Frauen in Haft (1)
- Vergleichbarkeit/Übertragbarkeit von Männerprojekten mit/auf Frauenprojekte(n) (4)
- Akquisition von Fachpersonal für Gesundheitsförderungsprojekte (z.B. Psychologe) (1)
- Wunsch nach Erfahrungsaustausch (0)
- Gesundheitsförderung bei Jugendlichen (2)
- Einstellungen von Jugendlichen zur GF (1)
- Jugendliche nicht ins Gefängnis (Modell Caritas Graz, Baden-Württemberg) (5)
- Emotional-psychische Stärkung von Frauen in Haft (8)
- Wie kann die präventive Botschaft so gestaltet werden, dass sie erfolgreich ist (2)
- Neue Ideen bekommen (0)
- Gesundheitsförderung im Unterricht für jugendliche Inhaftierte (1)
- Psychische Gesundheit Jugendlicher stärken (5)



- Cannabisabhängigkeit bei Jugendlichen (1)
- Substitution bei Frauen in Haft
- Psychiatrisch kranke Frauen in Haft (3)
- Erfahrungsaustausch über Frauen in Haft (0)
- Als Externer Vorlaufzeit einplanen („Warm-up“)
- Wichtige Leute des Vollzugs kennen und einbinden
- Breite Akzeptanz erzeugen
- Konferenzsysteme nutzen

Ranking (s. o.)

Psychisch-emotionale Gesundheitsförderung ist bei Jugendlichen und Frauen in Haft notwendig. Inhaftierte Frauen sind häufig kränker, traumatisierter, suchtbelasteter, psych. Komorbidität höher, keine Ausbildung, abhängige Männerbeziehungen, Selbstwahrnehmung/-bewusstsein gestört, defizitär.

Projekte

- Preungesheim: niedrigschwellige Angebote zur „Körperfindung“, z. B. Sport, Trommeln
- NRW: Kochkurse mit Bediensteten (inkl. Kochen ausländischer Gerichte; Landessportbund bietet für Frauen TaiChi, Yoga etc. und Ausbildung für Sportübungsleiter speziell für Sport mit DK; Schminkkurse durch AVD)
- Bremen: Sportangebote; Zoo für Jugendliche (Entwicklung sozialer Fähigkeiten durch Übernahme von Verantwortung)
- Köln: therapeutisches Reiten (Infos über SKF Köln); koedukative Schulkurse, Bands, Kirchengruppen, Theater
- Dinslaken: Sport (mit externen Sportlehrern)
- Graz: Tierpädagogik
- Hamburg: Suchtakupunktur (NADA-Protokoll)
- Bremen: Projekt Uni-JVA: Phase 1: Warm-up, z. B. durch gemeinsames Kochen, Backen; Phase 2: Infovermittlung zur Gesundheitsförderung über Gruppenarbeit; Phase 3: Anschlussmaßnahmen sicherstellen; Phase 4: Schulung lösungsorientiertes, veränderndes Denken

Vorhandene Ressourcen

- Gute Erreichbarkeit und Kontaktherstellung für Gesundheitsförderungs-Maßnahmen durch die Inhaftierung

Fehlende Ressourcen

- Fehlende Behandlungsmöglichkeiten für PTBS (Frauen gehäuft prätraumatisiert)
- Retraumatisierung durch Inhaftierung möglich

Anhang







Grußwort von Frau Senatorin von der Aue am 09.11.2007 um 14 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

**Sehr geehrte Frau Dr. Weilandt, sehr geehrte Frau Knorr,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Stöver, sehr geehrte Damen und Herren,**

zunächst möchte ich mich bei den Veranstaltern dieser Konferenz, dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands, der Deutschen AIDS-Hilfe, der Universität Bremen und dem Österreichischen Ministerium für Justiz für die mir angetragene Schirmherrschaft bedanken, die ich gerne übernommen habe.

Ich begrüße Sie, meine Damen und Herren aus Österreich, aus der Schweiz und aus Deutschland in meiner Funktion als Schirmherrin, aber auch als Vertreterin des Berliner Senats. Leider ist es mir erst jetzt möglich, ein Grußwort an Sie zu richten: Gestern war ich durch eine Plenarsitzung des Abgeordnetenhauses von Berlin und heute Vormittag durch eine Sitzung des Bundesrates verhindert. Ich hoffe insoweit auf Ihr Verständnis.

