



Vierte Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Wien, April 2009

Dokumentation

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





4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Wien 15.-17. April 2009

Dokumentation



Impressum

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.,
Österreichisches Bundesministerium für Justiz,
Schweizer Haus Hadersdorf Wien
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD gem.eV.)
www.gesundinhaft.eu

Redaktion:

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn,

Fotos:

Bärbel Knorr, Heino Stöver

Gestaltung und Satz:

JA Stein

Druck:

JA Stein

Bestellungen:

akzept e.V.
akzeptbuero@yahoo.de

Inhalt

| | |
|---|-----|
| Vorwort..... | 4 |
| Eröffnung Bärbel Knorr..... | 9 |
| Vorträge Spritzentauschprogramm für intravenös Drogen Konsumierende in einem..... | 13 |
| Untersuchungsgefängnis in Genf H.Wolff, J.-P.Rieder, F.Pinault, C.Ritter, B.Broers | |
| Praxis der Substitution im Österreichischen Strafvollzug..... | 25 |
| Harald Spirig, Barbara Gegenhuber | |
| Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von Insassen einer..... | 42 |
| Jugendanstalt- Bekommen die Gefangenen das, was sie brauchen? Marc Lehmann | |
| Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche..... | 57 |
| Versorgung Gefangener Heino Stöver | |
| Tod in Haft: ein internationaler Rahmen zur Untersuchung und Prävention..... | 77 |
| Bernice S. Elger | |
| Akkreditierung von Gesundheitsdiensten in Gefängnissen in den USA..... | 87 |
| Bernice S. Elger | |
| Gewaltprävention im Vollzug..... | 93 |
| Rolf Söhnchen, | |
| Arbeitsgruppen..... | 105 |
| Nicht-/Raucherschutz in Gefängnissen Karlheinz Keppler, Heino Stöver | |
| Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten..... | 111 |
| Hans Wolff und Bärbel Knorr | |
| Ernährung im Vollzug: Wertige Kost statt Einheitsbrot..... | 117 |
| Dietmar Hagen | |

| | |
|---|-----|
| Qualitätssiegel für healthy prison – Vorstellung der Charta..... | 127 |
| „gesundheitsfördernde Haftanstalten“ – wie weiter? Bernice Elger, Heino Stöver, Bärbel Knorr | |
| Polizeigewahrsam, Abschiebungshaft und medizinische Versorgung..... | 131 |
| Situation und Perspektiven Christine M. Graebisch | |
| Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung - Situation und Perspektiven..... | 143 |
| Maria Kofler und Christine M. Graebisch | |
| Suizidprävention in Haft – Neue Konzepte und Methoden..... | 151 |
| Barbara Bojack, Patrick Frottier | |
| Gesundheitsförderung für MigrantInnen in Haft..... | 159 |
| Marit Weißen, Caren Weilandt, | |
| Betriebliche Gesundheitsförderung – Bedienstete im Mittelpunkt..... | 169 |
| Dieter Eilers, Kathleen Schwarz | |
| Anhang..... | 183 |
| Konferenz-Evaluation: Auswertung der Teilnehmer/innen - Fragebögen Kathleen Schwarz | |
| Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“..... | 191 |
| Referentinnen und Referenten..... | 197 |
| VeranstalterInnen..... | 203 |
| Ausblick: 5. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft 2010..... | 207 |



Vorwort





Auf dem Weg hin zu gesünderen Gefängnissen

Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit in Gefängnissen sind wichtige Aufgaben der Justizpolitik in allen europäischen Ländern. Gesundheit hat eine große Bedeutung sowohl für die Resozialisierung der Gefangenen als auch für die Arbeitsbedingungen der Bediensteten. Dabei sind vor allem Drogenkonsum, HIV/Hepatitis-/Tuberkuloseinfektionen und psychische Störungen während der Haftzeit große Belastungen für die Gefangenen und stellen erhebliche Herausforderungen für die Gefängnismedizin und Anstaltsleitungen dar.

Die Weltgesundheitsorganisation und andere internationale Organisationen betonen immer wieder, dass Gefangene das Recht auf denselben Standard einer Gesundheitsversorgung wie alle anderen Bürger auch haben. Gefangene sind zum Freiheitsentzug verurteilt, nicht aber zum Entzug ihrer Gesundheit. Dieses Recht auf Gesundheit steht allerdings oft im Mittelpunkt emotionaler Debatten, die der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Justizvollzug im Wege stehen. Die Konferenzen zur Gesundheitsförderung in Haft haben auch zum Ziel, zur Versachlichung dieser Debatten beizutragen.

Gesundheit ist aber nicht nur für die Gefangenen ein wichtiges Thema, sondern auch für die Bediensteten in den Haftanstalten. Hohe gesundheitliche Belastungen u.a. durch die Arbeitsbedingungen, Stress und Gewalterfahrungen führen zu Beeinträchtigungen im Beruf und haben eine hohe Zahl von Fehltagen zur Folge.

Beide Zielgruppen (Gefangene und Bedienstete) standen im Mittelpunkt der „4. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“, die vom 15.-17.4. 2009 in Wien stattfand. Diese als auch die vorangegangenen drei Konferenzen seit 2004. (in Bonn, Wien und Berlin) haben die Wichtigkeit und Fruchtbarkeit sowohl eines internationalen als auch eines interdisziplinären und multi-professionellen Austausches gezeigt. Wenn wir mehr Beispiele guter Praxis von Gesundheitsförderung aus den verschiedenen Regionen und Nationen kennen lernen und diskutieren, sind wir eher in der Lage die Haftbedingungen zu verbessern und eine wirksame betriebliche Gesundheitsförderung für die Bediensteten voranzutreiben.

Ein wichtiges Element dieser Konferenzen war und ist die Vielfalt unterschiedlicher Perspektiven und Erfahrungen von ExpertInnen innerhalb und außerhalb der Haftanstalten. Über 150 PraktikerInnen aus den Justizvollzugsanstalten sowie aus den Gesundheitsdiensten außerhalb des Vollzuges aus Deutschland, Österreich und der Schweiz kamen in Wien zusammen, um Erfahrungen auszutauschen, Modelle guter Praxis zu diskutieren und Strategien zu entwickeln, um die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen höher

auf der Agenda von Politik und Fachöffentlichkeit zu platzieren. Neueste wissenschaftliche Ergebnisse, sowie Erfahrungen und Erkenntnisse aus mehreren europäischen Ländern wurden auf der dreitägigen Konferenz präsentiert, diskutiert und sind in der vorliegenden Dokumentation festgehalten.

Die Veranstalter möchten sich ganz besonders bei dem Kooperationspartner Harald Spirig, dem Leiter des Schweizer Haus Hadersdorf und beim Österreichischen Bundesministerium für Justiz für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Planung, Vorbereitung und Finanzierung der Konferenz und der Dokumentation bedanken. Ein Danke geht auch an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V. für die Konferenzorganisation.

Nach der Konferenz 2007 in Berlin wurde eine Webseite eingerichtet (www.gesundinhaft.eu), auf der auch die Arbeitsergebnisse der bisherigen Konferenzen nachgelesen werden können sowie weitere Veranstaltungen angekündigt werden.

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

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

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



Eröffnung

Bärbel Knorr





Eröffnung

Bärbel Knorr

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie recht herzlich zur 4. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft begrüßen. Die Konferenz findet nun zum 2. mal in Wien statt, was ohne die tatkräftige Unterstützung und Hilfe unserer Kooperationspartner in Österreich nicht möglich gewesen wäre. Der Dank gilt hier insbesondere dem österreichischen Bundesministerium für Justiz, dem Schweizer Haus Hadersdorf und den Justizanstalten, die gestern ihre Türen für die Exkursionen geöffnet haben.

Veranstalter dieser Konferenz sind in gewohnter Weise akzept e.V., das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesministerium für Justiz und dem Schweizer Haus Hadersdorf. Die Konferenz findet alle 1,5 Jahre statt, bisher im Wechsel Deutschland/Österreich. Es ist unser Ziel möglichst viele Menschen aus dem Justiz- und Gesundheitsbereich zusammenzubringen, um neue Ideen und Entwicklungen gemeinsam zu diskutieren und Mut zu machen, diese Projektideen auch in den Justizvollzug zu übernehmen. Die niedrige Teilnahmegebühr ist nur durch das Engagement der vielen Referentinnen, Referenten, Moderatorinnen, Moderatoren und den Veranstaltern, die alle ohne Honorar arbeiten, möglich. An dieser Stelle unseren herzlichen Dank an alle Beteiligten für die tatkräftige Unterstützung.

Vor rund 18 Monaten fand die letzte Konferenz in Berlin statt. Welche Veränderungen haben sich in der Zwischenzeit ereignet? Der Justizbereich ist eigentlich ein „tanzendes System“ (einen Schritt vor, zwei zurück, einer seitlich...). Einerseits tragen auch solche Konferenzen dazu bei die Kooperation zwischen Justiz und Gesundheit zu verbessern. Andererseits wurden strukturelle Maßnahmen ergriffen, die voraussichtlich zu einer schlechteren Versorgungslage von Gefangenen führen werden, wie z.B. die Einführung der „Praxisgebühr“ in bayerischen Haftanstalten. Hier wurden Instrumente von draußen in den Strafvollzug transferiert, ohne die Zielsetzung der Maßnahmen außerhalb zu beachten und entsprechende Standards zu übernehmen.

Oberflächlich betrachtet sieht die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen in Deutschland und bestimmt auch in Österreich ganz gut aus, an dieser Oberfläche darf nur nicht gekratzt werden. Ein gutes Beispiel für den Kratzer im Lack ist die Substitutionspraxis in deutschen Haftanstalten. Vor zwei Jahren hat die Deutsche AIDS-Hilfe alle Justizministerien in Deutschland zur Substitutionspraxis in den Haftanstalten befragt. Nach

den Antworten zu urteilen, würde NRW eine vorbildliche Substitution in den Haftanstalten durchführen. Zahlen zu den Substitutionsplätzen wurden damals nicht genannt, nur der Hinweis, es würde „bedarfsgerecht substituiert“ werden. Im Januar dieses Jahres wurde eine Kleine Anfrage im Landtag zur Substitutionspraxis in Haft gestellt. Danach erhielten 1,64 % der Gefangenen Substitutionspräparate, allerdings nur 0,78% der Gefangenen wurden länger als 6 Wochen behandelt. Von einer „bedarfsgerechten Substitution“ kann bei einer geschätzten Zahl von 25-30 % Drogen gebrauchender Gefangenen nicht die Rede sein.

Andere Themen, die den Justizvollzug immer wieder beschäftigen, sind beispielsweise die Überbelegung der Gefängniszellen oder die leeren Kassen der Länder und Gemeinden und damit keinen bis geringen Handlungsspielraum. Zur Zeit wird mal wieder die „elektronische Fußfessel“ als Alternative zum Justizvollzug diskutiert. Voraussichtlich im Sommer 2009 wird die elektronische Fußfessel in Baden-Württemberg im Modellversuch erprobt. Damit hätten wir dann das „3-Klassen-System des Freiheitsentzuges“: elektronische Fußfessel, offener Vollzug, geschlossener Vollzug. Für Außenstehende bleibt unverständlich, warum die Plätze im offenen Vollzug abgebaut werden, die ja mit Sicherheit preiswerter sind als die des geschlossenen Vollzuges und dann Maßnahmen wie die elektronische Fußfessel eingeführt werden sollen, von denen nur eine kleine Gruppe profitieren wird, da Voraussetzungen wie eigene Wohnung, Arbeitsplatz und Kostenbeteiligung der „Gefesselten“ von 20 € am Tag erfüllt werden müssen.

Neben den genannten Problemen wird der Justizvollzug auch mit einer Klagewelle wegen menschenunwürdiger Unterbringung konfrontiert (Einzelzellen werden doppelt belegt, die sanitären Anlagen sind für die Mitgefangenen einsehbar etc.), hier mussten die ersten Entschädigungen wegen menschenunwürdiger Unterbringung in Deutschland gezahlt werden. Die Reaktionen auf das Problem Überbelegung ist „bauen, bauen, bauen“. Mit Sicherheit werden neue Haftanstalten benötigt, vor allem da viele Gefängnisbauten sehr alt sind, aber verstärkt sollten Maßnahmen zur Haftvermeidung in den Fokus gerückt werden.

Im Januar 2008 konnten wir lesen, dass die HIV-Infektion unter bestimmten Umständen sexuell nicht mehr zu übertragen ist. Die Eidgenössische Kommission für AIDS Fragen (EKAF) in der Schweiz hatte die Meldung im letzten Jahr herausgegeben, die nach wie vor intensiv auch in Deutschland und Österreich diskutiert wird. Im Kern geht es darum, dass HIV-Positive, die sechs Monate unter der Virusnachweisgrenze sind, ihre Medikamente regelmäßig einnehmen und keine weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten haben, ihre Infektion über Sexualkontakte nicht weitergeben. Die Frage die sich für den Justizvollzug stellen könnte wäre, ob der Vollzug nicht in der Verpflichtung ist eine bessere medizinische Behandlung für HIV-infizierte Gefangenen anzubieten, da Präventionsmittel in Haft knapp sind und die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung reduziert wird.



Eröffnung

Ein weiteres Ereignis in der letzten Zeit ist die Diskussion über die Übernahme der Heroingabe in die Regelversorgung. Wird es Veränderungen im Justizbereich geben, wenn Heroin als Substitutionsmittel in Deutschland zugelassen wird? Wäre es an der Zeit, die Substitutionspraxis zu überprüfen? Diese und viele andere Fragen werden wir auf dieser Konferenz diskutieren. Das Schwerpunktthema in diesem Jahr ist die „mentale Gesundheit“ mit Beiträgen zu psychischen Störungen bei jugendlichen Gefangenen, Suizidprävention, Behandlung psychischer Störungen allgemein und Umgang mit Depression und Suizidversuchen.

Ich wünsche Ihnen und uns fruchtbare Diskussionen, einen regen Erfahrungsaustausch und natürlich auch viel Spaß während der Konferenz!

Spritzentauschprogramm für intravenös Drogen Konsumierende in einem Unter- suchungsgefängnis in Genf



Spritzentauschprogramm für intravenös Drogen Konsumierende in einem Untersuchungsgefängnis in Genf

H.Wolff, J.-P.Rieder, F.Pinault, C.Ritter, B.Broers. Genf

Abteilung Medizinische Grundversorgung und Hausarztmedizin, Bereich Gefängnismedizin, Universitätsklinikum Genf, Schweiz

Zusammenfassung

Einleitung : Die Schweiz hat Ende der 80er Jahre eine sogenannte « Vier-Säulen-Drogenpolitik » entwickelt: Prävention, Therapie, Repression und Risikominderung. Auf diesem Modell baut auch die Gefängnismedizin der Universitätskliniken Genf seine Behandlung von drogenabhängigen Patienten auf. Beim Konsum von Substanzen im Gefängnis händigt man seit 1996 einen Injektionssatz aus. Ziel des Programms ist es, die Risiken der Übertragung von Infektionskrankheiten zu vermindern und das Problem des Konsums mit den Drogennutzern zu erörtern. Und Ziel unserer Studie ist es, die Erfahrungen mit diesem Programm zu beschreiben.

Methode : Ein Protokoll zum Austausch von Injektionsmaterial wurde von Spezialisten für Suchtfragen erarbeitet und von der Gefängnisdirektion angenommen. Dieses Protokoll sieht vor, dass in den Räumen des medizinischen Dienstes ein vertrauliches Informationsgespräch erfolgt, bevor das Injektionsmaterial aus Sicherheitsgründen an der Tür der Häftlingszelle übergeben wird. Das Personal hat bezüglich der Anwendung des Protokolls eine spezielle Schulung erhalten. Die Anzahl der ausgehändigten und zurückgegebenen Spritzen wurde über 7 bzw. 8 Jahre erfasst, ebenso die Anzahl der Unfälle in Verbindung mit diesem Material.

Ergebnisse : Von 2001 bis 2008 wurden jedes Jahr 168 bis 337 Injektionssätze an 24 bis 53 intravenöse Nutzer ausgehändigt. Der Durchschnittssatz der Spritzenrückgabe lag von 2002 bis 2008 zwischen 58 und 85 %. Es wurde kein Zwischenfall (Verletzung, Gewalttätigkeit) berichtet.

Diskussion : Vom Justizvollzugs- und Krankenpflegepersonal wurde das Programm gut angenommen. Über die Risikominderung an sich hinaus kann damit zudem ein gewisses gegenseitiges Misstrauen überwunden werden, sodass das Programm insgesamt als zufriedenstellend zu betrachten ist. Furcht vor Denunzierung der Inhaftierten besteht allerdings weiterhin. Die Literatur bestätigt die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit solch eines Programms, mit dem in der Tat eine Minderung von Risiken (Abszess, Überdosis, Spritzentausch untereinander, neue Fälle von Infektionen mit HIV, Hepatitis-B- und Hepatitis-

C-Viren) möglich ist, ohne dass sich bei denen, die schon vorher abhängig waren, der Konsum oder die Injektion von Substanzen erhöht.

Schlussfolgerung : Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich ein Sprizentauschprogramm in einem Gefängnis auf sichere Weise, annehmbar sowohl für das Personal als auch für die Häftlinge, die intravenös Drogen konsumieren, einführen lässt. Als erfolgreich erwiesen hat sich solch ein Programm unter dem Kontext einer klaren Politik der Risikominderung, eines eindeutigen Protokolls und eines für die Anwendung geschulten Personals. Noch verbessern lässt sich unsere Organisation, um die Inanspruchnahme der Spritzen und deren Rückgabesatz zu erhöhen. Der Zugang zu den risikomindernden Methoden müsste entsprechend dem Äquivalenzprinzip für alle offen sein und sollte daher in allen Haftanstalten eingeführt werden.



Einleitung

Die Schweizer sogenannte « Vier-Säulen-Drogenpolitik » :

Die Schweiz Ende der 80er Jahre eine neue Drogenpolitik in Form des sogenannten « Vier-Säulen-Modells » entwickelt: Prävention, Therapie, Repression und Risikominderung.

Ziel der primären Prävention ist es, die Anzahl neuer Konsumenten zu verringern; die sekundäre Prävention befasst sich vor allem mit dem Problem des Rückfalls sowie dem Vermeiden einer Verschlimmerung der Situation wie zum Beispiel des Übergangs von gelegentlichem Konsum zu regelmäßigem Konsum.

Ziel der Therapie ist es, den Konsum zu reduzieren und die Gesundheit der Drogennutzer nach einem interdisziplinären bio-psycho-sozialen Modell durch verschiedenartige, auf Abstinenz oder Substitutionsbehandlungen gerichtete Ansätze zu verbessern. Die Verschreibung und die Auslieferung dieser Substitutionsbehandlungen unterliegen der Genehmigung durch ein amtliches Organ, dem Kantonsärztlichen Dienst. Die Repression zielt auf die Kontrolle des Drogenmarktes ab und fällt vor allem in die Zuständigkeit der Polizeibehörden.

Ziel der Risikominderung ist es, die negativen Auswirkungen des Konsums auf die Drogengebraucher und auf die Gesellschaft zu verringern. Dies zeigt sich in vielfältiger Form, zum Beispiel im Zugang zu Drogenkonsumräumen, zu Einmal-Injektionsmaterial, in der Unterstützung alternativer Konsummethode, in der Prävention einer Überdosierung bei Rückfall, in der Analyse der auf dem Markt im Umlauf seienden Produkte, um die Reinheitsparameter zu bestimmen. Das Schweizer Volk hat am 30. November 2008 die Revision des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe angenommen, womit diese Politik Eingang in den Gesetzestext finden kann .

Bereich Strafvollzugsmedizin der Universitätskliniken Genf :

Die Gefängnismedizin der Universitätskliniken Genf hat die Aufgabe, die Behandlung der Inhaftierten im Gefängnis Champ-Dollon, einer Untersuchungshaftanstalt* des Kantons Genf in der Schweiz, wahrzunehmen. In diesem Gefängnis sitzen zwischen 440 und 500 Häftlinge ein, hauptsächlich männlichen Geschlechts, bei 270 vorgesehenen Plätzen (Belegungsrate: 165-185%).

