



## abstracts

in der Reihenfolge des Programms



---

### 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft am 16. und 17. September 2010 in Hamburg

#### Veranstalter

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

#### Kontakt:

akzept e.V. Konferenzorganisation - Christine Kluge Haberkorn - [akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de) – Tel. +49 (0) 30 827 06 946

#### Programmbeirat

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

#### Veranstaltungsort:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)  
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg  
Vorträge: Hörsaal Physiologie N43; Worskshops: Rothe-Geussenhainer-Haus N45

[www.gesundinhaft.eu](http://www.gesundinhaft.eu)

Donnerstag, 15. September 2010

### Arbeitsgruppen

#### AG1 **Gesundheitsförderung in Haft: Wer ist verantwortlich und wie geht es praktisch?**

Dr. med. Catherine Ritter

2009 wurde im Kanton Neuenburg (Schweiz) einer Ärztin ein Mandat für das Thema „Gesundheitsförderung im Haft“ erteilt. Gefördert von der Gesundheitsadministration war das Ziel, eine Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Gefängnissen des Kantons Neuenburg zu entwickeln.

Diese Strategie wurde durch eine interdisziplinäre Methodologie erarbeitet, die alle MitarbeiterInnen aller Ebenen und Arbeitsbereichen der Hafteinrichtungen einschloss.

Vier Themen wurden prioritär bearbeitet:

- Sport
- Ernährung
- Übertragbare Krankheiten;
- Tabakrauchen.

Die Strategie stellt eine Hilfe für das allgemeine Justizpersonal dar, das für den Lebensrahmen und –alltag der Gefangenen verantwortlich ist und ihn beeinflussen kann. Die Strategie enthält:

- Literatur über diese vier Themen;
- konkrete Vorschläge für Gesundheitsförderung in den vier Felder (Insassen und Personal);
- Ausbildungsinhalte in Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen;
- Methodologie zur Bearbeitung kommender Themen (Drogen, usw.).

Diese gemeinsame Arbeit zeigt den Beitrag, den verschiedene MitarbeiterInnen für Gesundheitsförderung in einer bestimmten Umgebung (hier: Hafteinrichtung) leisten können. Der Fokus liegt auf dem spezifischen Setting ‚Haft‘ und den Rahmenbedingungen (Lebens- oder Arbeitsrahmen), weil verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung beide Gruppen (Insassen und MitarbeiterInnen) betreffen.

Die Ergebnisse dieses Prozesses der Gesundheitsförderung werden vorgestellt.

Dr. med. Catherine Ritter (Genf), Benjamin Brägger (Neuenburg)  
38 Ch du Vignoble, CP 8  
1232 Confignon/GE, Suisse  
Tél +41 22 757 31 12  
Portable +41 79 704 29 66  
[www.catherineritter.ch](http://www.catherineritter.ch), [info@catherineritter.ch](mailto:info@catherineritter.ch)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

#### AG2 **Gesundheitsversorgung für Jugendliche in Haft**

Dr.med.Tina Huber-Gieseke,  
Stefan Markus Giebel,

#### **Das Genfer Modell „La Clairière“.**

**Hintergrund:** Offener und freier Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Grundbedürfnis für die Entwicklung von Jugendlichen. Jugendliche Straftäter haben im Allgemeinen mehr Gesundheitsprobleme als vergleichbare Altersgruppen. Der WHO-Bericht von 2003 fordert, dass jugendliche Straftäter in speziell für die Jugendhaft bestimmten Strukturen mit strikter Trennung von erwachsenen Straftätern. Diese Projekte werden derzeit in einigen Ländern erprobt, so wie z.B. in der Schweiz.

**Modell:** Die Jugendhaftanstalt „La Clairière“ beinhaltet eine geschlossene Abteilung für Jugendliche (U-Haft und Vollzug) neben einer halboffenen Abteilung, in der die Jugendlichen während ihrer Strafzeit in soziale Integrations- und Erziehungs-Massnahmen eingebunden sind. Die überwiegende Mehrzahl ist mit problembeladenen Familienverhältnissen konfrontiert, sowie häufig psychisch vorbelastet (60%). Folgende Gesundheitsprobleme werden beobachtet: der Haut (50% Akne), der Atemwege wie z.B. Asthma oder Pharyngitis (24%), Osteoartikulär (14%), Magen und Verdauungsstörungen (12%). Suchtprobleme sind häufig, wie z.B. Tabak (65%), Alkohol- (26%) oder Cannabis-Konsum (31%). Der direkte und regelmässige Kontakt mit dem medizinischen Personal (Pflegefachkraft, Arzt, Psychologe) bietet Jugendlichen einen auf Ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Massnahmen (z.B. Impfungen, Schwangerschaftsverhütung). Das interdisziplinäre Team kollaboriert engmaschig mit den lokalen sozialen und medizinischen Diensten und gewährleistet somit eine maximale Behandlungskontinuität vor, während und nach der Haft.

**Schlussfolgerungen:** Das Modell „La Clairière“ bietet interessante Ansätze für Jugendliche in Haft. Die individuell angepasste Gesundheitsversorgung sowie die interdisziplinäre Betreuung der Jugendlichen durch ein kompetentes Pflegepersonal entspricht ihren Bedürfnissen. Die Behandlungskontinuität in der sozialen und medizinischen Betreuung ist dabei von entscheidender Bedeutung für die Nachhaltigkeit der Interventionen mit diesen oftmals vorbelasteten Jugendlichen.

<p><b>Dr.med.Tina Huber-Gieseke</b>, Dr.med. Dagmar M. Haller PhD, Dr.med. Hans Wolff MPH, Abteilung für Gefängnismedizin, Universitätsklinik-Genf, Schweiz</p>
---

### Arbeitsgruppen

#### AG2 **Evaluation des Jugendstrafvollzugs Luxemburg**

Stefan Markus Giebel

Im Zuge des Urteils vom 31. Mai 2006 des Bundesverfassungsgerichts (2 BvR 1673/04) sind alle Maßnahmen und Behandlungen im Jugendstrafvollzug hinsichtlich des Erziehungsauftrags zu prüfen. Die nach dem Urteil in einigen Bundesländern in Angriff genommene Evaluation wird auf die Fortsetzung und Einführung von Behandlungsmaßnahmen einen entscheidenden Einfluss haben. Risikogruppen und Behandlungsbedarf können frühzeitig erkannt werden. Die Prüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen oder Behandlungen ist abhängig von den damit erreichbaren Zielen. Angesichts der sich über Jahrzehnte ergebenden Ausgangssituation der Jugendlichen ist die Wirksamkeit des alleinigen Haftaufenthaltes in ihrer Resozialisierungschance zu relativieren. Nachsorge, Nachbetreuung und Übergangsmanagement nehmen an Bedeutung zu. Eine der entscheidenden Ziele der Resozialisierung ist die generelle Vermeidung erneuter Straffälligkeit.

Die erneute Straffälligkeit nach Entlassung an sich ist für eine Evaluation von einzelnen Maßnahmen oder Behandlungen differenziert zu betrachten. Dafür sind entsprechend der Maßnahme oder Behandlung weitere Bewertungskriterien, neben der generellen erneuten Straffälligkeit, zu entwickeln. Bereits das Verhalten in der Haft ist somit in Form des Verhaltens innerhalb der Anstalt in einer Evaluation einzubeziehen.

Für eine Evaluation im Strafvollzug anhand der Rückfalldaten sind Kontrollgruppen erst nach Erfassung der Daten zu bilden. Die Bildung der Kontrollgruppen erfolgt anhand der Kriterien, die für die Zuweisung zu einer Maßnahme oder Behandlung relevant sind. Es werden die Personen verglichen, die die Kriterien erfüllen und die Maßnahme erhielten, mit denen, die nur die Kriterien erfüllen, aber nicht die Maßnahme erhalten haben. Um dies als Strafvollzug bei gleich bleibender Kapazität leisten zu können, werden im Saarland elektronische Vollzugsakten (EVA) und elektronische Patientenakten (EPA) eingeführt, die eine einfache Erfassung und Auswertung der Daten für die einzelnen Dienste ermöglichen, sowie die Informationsweitergabe auch an das Übergangsmanagement und die Nachsorge regeln.