Es freut mich, dass Sie zur 3. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft hier in Berlin zusammengekommen sind, nachdem die 1. Konferenz im Jahr 2004 in Bonn und die 2. Konferenz im Jahr 2006 in Wien stattgefunden haben.

Berlin ist – ich hoffe, Sie stimmen mit mir überein – eine besondere Stadt. Wie keine andere Stadt Europas hat sich Berlin in den letzten zwei Jahrzehnten gewandelt.

Herausragende Institutionen wie die Universitäten, Forschungseinrichtungen, Theater, Museen, aber auch Festivals, das Nachtleben und die Architektur Berlins genießen Weltruf. Als eines der einflussreichsten politischen Zentren der Europäischen Union und durch sein kulturelles Erbe ist Berlin eine der meistbesuchten Metropolen des Kontinents. Die Stadt ist ein bedeutender Verkehrsknotenpunkt und ein wichtiges Kultur- und Bildungszentrum Deutschlands.

Hinzu kommt: Berlin nimmt durch den Sitz von Parlament und Regierung heute wieder seine gesamtstaatliche Funktion als Hauptstadt wahr. Die Stadt repräsentiert mit zahlreichen Einrichtungen die Bundesrepublik Deutschland: Berlin ist Deutschlands Visitenkarte. Ich hoffe, dass sie sich auch Zeit genommen haben oder im Anschluss an den heutigen Nachmittag noch nehmen werden, um Berlin ein wenig kennenzulernen.

Anrede,

ich habe selbstverständlich nicht vergessen, dass Sie primär zum Arbeiten hierher gekommen sind. So hatten interessierte Konferenzteilnehmer vorgestern im Rahmen des Vorprogramms die Möglichkeit, an Exkursionen in das Justizvollzugskrankenhaus Berlin und in die Justizvollzugsanstalt Tegel einschließlich des Besuchs der Gefangenenedaktion Lichtblick und der Gesamtinsassenvertretung teilzunehmen und sich so über das neue Haftkrankenhaus und die größte Strafanstalt Deutschlands informieren zu können. Ich kann mir gut vorstellen, dass die dort gewonnenen Eindrücke und Erkenntnisse auch in den bisherigen Diskussionsverlauf der Konferenz eingeflossen sind. Im Rahmen der Vorträge und Arbeitsgruppen der Konferenz haben Sie dann viele Themen behandelt und sicherlich interessante Anregungen mitgenommen.

Dass der Gesundheitsfürsorge einschließlich der präventiven Gesundheitsförderung in der Haft große Bedeutung für die Resozialisierung der Gefangenen zukommt und angesichts der Sparzwänge das Gesundheitswesen innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs vor großen Herausforderungen steht, ist uns allen hinlänglich bekannt.

Die im Gesundheitswesen im Justizvollzug tätigen Bediensteten befinden sich in einem ständigen Spannungsfeld zwischen der notwendigen, aber auch ausreichenden medizinischen Versorgung und Behandlung der Gefangenen einerseits und den mit dem Freiheitsentzug zwangsläufig verbundenen Einschränkungen andererseits.

Als Beispiel möchte ich die „freie Arztwahl“ nennen. Die Möglichkeit, sich den behandelnden Arzt selbst auszusuchen, haben die meisten Gefangenen nicht. Folge dieser Einschränkung ist, dass es für die Anstaltsärzte oft schwierig ist, die für eine optimale Behandlung notwendige Vertrauensbasis zum Patienten zu schaffen.

Wegen solcher Schwierigkeiten und Besonderheiten des Gesundheitswesens im Justizvollzug ist der internationale und auch der nationale Austausch von Erfahrungen

und Konzepten ebenso wie die persönliche Begegnung der in diesem Bereich tätigen Personen für innovative Ansätze auf dem Gebiet des vollzuglichen Gesundheitswesens von enormer Bedeutung. Dies gilt umso mehr, nachdem im Rahmen der Föderalismusreform in der Bundesrepublik Deutschland die Gesetzgebungskompetenz für den Justizvollzug vom Bund auf seine 16 Länder übertragen wurde. Noch ist nicht absehbar, wie sich dies auf das vollzugliche Gesundheitswesen der einzelnen Bundesländer auswirken wird.