Tabellen 1 und 2 geben einige Informationen, um sich die Gefängnispopulation vorstellen zu können.

| Merkmale der Örtlichkeit : | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Haftart | hauptsächlich U-Haft * |
| Theoretische Anzahl Plätze : | 270 Personen |
| Tatsächliche Anzahl Häftlinge : | 440-500 Personen |
| Belegungsrate : | 165-185 % |
| Anzahl Inhaftierungen/Jahr : | 2800 Inhaftierungen/Jahr |
| % Aufenthalt < 1 Monat | 50 |
| % Aufenthalt < 1 Woche | 33 |

Tabelle 1 : Merkmale des Gefängnisses Champ-Dollon/CH

Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe, Änderung vom 20.03.2008
* Haftzeit vor dem Urteil. Die betreffende Person wird der gegen sie erhobenen Beschuldigungen « bezichtigt », was Grund für eine Untersuchung ist, während der sie aufgrund einer erheblichen Flucht-, Wiederholungs- bzw. Kollusionsgefahr oder der Schwere der Art der Handlungen, der sie beschuldigt wird, inhaftiert ist. Die Schweizer Untersuchungsgefängnisse können in diesem Sinn mit den französischen "Maisons d'arrêt" verglichen werden.



| Kennzahlen der Gefängnispopulation : | |
|---|-------|
| % inhaftierte Männer/Frauen : | 94/6 |
| Staatsangehörigkeiten : | |
| Schweiz : | 11 % |
| Andere europäische Länder : | 35 % |
| Nordafrika : | 19 % |
| Andere afrikanische Länder: | 19 % |
| Sonstige : | 16 % |
| Insgesamt : | 100 % |
| MigrantInnen ohne Aufenthalts-Papiere : | 63 % |

Tabelle 2 : Soziodemografische Kennzahlen (2007)

Unser Behandlungsauftrag erstreckt sich auch auf gesundheitliche Vorbeugemaßnahmen. Verglichen mit der Allgemeinpopulation ist die Abhängigkeit von einzelnen Produkten bei der Gefängnispopulation überrepräsentiert, wie aufgezeigt in Tabelle 3

| Produkt | Allgemeinbevölkerung | Population U-Haft |
|----------------|-----------------------------|--------------------------|
| Alkohol | 4.7% | 20% |
| Nikotin | 30.5% | 70% |
| Benzodiazepine | 1.3-2.1% | 25% |
| Heroin | < 1% | 15-20% |
| Kokain | < 1% | 25-35% |
| Cannabis | 9-31% je nach Alter | 30-40% |

Tabelle 3 : Abhängigkeiten in der Allgemein- und Gefängnispopulation

Abhängigkeit gemäß den Kriterien der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision 3 Methodenbericht : Schweizer Erhebung zum Gesundheitswesen 2007, Bundesamt für Statistik, 2005
ICPC-coded health problems of detainees in Switzerland's largest remand prison, H. Wolff, 7th International Conference on Urban Health, Vancouver.

« Praktizierung der Medizin bei inhaftierten Personen, medizinisch-ethische Richtlinien der ASSM », genehmigt vom Senat der ASSM am 28. November 2002

Empfehlung Nr. R (98) 7 (2) des Ministerausschusses an die Mitgliedsstaaten in Bezug auf die ethischen und organisatorischen Aspekte der gesundheitlichen Betreuung im Strafvollzug, angenommen vom Ministerausschuss am 8. April 1998 bei der 627. Zusammenkunft der Vertreter der Minister

« Einige jüngere Entwicklungen in den Normen des CPT in Sachen Haft » im 11. Tätigkeitsgesamtbericht des CPT, 2001

Gleichwertigkeit der Behandlung für inhaftierte Nutzer von Substanzen: ein Anwendungsfeld für die Drogenpolitik, C. Ritter, Abhängigkeiten, September 2008, 35 : 7-9.

Das lokale Team des Bereichs Strafvollzugsmedizin besteht aus 18 Pflegefachkräften, die rund um die Uhr anwesend sind und allgemein- bzw. fachmedizinische Beratungen (Süchte, Gewalttätigkeit, Psychiatrie, Entspannung) anbieten, sowie aus Allgemeinmedizinern, Psychiatern, Zahnärzten, Psychologen, einem Physiotherapeuten und einem Techniker für Radiologie. Fachärzte (Augenarzt, HNO-Arzt, Orthopäde) kommen regelmäßig vorbei, und die nicht vor Ort durchführbaren Behandlungen erfolgen an den einzelnen Standorten der Universitätskliniken Genf. Dieses interdisziplinäre Team bietet einen niederschweligen Gesundheitszugang an und macht jährlich etwa 14.500 Konsultationen. Entsprechend den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (ASSM), des Ministerausschusses des Europarats und des Europäischen Ausschusses für die Prävention von Folter (CPT) halten wir die Grundprinzipien der Strafvollzugsmedizin ein: Zugang zu hochwertiger Behandlung, Einwilligung und Vertraulichkeit, Gleichwertigkeit der Behandlung von Häftlingen und in Freiheit lebenden Personen, Unabhängigkeit (Trennung der medizinischen und Strafvollzugshierarchien) und Kompetenz der Fachkräfte des Gesundheitswesens.

Mit jedem Häftling wird am Tag seiner Inhaftierung (im Durchschnitt weniger als 2 Stunden danach) ein Patientengespräch zur gesundheitlichen Einschätzung geführt, bei dem mittels Fragebogen systematisch der Missbrauch von Substanzen, Infektionsprobleme (insbesondere Tuberkulose), psychiatrische Probleme, Gewalttätigkeit (der Häftling als Verursacher oder Opfer) sowie weitere gesundheitliche Probleme, bezüglich der die Person möglicherweise bereits behandelt wird oder behandelt werden möchte, durchgegangen werden. Bei Vorliegen eines gesundheitlichen Problems rät die Pflegefachkraft dem Häftling zu einer Konsultation beim Allgemeinmediziner. Jeder Häftling wird darüber informiert, dass er/sie das medizinische Betreuungsteam durch Zusendung eines internen Schreibens in Anspruch nehmen kann. Außerdem erhält er/sie ein Dokument, in dem der medizinische Dienst vorgestellt wird und das in den 10 Sprachen, die in der Einrichtung am meisten vertreten sind, zur Verfügung steht.

In Anbetracht des Äquivalenzprinzips ruht die Behandlung von Drogengebranchern ebenfalls auf der 4-Säulen-Politik. Wir liefern Hinweise zur primären und sekundären Prävention sowie zur Risikominderung (Unterstützung alternativer Konsumarten) unter dem Kontext von Beratungen durch Ärzte oder Pflegefachkräften. Wir therapieren Drogengebrancher und haben die Möglichkeit, auf vereinfachtem Weg Substitutionsbehandlungen zu verschreiben und zur Verfügung zu stellen. Im Falle von Drogenkonsum im Gefängnis haben Häftlinge bei uns seit 1996 die Möglichkeit, einen Einmal-Injektionssatz, die sogenannte « Boîte Flash », zu bekommen.

Ziel unserer Studie ist es, die Zumutbarkeit, Akzeptanz und Inanspruchnahme dieses Spritzentauschprogramms zwischen 2001 und 2008 zu beschreiben.



Einmal-Injektionssatz « Boîte Flash » : Beschreibung und Art der Aushändigung

Die « Boîte Flash » ist ein Präventionssatz. Ihr Inhalt (Abbildung 1 a) besteht aus : 2 sterilen 1 ml-Spritzen mit Filter, 2 sterilen Nadeln (verfügbar in zwei verschiedenen Stärken unter der Bezeichnung Orange oder Braun, « Flash orange » oder « Flash marron »), 2 alkoholgetränkten Desinfektionstupfern, 2 trockenen Tupfern, 2 Ampullen mit 1,5 ml NaCl 0,9 % und 2 Tütchen Ascorbinsäure 0,5 g.



Abbildung 1 : « Boîte Flash orange » : (a) Inhalt ; (b) Spritzenausrührchen

In der Literatur, werden für diese Injektionssätze mehrere mögliche Übergabesarten beschrieben: von der Hand-in-Hand-Übergabe durch eine medizinische Fachkraft der Einrichtung oder durch Drittbeteiligte bzw. Nichtregierungseinrichtungen bis hin zum Automaten.

All diesen Systemen gemein ist die Gewährleistung von Vertraulichkeit und Vertrauen, eines adäquaten Zugangs zu Spritzen und eines Spritzenaustauschs im Rahmen eines Programms zur Schadensminderung.

Im Untersuchungs-Gefängnis Champ-Dollon hat die medizinische Abteilung zusammen mit Suchtspezialisten ein Spritzenaustauschprotokoll erarbeitet, das von der Gefängnisdirektion gutgeheißen und angenommen wurde. 2004 hat man dieses Protokoll in Zusammenarbeit mit den Strafvollzugsbehörden überarbeitet, um die Sicherheit zu verbessern und somit auf die Befürchtungen des Gefängnispersonals hinsichtlich eventueller Unfälle zu reagieren. Dieses Protokoll sieht vor, dass vor der Erstaussgabe in den Räumen des medizinischen Dienstes ein vertrauliches Gespräch zwischen dem beantragenden Inhaftierten und einem Mitglied des Krankenpflegeteams stattfindet, bevor das Injektionsmaterial

« Umgang mit Süchten im Haftmilieu », C. Ritter, in « Médecine Santé et Prison », D. Bertrand, G. Niveau, Verlag Médecine & Hygiène, 2006, ISBN 2-88049-230-0

aus Sicherheitsgründen an der Tür der Häftlingszelle übergeben wird. Der Konsum außerhalb der Zelle ist verboten und kann Gegenstand einer Disziplinarstrafe sein.

Konkret beschrieben wird die Möglichkeit des Erhalts der Injektionssätze « Boîtes Flash » in dem Dokument, das allen Häftlingen nach dem Patientengespräch übergeben wird. Jeder Inhaftierte darf bei jedem Mitglied des Bereichs Strafvollzugsmedizin mündlich oder schriftlich um einen Injektionssatz nachsuchen. Mit dem Antragsteller wird am selben Tag ein Patientengespräch geführt, bei dem er das konsumierte Produkt angibt und Informationen erhält (wie Händewaschen, Gefahr einer Überdosis, Diskretion des Konsums und Notwendigkeit, das benutzte Material unter Schutz für Justizvollzugsbeamte und Mitgefangene zurückzugeben). Bei der nächsten Tour wird ihm dann an der Zellentür eine « Boîte Flash » ausgehändigt, einschließlich eines Röhrchens, in dem er sein gebrauchtes Material zurückgeben kann (Abbildung 1 b). Das Röhrchen ist auf Bitten der Gefängnisbehörden transparent. Für die Folgezeit ist bei neuerlichem Antrag seitens derselben Person das Tauschprinzip « eins gegen eins » vorgesehen, das aber mit gewisser Nachsichtigkeit angewandt wird. Das gesamte Gefängnispersonal hat eine spezielle Schulung in Bezug auf die Anwendung des Protokolls einschließlich allgemeiner Aspekte zur Suchtkrankheit und zu den Übertragungsrisiken von HIV und Hepatitis erhalten.

Methode

Seit 2001 liegen Statistiken vor über die Anzahl der ausgeteilten Präventionsätze und seit 2002 über die Anzahl der zurückgegebenen Spritzen. Ebenfalls erfasst haben wir die Zwischenfälle, die mit dem Vorhandensein dieser Injektionssätze innerhalb der Zellen im Zusammenhang stehen (Verletzungen, Aggressionen). Weiterhin haben wir die Literatur analysiert, um unsere Rückgabesätze an gebrauchtem Material mit denen anderer Länder zu vergleichen. Und schließlich haben wir beschlossen, über alle dem Injektionsmaterial zuzuschreibenden Zwischenfälle, die uns von der Gefängnisdirektion durch die erstellten und uns regelmäßig übergebenen Berichte mitgeteilt wurden, Buch zu führen.

Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development, Dolan K, Rutter S, Wodak AD, *Addiction*, 2003 Feb;98(2):153-8.

Spritzentausch im Gefängnis : Lektionen einer kompletten Untersuchung internationaler Daten und Erfahrungen, kanadisches Rechtsnetz VIH/sida, ISBN 1-896735-52-5, 2006, und www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm



Ergebnisse

Von 2001 bis 2008 wurden jedes Jahr 168 bis 337 Spritzen an 24 bis 53 Inhaftierte ausgehändigt. Der von 2002 bis 2008 erfasste Spritzenrückgabesatz variiert zwischen 58 und 85 %. In Abbildung 2 zu ersehen sind die jährlichen Ergebnisse der Ausgabe von Injektionssätzen bzw. Einzelspritzen und ab 2002 auch die Anzahl und der Satz an Spritzenrückgaben sowie die Anzahl der Personen, die Anträge gestellt haben.

Spritzentausch im U-Haftgefängnis Champ-Dollon 2001-2008

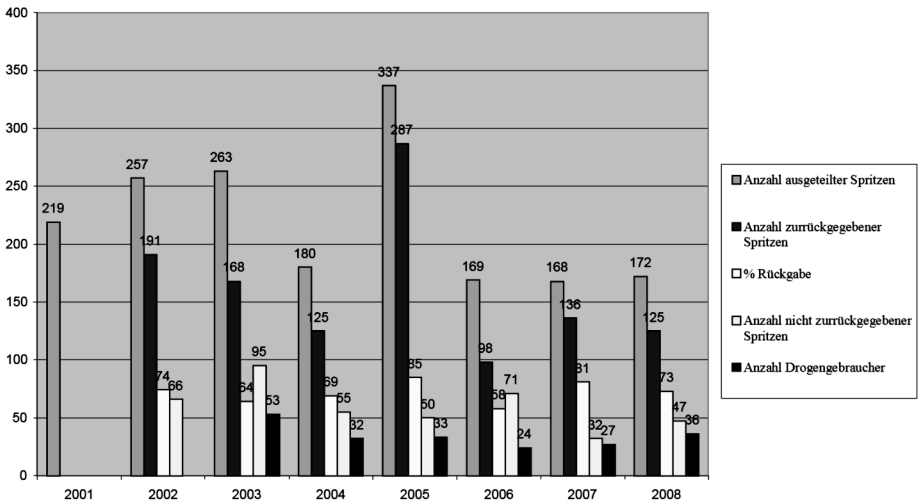


Abbildung 2 : Spritzentausch, Gefängnis Champ-Dollon, 2001-2008.

Mit einer Ausnahme kamen alle Anträge von Nutzern, die sich bereits vor ihrer Inhaftierung Substanzen injizierten. Der einzige Häftling, bei dem dies nicht der Fall war, hatte die Angewohnheit, Kokainbase zu rauchen, und wusste nicht, dass es möglich war, Natriumhydrogencarbonat auf demselben Weg wie die « Boîte Flash » zu bekommen. Nach Erhalt dieser Information hat er während seiner Haftzeit nicht mehr intravenös konsumiert, sondern nur noch über Rauchen.

Weder von der Gefängnisverwaltung noch vom medizinischen Betreuungspersonal wurde eine Aggression oder ein anderer Zwischenfall berichtet, der dem Inhalt der Injektionssätze zuzuschreiben ist (z.B. Drohungen, Verletzung durch eine Spritze im Mülleimer usw.).

Diskussion

Zunächst hat dieses Programm beim Justizvollzugspersonal viel Misstrauen erzeugt, v.a. wegen der Angst, dass die Spritzen als potenzielle Waffen dienen oder zum Konsum von Substanzen anregen könnten. Dank häufigen Meinungs-austauschs mit dem medizinischen Betreuungsteam und angesichts eines fehlenden Zwischenfalls konnte das Vertrauen des Personals gewonnen werden. Die Art der Übergabe der « Boîte Flash », die vorsieht, dass deren Transport innerhalb des Gefängnisses durch die Pflegekräfte erfolgt, hat dem Prozess ebenfalls Sicherheit gegeben, sodass das Programm schließlich vom Justizvollzugs- als auch medizinischen Pflegepersonal gut angenommen wurde.

Ähnlich sind die Feststellungen in der medizinischen Literatur erwähnten Haftanstalten, in denen ein Spritzentauschprogramm eingeführt wurde: gute Akzeptanz und kein Unfall bzw. keine Aggression in Verbindung mit dem Injektionsmaterial.

Die positiven Evaluierungen liegen vor allem an der Überwindung des gegenseitigen Misstrauens im Trio Pflegefachkraft – Patient/Häftling – Justizvollzugsbeamter. Die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses, bei dem unter anderem Nadeln und Spritzen nicht mehr versteckt werden müssen, was wiederum Unfälle verhindert und Präventionsbotschaften annehmbarer und besser verständlich macht, ist essentiell. Zudem konnte mit diesem Programm der Meinungs-austausch zwischen dem Justizvollzugspersonal und der Direktion der Einrichtung einerseits und dem medizinischen Betreuungsteam andererseits intensiviert werden, was eine konstruktive Zusammenarbeit anregt.

Solch ein Programm ist daher insgesamt als zufriedenstellend zu betrachten, auch wenn es sicherlich nicht die Bedürfnisse aller Häftlinge, die intravenös Drogen konsumieren, befriedigt. Ursache für diese « unzureichende Abdeckung » des Bedarfs sind zwei grundlegende Hypothesen : einerseits die sprachlichen Schwierigkeiten, die den Zugang zum Injektionsmaterial verwehren können, und andererseits die Furcht vor Denunzierung bei den Behörden durch das Gesundheitsteam, da in mehreren Ländern, aus denen eine gute Zahl unserer Patienten kommen, nicht die Unabhängigkeit des Bereichs Strafvollzugsmedizin garantiert ist. Damit würde es sich unter dieser Hypothese vor allem um eine « unzureichende Ausnutzung » der angebotenen Ressource handeln.

Unsere Studie bestätigt die Ergebnisse zahlreicher Artikel, die die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit von Spritzentauschprogrammen hervorheben. Diese Programme ermöglichen in der Tat eine Risikoreduktion (Abszess, Überdosis, Spritzentausch untereinander und andere Verhaltensweisen mit dem Risiko, neue Fälle von Infektionen mit HIV, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren), ohne dass sich bei denen, die schon vorher abhängig waren, der Konsum oder die Injektionshäufigkeit erhöht, auch nicht im Strafvollzug.



Die Literatur liefert uns zudem einige Angaben bezüglich des Spritzenrückgabebesatzes, der je nach Einrichtung zwischen 82 und 98,6 % schwankt. Als annehmbar betrachtet wird ein Rückgabebesatz von 80 % (Spanien⁷). In unserem Fall liegen wir meistens unter diesem Wert. Die oft auftretende Sprachbarriere könnte auch hier einen beschränkenden Faktor darstellen, ebenso wie der Kontext der Untersuchungshaft (im Gegensatz zum Strafvollzug) angesichts der hohen Entropie des Umfelds. Anstrengungen müssen unternommen werden, um in unserer Einrichtung den Rückgabebesatz zu erhöhen. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass ein Teil der Spritzen von den Häftlingen vor ihrer Entlassung mit Blick auf den künftigen Konsum beantragt wird.

Schlussfolgerung

Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich ein Spritzentauschprogramm in einem Gefängnis auf sichere Weise, annehmbar sowohl für das Gesundheits- und Justizvollzugspersonal als auch für die Häftlinge, die intravenös Drogen konsumieren, einführen lässt. Voraussetzung für das Gelingen ist ein klares Protokoll dem alle Partner zugestimmt haben sowie eine gezielte Schulung und Begleitung. Noch verbessern lässt sich unsere Organisation in der Inanspruchnahme der Spritzen und um den Rückgabebesatz zu erhöhen. Der Zugang zu risikomindernden Methoden müsste entsprechend den Menschenrechtsprinzipien und des Äquivalenzprinzips für alle offen sein und sollte daher in allen Haftanstalten eingeführt werden.

Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison, Jürgens R, Ball A, Verster A., *Lancet Infect Dis*, 2009 Jan; 9(1):57-66.

Drug use in prisons in Kyrgyzstan: a study about the effect of health promotion among prisoners. Moller LF, van den Bergh BJ, Karymbaeva S, Esenamanova A, Muratalieva R., *Int J Prison Health*, 2008 Sep;4(3):124-33.

Another review of prison-based needle exchange programs published, Jürgens R., *Can HIV AIDS Policy Law Rev*. 2004 Apr; 9(1):46.

Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug

Maga. Barbara Gegenhuber
Mag. Harald Spirig





Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug

Maga. Barbara Gegenhuber, Mag. Harald Spirig

Einleitung/Theoretischer Hintergrund

Bei der **Opiatabhängigkeit** handelt es sich um eine chronisch rezidivierende psychiatrische Erkrankung, die bei den Betroffenen mit weit reichenden sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgeproblemen einhergeht. Das Suchtverlangen und der zwanghafte Drogenkonsum als typische Kennzeichen der Abhängigkeit führen dazu, dass das gesundheitsschädliche Verhalten trotz dieser Konsequenzen aufrechterhalten wird. Zur Behandlung der Opiatabhängigkeit gibt es zahlreiche Therapiemethoden, wobei vor allem medizinische, psychologische und psychotherapeutische Ansätze wissenschaftlich evaluiert und in Ihrer Wirksamkeit bestätigt sind. Bei der **Erhaltungstherapie** handelt es sich um eine längerfristige medikamentöse Behandlung, die bei Vorliegen der Diagnose einer Opiatabhängigkeit nach dem Klassifikationssystem der WHO (ICD-10, DSM-IV) als Methode der Wahl gilt (Ward, Mattick & Hall, 1992; Fischer & Kayer, 2006).