Stefan Markus Giebel  
Diplom Mathematiker/Soziologe, D  
Berliner Str. 46  
34308 Bad Emstal  
Tel. 0561-804/3991, Tel. 0172/5622511  
[Stefan.Giebel@gmx.de](mailto:Stefan.Giebel@gmx.de)

### Arbeitsgruppen

#### AG3 Prävalenz, Inzidenz und Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen in Haft

H. Patrick Hoffmann  
Dirk Gansefort

##### Hepatitis C – therapierbar in Haft ? – Antworten anhand des Modells Luxemburg

- 1) Vorstellung des luxemburger Justizsystems
- 2) Vorstellung der JVA Luxemburg
- 3) Vorstellung des medizinischen Dienstes der JVA Luxemburg
- 4) Der typische Patient – schwierig, kooperativ oder beides ?
- 5) Von Anamnese bis Zirrhose – der Weg des mit Hepatitis C infizierten Patienten innerhalb des medizinischen Dienstes
- 6) Visite beim Spezialisten
- 7) Zusatzuntersuchungen
- 8) Der medizinische Dienst als Teil der interdisziplinären Gesamtbetreuung
- 9) Die Behandlung der Hepatitis C in der JVA Schlassig – wer, wann, wie ?
  - Behandlungsindikation
  - Medikamente
  - Betreuung während der Behandlung
- 10) Die COMATEP – Krankenpflegerpraxis innerhalb eines medizinischen Dienstes
- 11) Spritzenaustauschprogramm – auch während der Behandlung ?
- 12) Statistiken
- 13) Schlussfolgerungen
- 14) Danksagungen

H.Patrick HOFFMANN,  
Krankenpfleger, JVA Luxemburg  
infirmier référent maladies infectieuses  
Centre Pénitentiaire Schlassig  
Tel. +352 35 96 21 – 461, Fax. +352 35 96 21 - 467  
[patrick.hoffmann@apsch.etat.lu](mailto:patrick.hoffmann@apsch.etat.lu)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

#### AG3 Prävalenz, Inzidenz und Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen im Strafvollzug Bremen

Im Jahr 2008 waren rund 72.300 Menschen in Deutschland inhaftiert. Untersuchungen in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten (JVA) zeigen Prävalenzraten des i.v.-Drogengebrauchs von 22%-30%, man kann von 16.000-21.400 i.v.-drogengebrauchenden Insassen ausgehen. Nach einer Untersuchung von Radun et al. ist jeder zweite i.v.-drogengebrauchende Insasse (50,6%) mit dem Hepatitis C Virus (HCV) infiziert. Damit steht die medizinische Versorgung in den Haftanstalten vor der Herausforderung ca. 9.000-11.000 chronisch HCV-positive Insassen zu versorgen. Untersuchungen zu weiteren Infektionskrankheiten unter Inhaftierten zeigen Hepatitis A (HAV)-Seroprävalenzraten von 22-39%, Hepatitis B (HBV)-Seroprävalenzraten von 10%-81% und HIV-Prävalenzraten von 1,4%. Die intravenöse Applikation von Drogen mit gebrauchten Spritzen ist der häufigste Transmissionsweg von HBV, HCV und HIV bei Inhaftierten, weiterhin finden die Infektionen auf sexuellem Wege statt.

Die Gruppe der drogengebrauchenden Insassen wird in der JVA häufig erstmals durch die Inhaftierung über einen längeren Zeitraum kontinuierlich medizinisch versorgt und hat neben der Substitutionsbehandlung einen Zugang zu modernen antiviralen Therapieregimen.

Ziel der Arbeit ist es nachzuweisen, dass HIV- und HCV-infizierte Insassen durch die medizinischen Einrichtungen der JVA Bremen leitliniengerecht behandelt werden können. Zudem sollen die Prävalenzraten drogenassoziierter Infektionskrankheiten bzw. sexuell übertragbarer Krankheiten vor und Inzidenzraten während der Haft erfasst werden.

Im Rahmen der Studie werden alle neu aufgenommenen Männer und Frauen im Alter von 21-70 Jahren mit den Haftarten Strafhaft, Ersatz-Freiheitsstrafe und Untersuchungshaft in der JVA Bremen auf HAV, HBV, HCV, HIV und Lues gescreent. Weiterhin werden soziodemographische, körperliche, suchtanamnestische und psychologische Daten erhoben. Bei Inhaftierten mit positiven serologischen Befunden auf HCV/ HIV wird die Therapieindikation für eine antivirale/ antiretrovirale Therapie überprüft und ggf. eine Therapie eingeleitet. Nach drei und sechs Monaten werden alle primär negativ getesteten Insassen erneut auf eine mögliche Hepatitis A-/B-/C- sowie HIV- und Lues-Infektion untersucht.

Auf dem Kongress soll das Studiendesign und eine erste Auswertung der Ergebnisse präsentiert werden.

**Dirk Gansefort**, Eberhard Kraft, Dirk Gansefort, Jens Reimer,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
phone +49 (0)40 7410 57906, fax +49 (0)40 7410 58351  
[d.gansefort@uke.uni-hamburg.de](mailto:d.gansefort@uke.uni-hamburg.de) [www.zis-hamburg.de](http://www.zis-hamburg.de)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

#### AG4 **Umgang mit Drogengebrauch, Methadon- und Heroinbehandlung in Haft**

Volker Heer-Rodiek  
Marina Haller

#### **Umgang mit Drogengebrauch in den Haftanstalten**

Volker Heer-Rodiek

#### **Gesamtziel**

Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Konsumformen, mit Interventionen und praktischer Suchtprävention in Haft. Es geht dabei gleichermaßen um die Abwehr von ernst zu nehmenden Gesundheitsgefahren für die Beschäftigten und die Hilfe für Suchtgefährdete.

Mit der Beschäftigung des Themas „Drogengebrauch in Haft“ sollten als positive Wirkungen hervorgehoben werden:

- das gestiegene Bewusstsein zur Sucht- und Gesundheitsgefährdung durch Suchtmittel
- die Enttabuisierung des Themas Sucht in Haft
- die Senkung des Konsums von Suchtmitteln in der Haftanstalt
- Kenntnisse über traditionelle und neue Suchtstoffe, deren Wirkungen, Konsumformen und spezielle Begleiterscheinungen sowie Begleiterkrankungen
- das konsequente Anbieten von Hilfe

#### **Zu erwerbende Kompetenz**

##### ***Fachlich-inhaltliche und methodische Kompetenz***

- Die Teilnehmer verfügen über Theoriekenntnisse über Drogen, Beratung und Gesprächsführung und sind in der Lage, diese in unterschiedlichen Kontexten anwenden zu können.

##### ***Sozial- und Selbstkompetenz***

- Die Teilnehmer besitzen die Fähigkeit zur Kommunikation mit Zielgruppen der Drogengebraucher in der Haftanstalt,
- sie können adäquat mit ihnen kommunizieren und sind in der Lage, Verhalten durch Drogenmissbrauch zu erkennen und zu analysieren.

##### ***Reflexive Kompetenz***

- Die Teilnehmer können ihre eigene Haltung zu Drogen reflektieren und
- Sind in der Lage, Konfliktlösungsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung mit den Zielgruppen der Haftinsassen zu fördern.

Volker Heer-Rodiek  
Leitung "HIDA", Hamburger Fortbildungsinstitut Drogen und AIDS, Jugend hilft Jugend e.V  
Telefon: 040-3904030, Mobil: 0160-94425371  
[volker.heer-rodiek@jhj.de](mailto:volker.heer-rodiek@jhj.de)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

#### AG4            **Methadon- und Heroinbehandlung in den Schweizer Gefängnissen (Übersichtsbeitrag)** Marina Haller

Der Freiheitsentzug im Rahmen des Strafvollzugs erfolgt in der Regel ungeachtet einer allfälligen Drogenabhängigkeit der straffällig gewordenen Person. Nicht zuletzt deshalb setzt sich die Population der Strafgefangenen zu einem grossen Teil aus Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen zusammen. In der Schweiz wurden im Bereich Drogenabhängige seit den 1990er-Jahren verschiedene Massnahmen ergriffen, von denen die kontrollierte Heroinabgabe weltweit erstmalig ein Pionierversuch war. Daneben werden die Methadonbehandlung, ein medizinisch begleiteter Entzug, sowie auch die Möglichkeit einer drogentherapeutischen Rehabilitation angeboten.

Eine kontrollierte Verabreichung von Methadon an Inhaftierte wurde 1991 erstmals versuchsweise in den Anstalten Witzwil (BE) und Hindelbank (BE) eingeführt. Da die Versuchsergebnisse positiv waren, wurde die Methadon-Verschreibung Ende 1996 auf weitere Vollzugsanstalten und Gefängnisse ausgebreitet. Die Abgabe von Methadon, welche nach denselben Kriterien und Verfahren wie ausserhalb der Gefängnismauern vollzogen wird, ist unbestritten und wird heute in beinahe allen Vollzugseinrichtungen angeboten.

Im Herbst 1995 startete das Pilotprojekt in der Anstalt Schöngrün/SO, welches die kontrollierte Abgabe von Heroin an chronisch Drogensüchtige ermöglichte. Dieses Programm richtet sich an schwer heroinabhängige Personen, welche mit anderen drogentherapeutischen Angeboten bisher nicht erreicht werden konnten. Seit der Jahrtausendwende verfügt auch die Anstalt Realta/GR über 10 Plätze für die Heroinabgabe, welche zusammen mit den 8 Plätzen in der Anstalt Schöngrün/SO den derzeitigen Bedarf abdecken. Obwohl der Heroinkonsum in Gefängnissen seit den Neunzigerjahren abzunehmen scheint, befürchten derzeit Gassenarbeiter und Suchtexperten in Zürich ein Comeback der Droge Heroin. Laut einer Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 2009 gibt es seit dem Jahr 2005 wieder vermehrt Heroin-Neukonsumenten, was zum Teil dem tiefen Preis (ein Schuss kostet etwa 15 Schweizerfranken) zugeschrieben wird. Aus diesem Grund sollte die Behandlung Heroinabhängiger in Gefängnissen weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Marina Haller,  
Dipl. Lehrerin, Psycholog. Institut Universität Zürich  
Binzmühlestrasse 14/24,  
8050 Zürich, Schweiz CH  
[marina.haller@access.uzh.ch](mailto:marina.haller@access.uzh.ch)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

AG5

### **Sexualität in Haft**

Dr. Barbara Bojack, Butzbach

Das Thema Sexualität ist trotz freizügiger Darstellung in den Medien für den einzelnen eher ein Tabuthema.