Ich begrüße daher, dass im Rahmen dieser Konferenz Raum für einen derartigen Austausch besteht und bin davon überzeugt, dass diese Konferenz durch weitere Denkanstöße einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Haft leisten kann. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen für den heutigen Abschluss der Konferenz viel Erfolg und einen regen Gedankenaustausch.



Konferenz-Evaluation: Auswertung der Teilnehmer/innen-Fragebögen

Kathleen Schwarz

Vom 07. bis zum 09. November 2007 fand in Berlin die dritte europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft statt. An die Teilnehmer/innen wurde im Zuge der Veranstaltung ein Evaluationsbogen verteilt, um ihnen die Möglichkeit zu geben, inhaltliche und organisatorische Punkte der Konferenz zu beurteilen. Die Untersuchung wurde vom BISDRO (Bremer Institut für Sucht- und Drogenforschung) durchgeführt und ausgewertet.

Die 21 Fragen des Evaluationsbogens behandeln folgende Themen:

1. persönliche Angaben des Teilnehmers/der Teilnehmerin
2. allgemeine Fragen
3. die inhaltlichen Aspekte der Konferenz
4. die organisatorischen Aspekte der Konferenz
5. Fragen zu Folgeveranstaltungen

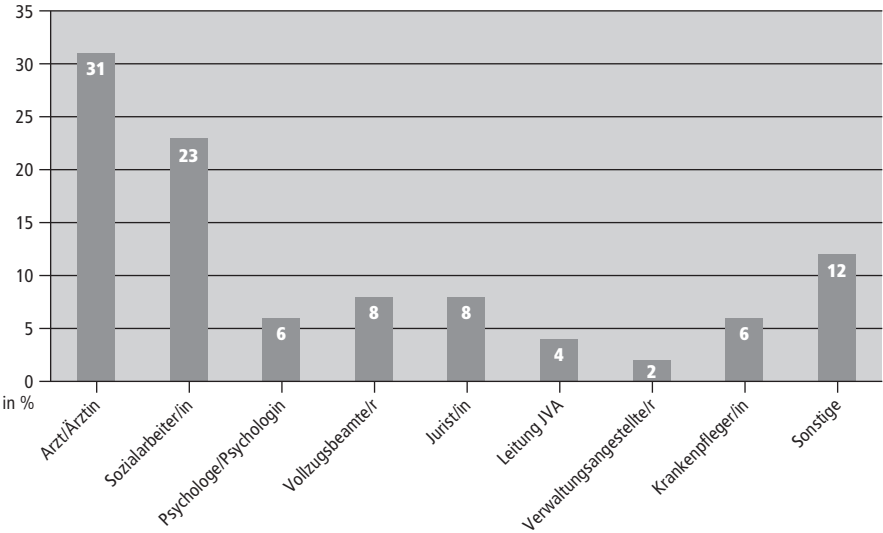
Insgesamt umfassen 18 der 21 vorgegebenen Fragen geschlossene Antwortkategorien. Die anderen drei sind hingegen offene Fragen. Die Fragen, die sich im Evaluati-

onsbogen auf die inhaltlichen und organisatorischen Aspekte beziehen, sind in Form einer Ratingskala von 0 % (sehr schlecht) bis 100 % (sehr gut) dargestellt.

An der Befragung beteiligten sich 50 Teilnehmer/innen. Davon waren 41 % Frauen und 59 % Männer. Insgesamt haben sich somit 41,3 % aller Konferenzteilnehmer/innen (n=121) beteiligt. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 47 Jahren (Min=22, Max=62).