Die **Wirksamkeit** der Substitution zur Behandlung der Opiatabhängigkeit wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien untersucht und **eindeutig empirisch bestätigt** (Hall, Ward & Mattick, 1998). Durch die über 40-jährige internationale Erfahrung mit Methadon beschäftigt sich ein Großteil der Studien zur Substitutionsbehandlung mit dieser Substanz, erst in der neueren Literatur finden sich Ergebnisse zur Behandlung mit anderen Substanzen, hier vorwiegend mit Buprenorphin. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass eine medikamentöse Substitutionsbehandlung in ausreichender Dosierung, gekoppelt an unterstützende psychosoziale **Betreuung positive Auswirkungen** auf den opiatabhängigen Patienten aufweist. Die medikamentöse Erhaltungstherapie reduziert den illegalen **Drogenkonsum**, Beschaffungskriminalität sowie das Risikoverhalten der Patienten in Bezug auf ansteckende Krankheiten wie HIV und Hepatitis verringern sich. Diese Ergebnisse sind für die Substanzen Methadon und Buprenorphin wissenschaftlich bestätigt, zur Behandlung mit retardierten Morphinen gibt es noch wenige empirische Studien, die jedoch ähnliche Ergebnisse aufzeigen. Welches **Substitutionsmittel** im Einzelfall zur Anwendung kommt, ist von mehreren Faktoren wie dem aktuellen Substanzkonsum, den Lebensumständen, physischen und psychischen Begleiterkrankungen, aber auch der

Die vorliegende Studie wurde im Auftrag der Vollzugsdirektion des Bundesministeriums für Justiz Wien durchgeführt: http://shh.at/files/2008_Substitution_im_oesterreichischen_Strafvollzug.pdf
Evangelisches Haus Hadersdorf – Wobes. Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte. Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH.
1140 Wien, Mauerbachstrasse 34 .

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet, gemeint und angesprochen sind natürlich immer beide Geschlechter.

Motivation und Akzeptanz der Patienten abhängig, und ist eine individuell von Arzt und Patient zu treffende Entscheidung.

Wie weit sich diese positiven Auswirkungen der Substitutionsbehandlung auch in den Bereich des Strafvollzuges übertragen lassen, soll im Folgenden dargestellt werden. Verschiedene Studien sowie Expertenschätzungen geben an, dass die Population Drogenabhängiger im Gefängnis im Vergleich zu außerhalb überrepräsentiert ist. Eine präzise Angabe der Zahl der drogenabhängigen Insassen ist aufgrund nur weniger systematischer Untersuchungen schwer möglich. Zusätzlich ist auf Grund der Illegalität von Drogen mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen. Jedenfalls ist der Anteil drogenkonsumierender Insassen im Laufe der Zeit stetig gestiegen. In einer repräsentativen Untersuchung aus dem Jahr 1984 (Spirig, 1984) gaben 18% der Insassen illegalen Drogenkonsum vor der Haft an, 6% den Konsum von Opiaten. In einer Untersuchung von 1999 (Spirig, 1999) gaben 26% der Inhaftierten frühere Erfahrung mit intravenösem Konsum an, und 15% setzten den iv-Konsum auch während der Haft fort. 2001 schätzt das ÖBIG den Anteil intravenös konsumierender Insassen auf bis zu 20% (ÖBIG, 2001). Andere Schätzungen vermuten einen heutigen Anteil zwischen 20% und 30%. Werden nicht intravenöser Konsum sowie der Konsum anderer Drogen (z.B. Cannabis, Medikamentenmissbrauch) mit berücksichtigt, kann von einem regelmäßigen Drogenkonsum bei bis zu 50% der Inhaftierten ausgegangen werden. Wird gelegentlicher Konsum mit berücksichtigt, liegt der Anteil noch höher. Während viele Insassen nach der Inhaftierung ihren Konsum beenden oder einschränken, konsumieren andere riskanter oder beginnen überhaupt erst im Gefängnis mit dem intravenösen Drogenkonsum. Letzteres ist bei immerhin rund drei Prozent der Insassen der Fall (Spirig, 1999). Insgesamt ist zwar der intravenöse Drogenkonsum im Gefängnis im Vergleich zu außerhalb geringer, der Konsum innerhalb des Gefängnisses scheint jedoch durch das verminderte Angebot an Drogen sowie Drogenzubehör um so riskanter zu sein (Shewan et al. 1994; Dolan & Wodak 1996). Wie auch außerhalb des Gefängnisses ist das vorherrschende Konsummuster der polytoxikomane Gebrauch, wobei das Konsumverhalten naturgemäß stark durch das Angebot psychoaktiver Substanzen geprägt ist.

Die **Behandlung Drogenabhängiger im Gefängnis** wird im Gegensatz zu außerhalb kontrovers diskutiert, auch deswegen, weil Drogenabhängige außerhalb des Gefängnisses als Patienten gesehen werden, innerhalb des Gefängnisses jedoch primär als Strafgefangene. **Kontrollierende und sorgende Instanz** fallen bei der Vollzugsverwaltung zusammen, was auf Grund der gesetzlichen Vorgaben zu strukturellen Widersprüchlichkeiten führt. Gesundheitssystem und Justizsystem haben unterschiedliche Aufgaben, Ziele sowie Ressourcen, was sich in den unterschiedlichen Behandlungsansätzen zeigt. Wäh-



rend für Drogenabhängige außerhalb des Vollzugssystems die Substitution als etablierte Behandlungsform gilt, ist in Gefängnissen trotz Substitutionsmöglichkeit der abstinenzorientierte Ansatz mit dem Anspruch an die Insassen, ein strikt drogenfreies Leben zu führen, noch immer weit verbreitet. Dies resultiert in einem unterschiedlichen Umgang mit der Substitutionsbehandlung in Gefängnissen auf nationaler und internationaler Ebene. Die Befürchtungen, die mit der Substitution im Gefängnis verbunden werden, sind z.B. ordnungswidriges Verhalten, die Weitergabe von Methadon oder andere Verletzungen der Sicherheitsbestimmungen. Diese Befürchtungen scheinen nach wie vor aktuell zu sein, auch wenn sie einer genaueren Analyse nicht standhalten (Heimer et al. 2005; Wale & Gorta, 1987).

Substitutionsbehandlung innerhalb des Gefängnisses verfolgt verschiedene **Ziele**: Neben den positiven Effekten auf die Betroffenen, nämlich der Reduktion des Drogenkonsums, des riskanten Gesundheitsverhaltens betreffend HIV und Hepatitis und des kriminellen Verhaltens verfolgt die Substitutionsbehandlung auch Ziele, die das Gefängnis als Organisation betreffen, wie beispielsweise eine Verbesserung der Sicherheit. Aus wissenschaftlicher Sicht hat die Substitution drogenabhängiger Insassen sowohl **positive Effekte auf die Insassen selber als auch auf das Gefängnis**. Diese Behandlungsform hilft den illegalen sowie intravenösen Drogenkonsum mit dem damit einhergehenden gesundheitsschädlichen Risikoverhalten des Teilens von Drogenzubehör zu reduzieren und das Verhalten der Insassen im Vollzug zu stabilisieren. Die medikamentöse Versorgung bewirkt eine Verringerung der psychischen Entzugserscheinungen und des psychologischen Suchtverlangens, was auch positive Effekte auf das Verhalten der Insassen mit sich bringt.

Die Unterbrechung einer bereits bestehenden Substitutionsbehandlung bei Haftantritt bewirkt neben psychologischen und psychischen Problemen einen Anstieg des gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens, weswegen eine **Substitutionsbehandlung, die außerhalb des Gefängnisses begonnen wurde, im Gefängnis unbedingt weitergeführt werden sollte**. Um den diffizilen Anforderungen Opiatabhängiger im Vollzug gerecht zu werden, erwiesen sich neben der medikamentösen Behandlung unterstützende psychosoziale Maßnahmen als zweckmäßig und wichtig.

Methoden/Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung basiert auf dem europäischen Forschungsprojekt AGIS: „The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners“. Dieses Forschungsprojekt zur Substitutionsbehandlung in Gefängnissen fand zwischen November 2005 und Dezember 2007 in sieben europäischen Ländern unter der Leitung von BISDRO (Bremen Institute for Drug Research, University of Bremen) und WIAD (Scientific Institute of the German Medical Association, Bonn) statt. Neben Deutschland, England, Italien, Portugal, Slowenien und Spanien war auch Österreich in die Untersuchung eingebunden. Österreichischer Kooperationspartner war das SHH (Schweizer Haus Hadersdorf, Wien). Ziel des Projektes war die Evaluation der Umsetzung, der Wahrnehmung und der Auswirkungen der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug in den beteiligten Ländern, und zwar im Hinblick auf die betroffenen Insassen, die Mitarbeiter und das Gefängnis als Organisation. In dieser ersten Projektphase wurden im Sommer 2007 Insassen und Mitarbeiter in drei Justizanstalten im Wiener Raum befragt.

Um eine für den gesamten österreichischen Strafvollzug repräsentative Darstellung zu erhalten, wurde das Projekt anschliessend um einen zweiten Untersuchungsschritt erweitert: zwischen November 2007 und Jänner 2008 wurden Insassen und Mitarbeiter in weiteren 13 Justizanstalten Österreichs befragt. Dies ermöglichte zum einen repräsentative Ergebnisse auf nationaler Ebene, und zum anderen die Standortbestimmung und Bewertung der Ergebnisse im europäischen Vergleich. Die zweite Untersuchungsphase erfolgte im Auftrag der Vollzugsdirektion des Bundesministeriums für Justiz, mit der Durchführung war wiederum das Schweizer Haus Hadersdorf betraut.

Ziel der vorliegenden Studie ist, die Auswirkungen von Substitutionsbehandlung auf drogenabhängige Insassen sowie auf das Gefängnis als Organisation im österreichischen Strafvollzug in der Wahrnehmung der Betroffenen und Beteiligten zu untersuchen. Die Evaluation der derzeitigen Praxis der Substitutionsbehandlung kann als Grundlage für zu erreichende Standards dienen. Da die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung hinlänglich wissenschaftlich bestätigt wurde, sollen nun die Einschätzungen der Betroffenen hinsichtlich ihrer Effektivität betrachtet werden. Es wird untersucht, inwieweit sich aus Sicht der Insassen und Mitarbeiter einer Justizanstalt die Substitutionsbehandlung im Gefängnis auf illegalen Drogenkonsum, kriminelles Verhalten sowie Motivation und Befind-

Stöver, Heino; Weilandt, Caren; u.a.: Reduction of Drug-related Crime in Prison. The Impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. BISDRO – Bremen Institute for Drug Research, University of Bremen; WIAD – Scientific Institute of the German Medical Association, Bonn; Contract No. JLS/2005/AGIS/130; Bremen/Bonn, März 2008.

Evangelisches Haus Hadersdorf – Wobes. Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte. Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH.
1140 Wien, Mauerbachstrasse 34 .



lichkeit der Insassen auswirkt. Ziel der Studie ist ebenso das Aufzeigen gemeinsamer sowie unterschiedlicher Praxis in den teilnehmenden Justizanstalten.

Die Daten wurden in 16 verschiedenen österreichischen Justizanstalten von zwei geschulten Interviewerinnen im Zeitraum von 09.07.07 bis 29.02.08 erhoben. Grundlage des Vorgehens war das erprobte, standardisierte Verfahren, wie es bereits in der vorangegangenen, länderübergreifenden Studie angewandt worden ist. Durch die nunmehrige Einbeziehung aller größeren Anstalten Österreichs und die geographische Verbreitung über das gesamte Bundesgebiet können die gewonnenen Daten als **repräsentativ für den gesamten Strafvollzug** angesehen werden.

An der Mitarbeiterbefragung nahmen im Untersuchungszeitraum insgesamt **123 Bedienstete teil**, zwei Drittel der Befragten sind männlich (N=86, 69,9%) und im Durchschnitt etwa 41 Jahre alt (M=41,2; Range=23-61). Bei den Befragten handelt es sich um Angehörige aller Berufsgruppen, wobei etwa zwei Drittel (N=81, 65,8%) der Justizwache angehören; alle Befragten haben einen hohen Ausbildungsgrad in Bezug auf ihre im Gefängnis ausgeübte Tätigkeit. Ein wichtiges Kriterium für die Beantwortung der Fragen des Forschungsprojektes war die Erfahrung mit Insassen in Substitutionsbehandlung, die in der Stichprobe mit durchschnittlich zehn Jahren (M=9,7) vorhanden ist und somit als sehr gut eingeschätzt werden kann. Des Weiteren nahmen **183 männliche Insassen** (28,0% aller in den teilnehmenden Anstalten Substituierten) an der Untersuchung teil. Die Befragten sind im Durchschnitt 31 Jahre alt (M=31,4, Range=19-56), der Großteil verbüßt zum Zeitpunkt der Befragung eine Freiheitsstrafe (N=149, 81,4%), lediglich ein Sechstel (N=30, 16,4%) befindet sich in Untersuchungshaft. Die aktuelle Verurteilung beträgt durchschnittlich knappe vier Jahre (M=3,7, Range=0-lebenslang), zum Zeitpunkt der Befragung befinden sich die Insassen durchschnittlich seit etwa zwei Jahren in Haft (M=2,1, Range=0-21 Jahre). Wie für opiatabhängige Patienten üblich, zeigt sich mit durchschnittlich 18 Jahren (M=18,1, Range=10-44) ein relativ frühes Einstiegsalter in die Abhängigkeit und auch in den intravenösen Drogenkonsum (M=20, Range=11-44); seit durchschnittlich zehn Jahren konsumieren die Befragten regelmäßig täglich opioide Drogen (M=9,9 Jahre, Range=2,4 Monate-39 Jahre).

Ergebnisse

Nachdem eine **laufende Substitutionsbehandlung** ein Einschlusskriterium der Studie ist, sind alle Befragten derzeit in Behandlung. Die durchschnittliche Dauer, die befragte Insassen in der Vergangenheit substituiert waren, beträgt fünf Jahre ($M=4,7$, $\text{Range}=0,1-22$), der Erfahrungsgrad kann also auch hier als gut eingestuft werden. Bei der derzeitigen Substitutionsbehandlung im Gefängnis handelt es sich in zwei Drittel ($N=119$, $65,0\%$) der Fälle um eine Substitutionsbehandlung, die außerhalb des Gefängnisses begonnen wurde und jetzt weitergeführt wird, ein Viertel ($N=49$, $26,8\%$) wurde während des aktuellen Gefängnisaufenthaltes neu in das Substitutionsprogramm aufgenommen.

Aufgrund der unterschiedlichen Verfügbarkeit der zur **Substitution zugelassenen Substanzen zeigen sich erhebliche Unterschiede sowohl zur Substitutionsbehandlung außerhalb des Gefängnisses, als auch zwischen den verschiedenen Justizanstalten.**

Im Vergleich zu der letzten Behandlung der Insassen außerhalb des Gefängnisses wird während der aktuellen Inhaftierung **wesentlich häufiger Methadon** eingesetzt, vor allem auf Kosten retardierter Morphine und Buprenorphin. Methadon stellt in mehr als der Hälfte der Fälle ($N=96$, $52,2\%$) das derzeitige Substitutionsmittel dar, ein Drittel ($N=64$, $35,0\%$) ist mit retardierten Morphinen substituiert, etwa jeder Zehnte mit Buprenorphin ($N=19$, $10,4\%$); außerhalb des Gefängnisses wurden hingegen dreiviertel der Befragten mit retardierten Morphinen ($N=118$, $72,0\%$) substituiert. Innerhalb des österreichischen Strafvollzuges existieren aufgrund der auf Anstaltsebene ungleich geregelten Zulassung der Substanzen erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Justizanstalten.

Eine der führenden Fragen der vorliegenden Untersuchung betrifft die Auswirkung der Substitutionsbehandlung auf drogenbezogenes und kriminelles Verhalten, sowie die psychische und physische Verfassung der Insassen. Auch der positive Einfluss der Substitutionsbehandlung auf das Gefängnis als Organisation, und hier vor allem auf Sicherheitsrisiken wie beispielsweise gewalttätiges Verhalten der Insassen untereinander oder gegenüber Bediensteten, wäre eine erwünschte Konsequenz. Demzufolge wurden sowohl die Insassen als auch die Bediensteten gebeten, die Veränderungen, die sie seit Einführung der Substitutionsbehandlung bemerken, einzuschätzen.

Interessanterweise zeigen sich hinsichtlich der **Veränderungen relativ inhomogene Einschätzungen** der beiden Gruppen, vor allem bezüglich des drogenbezogenen Verhaltens. Befragte Mitarbeiter schätzen insgesamt die Veränderungen im drogenbezogenen Verhalten seit Einführung der Substitutionsbehandlung als eher negativ ein, jeder Vierte gibt sogar an dass sich der illegale Drogenkonsum, Drogenhandel sowie das Auffinden von Drogen und Drogenzubehör vermehrt hätten, wie Abbildung 1 zeigt.

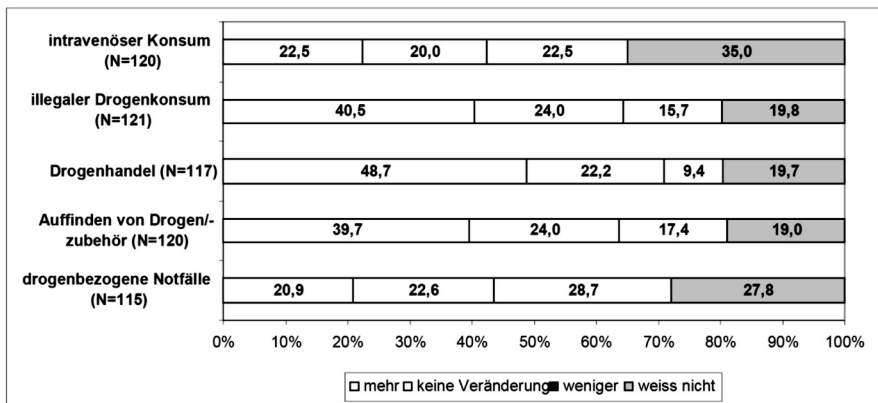


Abbildung 1: Veränderungen im drogenbezogenen Verhalten, Einschätzung der Mitarbeiter

Umgekehrt sehen mehr als die Hälfte der befragten Insassen eine **Verringerung des persönlichen Drogenkonsums**, und etwa vierzig Prozent stellen eine allgemeine **Abnahme des Drogenkonsums** im Gefängnis durch die Substitutionsbehandlung fest. Nur jeder zehnte Insasse bemerkt in diesen Bereichen eine Verschlechterung. Auch die von den **Mitarbeitern eher negativ eingeschätzten Veränderungen im Drogenhandel** werden von den **Insassen selbst als wesentlich positiver bewertet**, nur jeder zehnte Insasse sieht hier ein Ansteigen. Hinsichtlich des intravenösen Drogenkonsums und der drogenbezogenen Notfälle sind die Einschätzungen der Mitarbeiter etwas positiver, nur jeder Fünfte vermutet in diesen beiden Bereichen eine Verschlechterung. Bei den Insassen ist es jedoch wieder nur jeder Zehnte, der hier eine Verschlechterung sieht, der Großteil bemerkt eine Abnahme des intravenösen Drogenkonsums sowie der drogenbezogenen Notfälle (siehe Abbildung 2)

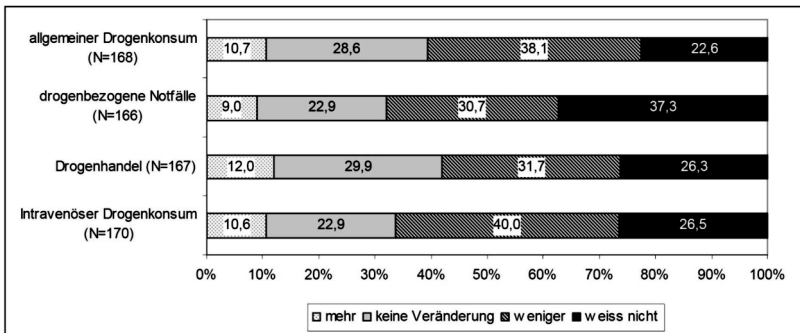


Abbildung 2: Veränderungen im drogenbezogenen Verhalten, Einschätzung der Insassen

Neben den Veränderungen im allgemeinen Drogenkonsumverhalten wurden die Insassen zusätzlich gebeten, Angaben zu ihrem **eigenen Drogenkonsum im Gefängnis** zu machen. Der Großteil der Befragten besteht aus intravenös konsumierenden Drogenabhängigen, jeder Zweite gibt an, in der Vergangenheit auch im Gefängnis intravenös Drogen konsumiert zu haben (N=98, 53,6%). Ein gesundheitsgefährdender Aspekt dieser Form des Konsums besteht in der Übertragung ansteckender Krankheiten wie HIV oder Hepatitis durch das **Teilen von Spritzen, Nadeln oder anderem Drogenzubehör**. Obwohl das Angebot dieser Utensilien im Gefängnis geringer sein dürfte als außerhalb – dort reicht das Aufsuchen der nächsten Apotheke oder eines Stützpunktes von Streetwork – scheint der Prozentsatz jener, die Drogenkonsumzubehör mit anderen Abhängigen teilen, im Gefängnis nicht höher zu sein. Das kann als Konsequenz eines vorhandenen Risikobewusstseins bei den Konsumierenden interpretiert werden. Dennoch ist der Umstand, dass **jeder Dritte** angibt, sowohl innerhalb (N=55, 30,1%) als auch außerhalb (N=51, 27,9%) des Gefängnisses dieses riskante Verhalten auszuüben, bedenklich. Dies umso mehr, als gemeinsam benutzte Utensilien auf Grund ihrer geringeren Zugänglichkeit im Gefängnis länger in Gebrauch sein dürften.