Umso schwieriger ist die Diskussion darüber in Gefängnissen.

Unterschiedlichste Schlagzeilen meist im Zusammenhang mit Straftaten oder Tötungsdelikten finden sich in der Presse.

Das Thema selbst wird selten in ruhiger Atmosphäre als Bestandteil des Lebens oder Menschseins im Gefängnis erörtert bzw. als diskussionswürdig angesehen.

Der vorliegende Beitrag soll dieses Thema ins Bewusstsein bringen, eine Diskussion anregen und ihm möglichst Raum geben und zum passenden Stellenwert innerhalb der Institution verhelfen.

Deshalb werden folgende Aspekte erörtert und anschließend zur Diskussion gestellt:

Arten sexueller Kontakte

Angrenzende Themen: Infektionskrankheiten z.B.

Resozialisierung und Sexualität

Welche Wünsche können an die Institution gestellt werden?

Welche Optimierungen lassen sich ableiten

Dr. Barbara Bojack, Butzbach

[bbojack@web.de](mailto:bbojack@web.de)

### Corner Stone Lab

#### 1) **Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis – Das Beispiel der Strafanstalt Witzwil – Schweiz** Dr. med. Catherine Ritter

Die Forschungsarbeit dauerte zwei Jahre (2009-2010) und fand in der Strafanstalt Witzwil (Kanton Bern/Schweiz) statt (Zielgruppen: 140 Insassen im Vollzug und 120 MitarbeiterInnen).

Die Ziele der Forschung sind die Beantwortung folgender Fragen:

- Aktiv- und Passivrauchen : Wie kann man die Situation beschreiben?
- Welche Intervention kann man vorschlagen und durchführen?
- Welche Folgen ergeben sich aus den Veränderungen nach der Intervention: Vorher-Nachher-Untersuchung?

Die Methodologie für die Untersuchung umfasst: Interviews und Fragebogen für Insassen und MitarbeiterInnen; Luftmessungen.

Die Intervention wurde zusammen mit den Forschungsleiterinnen vorgeschlagen.

Die Resultate der erster Phase (Vorher Untersuchung) und die Interventionsvorschläge werden vorgestellt. Sie ermöglichen es, eine bessere Kenntnis über das Thema Rauchen im Gefängnis, im Kontext mit anderen Drogen, zu erhalten. Sie zeigen wie wesentlich es ist, dem Gesundheitspersonal mehr Handlungsalternativen zur Verfügung zu stellen, damit das Rauchen so wie andere Suchtkrankheiten behandelt wird: durch Prävention, Therapie und Schadensminderung.

Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse eines Forschungsprojektes vor, das durch den Tabakpräventionsfonds unterstützt worden ist: [http://www.bag.admin.ch/tabak\\_praevention/00879/00887/04812/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00879/00887/04812/index.html?lang=de)

#### Literatur:

Cropsey K, Eldridge G, Weaver M, Villalobos G, Stitzer M, Al Best, 2008, Smoking cessation interventions for female prisoners : adressing an urgent public health need, *Am J Public Health*, 98 (10), 1894-1901.

Hartwig C, Stöver H, Weilandt C, 2006, Report on tobacco smoking in prison, Final report Work Package 7, Drug Policy and harm reduction, Universität Bremen.

Richmond R, Butler T, Wilhelm K, Wodak A, Cunningham M, Anderson I, 2009, Tobacco in prisons: a focus group study, *Tobacco Control*, 18 : 176-182

**Dr. med. Catherine Ritter\***, Jean-François Etter\*\*, Corinne Wahl°, Jens Sommer°, Bernice Elger\*, Bern  
University Center of Legal Medicine of Geneva and Lausanne, Switzerland  
38 Ch du Vignoble, CP 8  
1232 Confignon/GE, Suisse  
Tél +41 22 757 31 12, Portable +41 79 704 29 66  
[info@catherineritter.ch](mailto:info@catherineritter.ch) [www.catherineritter.ch](http://www.catherineritter.ch)

Corner Stone Lab

### 2) **Kunsttherapie als ressourcenorientiertes Angebot im Strafvollzug** Dr. Kai Bammann

Kunsttherapie ist eine vergleichsweise neue Therapieform, die in den vergangenen Jahren jedoch mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hat. Dabei überschreitet sie die Grenzen einzelner Disziplinen und verbindet die verschiedenen Bereiche von Medizin, (Psycho-)Therapie, Sozialpädagogik und sozialer Arbeit durch künstlerische und kreative Mittel – Aspekte, die alle im Strafvollzug, bei Therapie, Behandlung und Resozialisierung eine Rolle spielen können. Kreative Angebote sind seit Jahrzehnten im Strafvollzug bekannt, oft als ehrenamtliche Kurse, zunehmend aber auch institutionalisiert im Rahmen von festen Planstellen für Kunsttherapeuten. Kunsttherapie setzt an den Fähigkeiten und Kompetenzen des Klienten an, eine wichtige Ausgangsposition insbesondere auch für Menschen im Strafvollzug. Hier bildet sie einen positiven Gegenansatz gegenüber dem bestehenden Defizitdenken, setzt an den Fähigkeiten der Gefangenen an, nicht an der kriminellen Lebensgeschichte. Hier kann man Kunsttherapie auch konkret als sozialarbeiterischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Beitrag im Kontext von Salutogenese, Resilienz und Empowerment ansehen. Der Beitrag baut auf Erfahrungen des Verfassers im Rahmen der 18-monatigen Tätigkeit in der Gruppe „kunst.voll“ im Jugendvollzug der JVA Bremen sowie umfangreichen weiteren Studien zum Thema auf. Es geht grundlegend um die Frage, was Kunsttherapie im Kontext Strafvollzug für den Gefangenen (und damit weiterdenkend auch für die Gesellschaft) leisten kann. Im Blickpunkt steht dabei vor allem die Arbeit an den persönlichen Ressourcen des Gefangenen – und Potentiale, die für die Zeit nach der Haftentlassung geweckt werden können.

Vorgestellt werden sollen die Punkte: was ist Kunsttherapie? Wo und wie wird sie angeboten? Welche Möglichkeiten bietet die Kunsttherapie im Strafvollzug – und hier im Kontext der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen.

Dr. Kai Bammann,  
Dipl.-Kunsttherapeut (FH), Dipl.-Kriminologe  
27404 Zeven; Querstraße 3  
Tel.: 04281 32 88, Fax: 04281 95 69 11, Mobil: 0177 79 76 918  
[kbammann@t-online.de](mailto:kbammann@t-online.de)

Corner Stone Lab

### 3) Risikominderung im Gefängnis: Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz

Dr. med. Hans Wolff

#### Hintergrund:

Schadensminderung ist wesentlicher Teil der Drogenpolitik und beinhaltet u.a. Opiatsubstitution und Spritzenaustauschprogramme, die im Gefängnis 1. effizient die Übertragung von Infektionskrankheiten verhindern, 2. die Sicherheit erhöhen (Spritze wird nicht als Waffe benutzt) und 3. weder zu einer Zunahme des Konsums noch der Injektion von Drogen oder Medikamenten führt. Im größten (und um 220% überbelegten) Gefängnis der Schweiz werden beide Maßnahmen seit Anfang der 90-er Jahre eingesetzt.

#### Ziel:

Die Präsentation diskutiert die Evidenz und Wirksamkeit verschiedener Schadensminderungs-Maßnahmen im Gefängnis. Darüber hinaus wird das Genfer Spritzenaustausch-Modell, einschließlich der Akzeptanz und Durchführbarkeit vorgestellt.

#### Methoden:

In Genf wurde ein Spritzenaustauschprogramm von Sucht-Spezialisten und Gefängnismedizinerinnen ausgearbeitet und von der Gefängnisverwaltung angenommen. Das Protokoll ermöglichte einen offiziellen Rahmen für den Spritzenaustausch und die Ausarbeitung geeigneter Ratschläge für drogenabhängige Häftlinge. Aus- und Rückgabe der Spritzen wurde seit dem Jahr 2000 beschrieben.

#### Ergebnisse:

Jedes Jahr wurden 169 bis 337 Spritzen für 24 bis 53 iv-Drogengebraucher verteilt. Die Rücklaufquote schwankte zwischen 58 und 83%. Das Programm wurde auch vom Gesundheitsteam und den Gefängnisbeamten akzeptiert. Wahrscheinlich entspricht es nicht in vollem Umfang den Bedürfnissen der Insassen, die Denunziation und negative Konsequenzen fürchten mögen, auch wenn die Gefängnisdirektion das Programm unterstützt und nach Spritzenausgabe keine Zellentwischung macht. Neben der Schadensminimierung selbst, fördert das Programm die Kommunikation zwischen allen beteiligten Partnern und vermindert gegenseitiges Misstrauen. Insgesamt ist es als erfolgreich zu beurteilen.

#### Fazit:

Spritzenaustauschprogramme sind machbar und sicher im Gefängnis, und werden gut akzeptiert durch das Personal und die iv-Drogengebraucher. Das Programm benötigt kontinuierliche Evaluierung, unter Einbeziehung aller Partner.

Der Zugang zu Maßnahmen zur Schadensminimierung sollte universell sein, in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Menschenrechte und daher in allen Gefängnissen eingesetzt werden.