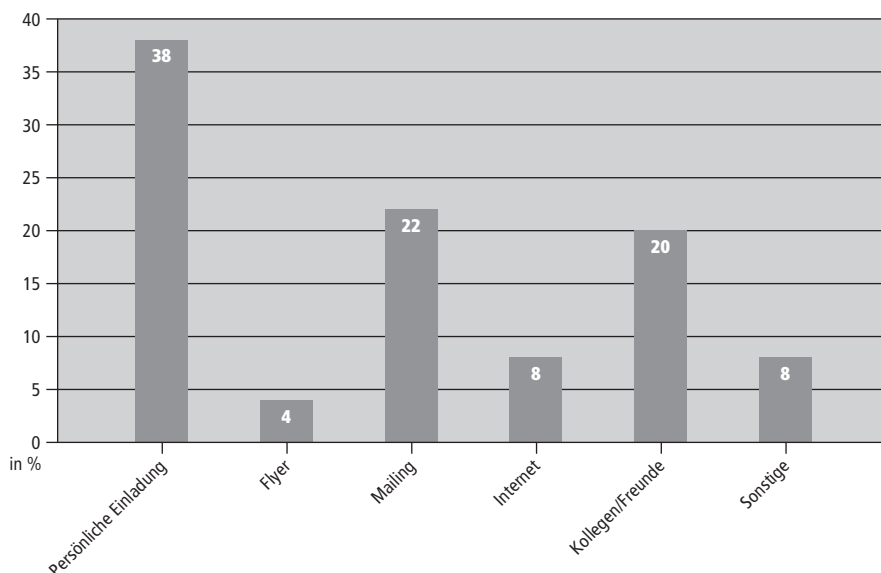
88 % der Befragten arbeiten in Deutschland, 6 % in der Schweiz, 4 % in Österreich und 2 % in einem anderen Land. Die am häufigsten vertretene Berufsgruppe sind mit 30,6 % Ärzte und Ärztinnen gewesen, gefolgt von Sozialarbeiter(inne)n mit 22,4 %. 12 % der Teilnehmer/innen üben andere Berufe aus, Vollzugsbeamte und -beamtinnen und Juristen(inn)en waren jeweils mit 8 % vertreten. Insgesamt 6 % sind je als Krankenpfleger/in und Psychologe/Psychologin, 4 % in der Leitung einer JVA und 2 % als Verwaltungsangestellte/r beschäftigt (siehe Abb. 1). Von den genannten Berufsgruppen kommen 48 % von einer Justizvollzugsanstalt.

Abb. 1: Berufsgruppen der Teilnehmer/innen



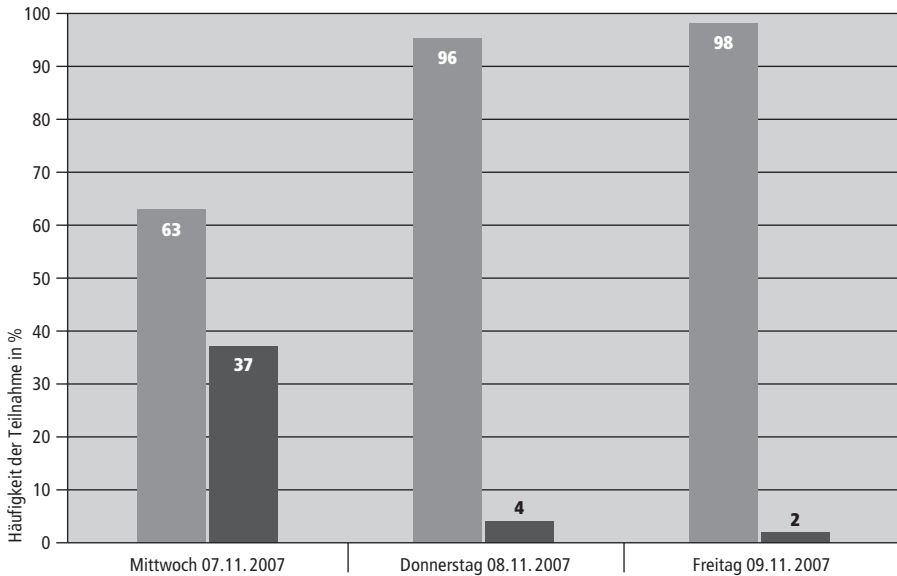
Die Informationen über das Stattfinden der Konferenz haben 38 % der Teilnehmer/innen durch eine persönliche Einladung erhalten, 22 % haben angegeben, per E-Mail angesprochen worden zu sein, durch Kollegen und Freunde sind 20 %, über das Internet 8 % und aufgrund des Flyers sind 2 % auf den Termin aufmerksam geworden (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Angaben der Befragten, woher sie von der Konferenz erfahren haben



Die Teilnahme der Befragten an den drei Konferenztagen ergibt sich wie folgt. Am Mittwoch, dem 07. November 07, besuchten 63,3 % das Vorprogramm der Konferenz (d.h. Teilnahme an den Exkursionen in drei Berliner Justizvollzugsanstalten). Am Donnerstag, dem 08. November 07, gaben 96 % und am Freitag, dem 09. November 07, 98 % an, an den Plenarvorträgen und Arbeitsgruppen teilgenommen zu haben (siehe Abb. 1).