Gelegentlicher Drogenkonsum als Bestandteil der Erkrankung ist auch im Gefängnis **nicht vermeidbar**, wobei hier der Konsum illegaler Substanzen im Vergleich zu außerhalb ungleich geringer ist. Bei illegalen Substanzen zeigt sich, dass jeder Vierte (N=46, 25,1%) bereits im Gefängnis Cannabis konsumiert hat, jeder Zehnte Opiate (N=16, 8,7%), und fünf Prozent Alkohol (N=10, 5,5%). Bezieht man auch Tabletten in die Analyse mit ein, geben nahezu vierzig Prozent der Befragten (N=71, 38,8%) an, neben der Substitutionsbehandlung zusätzlich andere Substanzen zu konsumieren. Nachdem nicht explizit nach



illegalen oder ärztlich verschriebenen Tabletten differenziert wurde, ist eine verlässliche Aussage über den illegalen Beikonsum von Medikamenten schwer möglich; dies bedürfte einer spezifischer ausgerichteten Untersuchung.

Neben der Reduktion des Drogenkonsums und des gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens ist ein bedeutender Aspekt der Substitutionsbehandlung die **Verbesserung der physischen und psychischen Befindlichkeit**. In diesen beiden Bereichen sehen Mitarbeiter und Insassen übereinstimmend deutliche Verbesserungen durch die Substitutionsbehandlung, ähnlich positiv sind die Ergebnisse **motivationale Variablen** betreffend, wie Abbildung 3 zeigt:

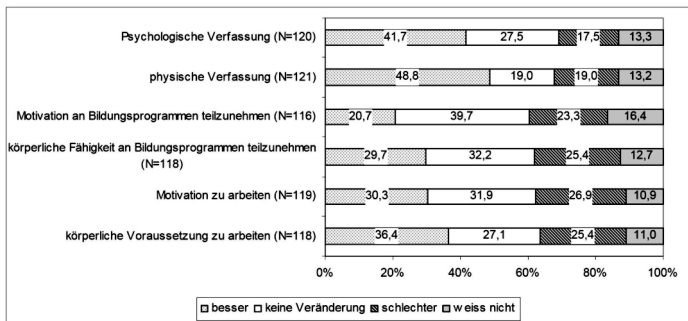


Abbildung 3: Veränderungen der psychologischen und physischen Verfassung, Einschätzung der Mitarbeiter

Ein für das Gefängnis als Organisation wichtiger Aspekt der Substitutionsbehandlung ist die **Eindämmung des gewalttätigen Verhaltens**, sowohl unter den Insassen, als auch gegenüber Bediensteten. Ein Ansteigen der körperlichen Gewalt unter den Gefangenen vermutet nur ein sehr geringer Teil der befragten Insassen (N=21, 12,4%) und Mitarbeiter (N=4, 3,3%). Die meisten sehen entweder eine Verbesserung oder keine Veränderung, wobei auch hier die Veränderungen von den Insassen etwas positiver eingeschätzt werden. Etwas anders stellt sich die Situation bei der psychologischen Gewalt unter den Insassen dar: der Großteil der befragten Mitarbeiter sieht zwar eine Verbesserung (N=16, 13,2%) oder keine Veränderung (N=41, 33,9%), aber jeder Vierte (N=28, 23,1%) vermutet eine Zunahme der psychologischen Gewalt. Aus den zusätzlich notierten Bemerkungen der Mitarbeiter geht hervor, dass Insassen von Mithäftlingen oft genötigt werden, die Substitution nicht korrekt einzunehmen und einen Teil davon herzugeben. Zum Teil dürften das die befragten Insassen ähnlich einschätzen, denn zumindest jeder Fünfte (N=34, 19,9%) gibt an, dass psychologische Gewalt unter den Insassen durch die Substitutions-

behandlung zunimmt. Umso bedeutender ist eine **genaue Kontrolle der korrekten Einnahme der Substitution, um Handel aber auch psychologische Gewalt unter den Insassen einzuschränken.**

Die Angaben zur **körperlichen Gewalt** zwischen Insassen und Bediensteten bestätigen einheitlich eine Verringerung (Insassen: 23,3%, Mitarbeiter: 28,9%) beziehungsweise keine Veränderung (Insassen: 36,0%, Mitarbeiter: 43,8%) durch die Substitutionsbehandlung, nur ein verschwindend geringer Teil sieht ein Ansteigen der körperlichen Gewalt (Insassen: 8,1%, Mitarbeiter: 8,3%). Anders stellt sich die Situation bei der **psychologischen Gewalt** von Insassen gegenüber Bediensteten dar, bei der zumindest jeder zehnte Bedienstete (N=10, 8,3%), und jeder dritte Insasse (N=56, 32,4%) eine Steigerung sieht. Einige Insassen bemerkten dazu im Fragebogen, dass sie von Justizwachebeamten **aufgrund ihrer Substitutionsbehandlung herablassend behandelt** und hinsichtlich bestimmter Arbeitsplätze sowie Vollzugslockerungen schlechter behandelt werden als nicht substituierte Insassen. Eine andere Erklärung für die Zunahme der psychologischen Gewalt könnte die für Mitarbeiter und Insassen unangenehme, aber notwendige Situation der Einnahmekontrolle sein. Auch hier kann die erkennbar ablehnende Grundeinstellung eines Teils der Justizwachebeamten mit ein Grund für die negative Einschätzung von Substitution und ihren Auswirkungen sein.

Deutliche Verbesserungen sehen die befragten Mitarbeiter im Bereich des **autoaggressiven Verhaltens**, in dem sieben von zehn Befragten eine Abnahme der Selbstmorde (N=36, 30,5%), Suizidversuche (N=36, 31,6%) und anderen Selbstverletzungen (N=27, 32,5%), oder zumindest keine Veränderung feststellen. Umgekehrt gab in der offenen Befragung jeder fünfte Befragte eine Zunahme der autoaggressiven Verhaltensweisen als Konsequenz auf ein Streichen der Substitutionsbehandlung an. Ähnlich sehen dies die Insassen: jeder fünfte Befragte befürchtet Selbstverletzungen, Selbstmord oder Suizidversuche, wenn es im Gefängnis keine Substitutionsbehandlung geben würde.

Bedeutsam für das Gelingen jeder medizinischen Behandlung ist das **Verhältnis zur jeweiligen Betreuungsperson**. Es fällt auf, dass das Verhältnis zum behandelnden Arzt und zum medizinischen Personal außerhalb des Gefängnisses wesentlich besser eingeschätzt wird als innerhalb, dennoch schätzen zwei Drittel (N=120, 67,8%) der befragten Insassen ihr Verhältnis zum medizinischen Personal als insgesamt gut ein. Zum Teil sind diese Unterschiede zur Substitutionsbehandlung außerhalb sicherlich auch durch das generelle **Misstrauen der Insassen** gegenüber Bediensteten des Gefängnisses zu erklären. Einen zusätzlichen Anteil könnte aber auch die als **lückenhaft erlebte Verschwiegenheit** haben, die Teil jeder medizinischen oder therapeutischen Behandlung sein sollte. Nur jeder fünfte Insasse (N=34, 18,6%) gibt an, dass seine Substitutionsbehandlung – und



damit einhergehend auch seine Drogenabhängigkeit – im Gefängnis vertraulich behandelt wird.

Begleitende psychosoziale Betreuung und Behandlung wird von den Befragten als förderlich für den therapeutischen Prozess der Substitutionsbehandlung angesehen. Da jede der teilnehmenden Justizanstalten über einen psychologischen Dienst verfügt und einige Anstalten zusätzlich psychologische Unterstützung von einer Einrichtung außerhalb des Gefängnisses beziehen, scheinen die Rahmenbedingungen für begleitende Betreuungsmaßnahmen grundsätzlich gegeben. Diskrepanz sind jedoch die Angaben zum tatsächlichen Erhalt dieser Unterstützung, nahezu jeder Mitarbeiter (97,6%, N=120), aber nur jeder zweite Insasse gibt an, dass substituierte Insassen psychosoziale Betreuung (N=97, 53,0%) erhalten. Wie weit dies auf nur teilweise vorhandene Motivation der Insassen oder auf einen Mangel an personellen und organisatorischen Ressourcen der Justizanstalt zurück zu führen ist, wäre zu überprüfen.

Zum Teil sind die **Ergebnisse in den teilnehmenden Justizanstalten sehr unterschiedlich**. Neben den auf Anstaltsebene geregelten unterschiedlichen Konzepten der Substitutionsbehandlung sowie differenzierten Vollzugskonzepten, -arten und Anstaltsgrößen zeigt sich das etwa in der unterschiedlichen Zulassung der einzelnen Substitutionsmittel. Nicht zuletzt bei Strafvollzugsortänderungen führt dies durch die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel zu Schwierigkeiten für die betroffenen Insassen und Bediensteten.

Auch die Auswirkungen der Substitutionsbehandlung auf **Möglichkeiten innerhalb des Vollzuges** sind unterschiedlich geregelt. In einigen Justizanstalten sind substituierte Insassen von bestimmten Arbeitsplätzen ausgeschlossen, zumindest dann, wenn es sich beispielsweise um Arbeitsplätze an gefährlichen Maschinen oder ähnlichem handelt. Diese Praxis wird mit dem Schutz der Insassen begründet, den Substituierten anscheinend von vornherein benötigen. Diese Sichtweise ist jedoch als allgemeine Regel nicht vertretbar: Sie ist gegenüber Insassen, die auf eine optimale Dosis eingestellt und damit im Arbeitsverhalten nicht beeinträchtigt sind, diskriminierend. Eine **individuelle Entscheidung**, wie das in mehreren Anstalten auch gehandhabt wird, wäre auch hier die optimale Lösung. Das entscheidende Kriterium sollte dabei nicht Substitution sein, sondern die jeweilige Eignung eines Insassen für einen bestimmten Arbeitsplatz unter Einbeziehung der auch sonst üblichen Faktoren.

Noch bedeutsamer für die Insassen ist vermutlich der in einigen Anstalten gegebene **Ausschluss Substituierter von bestimmten Vollzugslockerungen**, z.B. der Möglichkeit von Aus- oder Freigängen. Hier stellt sich auch die Frage nach einer nachvollziehbaren

gesetzlichen Begründung. Wenn substituierte Insassen darüber hinaus ausgeschlossen werden, wird der Sinn von Substitution als Teilmaßnahme im Genesungsprozess in Frage gestellt. Ein Absetzen der Substitution mit einer kurz darauf folgenden Lockerung der Vollzugsbedingungen bedeutet eine **parallele Minderung von zwei stützenden Maßnahmen**, was zur Folge hat, dass die Substitution zu schnell entzogen wird, um Vollzugslockerungen zu erhalten. Wie aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt, ist nach einem Opiatentzug ohne weitere stützende Maßnahmen erneuter Drogenkonsum mit der Gefahr von Überdosierungen und erhöhter Akutmortalität wahrscheinlich. Substitutionsbehandlung soll die Reduktion von Drogenkonsum und kriminellem Verhalten ermöglichen und die soziale Wiedereingliederung nach der Haft fördern. Die Chancen dazu sind umso größer, wenn sie mit psychosozialer Betreuung und Behandlung einhergeht. Betrachtet man Freigänge als Möglichkeit für die Insassen, sich auf das Leben nach der Haft vorzubereiten, kann begleitende **Substitutionsbehandlung gerade für diesen Prozess wichtig** sein. Um den Wiedereingliederungsprozess zu unterstützen und **Missbrauch vorzubeugen, ist in jedem Fall psychosoziale Begleitung anzuraten**.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Justizanstalten besteht auch in der Art und Weise, wie mit **Beikonsum** umgegangen wird. Die Konsequenzen reichen hier von einem Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm über das Herabsetzen der Dosierung, über institutionelle und strafrechtliche Folgen wie beispielsweise das Verhängen einer Ordnungsstrafe oder eine Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz, bis hin zu keinen Folgen. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass sinnvolle Konsequenzen im Fall von Beikonsum nicht generell, sondern grundsätzlich nur individuell entschieden werden können, unter Berücksichtigung von institutionellen und persönlichen Faktoren. Welchen Stellenwert ein Substitutionsprogramm im Einzelfall hat, ist primär eine medizinisch-therapeutische, und erst in zweiter Linie eine institutionelle Frage. Eine adäquate Lösung im Konfliktfall, z.B. bei Beikonsum, kann nur im Zusammenwirken von verschreibendem Arzt, psychosozialer Betreuung und Betroffenen gefunden werden.

Diskussion

Aus der empirischen Forschung ist hinlänglich bekannt, dass sich Substitutionsbehandlung positiv auf eine Reduktion des Drogenkonsums, des damit einhergehenden gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens, und des kriminellen Verhaltens, sowie förderlich bei der sozialen Wiedereingliederung auswirkt. Dieser Sachverhalt wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung grundsätzlich bestätigt. Auch wenn Mitarbeiter und Insassen in einigen Bereichen eine Verschlechterung durch die Erhaltungstherapie vermuten, werden deren Konsequenzen im Allgemeinen dennoch in Summe eher positiv eingeschätzt. Vor allem hinsichtlich des gewalttätigen und autoaggressiven Ver-



haltens sowie der psychischen und physischen Stabilität der Insassen sehen beide befragten Gruppen deutliche Verbesserungen. Es kann festgestellt werden, dass **Substitutionsbehandlung auch innerhalb des Strafvollzuges eine sinnvolle Behandlungsmöglichkeit** drogenabhängiger Patienten darstellt.

Als grundlegend wichtig und positiv muss festgehalten werden, dass Substitution in allen österreichischen Anstalten als eine grundsätzlich verfügbare, anerkannte und implementierte Behandlungsform für Drogenabhängige zur Verfügung steht. Die zum Teil schon seit vielen Jahren existierenden Programme haben zu einem in vielen Anstalten breiten Erfahrungswissen geführt, das nicht unterschätzt werden darf. Gegenüber anderen Ländern kann hier der österreichische Strafvollzug einen qualitativen Vorsprung vorweisen.

Es stellt sich die Frage, weshalb die positiven Auswirkungen von Substitution im konkreten Vollzugsalltag in den Justizanstalten nicht im zu erwartenden Ausmaß erlebt und gesehen werden, oder anders gefragt, **weshalb an sich erwartbare positive Auswirkungen nicht oder nur teilweise zum Tragen kommen. Die divergierenden, in sich teilweise widersprüchlichen Umsetzungskonzepte und -strategien haben in der Praxis zur Folge, dass teilweise das Gegenteil des Erwünschten** eintritt. Vorhandene positive Wirkungen werden negativ überlagert und teilweise konterkariert. Negative Auswirkungen werden in der subjektiven Wahrnehmung zu Unrecht oft der Substitution zugeschrieben, was in Teilbereichen zu einem negativen „self-fulfilling-Effekt“ zu führen scheint. Nicht klar definierte Substitutionsprogramme, Unklarheiten über deren Inhalt und Zweck führen zu unklaren Erwartungen, was dann zwar verständliche, aber nicht in der Sache begründbare Enttäuschungen zur Folge hat.

Die zum Teil deutlich unterschiedlichen Einschätzungen der Mitarbeiter und der Insassen beruhen eventuell auf den in beiden Gruppen ungleichen Referenzzeiträumen. Während die Mitarbeiter gebeten wurden, die Veränderungen seit Einführung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis einzuschätzen, sollten die Insassen die Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung im Allgemeinen einschätzen. Dass die Drogenproblematik in den Gefängnissen seit Einführung der Substitutionsbehandlung in den Augen der Mitarbeiter zugenommen habe, kann zum Teil an dem im selben Zeitraum allgemein angestiegenen Drogenkonsum in den Gefängnissen liegen. Das **allgemein gestiegene Auftreten von Drogenkonsum** im Gefängnis lässt wiederum die **positiven Effekte der Substitutionsbehandlung subjektiv in den Hintergrund** treten.

Eine weitere Ursache für die negativ eingeschätzten Veränderungen der Mitarbeiter beruht auf der unterschiedlichen **Nähe zu Substituierten** und nicht substituierten Insassen, was mit einem unterschiedlichen Ausmaß an **Kontrolle** verbunden ist. Die Einbindung in

ein Substitutionsprogramm macht auch sonst vorhandene **Drogenprobleme öffentlich** und sichtbar. Substituierte Insassen sind an die medizinische Abteilung des Gefängnisses angebunden und müssen täglich zur Ausgabe des Substitutionsmittels erscheinen sowie Harntests abgeben. Dadurch entsteht ein regelmäßiger intensiver Kontakt mit diesen Insassen, was naturgemäß zu einem leichteren Bemerkten von etwaigen Auffälligkeiten führt. Das kann in der subjektiven Wahrnehmung zum Eindruck führen, dass Substituierte im Umgang schwieriger seien als nicht Substituierte.

Außerdem sollte **Substitution immer relativ** zu den **Lebensbedingungen Opiatabhängiger sowohl im Gefängnis als auch außerhalb** gesehen werden. Bestimmte Verhaltensweisen sind als Auswirkungen der generellen Lebens- und Krankheitsbedingungen der Betroffenen zu sehen, aber nicht als ursächlich substitutionsbedingt. Diese Verwechslung kann besonders dann unterlaufen, wenn die Einstellung – etwa des befassten Personals – gegenüber Drogenabhängigen und Substitution von vornherein eher negativ gefärbt ist. Als negativ beurteiltes Verhalten wird in diesem Fall der Substitution zugeschrieben statt als Symptom der Drogenabhängigkeit betrachtet.

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass **Veränderungen im körperlichen und psychologischen Zustand** im Gefängnis immer **relativ** zu sehen sind: Ein klarerer, wacherer und nüchterner Zustand bedeutet nicht automatisch eine „Verbesserung“ des Wohlbefindens. Insbesondere bereits vorhandene Krankheiten werden mit der Verbesserung der Situation überhaupt erst sichtbar und können nun behandelt werden. Oft entstehen **neue, andere Konflikte** und Auffälligkeiten, die im Gefolge von verändertem Verhalten und bei der Genesung von der Drogensucht unumgänglich sind. Alte bestehende Konflikte sowie neu auftretende Schwierigkeiten müssen von den Patienten neu eingeordnet, verarbeitet und nüchtern bewältigt werden. Der **von einer Substitutionsbehandlung fälschlicherweise oft erhoffte „Allheilmittel“-Effekt ist nicht zu erwarten**, hier liegt die Bedeutung von **begleitender psychosozialer Betreuung und Behandlung** als entscheidender Unterstützungsmaßnahme.

Im internationalen Vergleich sind insgesamt die strukturellen Voraussetzungen in österreichischen Justizanstalten grundsätzlich besser als anderswo: z.B. flächendeckende Substitution in prinzipiell allen Justizanstalten, größere Auswahl und Anwendung von verschiedenen Substitutionsmitteln, oder prinzipiell bereits langjährige Erfahrung mit Substitutionsprogrammen. Die in Teilen dennoch vergleichsweise negative Einschätzung der

Vergleichbare Effekte zeigten sich nach Einführung der Drogenfreien Zone in der JA Hirtenberg: Die Gesamtzahl von Spitalsaufenthalten blieb etwa gleich, jedoch bei Rückläufigkeit von Akutfällen und zugleich Anstieg ärztlicher Diagnostik und Behandlungen (Spirig, 2000).

Mitarbeiter der österreichischen Justizanstalten dürfte ihren Grund nicht in der prinzipiellen Regelung der Substitutionsbehandlung haben, sondern vielmehr in nicht ausreichend klaren und sachgerechten Umsetzungsstrategien.