Dr. med. Hans Wolff  
Abteilung für Gefängnismedizin, Universitätsklinik Genf, Schweiz  
(Médecin adjoint Unité de médecine pénitentiaire (UMP) Centre médical universitaire  
Av. de Champel 9  
1211 Genève 4  
Tel : +41 22 (37) 95 969 (direct 95 547), Fax : +41 22 (37) 95 985  
[Hans.Wolff@hcuge.ch](mailto:Hans.Wolff@hcuge.ch)

Corner Stone Lab

### 4) **Problematisches Glücksspiel unter Inhaftierten**

Dr. Heike Zurhold

Internationale Studien deuten darauf hin, dass Glücksspielprobleme unter Inhaftierten in relevantem Ausmaß vorkommen haben. Aus dem deutschsprachigen Raum gibt es zur Prävalenz von Glücksspielproblemen bei Gefangenen keine verlässlichen Daten, Beratungsstellen weisen jedoch auf das steigende Problem hin.

Ergebnisse einer multimethodischen Studie aus Hamburg werden vorgestellt. Im Rahmen der Studie werden folgende Module durchgeführt: ein Screening unter Neuzugängen in die Untersuchungshaft, eine Fragebogenerhebung unter potentiellen Problemspielern, qualitative Interviews mit problematischen Spielern unter den Inhaftierten sowie eine stichtagsbezogene Aktenanalyse aller Strafgefangenen in Hamburg. Die Verbreitung problematischen Glücksspiels sowie Problemkonstellationen einer Glücksspielproblematik unter Inhaftierten stehen im Mittelpunkt des Vortrags. Darüber hinaus sollen erste Ergebnisse zu einem möglichen Zusammenhang zwischen einem problematischen Glücksspiel, der Delinquenz und der Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe dargestellt werden.

**Dr. Heike Zurhold**, Katja Thane,  
ZIS Hamburg - Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
der Universität Hamburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
phone +49 (0)40 7410 57906, fax +49 (0)40 7410 58351  
[HZurhold@aol.com](mailto:HZurhold@aol.com)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

Corner Stone Lab

### 5) **Der aktuelle Stand der Substitutionstherapie und deren Umsetzung in Gefängnissen der Mitgliedstaaten des WHO Health in Prisons Project**

Tim Ellermann

Kurzdarstellung eines Berichts im Rahmen des Praxissemesters (Bachelor-Studiengang: Public Health/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen)

Die Verfügbarkeit illegaler Drogen und das Ausmaß ihres Gebrauchs unterscheiden sich stark in den Mitgliedsstaaten des „Health in Prisons Project“ (HIPP) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die einzelnen Länder stehen dabei mit ihren jeweiligen Sozial-, Rechts- und Gesundheitsversorgungssystemen ganz eigenen Drogenproblemen gegenüber, welche mit verschiedenen Ansätzen angegangen werden.

Die Substitutionstherapie stellt nachweislich die beste medizinische Behandlung der Opioidabhängigkeit dar. Die europaweite Implementierung dieser Therapie zeigt (insbesondere in Gefängnissen) jedoch auch einige Jahre nach der ersten Einführung bedeutende Ungleichgewichte zwischen den Mitgliedsstaaten des HIPP. Begründet sind diese meist durch restriktive Gesetzeslagen oder andere behindernde Maßnahmen (z.B. wie unzureichende Finanzierung, mangelnde Akzeptanz, etc.). Weitergehend lassen sich bei Betrachtung auf nationaler Ebene in einigen Ländern größere Mängel bei der Gleichverteilung von Gesundheitsleistungen in der Öffentlichkeit und Gefängnissen erkennen.

Ziel des Berichts ist es, mögliche Ansätze zur Verbesserung der Verfügbarkeit von Harm Reduction Maßnahmen in den Mitgliedsstaaten zu präsentieren. Bestehende Gegebenheiten können verglichen werden und möglicherweise als Vorbildfunktion agieren, um die Ungleichheit zwischen der Öffentlichkeit und den Gefängnissen in der Gesundheitsversorgung zu verringern.

Für die Erfassung der Informationen über den derzeitigen Status der Einführung der Substitutionstherapie in Gefängnissen wurde ein Fragebogen erstellt und an alle 39 Mitgliedsstaaten des HIPP gesendet. Die Items beinhalteten generelle Fragen wie das Vorhandensein von Vorgaben für Substitutionstherapie bis hin zu dem derzeitigen Standpunkt der Umsetzung in Öffentlichkeit und Gefängnissen.

25 Mitgliedsstaaten antworteten mit ausgefüllten Fragebögen, welche einige Tendenzen bezüglich vorhandener Mängel in der Anwendung erkennen ließen.

19 dieser Staaten geben vorhandene Standards für die Substitutionstherapie in Gefängnissen an, wobei Methadon das meistverwendete Medikament ist.

Während die meisten zentral- und westeuropäischen Staaten die Substitutionsvergabe im überwiegenden Teil der Gefängnisse bereits umgesetzt haben, sind im osteuropäischen Raum eher größere Mängel in der Umsetzung zu finden.

14 der HIPP Mitgliedstaaten gaben an, dass die WHO für die Entwicklung besserer Therapie-Standards einen bedeutenden Beitrag leisten kann. Die beschriebenen zu verbessernden Lagen in den Ländern zeigen hierbei teils Überschneidungen, was einen möglichen Ansatzpunkt für weitere Handlungsmaßnahmen darstellen könnte.

Tim Ellermann  
Universität Bremen Public Health/Gesundheitswissenschaften  
[Tim.ellermann@gmx.de](mailto:Tim.ellermann@gmx.de)

### 6) **Physiotherapie in Haft**

Wilfried Zahn

Seit Juni 2008 ist in der JVA Detmold ein Physiotherapeut beschäftigt, der zuvor arbeitslos geworden war, weil seine Klinik dicht machte. Das Arbeitsverhältnis war zunächst befristet und konnte mittlerweile in eine feste Stelle umgewandelt werden. Entgegen der anfänglich auch von externer Stelle vielseitig geäußerten Skepsis hat sich der Einsatz des Physiotherapeuten inzwischen zu einem Erfolgsmodell entwickelt, dessen Arbeitsergebnisse für jeden sichtbar sind und daher richtungweisend sein können. Dieser Erfolg ist allerdings nicht nur der hiesigen Konzeption über den Einsatz des Physiotherapeuten zu verdanken, sondern im Wesentlichen auch der besonderen Fachkompetenz, der hohen Arbeitsmotivation und der freundlich zugewandten Art des Therapeuten.

Der Physiotherapeut wird mit etwa der Hälfte seiner Arbeitskraft im Bereich der Gesundheitsförderung für das Personal und mit der anderen Hälfte im Bereich der medizinisch verordneten physiotherapeutischen Behandlung und der bewegungs-therapeutischen Gruppenmaßnahmen bei Gefangenen eingesetzt. Besonders die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennen an, dass hier ein Angebot eingerichtet worden ist, das Pilotcharakter hat und ihnen unmittelbar zugutekommt. Seit Beginn des Einsatzes konnte der ohnehin geringe Krankenstand beim hiesigen Personal weiter reduziert werden, so dass die JVA Detmold beim Krankenstand im Vergleich mit anderen Justizvollzugsanstalten in NRW einen Spitzenplatz einnimmt.

Der Einsatz des Physiotherapeuten entlastet den Haushalt außerdem in Höhe von ca. 5000,00 € jährlich, weil die entsprechenden Maßnahmen nicht mehr extern eingekauft werden müssen.

Aufgrund der hervorragenden Resonanz auf die Angebote auch von Seiten der Gefangenen, wird zurzeit geprüft, ob die bereits für die Lebensälteren–Abteilung und die Sozialtherapie bestehenden Gruppenangebote erweitert werden können.

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

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

Wilfried Zahn  
Diplom-Psychologe / Oberregierungsrat  
Justizvollzugsanstalt Detmold  
Bielefelder Straße 78 32756 Detmold  
Fon 05231 614-171 Fax 05231 614-190  
[wilfried.zahn@jva-detmold.nrw.de](mailto:wilfried.zahn@jva-detmold.nrw.de) [www.jva-detmold.nrw.de](http://www.jva-detmold.nrw.de)

Corner Stone Lab

### 7) **Raumnutzungsoptimierung einer Justizanstalt** Mag. Dr. Andrea Seelich

„Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern“

Seit Dezember 2008 läuft in der Justizanstalt Stein das Projekt Raumnutzungsoptimierung. Die Justizanstalt Stein für rd. 900 männliche Insassen besteht aus einer Hauptanstalt und drei Außenstellen und ist somit die größte Justizanstalt Österreichs. Die Hauptanstalt wurde in einem 1850 übernommenen Kloster, das seit dem stetig um- und zugebaut wurde angesiedelt. Auf Grund des chronischen Geldmangels, sowie fehlender Gesamtkonzepte entstand im Laufe der letzten 160 Jahre ein "Fleckerlteppich" an Abteilungen, Betrieben, Lagerräumlichkeiten etc. die in Teilbereichen sicherlich suboptimal genutzte Räume hervorbrachten. Die Justizanstalt befindet sich mittlerweile in einem bebauten Stadtgebiet und ist deshalb nicht baulich erweiterbar. Die einzige Möglichkeit besteht in der Hinterfragung der aktuellen baulichen Lösungen, der Anordnung der Funktionen und deren Abläufen im Alltag.