Abb. 3: Anwesenheit der Teilnehmer an den drei Konferenztagen



In Tabelle 1 sind die jeweiligen Mittelwerte der verschiedenen inhaltlichen und organisatorischen Aspekte dargestellt. Die Teilnehmer/innen hatten die Möglichkeit, diese auf einem vorgegebenen Skalenniveau von sehr schlecht (0 %) bis sehr gut (100 %) zu bewerten. Min (%) und Max (%) beziehen sich auf den kleinsten bzw. größten Grad an Zustimmung.

Im Allgemeinen betrachten die Befragten mit 78,6 % alle Konferenzaspekte sehr positiv. Am besten gefiel den Teilnehmer(inne)n mit 89 % die Programmorganisation in Bezug auf die Einladung, Anmeldung und Durchführung. 85 % der Befragten fühlten sich während der Konferenz gut betreut. 84,1 % waren mit der Einhaltung des gegebenen Zeitrahmens zufrieden, rund 82 % empfanden die Themen der Konferenz sowie die Lern- und Arbeitsatmosphäre als sehr lehrreich. Die Teilnehmer/innen konnten für sich einen beruflichen Nutzen aus der Veranstaltung erzielen (75,6 %), da die Konferenzthemen als sehr praxisnah (76,4 %) beurteilt worden sind.

Nicht ganz so positiv wird mit 63,5 % der „Markt der Möglichkeiten“ (Infostände/interaktive Vorstellungen von Projekten und Initiativen) bewertet. Insgesamt wurde die Konferenz mit 80,4 % bewertet, was einen hohen Grad an Zustimmung zeigt. Im Vergleich zur Evaluation der zweiten europäischen Konferenz ist die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit den Podiumsdiskussionen (77,3 % +14) und der Diskussion mit den Referenten gestiegen (77,2 % +11).

Tab. 1: Bewertung der inhaltlichen und organisatorischen Konferenzaspekte

Inhaltliche und organisatorische Aspekte	Mittelwert (%)	Min (%)	Max (%)	n
Themen der Konferenz	75,6	10	100	48
Aktualität der Themen	82,2	50	100	49
Workshop	78,5	40	100	20
Exkursion	75,5	10	100	22
Plenarvorträge	74,4	10	100	48
Arbeitsgruppen	80,6	30	100	50
Podiumsdiskussion	77,3	30	100	45
„Markt der Möglichkeiten“	63,5	10	100	40
Programmorganisation	89,0	30	100	49
Teilnehmerbetreuung	85,0	50	100	50
Referenten	79,8	30	100	50
Diskussion	77,2	20	100	50
Lern- und Arbeitsatmosphäre	82,8	40	100	50
Zeitrahmen	84,1	30	100	49
Beruflicher Nutzen	75,6	10	100	50
Praxisrelevanz	76,4	10	100	50
Gesamtbeurteilung der Konferenz	80,4	20	100	49

Insgesamt äusserten 73 % der befragten Teilnehmer/innen den Wunsch, die vierte europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft in der Schweiz und 13,2 % in Deutschland stattfinden zu lassen. Weiteren 13,2 % war der Ort für die kommende Veranstaltung nicht wichtig.

In einer der offenen Fragen wurde nach Themenvorschlägen für die nächste europäische Konferenz gefragt, zu den häufigsten Vorschlägen zählen die Gesundheitsfürsorge und -prävention bei Mitarbeitern und Inhaftierten, alternative Prävention in der Drogentherapie, die Problematik Hepatitis, psychiatrische Erkrankungen im Vollzug, Ernährung und Hygiene im Strafvollzug, ältere und pflegebedürftige Inhaftierte im Vollzug, medizinische Versorgung im Polizeigewahrsam, Gewaltprävention, Ausländer und Migranten in Haft. Desweiteren besteht der Wunsch, die Substitutionsbehandlung weniger stark zu behandeln.

Die 14 geäusserten Wünsche bzw. Anregungen für die dritte europäische Konferenz beziehen sich vor allem darauf, das Programm etwas zu kürzen und anders zu strukturieren, damit den Teilnehmern(inne)n mehr Zeit für Diskussionen und Meinungsaustausch bleibt. Desweiteren hätten sich die Befragten mehr Arbeitsgruppen, weniger Themenkreise gewünscht.