Empfehlungen

Auf Grund der Ergebnisse der durchgeführten Studie und vor dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Standes lassen sich folgende **Empfehlungen** für die Verbesserung der Substitutionsbehandlung in österreichischen Justizanstalten ableiten :

- Bestätigung von Substitution als anerkannter, erprobter und in ihren positiven Auswirkungen wissenschaftlich gesicherter Behandlungsform, die in allen Justizanstalten ihren festen Platz hat.
- Klare Verortung von Substitution als eine Behandlungsform neben anderen Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen, die sich in ihren jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen gegenseitig ergänzen.
- Formulierung von für alle Justizanstalten verbindlichen Grundstandards für Substitutionsprogramme.
- Ausrichtung der Grundstandards an den bekannten, wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen aus der internationalen Forschung und Praxis.
- Formulierung von für alle Justizanstalten verbindlichen organisatorischen Grundstandards für die praktische Umsetzung der Substitutionsprogramme in den einzelnen Anstalten.
- Abbau von diskriminierenden Elementen (z.B. Ausschluss von Tätigkeiten in Arbeitsbetrieben oder von Maßnahmen der Entlassungsvorbereitung, sowie Ausbau und Verstärkung von mangelnden Elementen (z.B. psychosoziale Begleitung als Grundvoraussetzung für gelingende Substitutionsprogramme).

Diese Empfehlungen finden sich im Einklang mit den „Europäischen Richtlinien betreffend HIV/AIDS und Hepatitis im Strafvollzug“, entwickelt von ENDIPP (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prisons), Milano 1999.

- Aufbauend auf dem bereits vorhandenen Erfahrungs- und Praxiswissen weiterführende Schulungs- und Informationsveranstaltungen für Bedienstete, insbesondere für die unmittelbar mit der Substitution Befassten wie auch für andere Interessierte.
- Inhaltliche und organisatorische Angleichung der bestehenden Substitutionsprogramme an die in den Richtlinien formulierten Grundstandards.
- In jeder Justizanstalt Benennung und Betrauung von bestimmten Personen mit Leitungsfunktion - aus dem ärztlichen, dem Vollzugs- und dem Betreuungsbereich die entlang der Richtlinien für die Implementierung und die laufende Umsetzung der Substitutionsprogramme verantwortlich sind.
- Benennung einer bundesweit zuständigen, der Vollzugsdirektion verantwortlichen Stelle, die die einzelnen Justizanstalten bei der Implementierung der Grundstandards, der konkreten Durchführung und bei der Evaluation der Substitutionsprogramme berät und unterstützt.
- Vernetzung mit geeigneten regionalen Einrichtungen und deren Einbindung bei der Umsetzung der Substitutionsprogramme, insbesondere in der Entlassungsvorbereitung.

Für die **Umsetzung** dieser Empfehlungen bedarf es vergleichsweise geringer zusätzlicher Mittel. Sie fallen hauptsächlich in einem zumindest vorübergehend gesteigerten Aus- und Fortbildungsschwerpunkt an, allenfalls auch in einer Verstärkung der psychosozialen Beratungsdienste sowie in einer erhöhten Koordination unter den Justizanstalten. Aufbauend auf den bereits vorhandenen Strukturen und breiten Praxiswissen wäre damit ein großer Effekt verbunden: die notwendige Optimierung der gegenwärtigen Substitutionspraxis kann in vielen Bereichen eine entscheidende Verbesserung der allgemeinen Vollzugssituation bewirken, damit auch zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit beitragen, und nicht zuletzt zu einer verbesserten Versorgung und Reintegration von Gefangenen mit Drogenproblemen führen.



Literatur

- Dolan, K. & Wodak, A. (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4(1): 85-97.
- Fischer, G. & Kayer, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2(2), 39 – 54.
- Hall, W., Ward, J. & Mattick, R.P. (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment 1: Heroin use and crime. In J. Ward, R.P. Mattick, and Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 17-57). Amsterdam: Overseas Publishers Association.
- Heimer, R. et al. (2005). Methadone maintenance in a men's prison in Puerto Rico: a pilot-program. *Journal of Correctional Healthcare*, 11(3), 295-305.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Shewan, D. et al. (1994). Prison as a modifier of drug using behaviour. *Addiction Research* 2(2), 203-215.
- Spirig, H. (1999): Länderbericht Österreich. European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons. Bonn 1999.
- Spirig, H. (2000): Die „Drogenfreie Zone“ in der JA Hirtenberg. Untersuchungsbericht. Bundesministerium für Justiz, Wien, 2000.
- Spirig, Harald (1984): Entzug in Haft. Repräsentative Untersuchung zum Drogen-, Alkohol- und Medikamentenkonsum in Österreichischen Gefangenenhäusern und Strafvollzugsanstalten. Bundesministeriums für Justiz, Wien, 1984.
- Wale, S. & Gorta, A. (1987). Views of inmates participating in the pilot pre-release Methadone Program, Study No. 2. Sydney: Research and Statistics Division.
- Ward, J., Mattick, R.P. & Hall, W. (1992). Key Issues in Methadone Maintenance Treatment. Sydney: New South Wales University Press.

Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von Insassen einer Jugendanstalt - Bekommen die Gefangenen das, was sie brauchen?

Dr. Marc Lehmann





Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von Insassen einer Jugendanstalt

- Bekommen die Gefangenen das, was sie brauchen?

Dr. Marc Lehmann

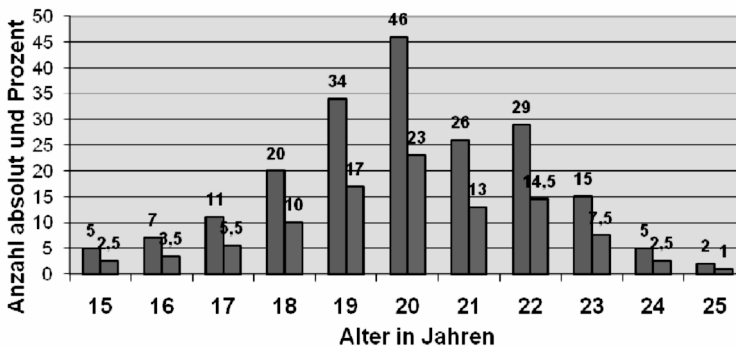
Schlüsselwörter: Jugendanstalt, Behandlungsbedarf, psychiatrische Erkrankungen, Jugendstrafvollzug,

Psychiatrische Erkrankungen stellen einen häufigen Behandlungsanlass in Justizvollzugsanstalten dar. Häufig sind es gerade diese, die das Vollzugsziel, ein Leben ohne Straftaten in sozialer Verantwortung, beeinträchtigen.

In Rahmen einer retrospektiven Studie innerhalb der größten deutschen Jugendanstalt, 833 Plätze, Hameln, wurden alle psychiatrischen Konsile (n=751) bei männlichen Jugendgefangenen (n=200) der Jahre 2005-2007 ausgewertet. Die Dokumentation war teilstrukturiert erfolgt mit Codierung der Diagnosen nach ICD 10 und Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, die Testergebnisse der vollzuglichen Behandlungsdiagnostik wurden einbezogen.

Abb. 1 zeigt die Altersverteilung: Altersmittelwert 19,99 Jahre (+/-2,07)

Altersverteilung zum Zeitpunkt des 1. Konsils in Jahren n=200



150 Insassen gaben als Geburtsland Deutschland an, 166 befanden sich bereits in Strafhaft. Bei rund einem Viertel konnten psychiatrische Vorbefunde angefordert werden, was als Surrogat-Marker für bereits vor der Haft bestehende Erkrankungen gewertet wurde.

Abb. 2 zeigt die Verteilung der Konsilhäufigkeit. Neben kurzen, zumeist diagnostischen Episoden oder Kriseninterventionen wurden auch anhaltende psychiatrische Behandlungen mit bis zu 23 Kontakten durchgeführt.

**Anzahl Konsile (n=751) pro Patient n=200,
Durchschnitt: 3,76 Konsile pro Patient**

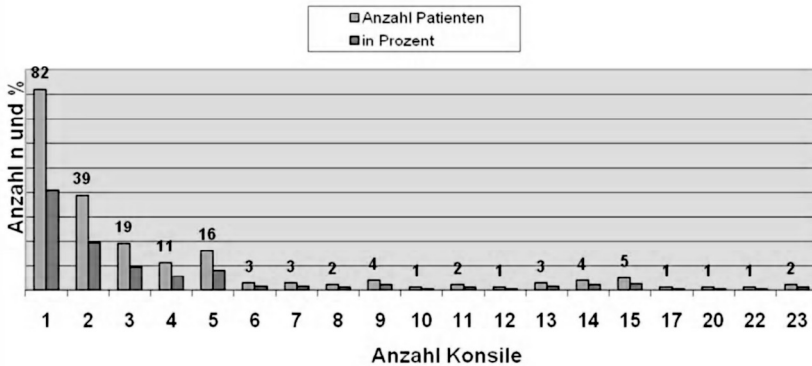
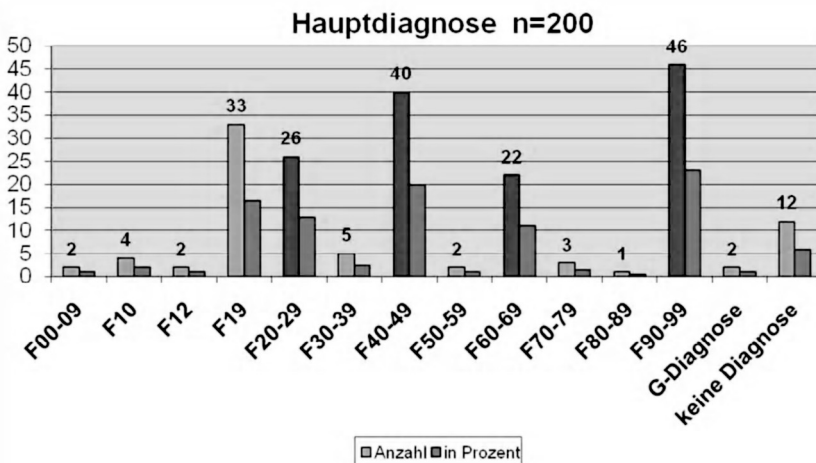


Abb 3: Bei den psychiatrischen Hauptdiagnosen wurden als häufigste Diagnosegruppen nach ICD 10 F19 n=23, F20-29 n=26, F40-49 n=40, F60-69 n=22, F90-99 n= 46 vergeben.



Im Durchschnitt trat die höchste Behandlungsbedürftigkeit bei der Diagnosegruppe F 2* mit über 8 Konsilen pro Patient auf.

Daten zum Substanzabusus belegten umfangreichen Konsum/Abhängigkeit mit Häufungen bei Alkohol (n=133), Cannabis (n=131) und Designerdrogen (n=74). Opiatkonsum (n=41) war dagegen weniger ausgeprägt.

Daten über die Verbreitung und Ausprägung psychiatrischer Störungen jugendlicher Gefangener sowie deren medizinische Behandlung sind bisher nur begrenzt verfügbar. Hier greift die vorgelegte Auswertung bei der unter Anderem 52 Gefangene wegen Verhaltensauffälligkeiten und weitere 17 wegen psychotischer Störung sowie 19 wegen Suizidalität vorgestellt wurden.

Die Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher erfordert erhebliche Ressourcen, die üblicherweise im Strafvollzug nicht in ausreichendem Umfang vorhanden sind. Alternative Versorgungskonzepte scheitern häufig an der geltenden Rechtslage. Die hier erforderliche Durchlässigkeit zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug ist nicht gegeben. Die Praxis zeigt oft im Rahmen der gerichtlichen Verfahren nur unzureichend berücksichtigte Störungsbilder, so dass hier deutlicher Nachholbedarf besteht und rechtzeitig die richtige Maßnahmen einzuleiten.

Auch gibt es beispielsweise klare Hinweise auf eine Beziehung zwischen Substanzkonsum, weiterer Erkrankung und Behandlungsbedarf. Immer wieder gelangen deshalb schwer gestörte Gefangene mit Kombinationen aus psychischer oft psychotischer Störung und Suchterkrankung in den Vollzug, die dort kaum zu therapieren sind und bei denen nach rechtskräftiger Verurteilung der § 455 STPO Abs 4 nicht zur Anwendung kommt. Der fachpsychiatrische Behandlungsaufwand ist erheblich. Die Justizvollzugseinrichtungen behelfen sich dann, indem versucht wird, die Behandlung über das Suchthilfesystem einzuleiten. Dieses scheitert dann erfahrungsgemäß häufig.

Fazit

- ◆ Patienten mit florider psychotischer Symptomatik sind mit vollzuglichen Mitteln nicht zu erreichen und die Möglichkeiten der medizinischen Intervention sind ressourcenmäßig sehr begrenzt, selbst nach Abklingen drohen neue Schübe.
- ◆ Patienten mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens, Borderline Störung und andere komplexe Persönlichkeitsstörungen verursachen hohen Betreuungsaufwand, sind jedoch im strukturierten Tagesablauf mit zum Teil eskalierenden vollzuglichen Mitteln zu führen.
- ◆ Komorbidität von Sucht und psychischen Erkrankungen ist erwartungsgemäß auch im Jugendvollzug hoch. Maßregeln insbesondere nach § 63 StGB kommen oft nicht zu Anwendung. Die Anschlussversorgung wird dann hilfsweise über § 35 BtmG oder bei Alkohol JGG § 88 erreicht.

- ◆ Verurteilte kranke Rechtsbrecher, insbesondere Psychosekranken, gelangen und verbleiben im Strafvollzug, ein Wechsel in den Maßregelvollzug oder die Anwendung des § 455 STPO gelingt kaum und wenn zumeist nur kurzzeitig, bzw. mit dem Problem, dass die Vollstreckung eben nur unterbrochen wird. Gnade gesuche haben in der Regel keine Aussicht auf Erfolg.
- ◆ Beim hilfswisen Überleiten ins Suchthilfesystem gerät die psychiatrische Erkrankung oft ins Hintertreffen, die aufnehmenden Einrichtungen des Suchthilfesystems sind oft überfordert oder nehmen erst gar nicht auf.
- ◆ **Deshalb unbedingt früh (in der U-Haft) psychiatrische Untersuchung, ggf. Begutachtung und Alternativen zur Haftstrafe suchen!!!**



Mentale Gesundheit Umgang mit Depression und Suizidversuchen

Dr. Wolfgang Neuwirth
Justizanstalt Wien-Josefstadt





Dr. Wolfgang Neuwirth, Justizanstalt Wien-Josefstadt

Betrachtet man die Suizidrate in der österreichischen Bevölkerung so ist derzeit von einer Zahl von etwa 16 Suiziden pro 100.000 Einwohnern auszugehen. Während die Suizidrate in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten eher zurückgegangen ist (siehe Abb. 1) so ist in Haft ein Anstieg der Suizide pro 100.000 Insassen zu verzeichnen.

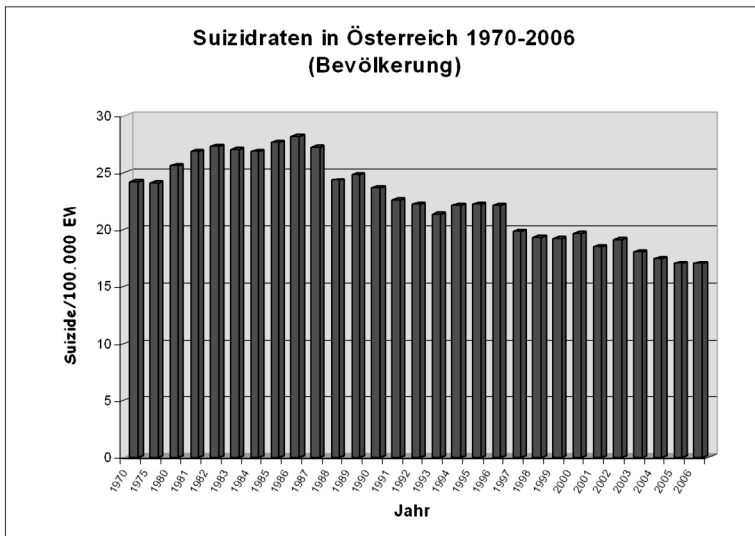


Abb. 1

Ein Grund für einen solchen Anstieg stellt sicherlich die unterschiedliche Suizidrate zwischen Männern und Frauen dar (siehe Abb. 2).

Während bei Frauen die Suizidrate generell niedriger und seit 1950 weltweit nur gering gestiegen ist, ist bei Männern eine höhere Suizidrate und ein wesentlich stärkerer Anstieg zu verzeichnen. Der höhere Anteil an Männern im Vollzug, etwa 80:20 trägt damit sicherlich zu einer höheren Suizidrate im Strafvollzug bei.

Die in der Folge verwendeten Zahlen hat Dr. Stefan Fuchs (Entwicklungsabteilung der Strafvollzugsakademie) dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt.

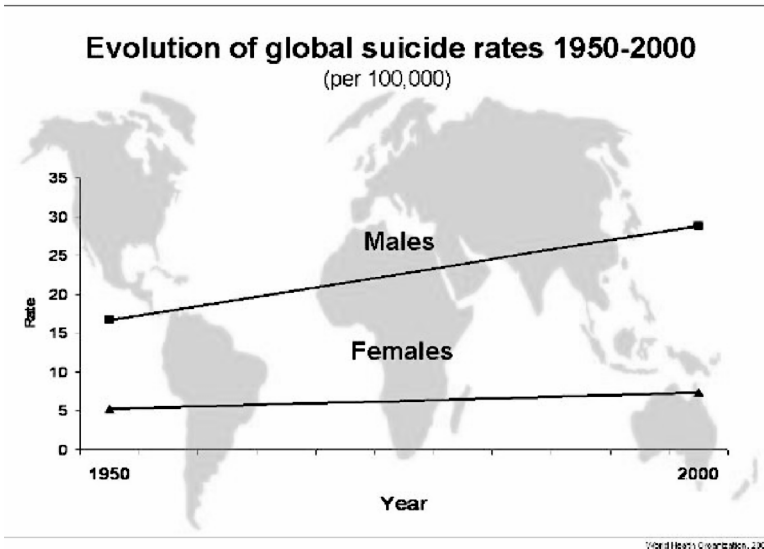


Abb. 2

Betrachtet man die Zahlen im Strafvollzug (Abb. 3) und vergleicht hier die letzten Dekaden so ist ein deutlicher Anstieg auf etwa 160 Suizide pro 100.000 Insassen zu erkennen.

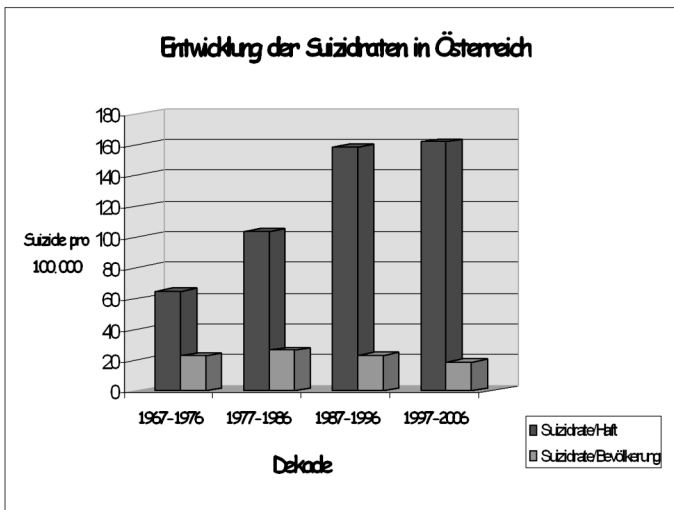


Abb. 3



Aber auch die Gruppe Strafvollzug ist keine homogene Gruppe bezüglich Suiziden (siehe Abb 4). Im Maßnahmenvollzug nach §21(1) StGB und §21(2) StGB, also bei den zurechnungsunfähigen und zurechnungsfähigen „geistig abnormen Rechtsbrechern“ ist, wie auch zu erwarten aufgrund der psychischen Auffälligkeiten, mit einer wesentlich höheren Suizidrate, 321 pro 100.000 Insassen, zu rechnen. Aber auch die Untersuchungshaft birgt mit etwa 313 pro 100.000 Insassen ein höheres Risiko für suizidales Handeln.

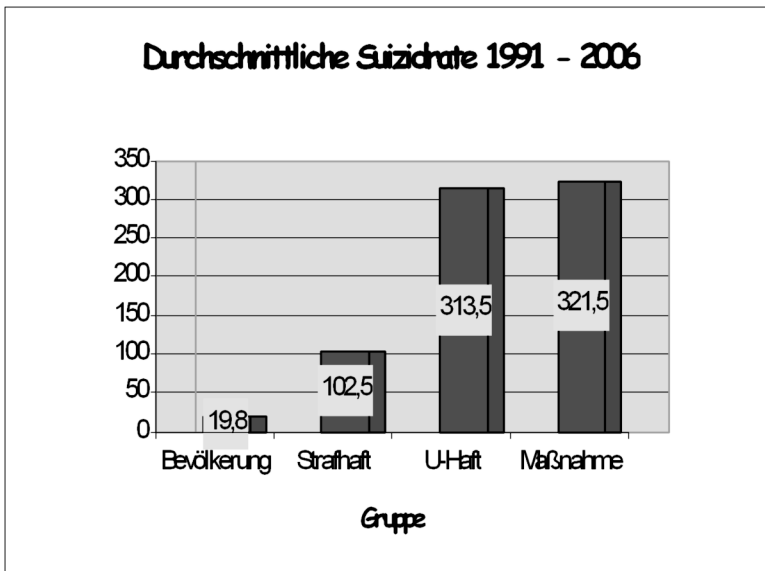


Abb. 4

Betrachtet man die Jahre von 2006 bis heute so ist durch sowohl sinkende Suizidzahlen aber insbesondere durch sinkende Haftzahlen ein Rückgang der Suizidrate im gesamten Strafvollzug auf 75 pro 100.000 Insassen zu verzeichnen (zum Vergleich siehe Abb. 5).