Um einem zeitgemäßen Strafvollzug (für Insassen und Personal!) nachkommen zu können wurde eine große Analyse der gesamten Anstalt, der einzelnen Bereiche und deren Wechselwirkungen angelegt. Die laufenden Sanierungsvorhaben wurden eingebunden. Das Personal wurde befragt und in die Planung eingebunden. Es wurde nicht nur die Baugeschichte, sondern auch die aktuellen Tendenzen des Strafvollzuges ermittelt und deren Umsetzung in den vorhandenen baulichen Gegebenheiten. Die Folge sind zahlreiche Umsiedlungen aber auch die Ermittlung der vorhandenen Ressourcen und deren Förderung durch außenstehende Organisationen (z.B. Bundesdenkmalamt). Die ersten Ergebnisse ergaben bereits nicht nur eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, sondern auch deutliche wirtschaftliche Einsparungen.

Dieses Projekt trifft die von Ihnen angeführten Bereiche:

- \_ Neue Strafvollzugsgesetzgebung (die notwendigen baulichen Auswirkungen)
- \_ Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten
- \_ Stress, Belastungen, Fehltagentwicklung, Arbeitsschutz und Unfallverhütung

Die Präsentation wäre sowohl in 20 Minuten wie auch in einem längeren Abschnitt möglich, und mit zahlreichen Bildern belegt.

Mag. Dr. Andrea Seelich,  
Architektin - Schwerpunkt Strafvollzug  
Handbuch Strafvollzugsarchitektur - Parameter zeitgemäßer Gefängnisplanung; Springer Verlag 2009  
A- Wien  
[a.seelich@gmx.at](mailto:a.seelich@gmx.at)

Corner Stone Lab

### 8) TBC Screening in Untersuchungshaft: Was ist wirklich notwendig, was sollten wir tun?

Dr. med. Tina Huber-Gieseke

**Einführung:** Tuberkulose zählt zu den wichtigen Gesundheitsproblemen im Gefängnis. Die WHO empfiehlt ein systematisches TBC Screening in Haft, um die steigende Rate von multiresistenter (MDR-) TBC einzugrenzen. In der Schweiz ist die TBC Inzidenz (29/100000) niedrig und nur bei manchen Migrationsgruppen wird TBC-rate systematisch erfasst. In der Genfer U-Haft ermittelt eine Pflegekraft in den ersten 12 Stunden anhand eines standardisierten Fragebogens allgemeine TBC Symptome, individuelle TBC Vorgeschichte, mögliche Übertragung durch bereits Infizierte, wie auch Herkunft der Insassen. Dieses anamnestische Screening ist in eine umfassende medizinische Erstuntersuchung integriert. Bei TBC Verdacht wird der Häftling im Krankenhaus isoliert und weitergehend untersucht. Trotz dieses engmaschigen Screenings wurden 2009 zwei Fälle von TBC erst nach Wochen festgestellt, was bei 22 Häftlingen weitere Untersuchungen nach sich zog. Seitdem haben wir entschieden, das TBC-Screening zu verbessern.

**Projekt:** Wegen der kurzen Aufenthaltsdauer der Untersuchung-Häftlinge (30% bleiben ca.1 Woche), ist frühes TBC Screening essentiell. Wir verwenden ein 2-Stufen -TBC Screening: jeder Häftling wird innerhalb der ersten 12 Stunden mittels eines Symptom-orientierten Fragebogens erfasst, und nur bei Häftlingen mit hoher endemischer TBC oder MDR-TBC Rate wird zusätzlich ein Thorax Röntgen durchgeführt. Mit dieser selektiven Methode versuchen wir das Screening zu verbessern und TBC-verdächtige Häftlinge entsprechend zu behandeln.

**Zusammenfassung:** TBC- Screening im Gefängnis sollte die hohe TBC-Inzidenzrate des Herkunftslandes der Häftlinge berücksichtigen. Wir schlagen ein 2-Stufen-TBC Screening vor, spezifischer als nur ein Symptom-orientierter Fragebogen und wirtschaftlicher als systematisches Thorax-Röntgen bei jedem Häftling.

**Dr.med.Tina Huber-Gieseke**,  
Dr.med. M.-C Kramer<sup>o</sup>, Dr.med. H.Wolff<sup>o</sup>,  
Abteilung für Gefängnismedizin, Universitätsklinik Genf, Schweiz  
[oltihuber@bluewin.ch](mailto:oltihuber@bluewin.ch)

Corner Stone Lab

### 9) Reisefähigkeit und Haft

Dr. jur. Christine Graebisch,

Sogenannte Reiseunfähigkeit kann bei von Abschiebung bedrohten Gefangenen einer Ausreise entgegenstehen. In der Praxis beruht dies häufig auf psychiatrischen Befunden, oft einer PTBS. Außerhalb der Haft wird ein solcher Befund meistens vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten attestiert, woran sich dann eventuell noch eine amtsärztliche Begutachtung anschließt.

In der Haft entfällt die Möglichkeit, den Arzt des Vertrauens (sofern dies nicht der Anstaltsarzt ist) aufzusuchen. Zwar gibt es in Bremen, wo Abschiebungshaft außerhalb von Justizvollzugsanstalten vollzogen wird, Rechtsprechung, die dem Vertrauensarzt ein Besuchsrecht einräumt, gerade weil der Gefangene sonst keinen Zugang zu einer aus seiner Sicht unabhängigen ersten ärztlichen Stellungnahme über seine Reisefähigkeit hat. In Fällen von Abschiebungshaft innerhalb einer JVA sowie bei Strafhaft entfällt aber regelmäßig auch diese Möglichkeit, die für Gefangene allerdings ohnehin in der Regel nicht finanzierbar ist. Anstaltsärzte und konziliarisch tätige Psychiater, die über keine spezielle Ausbildung betreffend Reisefähigkeit verfügen, setzen diese häufig mit Transportfähigkeit bzw. Reiseflugtauglichkeit gleich, was ihnen durch einen eventuell vorhandenen Fragenkatalog der Ausländerbehörde auch nahe gelegt wird. Diese verkürzte Betrachtungsweise führt in der Praxis in vielen Fällen dazu, diese zu bejahen, auch wenn sie bei kunstgerechter Betrachtung nicht gegeben wäre. Trotz eines entgegenstehenden Beschlusses des 107. Deutschen Ärztetages im Jahre 2004 ist dies noch immer weit verbreitet. Der Gefangene hat dann keinen Zugang zu einer amtsärztlichen Untersuchung (und wird abgeschoben).

Es ist Fortbildung von Anstaltsärzten zum Thema der ausländerrechtlichen Reise(un)fähigkeit notwendig, die sich etwa an den vorbildlichen Grundsätzen des Gesundheitsamts Bremen orientieren kann. Außerdem ist ein Diskussionsprozess darüber in Gang zu bringen, wie im Falle von Haft eine erste ärztliche Einschätzung durch einen Arzt, dem der Gefangene vertraut, erreicht werden kann.

Bei Interesse an einem von mir (Rechtsanwältin, Schwerpunkt im Ausländerrecht sowie Freiheitsentziehungs- und Strafvollzugsrecht) angebotenen Beitrag (wohl: Arbeitsgruppe) zum dargestellten Thema sollte dieser m.E. zusammen mit einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt werden. Ich könnte auch jemand dafür vorschlagen, wenn gewünscht.

Dr. jur. Christine M. Graebisch  
Universität Bremen  
Kanzlei: Gerhard-Rohlf's-Str. 71  
28757 Bremen  
Tel.: 0421/662742, Fax: 0421/6204396  
[graebisch@uni-bremen.de](mailto:graebisch@uni-bremen.de)

Corner Stone Lab

### 11) **Maßregelvollzug – ein Modell**

Dr. Dr. med. Helmut Niederhofer,

Lt. §20 und 21 ist bei straffällig gewordene Personen im Verdachtsfall die erheblich eingeschränkte oder vollends aufgehobene Schuldfähigkeit zu begutachten. Ist die Straftat erheblich und die Schuldfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung (tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder sonstige seelische Abartigkeit) erheblich eingeschränkt oder ganz aufgehoben, so ist der Verurteilte zwecks Besserung und Therapie in einem psychiatrischen Krankenhaus (MRV) unterzubringen.

In dieser Einrichtung müssen Sicherung und Therapie in Einklang gebracht werden. Das vorgestellte Konzept charakterisiert therapeutische Konzepte und involvierte Professionisten. Anschließend wird detailliert auf den Therapieablauf (Lockerungsmanagement) eingegangen.

Dr. Dr. med. Helmut Niederhofer,  
FA für Psychiatrie/Neurologie/Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Chefarzt  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie  
Bahnhofstraße  
D-08228 Rodewisch  
[Helmut.Niederhofer@skhro.sms.sachsen.de](mailto:Helmut.Niederhofer@skhro.sms.sachsen.de)

Freitag, 17.09.2010

### Vorträge

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

Prof. Dr. Bernice Elger

Die Schweigepflicht ist eines der wichtigsten Handlungsgebote für medizinisches Personal und findet sich schon im Eid des Hippokrates. Der Schutz sensibler Information ist ein Menschenrecht (Europäischen Menschenrechtskonvention Art. 8). Ausserdem ist die Schweigepflicht für die öffentliche Gesundheit von grosser Bedeutung: PatientInnen müssen darauf vertrauen können, dass Information über stigmatisierende Krankheiten nicht publik gemacht wird. Nur so werden sie einen Arzt aufsuchen und sich behandeln lassen, und damit können weitere Ansteckungen vermieden werden.