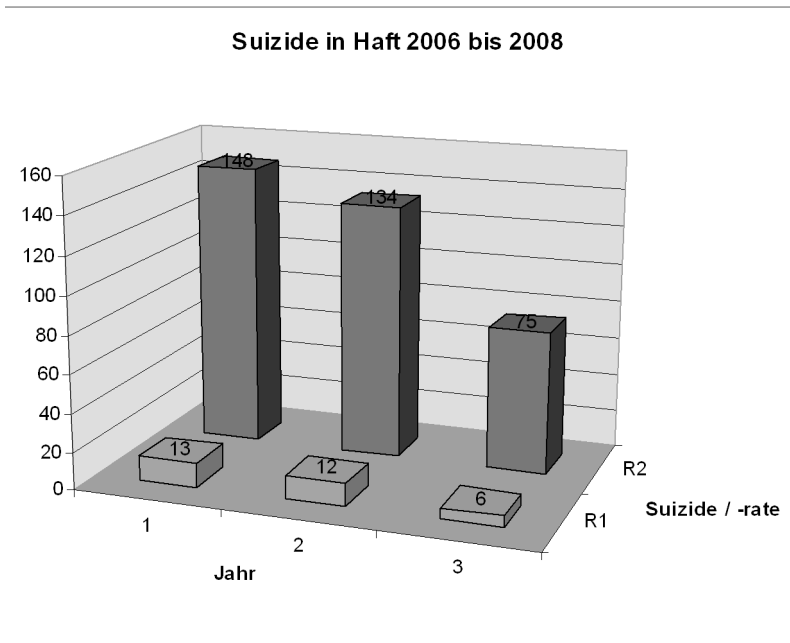


Abb. 5

In einer Untersuchung zur Erhebung psychiatrischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen der Justizanstalt Wien-Josefstadt (Brandstätter, Ebner, Linzmayer & Schopper 2004) kamen die Autoren zum Schluss, dass 69% der Insassen aktuell an einer psychiatrischen Störung nach ICD 10 leiden. Dies gliedert sich in folgende Bereiche auf:

- 49% psychotrope Substanzen (F11-19)
- 23% Alkohol (F10)
- 13% Affektive Störung
- 10% Neurotische Störung (F4)
- 3% Schizophrenie, schizotype, wahnhafte Störung (F2)

Gründe für die höhere Suizidrate in Haft stellt also generell die vorselektierte Population (Geschlecht, psychosoziale Belastung), die besonders belastende Situation der Haft (besonders in Untersuchungshaft), die Ungewissheit und Unfähigkeit die Situation zu beeinflussen (abermals besonders in Untersuchungshaft) sowie die Tatsache, dass übliche Strategien der Stressbewältigung in Haft reduziert oder nicht möglich sind.



Welche Gegenstrategien wurden in letzter Zeit im österreichischen Strafvollzug entwickelt um diesem erhöhten Suzidrisiko entgegenzuwirken?

Weiters sind während der Anhaltung in Haft verschiedene erhöhte Risikosituationen zu identifizieren:

- Erste Tage nach Inhaftierung (Untersuchungshaft)
Einzelunterbringung
Bestimmte Deliktgruppen (Mord, Sexualdelikte)
- Erhöhtes Risiko z.B. vor Prozessbeginn, nach Urteil, wenn Verlegung droht ...
- Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit
- Psychiatrische Vorerkrankungen
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Probleme mit Mithäftlingen oder Vollzugspersonal
- Familiäre Probleme (Scheidung, Trennung..)
- Keine familiäre Bindungen

Welche Gegenstrategien wurden in letzter Zeit im österreichischen Strafvollzug entwickelt um diesem erhöhten Suzidrisiko entgegenzuwirken?

- **Sensibilisierung des Personals** im Rahmen der Ausbildung zum Justizwachebeamten.
- **Erlass zur Suizidprävention** des BMfJ, der regelt, dass zu bestimmten kritischen Zeitpunkten der Psychologische Dienst Kontakt mit dem betroffenen Insassen aufzunehmen hat.
- **Listener Modell**
Eine Häufung von Suiziden führte in der Justizanstalt Innsbruck im Sommer 1998 zur Einführung dieses Modells. Geeignete Insassen werden als sog. „Listener“ ausgebildet und zu psychisch auffälligen aber nicht psychiatrisch kranken Insassen in den Haftraum „gelegt“. Diese „Listener“ erhalten eine Einschulung über Gesprächsführung und Suizidprävention sowie regelmäßige Supervision durch die Fachdienste, besonders nach entsprechenden Einsätzen. Heute sind „Listener“ in zahlreichen österreichischen Justizanstalten im Einsatz.

- **CISM Ausbildung**

Unter CISM versteht man eine Form der Betreuung von Bediensteten nach kritischen Ereignissen (beispielsweise Suizid oder schwerer Verletzung eines Menschen). Diese Betreuung erfolgt im sogenannten „Peer“- System durch Justizwachebeamte, Sozialarbeiter und Psychologen. Mit dem betroffenen Bediensteten wird innerhalb von 24 Stunden nach dem Ereignis durch einen „Peer“ Kontakt aufgenommen. Es kommt zu einer Krisenintervention (rasche zeitlich begrenzte Betreuungsmaßnahmen). Das Risiko längerfristiger negativer Auswirkungen auf den betroffenen Bediensteten soll dadurch reduziert werden. Die Leistungsfähigkeit, Motivation und psychische Gesundheit des Betroffenen bleiben so erhalten.

- **Begleitung von Gefangenen durch gemeinnützige Vereine** (Soziale Gerichtshilfe)

Die Soziale Gerichtshilfe ist ein Verein, der schon im Jahre 1866 gegründet worden war und es sich zur Aufgabe gemacht hat, Gefangene und Haftentlassene zu begleiten.

Von Anfang an hatte der Verein humanistische Ziele, wie z.B. auch die Unterstützung von Haftentlassenen bei der Suche nach Arbeit und Wohnung. Heute besteht der Verein aus etwa 40 Mitarbeitern, die ehrenamtlich, das heißt ohne Bezahlung, Gefangene besuchen und/oder auch Haftentlassene begleiten. Alle Mitarbeiter erhalten eine profunde Ausbildung und treffen sich regelmäßig zur monatlichen Supervision, wo unter der Mitwirkung von Fachleuten aus dem Strafvollzug (Psychologen, Sozialarbeiter, Verwaltungsbeamte) die Arbeit der Mitarbeiter besprochen wird.

Zur Mitarbeit melden sich humanistisch orientierte Personen aus allen Schichten der Gesellschaft und allen Altersklassen.

Literatur:

Brandstätter N., Ebner N., Böck G., Linzmayer L. & Schopper H. (2004). Erhebung psychiatrischer Störungen und demographischer Daten bei österreichischen Untersuchungshäftlingen in der Justizanstalt Wien-Josefstadt.



Die “Dublin Declaration” und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Prof. Dr. Heino Stöver





Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Prof. Dr. Heino Stöver

Einleitung

Gefangene sind – verglichen mit der Allgemeinbevölkerung - überproportional stark betroffenen von gesundheitlichen Belastungen wie Abhängigkeit, Infektionen (z.B. HIV, HBV/HCV, STIs) und anderen Erkrankungen (v.a. psychische und psychiatrische Störungen). Ihr Risikoverhalten – unter Bedingungen eingeschränkter Schutzmöglichkeiten – (vor und) während der Inhaftierung stellen massive Bedrohungen ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen dar (Jürgens, Ball, Verster, 2009; Shewan, Stöver, Dolan 2005; Stöver, Nelles 2003; Stöver 2008).

Trotz vieler Belege zum Bedarf und zur Wirksamkeit von schadensminimierenden Angeboten in Haftanstalten, und trotz einer Vielzahl von internationalen Empfehlungen zu ihrer Umsetzung, besteht erheblicher Widerstand unter Politikern, Justizbehörden, Gefängnisleitern, Bediensteten und Ärzten diese wichtigen Public Health – Strategien in die Praxis umzusetzen. Obwohl in Haft eine große Population mit riskantem Verhalten unter riskanten Verhältnissen lebt, sind insbesondere die Möglichkeiten und die Zugänge zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Marteau, Stöver 2009), zur Nadel-, Spritzen- und Kondomvergabe in vielen Ländern beschränkt und hinken so evidenz-basierten Programmen in den Gemeinden und Städten weit hinterher (WHO 2005 a+b; WHO Regionalbüro Europa 2009).

1. Die "Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia"

Im Februar 2004 trafen sich Regierungsvertreter aus über 50 Ländern des Europarats in Dublin/Irland, um die „Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia“ zu unterzeichnen. Das Treffen fand vor dem Hintergrund einer globalen schnellen Ausbreitung der HIV/AIDS Epidemie statt, mit mehr als 30 Mio. Menschen weltweit die mit HIV/AIDS leben, 90% in Entwicklungsländern und 75% allein in der Sub-Sahara Region.

Die Deklaration verpflichtet alle Signatarstaaten 33 spezifische Aktionen zu unternehmen, und in manchen Fällen besondere Ziele zu verfolgen, um die HIV Prävention, Pflege, Behandlung und Unterstützung in der Region zu verbessern.

Dank für viele Anregungen: Rick Lines, Bernd Schulte, Katja Thane, Jens Reimer und Karlheinz Keppler

Keine dieser Aktionen bezieht sich explizit auf Gefängnisse, doch das heißt nicht, dass dieses Dokument keine Aussagen über inhaftierte Menschen machen würde – im Gegenteil! Die Präambel der Deklaration ordnet Gefangene unter 'Personen mit dem höchsten Risiko und Vulnerabilität für eine HIV/AIDS Infektion' ein. Durch diese Setzung von Gefangenen als 'vulnerable Population' verpflichtet die Deklaration die Signatarstaaten wahrscheinlich unbeabsichtigt und unbemerkt von den Regierungen - zu bestimmten, zeit-gebundenen Aufgaben zur HIV-Prävention und Behandlung von Gefangenen.

Trotz mangelnder Aufmerksamkeit gegenüber den Belangen von Gefangenen in der gesamten Deklaration, ist, ironischerweise, die staatliche Verpflichtung für umfassende HIV/AIDS Angebote für ‚vulnerable Populationen‘ nicht nur eine zentrale Aufgabe, sondern möglicherweise die einzige quantitativ mess- und überprüfbare Verpflichtung, die in der gesamten Deklaration enthalten ist (Matic et al., 2008). Die zwei entscheidenden Passagen in der Deklaration sind die Aktionen 9 und 21.

Aktion 9 verpflichtet die Signatarstaaten eine 80% Abdeckung mit Präventionsprogrammen zu erreichen, die Zugang zu Informationen, Hilfediensten und Präventionsmaterialien für die Zielgruppe mit dem höchsten Risiko und Vulnerabilität für HIV/AIDS bereitstellen. Mit dem Einschluss der Gruppe der Gefangenen in die Definition von „vulnerablen Populationen“, verpflichtet die Deklaration die Signatarstaaten, diese HIV-Präventionsprogramme bis zum Jahr 2010 umzusetzen.

Aktion 21 verpflichtet die Signatarstaaten 'universellen Zugang zu effektiven, finanziell tragbaren und angemessenen Maßnahmen der Prävention, Behandlung und Fürsorge einschließlich sicherer anti-retroviraler Behandlungen von Menschen mit HIV/AIDS in den Ländern unserer Region zu gewähren, in denen dies nicht vollständig gegeben ist. Das Ziel effektiver anti-retroviraler Behandlung muss erreicht werden in einer auf Armut fokussierten Art und Weise, angemessen, und für die Zielgruppen, die das höchste Risiko und Vulnerabilität für HIV/AIDS-Infektionen aufweisen. Ebenso wie mit der Aktion 9 sind auch in der Aktion 21 Gefangene - per definitionem - in die Zielgruppe für universellen Zugang zur HIV Prävention, Pflege und Behandlung eingeschlossen. Die Deklaration setzt für die Erreichung dieses Ziels das Jahr 2005 fest – also vor vier Jahren!



2. Prävalenz Drogenkonsum/-abhängigkeit und virale Infektionskrankheiten in Europa und Deutschland

Ein großer Anteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa; vgl. Stöver 2008) ist ‚drogenerfahren‘ bzw. konsumiert aktiv illegale Drogen auch in Haft: Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten betrug 2008 laut Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2009) insgesamt 9.540 (2007: 9.665). Dies entspricht einem Anteil von 15,3% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt der Anteil bei 16,3%, bei den Frauen bei 18,9%. Dies spiegelt jedoch nicht die wirkliche Verbreitung der Zahl der Drogenkonsumenten/-abhängigen wider: Eine Vielzahl von Gefangenen sitzt aufgrund von ‚indirekten Drogendelikten‘ ein, die im Zusammenhang mit der Beschaffung von Drogen begangen worden sind. Experten gehen von etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen aus, die intravenös konsumierende Drogenabhängige sind (Stöver 2002). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, wonach etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“ (Justizministerium 1992), jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss (Dolde 2002).

Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen von zwei neueren multizentrischen epidemiologischen Studien zur suchtmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug. Sie geben erstmals einen genauen Überblick über die Anzahl aktueller/ehemaliger i.v.-Drogenkonsumenten und drogenassoziiertes Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten. Radun et al. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie eine Lebenszeitprävalenz von intravenösem Drogenkonsum von 29,6% (n=464) unter 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen. 17,6% aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8% mit dem humanen Immundefizienz Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6%), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6% waren HIV-positiv. Mit ihrer Befragung von Anstaltärzten in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte et al. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: der Anteil von aktuellen/ehemaligen i.v.-Drogenkonsumenten unter den Inhaftierten lag in dieser Studie bei durchschnittlich 21,9%, die HCV-/HIV-Prävalenzraten bei 14,3% bzw. 1,2%. Damit unterstreichen beide Studien: verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, sind aktuelle/ehemalige i.v.-Drogenkonsumenten (> 73fach), HCV- Infizierte (> 26fach) und HIV-Infizierte (> 16fach) in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anteil i.v.-Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

| | IDUs ⁶ | HCV | HIV |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|
| Haftanstalten ^{1,2} | 21,9 - 29,6 % | 14,3 % - 17,6 % | 0,8 % - 1,2 % |
| Allgemeinbevölkerung | 0,3 % ³ | 0,4 % - 0,7 % ⁴ | 0,05 % ⁵ |
| Faktor | 73 – 98fach | 26 – 32fach | 16 – 24fach |

¹Radun et al. 2007; ² Schulte et al. 2009; ³ EMCDDA 2006[31]; ⁴ RKI 2007; ⁵ UNAIDS 2007; ⁶ Intravenous Drug Users.

Auf der Basis der o.g. Werte muss man bei etwa 75.000 Gefangenen (Stand 31.3.2007) von etwa 16.500 - 22.200 KonsumentInnen bzw. Abhängigen allein von Opioiden in den Haftanstalten Deutschlands ausgehen - mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Zahl von 175.000 Drogenabhängigen insgesamt sind inhaftiert (Die Drogenbeauftragte 2007). Angesichts der zur Verfügung stehenden ca. 11.000 Therapieplätze (Leune 2009) sind also etwa anderthalb bis doppelt soviel Drogenkonsumenten im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen.

Während in den alten Bundesländern Opiatabhängige deutlich überwiegen, finden sich in den fünf ostdeutschen Bundesländern in etwa gleichem Maße alkoholbedingte Straftaten wie Betäubungsmittelstraftaten unter den Gefangenen (Preusker 2002). Kufner (1998, 2001) geht insgesamt davon aus, dass der Anteil Alkoholabhängiger im Gefängnis ähnlich hoch ist, wie der der Abhängigen von illegalen Drogen.

2.1. Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen und Infektionen mit HIV und HCV

Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen, wie Spritzen-/Nadeltausch, Tätowieren und Piercen sind in Gefängnissen weit verbreitet und stellen die Ursachen für Ausbrüche von HBV, HCV und HIV in Gefängnissen dar (Bobrik et al. 2005; Goldberg et al. 1998; Taylor et al. 1995; Keppler, Nolte, Stöver 1995; Hellard, Aitken, Hocking 2007). Vescio et al. (2008) fanden, dass intravenöser Drogenkonsum und Tätowieren Prädiktoren dafür sind, HCV-positiv im Gefängnis zu sein; diese Studie stellte auch fest, dass intravenös Drogenabhängige (=ivDA) ungefähr 24 mal wahrscheinlicher HCV-positiv sind als Nicht-ivDA, tätowierte Gefangene dreimal wahrscheinlicher HCV-infiziert waren als nicht-tätowierte. Inhaftierung selbst wurde als unabhängiger Risikofaktor für eine HCV-Infektion (Backmund et al. 2003; March et al. 2007; Stark et al. 1997) und eine HIV-Infektion beschrieben



(March et al. 2007; Hagan 2003; Tyndall et al. 2003; Werb et al. 2008). Pontali & Ferrari (2008) zeigten kürzlich extreme hohe Prävalenzdaten von HCV-Co-Infizierten (90%) in einer HIV-positiven Stichprobe von Gefangenen.

In europäischen Gefängnissen finden sich große Variationen von HCV-Prävalenzen (20-40%) unter allen Gefangenen und von 32-79% unter früheren oder gegenwärtigen IVDAs (Donoghoe 2006). HIV-Prävalenzen sind generell höher in Osteuropa (4%-12%), in den meisten westeuropäischen Ländern liegt diese Rate laut WHO unter 1% (WHO (2005). Allgemein sind weibliche Gefangene stärker von HCV (11-74%) und/oder HIV (3-62%) betroffen – ein Ergebnis größerer Verbreitung von IVDA unter ihnen (Vescio 2008; Skoretz, Zaniewski, Goedhuis (2004); Zurhold, Haasen, Stöver (2005)).

2.2. Suchtmedizinische Versorgungssituation

Während sich in Freiheit eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen in den letzten 20 Jahren entwickelt haben (Suchtbegleitung, Harm Reduktion (vgl. Stöver, MacDonald, M., Atherton 2007), ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung etc.), ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug überwiegend immer noch reduziert auf abstinenzorientierte Hilfen. Dies geht einher mit der Setzung eines drogenfreien Gefängnisses und der Vorstellung, der Vollzug wäre ein Forum, die Drogenabhängigkeit erfolgreich zu überwinden oder ‚auszuschalten‘. Gleichzeitig wird das Signal an die Gesellschaft gesendet, Gefängnisse seien drogenfrei, der Sicherheitsauftrag werde erfolgreich erfüllt – eine Politik, die intra- und extramural eine große sozialpsychologische und politische Bedeutung erhält. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken kann so in einer Ausblendung von Ambivalenz und Reduktion von Komplexität erfolgreich negiert werden.

Zugrunde liegt dieser Politik ein fehlendes oder falsches Verständnis von ‚Abhängigkeit‘. Insbesondere Opioidabhängigkeit ist als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung zu verstehen. Rückfall (oder ‚Beikonsum‘) sind zu erwarten und müssen in das Behandlungskonzept integriert werden (Michels, Sander Stöver 2009). Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haftzeit reduziert oder gar eingestellt wird, sind erneute Rückfälle unmittelbar nach Haftentlassung die Regel (‘Kompensationskonsum‘ für die Zwangsabstinenz) - für OpioidkonsumentInnen sogar mit eindeutig erhöhtem Mortalitätsrisiko (Heinemann, Bohlen, Püschel (2002); Singleton et al. 2003; Farrell, Marsden 2008). Insofern ist verstärkt daran zu arbeiten, das Verständnis für und den Umgang mit Suchterkrankungen sowohl bei Medizinern, Krankenpflegern, Direktoren und den weiteren MitarbeiterInnen im Gefängnis zu verbessern und aktiv und offensiv Suchtprobleme und -folgeprobleme in Haft anzusprechen.

Die häufige Eindimensionalität der Ausrichtung der Hilfen auf abstinenzorientierte Angebote (weil sie scheinbar mit dem Vollzugsziel des § 2 StVollzG: „auf ein Leben ohne Straftaten vorbereiten zu wollen“ identisch sind) blendet die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsnotwendigkeiten von Gefangenen mit langjährig fortgesetztem Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Gesundheitsbelastungen aus. Abstinenz ist für viele langjährig drogenkonsumierende Gefangene nicht oder nicht mehr eine realistische Option. Suchtbegleitung, als eine offensiv auf Schadensbegrenzung abzielende Begleitung des Drogenabhängigen, ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet nur ein Schattendasein in deutschen Gefängnissen (Stöver 2007; vgl. auch Spirig/Gegenhuber für Österreich in diesem Band).

Die hohe Konzentration von IVDA mit assoziierten Folgeerkrankungen in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Dies gilt insbesondere unter der Berücksichtigung, dass das Setting Gefängnis zum einen – aufgrund einer hohen Durchlaufquote von kurzzeitig Inhaftierten - eine hohe Bedeutung für die Gesundheit der übrigen Gesellschaft hat, und dass zum anderen die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effizienten Therapien ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen implementiert werden können (Stöver 2007).

Ein Vergleich der derzeitigen intramuralen suchtmmedizinischen Versorgungssituation gegenüber der extramuralen fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten 5 Jahren um 50% auf über 72.000 Patienten erhöht und etwa 40% der geschätzten 175.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich etwa 500-700 der geschätzten 16.500-22.200 Konsumenten bzw. Abhängigen von Opioiden in den Haftanstalten Deutschlands befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2007). Schulte et al.(2009) konnten zeigen, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2%) überhaupt eine Opioidsubstitutionsbehandlung möglich ist. Als primäre Behandlungsindikation steht die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund (. Keppler K, Fritsch, KJ, Stöver H (2009)). Die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind deutlich abstinenzorientiert (Schulte et al. 2009). Entzugsbehandlungen allein jedoch führen in vielen Fällen zu Rückfällen und drogenkonsumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung (Crowley 1999). Opioidsubstitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung, ausgedrückt in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und (anschließend) Abstinenz von anderen illegalen Drogen.



Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Die BISDRO/WIAD-Studie (2008) zeigte, dass diese Behandlungsform weiterhin nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvollzugsinstitution ist: sie bietet einen täglichen Kontakt zwischen Gefangenen und medizinischer Abteilung und fördert zugleich die Vermittlung anderer gesundheitsrelevanter Botschaften und Verhaltensweisen. Eine Erhöhung der Zahl Substituierter in Haft erfordert jedoch eine Investition in Personal, Ausbildung und Qualifizierung von Krankenpflegepersonal und Ärzten gleichermaßen, eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit und eine bessere infrastrukturelle Ausstattung.

Dabei spielt die Suchtbehandlung eine große Rolle in der Gefängnismedizin: ein Grossteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug ist allein gebunden durch die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Diese gesundheitlichen Störungen insbesondere der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen hohen Teil der medizinischen Leistungen. In einer Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg wurden 76% aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt (Tielking, Becker, Stöver 2003).

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem Druck der Öffentlichkeit, das Gefängnis als 'drogenfreien Raum' zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensiv Hilfen an: Dies wird oft gleichgesetzt mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf die Undurchlässigkeit des Gefängnisystems. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Unter diesem Umstand, dass eigentlich 'nicht sein kann, was nicht sein darf', ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen der Erwartung an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages einerseits und den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und z.T. politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens andererseits. Reaktionen folgen in der Regel zwei unterschiedlichen Mustern; (i) intensivierte Abgrenzung des intra- und extramuralen Raums oder (ii) Entwicklung von realitätsadaptierten und bedürfnisgerechten Hilfen im Spannungsfeld von Sicherheit und Ordnung sowie medizinischem Versorgungsauftrag. Sofern durch ersteren Ansatz Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrages mit dem Ziel von weitgehender Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde dies weiter zu Lasten auch nicht betroffener Gefangener gehen. Letzterer Ansatz sollte pragmatische und realistische Ziele verfolgen, machbar sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsument(inn)en im Jus-

tizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Haftinterne Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz des Konsums: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren klar den Anstaltsalltag und die Umgangsweise mit den drogengebrauchenden Gefangenen.

Ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeit des Umgangs mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel nicht als 'lockerungsg geeignet' betrachtet werden und insofern Probehandeln in der Freiheit nicht üben können, weil permanent eine Sucht- bzw. Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

2.3. Infektiologische Versorgungssituation

Die antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin für HCV und die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) für HIV beschreibt den gegenwärtigen medizinischen Standard der Behandlung chronischer HCV und HIV-Infektionen. Ebenso wie in der Suchtmedizin zeigen sich auch Brüche in der Behandlung von HCV-/HIV-Infektionen. Hier besteht - bis auf wenige Ausnahmen (vgl. Kraft 2009) - die Versorgungsleistung vornehmlich in der Therapieweiterführung außerhalb von Haftanstalten begonnener HAART- bzw. antiviraler Behandlungen.

Die Justizvollzugsanstalten arbeiten in der Regel mit Schwerpunktpraxen zusammen. Da Gefängnisse jedoch oft weit außerhalb der Städte liegen (oder solcher Städte mit Schwerpunktpraxen), macht dies (bewachte) Transporte erforderlich, was oftmals schwierig zu organisieren ist und erhebliche Kosten verursacht (ähnliche Probleme stellen sich im Maßregelvollzug (Pollähne, Stöver 2005). Diskontinuitäten in der Medikationsverschreibung und -einnahme sind in der Haftsituation oftmals durch Transport von einer Haftanstalt in die nächste bedingt (vgl. Stöver, Leicht, Engelhardt 2005).

Gefängnisse stellen ein wichtiges Setting für Testangebote und -durchführung für HCV/HIV-Infektionen dar. Ein generelles Screening findet jedoch in Haft trotz günstiger Umstände nicht statt, obwohl dies die wichtigste Voraussetzung für die Durchführung von Interventionen wie Beratung und Behandlung bietet (McGovern 2005). Obwohl die Ansprache von IVDA für HCV-/HIV-Tests in Gefängnissen effektiv und kosteneffektiv ist (Sutton, Edmunds, Gill 2006), fanden Schulte et al. (2009) lediglich individuelle Kriterien als Testbegründung. Strategische und übergreifende Konzepte wurden nicht vorgefunden.

Trotz der anerkannt effektiven Behandlung von HCV/HIV bei substituierten Drogenabhängigen (Morris, McKeganey 2007; Robaey 2005), wurde in dieser Studie von Schulte



et al. (2009) eine unterstellte schlechte Compliance von IVDA als wesentliche Zugangsbarriere für HCV-/HIV-Behandlungen gefunden. Aktuelle medizinische Leitlinien jedoch schließen Drogenkonsument(inn)en als geeignet für eine antivirale HCV-Behandlung ein. Ein Ergebnis dieser Analyse ist, dass substantielle Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Zugang zu HCV-Behandlungen für die Zielgruppe der ivDA zu verbessern.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Zugangshürden zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden und –zielen in der intramuralen Sucht- und Infektionsmedizin erheblich höher sind als in Freiheit. Dabei sind die Folgen unterschiedlicher Behandlungsstandards innerhalb und außerhalb von Haftanstalten nicht nur aufgrund des Gleichstellungsgebots rechtlich und ethisch bedenklich, sondern sie sind aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Perspektive kontraproduktiv. Therapieabbrüche und Therapieaufschübe innerhalb von Haftanstalten führen zu Therapiemehrkosten und Fehlallokation dringend benötigter öffentlicher ökonomischer Ressourcen. So werden die auch von politischer Seite unbestrittenen Erfolge in der suchtmmedizinischen und infektiologischen Versorgung von Opioidabhängigen außerhalb von Haftanstalten durch eine restriktive medizinische Versorgung innerhalb von Haftanstalten nicht effizient erreicht. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, um bestehende Versorgungsunterschiede schnellstmöglich anzupassen. Maßgebend sind dabei die aktuellen medizinischen Standards, repräsentiert durch die aktuellen Richt- und Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Opiatabhängigen. Daneben müssen endlich die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung als Analyse-Instrument zur Beschreibung der Ausgangslage und als Prognose-Instrument zur Steuerung von Versorgungsleistungen in deutschen Haftanstalten regelhaft eingesetzt werden.

2.4. Weitere Risiken für Inhaftierte

Ungeschützte sexuelle Kontakte (Matic et al., 2008; UNODC, WHO, & UNAIDS, 2006), Ausbrüche von HIV und HCV unter Gefangenen sind dokumentiert für eine Vielzahl von Gefängnissen in mehreren Ländern (Dolan, Wodak, 1999; Keppler et al., 1996; Taylor et al., 1995), und wieder andere Studien belegen, dass sich eine bedeutsame Anzahl von Personen in Haft mit HIV oder HCV infiziert hat. (Allwright et al., 2000; Hagan, 2003).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass dringende Maßnahmen von fachlich-politischer Seite seit über zwei Jahrzehnten angemahnt wurden (Council of Europe & P.A. Standing Committee, 1988; UNODC et al., 2006; WHO, 1993). Trotz existierender Leitlinien und trotz der Zeitgebundenheit vieler Verpflichtungen für die Regierungen in der „Dublin Declaration“, hat fast kein Land in der WHO-Region die Ziele der Dublin Deklaration erreicht.

Zum Beispiel kommt ein kürzlich erschienener Bericht der Europäischen Kommission zu den Fortschritten in der Umsetzung der Europaratsempfehlung vom 18 Juni 2003 zur 'Prävention und Reduktion von gesundheitsbezogenen Schäden im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit' zu dem Schluss, dass das Vorhandensein und die Zugänglichkeit von harm-reduction and HIV-Präventionsmaßnahmen in Gefängnissen weit hinter den Maßnahmen zurückfällt, die in den Gemeinden/Kommunen außerhalb bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert werden (Commission of the European Communities 2007).

Dieses Umsetzungsdefizit wird am besten durch die Einführung bzw. Nicht-Einführung von Spritzenaustauschprogrammen illustriert. Die Kommission zeigte auf, dass obwohl 24 der 25 EU-Mitgliedsstaaten Spritzen-/Nadelaustauschprogramme außerhalb der Gefängnisse eingeführt hatten, dies nur 3 der 24 auch innerhalb der Gefängnisse umgesetzt haben. Diese Disparität führte die Kommission zu der Schlussfolgerung, dass sich, 'harm reduction Interventions in Gefängnissen innerhalb der Europäischen Union noch immer nicht in Übereinstimmung mit dem Äquivalenzprinzip befinden, das die UN-Generalversammlung, UNAIDS/ WHO und die UNODC angenommen haben, das eine Äquivalenz der Gesundheitsdienste (einschließlich harm reduction) innerhalb und außerhalb der Gefängnisse vorsieht. Deshalb ist es notwendig, dass die EU-Mitgliedsländer gefängnis-bezogene harm reduction-Maßnahmen einführen, um die Bedürfnisse von DrogengebraucherInnen und Personal zu befriedigen und den Zugang zu den Gesundheitsdiensten insgesamt zu erhöhen. (Commission of the European Communities, 2007; Lines 2008).

Diese Erkenntnisse der massiven Angebotslücken von zentralen Gesundheitsdiensten in den Gefängnissen wurden kürzlich bestätigt und ausgeweitet in einer Studie der WHO (Regionalbüro Europa), die den Fortschritt in der Umsetzung eben dieser Dublin Declaration zum Inhalt hatte. Die Studie fand, dass von den 53 Signatarstaaten, Kondome in Gefängnissen nur in 18 Ländern erhältlich waren, Spritzenaustauschprogramme nur in 6, und Substitutionsbehandlung nur in 17 (Matic et al., 2008). Eine weitere Untersuchung der "International Harm Reduction Association" im Jahre 2009 bestätigte abermals, dass sich diese defizitäre Versorgungslage nur marginal verbessert hat, mit 9 Ländern in Europa und Zentralasien, die über Spritzenaustauschprogramme in Gefängnissen verfügten und 28, die Substitutionsbehandlungen eingeführt hatten (Cook 2009).

Fazit

Diese Daten zeigen, dass die Versorgung drogenabhängiger Gefangener, bzw. von Gefangenen allgemein noch weit von dem "universellen Zugang" entfernt ist, der 2005 in der Dublin Declaration angekündigt und versprochen wurde. Diese unbefriedigende Entwicklung zeigt klar ein Versagen politischer und professioneller Führung bei einem Grossteil



Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

europäischer und zentralasiatischer Entscheidungsträger. Obwohl die Zahlen in den meisten Fällen sogar noch geschönt sind in ihrem Umfang der Flächendeckung: Deutschland zählt auch zu den 9 Ländern die ein Spritzenaustauschangebot eingeführt haben, obwohl es nur in einer einzigen von über 200 Haftanstalten vorgehalten wird (Lines et al. 2006). Änderungen können nur herbeigeführt werden durch:

- Publikation und Verfügbarmachung von Informationen über Modelle von "Best Practice" (Stevens, Stöver, Brentari 2009):
- Förderung eines Gedanken- und Erfahrungsaustausches von Wissenschaftlern, Politikern und Praktikern
- Diskussion und Überwachung von ethischen Prinzipien und Menschen rechtsverpflichtungen (Pont 2008)
- Netzwerken mit internationalen Schlüsselorganisationen
- Identifikation von 'Leuchttürmen'
- Besuchen von und bei champions
- Politische Aktionen (z.B. Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia 2004; siehe umfassend: Stöver, Lines, Thane 2009)

Literatur

Allwright, S., Bradley, F., Long, J., Barry, J., Thornton, L., & Parry, J. V. (2000). Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321(7253), 78-82.

Backmund M, Meyer K, Wachtler M, & Eichenlaub D (2003). Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol*, 18(6), 563-568.

BISDRO & WIAD (2008). Reduction of Drug-related Crime in Prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Bremen, Bonn: BISDRO, WIAD.

Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, & McKee M (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy*, 26(1), 30-59.

Bögemann, H.; Keppler, K.; Stöver, H. (2010). *Gesundheit im Gefängnis*. Juventa: Weinheim.

Commission of the European Communities (2007). Report from the Commission to the European Parliament and the Council: On the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels: Commission of the European Communities.

Cook, C. (2009). Harm Reduction Policy and Practice Worldwide: An overview of national support for harm reduction in policy and practice: International Harm Reduction Association.

Council of Europe, P.A. Standing Committee (1988). Recommendation 1080 On a Co-ordinated European Health Policy to Prevent the Spread of AIDS in Prison.

Crowley D (1999) 'The drug detox unit at Mountjoy prison - a review'. *Journal of Health Gain*, 3(3).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007). Sucht- und Drogenbericht.

Dolan, K. A., & Wodak, A. (1999). HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia*, 171(1), 14-17.

Dolde G. (2002). Therapie in Untersuchungs- und Strafhaf. Gassmann R (Hrsg) Suchtprobleme hinter Mauern, Freiburg: Lambertus, S. 131-144.

Donoghoe M. C. (2006). Prisons and Public Health: The next ten years blood-borne viruses. Paper presented at the WHO: International Conference on Prison and Health, London.

Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia (2004). Prison Health is Public Health. Dublin: Irish Penal Reform Trust.

Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health*, 6, 170.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). Statistical Bulletin Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*. 2008;103:251-255.

Goldberg D., Taylor A., McGregor J., Davis B., Wrench J., Gruer L. (1998). A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *Int J STD AIDS*, 9(1), 25-30.



Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Hagan H. (2003). The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. *Aids*, 17, 911-913.

Heinemann A, Bohlen K, Püschel K (2002). Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener – Eine katamnestiche Analyse von Haftverfahren vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. *Suchttherapie* 3, 2002, S. 162-167.

Hellard M E, Aitken C K, & Hocking J S (2007). Tattooing in prisons - not such a pretty picture. *Am J Infect Control*, 35(7), 477-480.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf
Jürgens, R.; Ball, A.; Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. In: *Lancet Infect Dis* 2009; 9:57-66.

Justizministerium NRW (1992). AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Düsseldorf 1.2.92.

Kastelic A, Pont J, Stöver H (2008). Substitution treatment in custodial settings. A practical guide. Oldenburg: bis-Verlag.

Keppler K, Nolte F., Stöver H (1996). Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. *Sucht*, H. 2/96, S. 98-107.

Küfner H (1998). Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten. *Sucht* 1998; 44, H.6: 406–408.

Küfner H, Beloch E. (2001). Externe Beratung für Gefangene mit Drogenproblemen in bayrischen Justizvollzugsanstalten. Jacob J, Keppler K, Stöver H (Hrsg) *LebHaft – Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*; AIDS-Forum 2001; Bd. 42, Teil 1 u. 2.

Leune J (2009). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. DHS (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 09. Geesthacht: Neuland, S. 173-187.

Lines, R. (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, 4(1), 3-53.

Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevski, D., & Nelles, J. (2006). *Prison Needle Exchange: Lessons from A Comprehensive Review of International Evidence and Experience* (2 ed.): Canadian HIV/AIDS Legal Network.

March J C, Oviedo-Joekes E, Romero M (2007). Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 25(2), 91-97.

Marteau, D. & Stöver, H. (2009). Scaling-Up of Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings - Evidence and Experiences. *International Journal of Prisoner Health* (in press).

Matic, S., Lazarus, J. V., Nielsen, S., & Laukamm-Josten, U. (2008). Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen: WHO Europe, UNAIDS.

McGovern B, Fiore J, Wurcel A, Taglienti P, Bradley M, Galvin S, et al. (2005). Delivering therapy for hepatitis C virus infection to incarcerated HIV-seropositive patients. *Clin Infect Dis*, 41 Suppl 1, S 56-62.

Morris Z S, McKeganey N (2007). Client perceptions of drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 14(1), 49-60.

Pollähne H, Stöver H (2005). Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. Gerlach, R.; Stöver H (Hrsg) 20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Lambertus: Freiburg, Oktober 2005, S. 140-151

Pont, J. (2008). Ethics in research involving prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 4(4), 184-197.

Pontali E, Ferrari F (2008). Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus. *Int J Prison Health*, 4(2), 77-82.

Preusker H. (2002). Suchtprobleme im Justizvollzug. Gassmann R. (Hrsg). Suchtprobleme hinter Mauern. Freiburg: Lambertus; 123–130.



Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Radun D. et al. (2007). Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about bloodborne infections among adult prisoners in Germany – Preliminary Results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology - ESCAIDE -.

Robaey G, Mathei C, Van Ranst M, Buntinx F (2005). Substance use in Belgium : prevalence and management. *Acta Gastroenterol Belg*, 68(1), 46-49.

Robert-Koch-Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin* 49/2007. Virushepatitis B, C und D: Situationsbericht Deutschland 2006. Retrieved 05. June 2008, from www.rki.de/clin_100/nn_468106/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/49_07.html

Schulte B, Schreiter C, Schnackenberg K, Gansefort D, Reimer J, Stöver H (2007). Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung zur HCV/HIV in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten - Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten (Poster auf dem 8. Interdisziplinären Kongreß für Suchtmedizin in München Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker (1.-3. Juli 2007).

Schulte B, Stöver H, Thane K, Schreiter C, Gansefort D, Reimer J (2009). Substitution treatment and HCV / HIV infection in German prisons. *International Journal of Prisoner Health* 5 (1), pp 39-44.

Shewan, D., Stöver, H., Dolan, K. (2005). Injecting in Prisons. In: Pates, R.; McBride, A.; Arnold, K. (ed.): *Injecting Illicit Drugs*. Blackwell: Oxford, 2005, pp.69-81
Singleton N, Pendry E, Taylor C, Farrell M, Marsden J. Drug-Related Mortality Among Newly Released Offenders. London: Home Office, Findings 187; 2003. <http://www.home-office.gov.uk/rds/pdfs2/r187.pdf>.

Skoretz S, Zaniewski G, Goedhuis N J (2004). Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population. *Can Commun Dis Rep*, 30(16), 141-148.

Stark K, Bienzle U, Vonk R, & Guggenmoos-Holzmann I (1997). History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1359-1366.

Stark K, Bienzle U, Vonk R, & Guggenmoos-Holzmann I (1997). History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1359-1366.

Statistisches Bundesamt (2009). Rechtspflege - Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. 2008. Fachserie 10 Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stevens, A.; Stöver, H.; Brentari, C. (2009). Criminal justice approaches to harm reduction. In: EMCDDA Monograph Harm Reduction (in press).

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

Stöver, H., & Nelles, J. (2003). 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. International Journal of Drug Policy, 14(5-6), 437-444.

Stöver, Leicht, A.; Engelhardt, J. (2005). ‚Living with the daily dose‘: Comparing national policies and practices to improve access and adherence of HIV-infected drug users to antiretroviral treatment. In: European Journal of Medical Research 10, Suppl. II, June 1, 2005, S. 9-10.

Stöver H. (2007). Substitution in Haft. AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin, Bd. 52 <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/forum-52substitution-in-haft.pdf>

Stöver H., Weilandt C., Zurhold H, Hartwig C., Thane K. (2007). Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. European Commission, Directorate – General for health and Consumers. Drug policy and harm reduction. SANCO/2006/C4/02.

Stöver, H. (2008). Evaluation of national responses to HIV/AIDS in prison settings in Estonia. Evaluation carried out on behalf of the UNODC Regional project "HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania": UNODC.

Stöver, H., Lines, R., Thane, K. (2009). Harm Reduction in European Prisons – Looking for Champions and Ways to Put Evidence-Based Approaches into Practice. ESSD 2009 s.34 -49.