In Strafanstalten ist medizinisches Personal weltweit besonderem Druck bezüglich der Vertraulichkeit ausgesetzt. Die Schweigepflicht betrifft verschiedene Aspekte: Krankendaten, Risiken nach der Entlassung, nicht aufgedeckte frühere Verbrechen, Gewalt oder sexuelle und andere Ausbeutung im Gefängnis, und auch Information über Misshandlung anderer Gefangener (2009 ein Fall in Deutschland). Die besonderen Gegebenheiten der Haft beeinflussen den Umgang mit der Schweigepflicht erheblich: das Fehlen von Vertraulichkeit in Haftanstalten aus Überwachungs- oder Sicherheitsgründen, das Problem doppelter Loyalität für medizinisches Personal, das einerseits der Schweigepflicht unterliegt, aber andererseits auch die Sicherheitsbestimmungen des Haftrahmens respektieren muss, und nicht zuletzt die Tatsache, dass in vielen Haftanstalten Aufsichtspersonal auch bei der medizinischen Versorgung wichtige Aufgaben übernimmt, wie den Transport in die HIV-Spezialklinik oder zum Psychiater oder das Verteilen von Medikamenten. Besonders bei psychiatrischen Patienten kann das Rechtssystem direkt oder indirekt Druck auf medizinisches Personal ausüben, wenn es darum geht, medizinische Einzelheiten über die Gefährlichkeit einer inhaftierten Person zu erfahren, die über Entlassung oder Verwahrung entscheiden können. Es ist bisher weitgehend ungeklärt, wie medizinisches Personal konkret mit dem Zwiespalt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und institutionellem Druck bzw. dem Schutz öffentlicher Interessen umgehen soll. Der Vortrag gibt praktische Tips anhand von Fallbeispielen und stellt Ergebnisse zweier Studien zu diesem Thema dar, die 2009 in der Schweiz finanziert von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften und dem FMH durchgeführt wurden.

Prof.Dr.Bernice Elger  
Médecine légale CMU  
9, av. de Champel  
CH - 1211 Genève 4  
[Bernice.Elger@hcuge.ch](mailto:Bernice.Elger@hcuge.ch)

### Vorträge

#### Der Gesundheitsbericht im baden-württembergischen Strafvollzug (2008)

Dr. Karin M. Meissner

Für das Jahr 2008 wurde erstmalig für den baden-württembergischen Strafvollzug – basierend auf der Indikatorenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - ein **Gesundheitsbericht** für die Gefangenen aller Vollzugsanstalten erstellt. Hierin sind Daten zu stoffgebundenen **Abhängigkeitserkrankungen** mit legalen und illegalen Suchtmitteln ebenso enthalten wie Daten zu ausgewählten **Infektionskrankheiten** wie Tuberkulose, Hepatitis und HIV-Infektion sowie Daten zu **psychischen Erkrankungen**.

Bei einer Gesamtzahl am Stichtag (31.03.2008) von 8013 Gefangenen in Baden-Württemberg waren nur 408 weiblichen Geschlechts (entsprechend 5 %). Die insgesamt im Jahr 2008 in Haft befindliche Gefangenenanzahl betrug 17305, darunter 10053 Neuzugänge. In den Anstalten sind 28 ÄrztInnen für die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen zuständig, im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg 16 ÄrztInnen.

Im Rahmen der **ärztlichen Aufnahmeuntersuchung** fanden sich in 82% der Fälle Raucher, in 39 % der Fälle Cannabis- bzw. Marihuana-Konsum, in 23 % der Fälle Opiatabhängigkeit sowie in 14 % der Fälle Alkoholabhängigkeit.

Als **Drogenbehandlung** wird als häufigste Form die medikamentengestützte Kurzentgiftung angeboten in 2060 Fällen, eine Substitutionsbehandlung erfolgt in 842 Fällen. Diese wird meist begleitet von psychosozialen Interventionen. Informationsmaterial zur Vorbeugung drogenbedingter Schäden und Infektionskrankheiten steht in den meisten Anstalten zur Verfügung. Außer zur akuten Entgiftung werden Substitutionsbehandlungen vor allem angeboten für Gefangene, die sich vor der Inhaftierung in einem Substitutionsprogramm befunden haben.

Unter den **Infektionskrankheiten** fielen insbesondere Hepatitis C als noch nicht vorher bekannte Infektion mit 104 Fällen im Bezugsjahr auf und Hepatitis B mit 62 Fällen. Insgesamt wurden in 964 Fällen positive Hepatitis C-Marker bei den Gefangenen gefunden (Bezugsmonat März 2008), in 82 % der Fälle wurde gleichzeitig ein intravenöser Drogenkonsum angegeben. Eine positive Angabe zu intravenösem Drogenkonsum machten insgesamt 1238 Gefangene am Stichtag (entsprechend ca. 15 %). Unter den Gefangenen waren am Stichtag 93 HIV-Fälle (ca. 1%). **Psychische Störungen** wurden kumulativ für das Jahr mit einer Anzahl von 2567 festgestellt.

Dr. Karin M. Meissner,  
Medizinalreferentin und Anstaltsärztin  
JVA Bruchsal ASt. Kislau  
JVA Bruchsal ASt. Kislau  
Telefon 07253 9594 300, Telefax 07253 9594 730  
[Karin.Meissner@jvabruchsal.justiz.bwl.de](mailto:Karin.Meissner@jvabruchsal.justiz.bwl.de)

### Vorträge

#### **Organisationsformen medizinische Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern**

Prof. Dr. Heino Stöver

Die gesundheitliche Versorgung Gefangener liegt in den meisten Ländern Europas in der Verantwortung der Justizministerien. Hier ist ein Parallelsystem zur Gesundheitsversorgung in Freiheit entwickelt worden. Lediglich in einigen Ländern des Europarats erfolgt dies entweder über die Innen-, oder, über die Gesundheitsministerien – in einigen Ländern liegt dies in der Zuständigkeit federführender Behörden der Regionen (z.B. Justizministerien/-behörden der Bundesländer, Kantone) oder der Haftanstalten selbst. Im Beitrag wird einerseits eine detaillierte Übersicht über die heterogenen Versorgungsstrukturen sowohl in einzelnen Ländern (z.B. Schweiz), als auch in Gesamteuropa gegeben, und andererseits die Vor- und Nachteile verschiedener Versorgungsmodelle diskutiert, v.a. in Hinblick auf

- Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes
- Fachliche Aufsichtsstrukturen
- Qualität der Behandlung,
- Verschränkung mit Gemeindegesundheitsdiensten
- Gleichwertigkeit der Gesundheitsfürsorge.

Insbesondere erfolgt eine detaillierte Betrachtung der Erfahrungen mit den Übergängen der Verantwortungspolitiken, z.B. vom Justiz- zum Gesundheitsministerium (England/Wales, Spanien): Welche Erfahrungen sind gemacht, wie sind Probleme überwunden, und welche Evaluationen sind durchgeführt worden?

Schließlich wird diskutiert, wie die internationalen Forderungen nach gemeindenaher Ausrichtung und medizinischer Unabhängigkeit der gesundheitlichen Versorgung Gefangener (z.B. WHO Moscow Declaration 2003, CPT-Standards 2004, Europäische Strafvollzugsgrundsätze 2006,) wirksam umgesetzt werden können, um eine vielfach beschriebene gesundheitliche Ungleichheit bzw. Ungleichbehandlung Gefangener zu vermeiden.

Prof. Dr. Heino Stöver  
Fachhochschule Frankfurt, Fachber. 4, Soziale Arbeit und Gesundheit  
Gebäude 2, Nibelungenplatz 1  
D - 60318 Frankfurt  
Tel.: +49 69/1533-2823, mobil: 0162 133 4533  
[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)

### Arbeitsgruppen

AG1 **Wirklichkeiten des Sozialrechts für Inhaftierte und Haftentlassene  
(Sicherung der Unterkunft während der Haft und nach der Haft, Schutz bei  
Krankheit, Sicherung des Lebensunterhalts)**

Dr. Manfred Hammel, Caritasverband für Stuttgart e. V.  
Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dr. Manfred Hammel  
Caritasverband für Stuttgart e. V.  
Strombergstrasse 11; 70188 Stuttgart  
Telefon: 0711 / 2809 – 2021, Telefax: 0711 / 2809 - 2411  
[m.hammel@caritas-stuttgart.de](mailto:m.hammel@caritas-stuttgart.de)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

### Arbeitsgruppen

#### AG2 Infektionsprophylaxe in Haft:

**Förderung des Gesundheitsbewußtseins von Inhaftierten;  
Der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen in der HIV / Hepatitis - Prävention im Strafvollzug**  
AG Aids & Haft in Bayern, Ute Häusler-Jitoboh, Augsburg +  
Rüdiger Wächter, Landesarbeitskreis Drogen/Haft der AIDS-Hilfe NRW e.V.,  
Indra Kraft, AIDS-Hilfe e.V. Unna

#### **Modellprojekt-Gesundheitswochen in Haft: Förderung des Gesundheitsbewußtseins von Inhaftierten durch Informationsveranstaltungen mit einem freiwilligen Hepatitis-B-Impfangebot**

##### Projektidee

Das Thema HIV und Hepatitis erneut in die JVA transportieren und damit das Gesundheitsbewusstsein Inhaftierter stärken und fördern. Die Nachhaltigkeit der Präventionsbotschaften wird durch ein freiwilliges und kostenloses Hep.B Impfangebot herbeigeführt.

##### Zielgruppe

Der Anteil an DrogengebraucherInnen schwankt, je nach Haftanstalt, zwischen 30%-50% der Inhaftierten. 60–80% der intravenös Drogen Konsumierenden haben eine chronische Hep. C (RKI, *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, Berlin 2008*), 50–60% haben eine Hep. B durchgemacht (davon sind 3–5% chronisch infiziert) (RKI, *Epidemiologisches Bulletin, Nr. 2/16. Januar 2004*) Nicht nur der fortgesetzte Drogenkonsum, auch Risiken wie Tätowieren und Piercen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen, Sex und generell mangelnde Hygiene fördern die Verbreitung dieser Infektionskrankheiten.

HIV- und Hepatitisprävention stehen in engem Zusammenhang. Die Übertragungswege ähneln sich. Eine Coinfektion kann den Krankheitsverlauf deutlich beschleunigen. Ebenso besteht für Hepatitisinfizierte ein deutlich höheres HIV-Infektionsrisiko.

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

##### Zielsetzung (alle Ziele sollen auch über die Haftzeit hinaus Gültigkeit haben)

- ✓ Infektionen verhindern
- ✓ Gefängnispersonal, Gefangene und deren Angehörige sowie mittelbar auch die Gesellschaft vor Hepatitis B und D schützen
- ✓ Chronische und behandlungsbedürftige Hepatitis B und Folgen wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs vermeiden
- ✓ Komplikationen durch Mehrfachinfektionen (insbesondere bei zugrunde liegender Hepatitis C!) reduzieren
- ✓ Erreichen einer Steigerung der Durchimpfungsrate
- ✓ Abbau von Ängsten und Erhöhung des Risikobewusstseins durch verbesserte Aufklärung
- ✓ Endstigmatisierung
- ✓ Umsetzung der rechtlichen Vorgaben und Empfehlungen (RKI, *Epidemiologisches Bulletin, Nr. 30, 25. Juli 2008*)
- ✓ Kostenreduktion (Präventivmedizin zur Kostensenkung)

##### Ablauf des Modellprojektes

- ✓ Kontaktaufnahme und Vorstellung der Projektidee
- ✓ Informations- und Präventionsveranstaltungen für das Vollzugspersonal, damit sie gegenüber den Gefangenen auch als Multiplikatoren und gegebenenfalls als Befürworter des Projektes fungieren können.
- ✓ Durchführung und Organisation von Informations- und Präventionsveranstaltungen für Häftlinge (max. 20 Personen)
- ✓ Zeitnahes Angebot des Medizinischen Dienstes/ des örtlichen Gesundheitsamtes zur freiwilligen Hepatitis B-Impfung
- ✓ Evaluation und Veröffentlichung der Ergebnisse

AG Aids & Haft in Bayern, Ute Häusler-Jitoboh, Augsburg, [ute@augzburg.aidshilfe.de](mailto:ute@augzburg.aidshilfe.de)  
Martin Jautz, Münchner Aids-Hilfe e.V., [martin.jautz@muenchner-aidshilfe.de](mailto:martin.jautz@muenchner-aidshilfe.de)  
Lindwurmstr. 71-73, 80337 München  
fon +49 89 54 333-113, fax +49 89 54 333-111

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

### Arbeitsgruppen

#### AG2            Der partizipative Ansatz der AIDS-Hilfen in der HIV / Hepatitis - Prävention im Strafvollzug

Workshop zur konzeptionellen Planung, Ideensammlung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Veranstaltungen in Haft.

Die AIDS-Hilfen sind gemeinnützige Vereine, die im Feld der Gesundheitsförderung tätig sind. Wesentlicher Arbeitsauftrag ist die zielgruppenspezifische AIDS-Prävention.

In den Justizvollzugsanstalten (JVA) wird dieser Arbeitsauftrag, den Gegebenheiten angepasst, umgesetzt. Ziele unserer Arbeit sind hier Verminderung / Verhinderung von Neuinfektionen mit HIV bzw. Hepatitiden bei Menschen in JVA, psychosoziale Stabilisierung und Gesunderhaltung durch Maßnahmen zur Verzögerung der HIV-Krankheitsprogression sowie Prophylaxe von Begleiterkrankungen oder Co-Infektionen HIV-positiver Menschen (Sekundärprävention) und die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Haftanstalten im Rahmen der Infektionsprophylaxe zu den relevanten Themenfeldern. Wichtig für diese Arbeit sind u.a. verschiedene interministerielle Erlasse und Richtlinien zur Betreuung drogenabhängiger Gefangener in Justizvollzugsanstalten und Zusammenarbeit mit außervollzuglichen Institutionen.

Im Workshop werden anhand langjähriger Projekterfahrungen folgende Themengebiete bearbeitet werden können:

- Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Veranstaltungen von externen Organisationen in Haftanstalten. Stichworte: Rahmenbedingungen, Ansprechpartner bzw. Kooperationspartner in der Haftanstalt, Sicherheitsaspekte, Bewerbung, Teilnehmerzahl.
- "Sprechenden Menschen kann geholfen werden": Umgang mit sensiblen Themen im Strafvollzug (Konsum in Haft, Sexualität, Gewalt)
- Beispiele spezieller Veranstaltungen für JustizvollzugsanwärterInnen / Bedienstete sowie inhaftierte Frauen / Männer (Ablauf einer Veranstaltung, konkrete Beispiele von Präventionsveranstaltungen zu Hepatitiden für Inhaftierte, Personalprophylaxe für Justizvollzugsbedienstete).
- Vorstellung von Methoden, die sich im Bereich Strafvollzug bewährt haben.
- Erarbeitung eigener Präventionsaktionen in Kleingruppen, (Zielgruppenklärung, zeitlicher Rahmen, Absprache mit dem Strafvollzug, Werbung, Einbindung von Kooperationspartnern, Methodenauswahl, Umsetzung, Nachbesprechung).

Dipl. Sozialarbeiterin Indra Kraft, Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Unna e.V.  
Zuständig für das Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg sowie der Justizvollzugsanstalt Schwerte.

Dipl. Sozialpädagogin Rüdiger Wächter, Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Duisburg / Kreis Wesel e.V.  
Zuständig für die Untersuchungshaftanstalt Duisburg Hamborn sowie deren Zweiganstalten (für Männer und für Frauen).  
[info@aidshilfe-duisburg-kreis-wesel.de](mailto:info@aidshilfe-duisburg-kreis-wesel.de)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

#### AG3 **Schadensminderung: Wer ist dafür im Gefängnis verantwortlich und wie wird sie praktisch umgesetzt?**

Karen Klaue, Projektleiterin Bundesamt für Gesundheit  
Dr. med. Catherine Ritter, Fachberaterin Projekt BIG, Genf

Nach einer kurzen Erläuterung zum Konzept Schadensminderung, stellen wir ein innovatives Rollenspiel vor. Es geht um eine interdisziplinäre Verhandlung einer erlebten Situation im Gefängnis. Die TeilnehmerInnen werden in zwei Gruppen unterteilt. Die eine vertritt das Vollzugspersonal (Direktion und VollzugsmitarbeiterInnen) und die andere das Gesundheitspersonal. Es handelt sich um gehäuft aufgetretene Hepatitis C - Übertragungen in der Gruppe intravenös konsumierender Drogenabhängiger (IDU), für die konkrete Maßnahmen getroffen werden müssen. Anhand der Diskussion und die zu erarbeitende Lösung stehen Empfehlungen, die im Rahmen des schweizerischen Projektes „BIG – **B**ekämpfung von **I**nfectionskrankheiten im **G**efängnis“ vom Bundesamt für Gesundheit entwickelt wurden, zur Verfügung.

Die Wege die von verschiedenen Perspektiven (Sicherheit und Gesundheit) aus zum Thema Schadensminderung zu einem Konsens führen können werden gemeinsam reflektiert und analysiert.

Karen Klaue,  
Projektleiterin Bundesamt für Gesundheit, Genf

Dr. med. Catherine Ritter,  
Fachberaterin Projekt BIG, Genf

### Arbeitsgruppen

AG4

#### **Gesundheitsförderung für Bedienstete im Strafvollzug:**

„Coaching als Unterstützung für Leiterinnen und Leiter von Justizanstalten“

Oberst Georg Klugsberger

Zunehmend steigende Anforderungen, die in den letzten Jahren an das gesamte Strafvollzugspersonal gestellt werden, lassen insbesondere im Leitungsbereich den Bedarf an verstärkter Unterstützung durch Dienstbehörde, diverse andere Stellen und Personen vermuten. In dieser Arbeit wurde untersucht, wie hoch die Arbeitszufriedenheit bei den Leiterinnen und Leitern von Justizanstalten ist und welche Unterstützungsformen bis jetzt gewährt wurden. Ein vermehrter Unterstützungsbedarf wurde insbesondere mit dem Fokus auf Coaching als geeignete Unterstützungsform hinterfragt. Zusammenfassend konnte als Ergebnis der Befragung eine weitgehend überdurchschnittliche Arbeitszufriedenheit bei den Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleitern festgestellt werden.

Daneben konnte aber auch bei Angaben von mangelnder Arbeitszufriedenheit ein Zusammenhang mit fehlend empfundener Unterstützung nachgewiesen werden. Neben vielfältigen Vorschlägen für künftige Unterstützungsgestaltung wurde Coaching als sehr gut geeignete Maßnahme insbesondere zur persönlichen Unterstützung, aber auch zur Unterstützung von Leitungsteams eingeschätzt.

#### **Schlussfolgerung und Handlungsempfehlung**

Die befragten Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter haben mit einer hohen Antwortrate (86,7% bzw. n = 52 von 60) und großem Engagement zu erkennen gegeben, dass ihnen ihre Tätigkeit am Herzen liegt, und Verbesserungsvorschläge in zahlreicher und verschiedenster Form bezüglich möglicher Unterstützungsformen unterbreitet. Da der Vollzugsdirektion als Dienstbehörde 1. Instanz die meisten Möglichkeiten zugeschrieben wurden, Verbesserungen herbeizuführen (33 von 52 Befragten) und Vorschläge zu beeinflussen bzw. zu realisieren (27 Befragte), möchte ich nachfolgend eine zusammenfassende Handlungsempfehlung formulieren. Diese könnte – unter Einplanung budgetärer wie auch sonstiger Ressourcen – als Diskussions- bzw. als Arbeitsgrundlage weiter Verwendung finden.

Vorgeschlagene Unterstützungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Anzahl der Nennungen:

Einführung der Möglichkeit von

o Einzelcoaching (bei Bedarf) – 42 Befragte

o Team-Coaching (bei Bedarf) – 33 Befragte

Als Coachs sollten entweder erfahrene Personen, die keinen Bezug zum Strafvollzug haben oder solche, die den Strafvollzug kennen – jedoch nicht aus der eigenen Anstalt stammen – eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang wird die Ausbildung interner Coachs für einen „Coachingpool“ vorgeschlagen, aus dem der Bedarf der Anstalten weit gehend gedeckt werden kann. Die Einsatz eines Coachs dürften in diesem Fall verständlicherweise nicht (bzw. nur in Ausnahmefällen und auf ausdrücklichen Wunsch des Coachees) in der eigenen Anstalt erfolgen. Eine derartige Ausbildung könnte z. B. von der Leitung der Strafvollzugsakademie in Zusammenarbeit mit der Universität

Wien bzw. privaten approbierten Bildungsinstituten erarbeitet werden.

Mittel- und langfristig gesehen, scheint mir das eine sinnvolle und ökonomische Lösungsvariante im Hinblick auf den wünschenswerten Aufbau eines Einzel- und Gruppenberatungspools insbesondere für den Leitungsbereich der Justizanstalten zu sein.

o diverse Vorschläge über sonstige Beratungsformen, Seminare, Erfahrungsaustausch,

Treffen und Besprechungen unterschiedlichster Art und Zusammensetzung

– eine vollzählige oder auch nur repräsentative Aufzählung würde diesen Rahmen sprengen. Dieser Punkt könnte ein Thema für eine Arbeitsgruppe sein, die die derzeitigen Besprechungsstrukturen und das Seminarangebot für die Leiterinnen und Leiter durchforstet und unter Zuhilfenahme dieses Untersuchungsergebnisses überarbeitet.

Dieser Handlungsvorschlag stellt lediglich einen Auszug der unterbreiteten Vorschläge der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter dar und kann bei Bedarf jederzeit ergänzt bzw. präzisiert werden.

Das Angebot der vorgeschlagenen Beratungsformen auf die Stellvertreterinnen und Stellvertreter der Leiterinnen und Leiter der Justizanstalten auszudehnen scheint insofern sinnvoll, als es sich hierbei um Bedienstete handelt, die in der Regel auch (zumindest zeitweise) Leitungsaufgaben wahrnehmen. Meist rekrutieren aus diesem Kreis der leitenden Beamten auch die künftigen Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter.

Oberst Georg Klugsberger, MSc,  
Leiter der Justizanstalt Feldkirch  
Graf-Hugo-Wuhrgang 2, A-6803 Feldkirch  
Mobiltel.: 0676 8989 79303  
[georg.klugsberger@justiz.gv.at](mailto:georg.klugsberger@justiz.gv.at)

## 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

---

### Arbeitsgruppen

AG4            **Wenn Leistungsverdichtung krank macht-Psychische Belastungen am Arbeitsplatz**  
Meike Schwark

- Ursachen der psychischen Belastungen und warum jeder das Gefühl hat, sich dem nicht entziehen zu können.
- Warum psychische Belastungen zu immer mehr Konkurrenzdenken untereinander führt und auch Vorgesetzte machtlos sind.
- Warum psychische Belastungen in allen Hierarchieebenen und Branchen die gleichen drastischen Auswirkungen haben.
- Warum sich Betroffene von Betriebs- und Personalräten nicht schützen lassen.
- Begrifflichkeiten aus der Arbeitswissenschaft die Gegenmaßnahmen richtig ansetzen lassen.
- Gesetzliche Vorgaben und praktische Handlungsmöglichkeiten für Betriebsräte zur Erarbeitung von Gegenmaßnahmen.

Meike Schwark,  
Juristin, Dipl.-Sozialökonomin, Hamburg;  
[meike\\_schwark@web.de](mailto:meike_schwark@web.de)

### Arbeitsgruppen

#### AG5 **Pflege im Justizvollzug – Qualität, Leitlinien, Nationale Vernetzung**

Wilfried Weyl

##### **Die Krankenpflege:**

Die Krankenpflege als professionalisiertes Berufsbild befasst sich mit der Betreuung, Behandlung und Pflege von Menschen aller Altersgruppen.

Die Pflege hat vier grundlegende Aufgaben:

1. Gesundheit zu fördern.
2. Krankheiten zu verhüten.
3. Gesundheit wiederherzustellen.
4. Leiden zu lindern.

##### **Die Krankenpflege im Strafvollzug:**

In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts setzte sich mit Beginn der Strafrechtsreform der Gedanke durch, kranke Gefangene auch von Fachpersonal betreuen und behandeln zu lassen.

Die „Schwester“ oder der „Pfleger“ oder im damaligen Knastjargon „Wärter und Wärterin“ waren bis dahin, bis auf wenige Ausnahmen vor allem im Frauenvollzug, Wachpersonal das seinen Dienst im sogenannten „Revier“ machte.

Dies galt auch für die so genannten „Knastkrankenhäuser“.

In der Amtssprache ist das Pflegepersonal „Ärztliches Hilfspersonal“ und untersteht dem jeweiligen Anstaltsarzt in fachlicher Hinsicht.

Krankenpflege im Justizvollzug heißt man ist Pflegepersonal, Arzt light, Apotheker light, Schreibkraft, Arzthelfer, Computerspezialist, Sozialarbeiter, Vollzugsbeamter, Psychologe, Prellbock, Beschwerdesachbearbeiter, Mülleimer für alle Sorgen, Mädchen für alles und Kollege.

Es ist aber gerade die Vielfalt der Aufgaben wie

- gesundheitsfördernd
- beratend
- präventiv
- diagnostisch
- rehabilitative Maßnahmen
- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit
- Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten,

die die Arbeit so reizvoll macht.

Es sind aber auch die

- eigenverantwortlichen
- mitverantwortlichen
- interdisziplinären Arbeitsprozesse in einer ganzheitlichen individuellen Pflege

die das Personal reizt im Vollzug zu arbeiten

Krankenpflege im Strafvollzug heißt zwei Berufe in einem zu verbinden. Während der Vollzugsanwärter seine 3jährige Ausbildung durchläuft, macht das Pflegepersonal einen Kurzlehrgang mit.

Die Unterrichtsfächer in den Schulen für Strafvollzug sind Rechtslehre, Psychologie, Beamtenrecht, Sport – Selbstverteidigung - , Verfassungkunde, besondere Sicherungsmaßnahmen, Strafvollzugsgesetz, Strafrecht – Untersuchungshaft, Jugendhaft – und Kriminologie.

Keinen Stellenwert hat bisher die Pflege in der Ausbildung selbst.

Die Ministerien gehen davon aus „ die haben einen Beruf gelernt, der ist überall einsetzbar.“

Nur jede Justizvollzugsanstalt ist anders aber alle haben eins gemeinsam, das Revier.

(Der Begriff das Krankenrevier stammt aus dem militärischen und bezeichnet die Stelle an der der Patient dem Arzt vorgestellt wird.)

Das Revier ist auch in den meisten Fällen der Ort, an dem das Pflegepersonal die meiste Arbeit hat.

Im Revier findet die Sprechstunde des Anstaltsarztes oder des Krankenpflegepersonals statt. Es ist aber auch die Stelle, die dem Gefangenen die Möglichkeit gibt „Urlaub“ von der Zelle zu nehmen.

Die meisten Gefangenen suchen das Gespräch, Krankheiten sind oft nebensächlich. (*abstract stark gekürzt*)

Wilfried Weyl, 1.Pflegevorsteher JVA Butzbach, Bezirkskrankenhaus

☎: 06033/893-3340    📠: -3902

[Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de](mailto:Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de)