Stöver, H., MacDonald, M., & Atherton, S. (2007). Harm Reduction for Drug Users in European Prisons. London.



Die "Dublin Declaration" und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener

Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C., & Thane, K. (2008). Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. European Commission, Directorate – General for health and Consumers. Drug policy and harm reduction. SANCO/2006/C4/02.

Taylor A., Goldberg D., Emslie J., Wrench J., Gruer L., Cameron S., et al. (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ*, 310(6975), 289-292.

Taylor, A., Goldberg, D., Emslie, J., Wrench, J., Gruer, L., Cameron, S., et al. (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 310(6975), 289-292.

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

Tyndall M W, Currie S., Spittal P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy M V, et al. (2003). Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *Aids*, 17(6), 887-893.

UNAIDS (2007). Overview of the global AIDS epidemic. Retrieved 05. June 2008, from http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf

UNODC, WHO, & UNAIDS (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response Vienna and New York: UNODC, World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Vescio, M. F., Longo, B., Babudieri, S., Starnini, G., Carbonara, S., Rezza, G., et al. (2008). Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 62(4), 305-313.

Werb D., Kerr T, Marsh D., Li K, Montane, J, Wood E. (2008). Effect of methadone treatment on incarceration rates among injection drug users. *Eur Addict Res*, 14(3), 143-149.

WHO (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: WHO.

WHO (2005). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: WHO Europe.

WHO (2005a). Evidence for action technical papers. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva: WHO.

WHO, Regionalbüro Europa (2009). Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1 (Zugriff am 19.8.09).

WHO. (2005b). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: WHO Europe.

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



Tod in Haft: ein internationaler Rahmen zur Untersuchung und Prävention

Prof. Dr. med. Bernice S. Elger





Tod in Haft: ein internationaler Rahmen zur Untersuchung und Prävention

Prof. Dr. med. Bernice S. Elger

Einführung

Das hier vorgestellte Projekt, Tod in Haft ("death in custody") ist eine Zusammenarbeit zwischen Forschern verschiedener Institutionen: Prof. Bernice Elger, Prof. Patrice Mangin (Center for Legal Medicine, University of Geneva), Prof. Michael Thali (Institute of Forensic Medicine, University of Bern), Prof. Paola Gaeta, Dr. Vincent Chetail (Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights), Dr. Morris Tidball-Binz (IKRK). Das Ziel dieses Projektes ist die Erarbeitung internationaler rechtlicher und forensischer Richtlinien zum „Tod in Haft“.

Zunächst muss gefragt werden: Was ist Haft ("custody")? Hierunter sollen im Folgenden eingeschlossen werden: Gefängnis, Polizeigewahrsam als auch Freiheitsentzug in der Psychiatrie.

In verschiedenen Gesetzestexten wird „Tod in Haft“ zeitlich unterschiedlich definiert. In manchen Ländern schließt „Tod in Haft“ Todesfälle innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung aus der Haftanstalt ein, in anderen bedeutet „Tod in Haft“ Todesfälle innerhalb von 2 Wochen oder bis zu 6 Monaten nach Haftentlassung. Hier von abzugrenzen sind Todesfälle mit kausalem Zusammenhang mit der Haft, die auch noch Jahre nach Haftentlassung stattfinden können, wie z.B. ein Todesfall aufgrund multiresistenter Tuberkulose, die in der Haft erworben wurde.

Internationales humanitäres Recht und der internationale Menschenrechtsrahmen schreiben vor, dass Gefangene das Recht auf humane Behandlung haben. Die Anwendung jeder Art von Zwangsmitteln während Verhören, sowie Folter und jede Art von grausamen und erniedrigenden Behandlungen sind gemäß Art. 3 der Europäischen Men-

Das vorliegende Projekt wird vom SNIS (Schweiz) gefördert.

The following definition is given for 'Deprivation of Liberty' in the United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty. Adopted by General Assembly resolution 45/113of 14 December 1990: Custody means "from the moment of apprehension or arrest by representatives of the state, or by any persons acting on behalf of the state, or any form of detention or imprisonment or the placement of a person in a public or private custodial setting, from which this person is not permitted to leave at will, by order of any judicial, administrative or other public authority."

Rule 57 United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty. Adopted by General Assembly resolution 45/113of 14 December 1990.

schenrechtskonvention sowie der Genfer Konventionen verboten. Dies schließt mit ein, dass Gefangene adäquate medizinische Behandlungen erhalten, die gemäß ihrer medizinischen Bedürfnisse definiert werden.

Die Europäische Menschenrechtskonvention enthält zwei Artikel, die für das Thema „Tod in Haft“ von besonderer Bedeutung sind. Dies sind Artikel 2 (Recht auf Leben) und Artikel 3 („Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden“). Sowohl die Urteile des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte als auch die Berichte der Europäischen Folterkommission halten eindeutig fest, dass eine inadäquate Gesundheitsversorgung, fehlende Hygiene und ungenügende Ernährung eine Verletzung von Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention darstellen und sich ein Staat damit strafbar macht. Ungenügende medizinische Versorgung, fehlende Hygiene und ungenügende Ernährung können zu erhöhter Mortalität in Gefängnissen führen und sogenannte „natürliche“ Todesfälle in Haft bewirken, obwohl sie klar mit unzureichenden Haftbedingungen in Verbindung stehen.

Auf der globalen Ebene der Vereinten Nationen sind die UN-Konvention gegen Folter und das neue internationale „Übereinkommen zum Schutz aller Personen vor dem Verschwindenlassen“, das für Unterschriften seit 2 Jahren ausliegt, wichtige Meilensteine auf dem Weg, einen umfassenden Rahmen für die Untersuchung und Prävention von Todesfällen in Haft zu etablieren (United Nations, 2006).

Erstaunlicherweise gibt es kaum Statistiken über Todesfälle in Haft. Einzelne forensische Studien haben Polizeiakten oder Obduktionsberichte in begrenzten Regionen untersucht, wobei die Qualität der vorhandenen Beweise sehr variiert (Fazel & Benning, 2006; Frost & Hanzlick, 1988; Fruehwald, Frottier, Eher, Gutierrez, & Ritter, 2000; Gallagher & Dobrin, 2006; Granzow & Puschel, 1998). Ein erster wichtiger Schritt ist daher die Forderung von obligatorischer statistischer Erfassung von Todesfällen in Haft und wenigstens bis zu 6 Monaten nach Haftentlassung.

Richtlinien sind nötig

Todesfälle in Haft müssen sehr sorgsam untersucht werden (Allen et al., 2006), nicht nur, weil sie eine Verletzung von Menschenrechtsstandards darstellen und als Beleg für unzureichende medizinische Versorgung angesehen werden können, sondern auch, weil eine genaue Obduktion und Untersuchung nicht nur für das medizinische Personal, sondern auch für die für die Haft verantwortlichen Autoritäten wichtig und von Vorteil ist. Denn



Richtlinien sind nötig

jeder Todesfall in Haft ist per Definition verdächtig und kann zu Fragen und Anklagen von Familien und Menschenrechtsorganisationen führen. In manchen Fällen – wenn die Todesfälle in Institutionen stattfinden, an denen hohes Medieninteresse besteht – wird diesen Todesfällen eine besondere Aufmerksamkeit zuteil (Okie, 2005). Diese stark mediatisierten Fälle lassen leicht übersehen, dass in vielen Gefängnissen Todesfälle nicht selten sind und meist als „normal“ angesehen werden, weil

- (1) es keine äußeren Zeichen von Gewaltanwendung gibt;
- (2) sie offensichtlich durch Krankheiten verursacht werden;
- (3) Richtlinien fehlen, die dem Gesundheitspersonal oder Gefängnispersonal klare Vorgaben machen, was zu tun ist, um Beweise zu sichern und eine Untersuchung der Krankenakten durchzuführen;
- (4) Obduktionsstandards variieren und Familien oder ihren Anwälten oder Menschenrechtsorganisationen die Beobachtung der Obduktionen verwehrt wird;
- (5) Gesundheitspersonal oft keinen Zugang zu den Obduktionsbefunden hat;
- (6) Standards einer unabhängigen Untersuchung „on the spot“ nicht bestehen und Beweismaterial nicht immer genügend gesichert wird und
- (7) Zweitobduktionen nur einen Bruchteil der Aussagekraft wie Erstobduktionen haben.

Daher hat das Internationale Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) im Jahr 2007 eine Initiative gestartet, um Richtlinien für seine Mitarbeiter im Feld zu erstellen. Diese Richtlinien sollen Anhaltspunkte geben, was in einem Todesfall in Haft vor Ort („on the spot“) unternommen werden muss, wobei die sofortige Untersuchung des Leichenfundortes und die Untersuchung und Entsorgung der sterblichen Überreste definiert werden sollen. Die Richtlinien sollen IKRK-Mitgliedern und anderen Gesundheitsmitarbeitern ebenfalls Anhaltspunkte für präventive Maßnahmen geben und außerdem den Gefängnisautoritäten Vorgaben über Standards zur Prävention und Untersuchung von Todesfällen machen. Bestehende Richtlinien sind unzureichend: Das Minnesota-Protokoll und das Istanbul-Protokoll behandeln außergerichtliche Exekutionen, arbiträre und illegale Tötungen und die Dokumentation von Folter. Diese Richtlinien sind unzureichend, da die meisten Todesfälle in Haft krankheitsbedingt sind und genaue Richtlinien zur Erforschung dieser Fälle fehlen. Bezüglich künftiger Richtlinien muss noch festgehalten werden, dass insbesondere immer nicht nur obduziert werden sollte, sondern außerdem systematisch untersucht werden muss, ob die medizinische Versorgung adäquat war, oder ob eine Verletzung von Artikel 2 (Recht auf Leben) und/oder 3 (inhumane Behandlung durch inadäquate medizinische Versorgung) EMRK vorliegt.

Der Fall Renolde gegen Frankreich

Wie wichtig derartige umfassende Untersuchungen und ihre Bewertung sind, zeigt ein Urteil zu einem Suizid in Frankreich, das Rechtsstandards setzt. Frankreich ist kürzlich vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in einem Suizidfall im Gefängnis für schuldig befunden worden (ECHR, 2008). Dieser Fall setzt nicht nur Standards für Frankreich, sondern Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) sind bindend für alle 47 Staaten, die die Europäische Menschenrechtskonvention ratifiziert haben.

Zunächst ist anzumerken, dass Suizidraten in Gefängnissen in Europa steigend sind. In 2008 verzeichnete Frankreich mehr als 115 Suizidfälle in Gefängnissen.

In Renolde gg. Frankreich (Urteil des EGMR vom 16.10.2008) ist die Klägerin die Schwester von Joselito Renolde, der sich am 20.7.2000 in seiner Zelle erhängte. Joselito Renolde war seit 12.4.2000 in Untersuchungshaft: Am 2.7.2000 versuchte Herr Renolde sich mit einer Rasierklinge das Leben zu nehmen. Während der medizinischen Versorgung in der Krankenstation machte er einen verwirrten Eindruck und vermeinte, Stimmen zu hören. In der Folge wurde das psychiatrische Notfallteam verständigt. Im Zuge der Befragung gab Herr Renolde an, er leide bereits seit längerem an psychischen Problemen und habe bereits mehrere Male eine Nervenklinik aufgesucht. Laut ärztlicher Diagnose litt Herr Renolde an akuten Wahnvorstellungen, worauf ihm erregungs- und angsthemmende Antipsychotika verschrieben wurden. Die Tabletten wurden ihm vom Krankenpersonal zweimal wöchentlich für mehrere Tage ausgehändigt, ohne dass kontrolliert wurde, ob er diese täglich einnehme. Man verlegte ihn ferner in eine Einzelzelle, wo er unter regelmäßiger Überwachung seitens des Wachkörpers bzw. Beobachtung durch den medizinisch-psychologischen Dienst stand.

Am 4.7.2000 warf Herr Renolde einen Stuhl auf eine Gefängniswärterin, da er sich im Schlaf gestört fühlte. Bei seiner Erstbefragung durch Wachbeamte redete er zusammenhanglos und hinterließ einen sehr verwirrten Eindruck. Einen Tag später sprach ihn der Disziplinarausschuss des tätlichen Angriffs auf Angehörige des Wachpersonals schuldig und ordnete seine Unterbringung in einer Disziplinierungszelle für 45 Tage an.

In einem Brief an seine Schwester verglich er seine Zelle mit einem Grab, sprach davon, dass er am Limit sei und am liebsten einschlafen wolle, ohne wieder aufzuwachen.

Mit Schreiben vom 12.7.2000 wandte sich der Anwalt von Herrn Renolde an den Untersuchungsrichter und beantragte die sofortige Durchführung einer psychiatrischen Untersuchung zwecks Feststellung, ob der mentale Zustand des Genannten einen Aufenthalt in einer Disziplinierungszelle zulasse. Der Untersuchungsrichter leitete den Antrag am 19.7.2000 an den Staatsanwalt weiter, der keine Einwände gegen eine derartige Vor-



gangsweise hatte. Am Nachmittag des 20.7.2000 wurde Herr Renolde leblos in seiner Zelle vorgefunden. Er hatte sich mit einem Leintuch an den Gitterstäben des Fensters erhängt. Es stellte sich heraus, dass der Verstorbene seine Medikamente in den letzten zwei bis drei Tagen nicht eingenommen hatte.

Eine Klage am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ist erst zulässig, wenn der Rechtsweg im jeweiligen Land bis zum Ende gegangen wurde. Aus Frankreich liegen die Urteile in erster und zweiter Instanz vor. In erster Instanz wurde am 11.9.2001 die Untersuchung eingestellt, da für den Tod von Herrn Renolde strafrechtlich niemand zur Verantwortung gezogen werden könne. Mit dem Urteil vom 26.1.2005 bestätigte das von den zivilen Parteien angerufene Gericht zweiter Instanz den Einstellungsbeschluss des Erstgerichts. Begründend führte es aus, dem medizinischen Personal sei kein Vorwurf einer Nachlässigkeit zu machen, weil es die Einnahme der Medikamente nicht überwacht habe. Ebenso wenig habe das Wachpersonal eine fahrlässige Handlung begangen, und auch die Verhängung der Disziplinarstrafe begegne keinen Bedenken.

Daraufhin erhob die Schwester des Verstorbenen Anklage beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR).

Der EGMR erinnert daran, dass die Verbringung in eine Isolationszelle bei Häftlingen das Suizidrisiko nachweislich erhöht. Die Tatsache, dass die Verwundbarkeit von geisteskranken Personen nach besonderem Schutz verlangt, hat umso mehr zu gelten, wenn – wie hier – eine an einer schwerwiegenden Geistesstörung leidende Person für längere Zeit in Isolationshaft gehalten wird und sie einige Tage zuvor bereits einen Selbstmordversuch unternommen hat. Unter diesen Umständen haben die Behörden es nach Ansicht des EGMR versäumt, ihrer positiven Verpflichtung zum Schutz des Lebens von Herrn Renolde nachzukommen. Der EGMR stellt daher eine Verletzung von Art. 2 EMRK (Recht auf Leben) fest (einstimmig; im Ergebnis übereinstimmendes Sondervotum von Richter Villiger).

Der EGMR erinnert ausserdem in seinem Urteil daran, dass bei Häftlingen mit nachgewiesener psychischer Störung bzw. Suizid tendenz spezielle Maßnahmen mit Rücksicht auf deren Zustand zu treffen sind, um eine menschenwürdige Behandlung sicherzustellen. Im Fall Keenan in Grossbritannien (<http://echr.coe.int/echr/en/hudoc>) kam der EGMR zu der Schlussfolgerung, die Verhängung einer harten Disziplinarstrafe über den Betroffenen – sieben Tage Isolation im Strafblock und Auferlegung einer zusätzlichen Freiheitsstrafe von 28 Tagen – stelle eine Verletzung von Art. 3 EMRK dar. Im vorliegenden Fall erhielt Joselito Renolde eine noch schwerere Strafe, nämlich 45-tägige Isolation in einer Disziplinierungszelle, was geeignet war, seinen physischen und moralischen Widerstand zu brechen. Eine derartige Strafe ist unvereinbar mit den Standards betreffend die Behandlung von geisteskranken Personen und stellt somit eine unmenschliche und

erniedrigende Strafe und Behandlung dar. Der EGMR hält also auch eine Verletzung von Art. 3 (unmenschliche und erniedrigende Strafe) fest (einstimmig).

Das Urteil im Fall Renolde gg. Frankreich ist von Bedeutung für alle, die in Haftanstalten arbeiten, aber auch für Mitarbeiter von internationalen Organisationen und NGOs. Die Kenntnis von Gerichtsfällen kann Aufsichts- und Gesundheitspersonal Anleitung geben, wie sie sich in ähnlichen Fällen verhalten sollten, um Todesfällen vorzubeugen und um sich für ihre genaue Untersuchung einzusetzen, nötigenfalls gerichtlich.

Darüber hinausgehend können Mitarbeiter von internationalen Organisationen und NGOs sowie Gesundheitspersonal nur effizient zur Untersuchung von Todesfällen beitragen, wenn mehr bekannt ist zu:

(1) lokalen, nationalen und internationalen Rechtsdokumenten, die Prävention und Untersuchung von Todesfällen im Gefängnis regeln (nach unseren bisherigen Forschungen sind solche Dokumente allerdings rar, wir haben auf Anfrage eines aus Australien und eines aus Grossbritannien erhalten);

(2) der Art und Weise, wie z.Z. vor Ort in den Gefängnissen Todesfälle behandelt und untersucht werden und ob und wenn ja, welche, Präventionsmaßnahmen existieren.

Daraus folgt, dass empirische und rechtswissenschaftliche Forschung eine unumgängliche Voraussetzung für die Erstellung von Richtlinien zu Todesfällen in Haft sind.

Prävention ist nur auf der Basis von adäquater Untersuchung möglich

Viele Todesfälle finden an Orten statt, wo es wenig forensische Spezialisten gibt, um eine adäquate Untersuchung durchzuführen. Die Richtlinien des IKRK müssen diese Realität behandeln und auch Fälle von "verschwundenen" (disappeared) Personen. Eine adäquate Untersuchung von Todesfällen ist die Voraussetzung für eine effiziente Prävention. Ein Todesfall in Haft stellt wie ein Flugzeugabsturz einen Extremfall dar, der genauestens untersucht werden muss, um in Zukunft ähnliche Fälle zu verhindern. Ein Beispiel für eine Initiative, die Untersuchung von Todesfällen in Haft zu intensivieren, stellt Australien dar (National Archives of Australia, 2009). In Australien wurden Todesfälle von Aborigines (eingeborene Australier) in Haft zu einem großen Problem, weil es offensichtlich war, dass eine überproportionale Zahl von eingeborenen Australiern in Gefängnissen und im Polizeigewahrsam starben. Ein Teil des Problems ist zunächst, dass eine überproportionale Zahl von Aborigines inhaftiert wird. Entgegen populären Meinungen ist die Zahl von Aborigines, die in Haft sterben, proportional zu der Gesamtzahl von inhaftierten Aborigines, verglichen mit anderen ethnischen Gruppen. Im Jahr 2005 z.B. war es für einen eingeborenen Australier 11 Mal wahrscheinlicher, inhaftiert zu werden, als für einen nicht



eingeborenen Australier und in 2003 waren 20% der Häftlinge Aborigines, während es sich in 10 von den 39 Todesfällen in Haft (26%) um Eingeborene handelte.

Die "Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody" wurde 1987 eingesetzt, um die Vorwürfe zu untersuchen, dass australische Aborigines im Gefängnis ermordet werden. Eine zentrale Schlussfolgerung der Royal Commission war, dass „die direkten Todesgründe nicht ungesetzliches, beabsichtigtes Töten der Aborigines durch Polizei- und Gefängnisbeamte sind“. Die Royal Commission kritisiert deutlich den Standard der Gesundheitsversorgung für alle Gefangenen. Sie hält fest, dass „Haftautoritäten und ihre Beamten ein unzureichendes Problembewusstsein und Engagement bezüglich ihrer Pflicht zur medizinischen Behandlung von Gefangenen zeigen und dass dies klar zu den Todesfällen beiträgt“.

Der Bericht der Royal Commission kritisiert das australische System dafür, dass nicht alle Todesfälle gründlich untersucht werden. Viele Untersuchungen waren oberflächlich und zu eng ("perfunctory and from a narrow focus") und enthielten Fehler. Die vielleicht wichtigste Empfehlung der Kommission war die hierunter zitierte. Dieser Empfehlung sollte weltweit nachgekommen werden:

„Niemals wieder soll es passieren, dass ein Todesfall in Haft, von einem Aborigines oder einem Nicht-Aborigines, nicht zu einer rigorosen und verantwortlichen forensischen, kriminalistischen und medizinischen Untersuchung führt.“

Literatur

- Allen, S. A., Rich, J. D., Bux, R. C., Farbenblum, B., Berns, M., & Rubenstein, L. (2006). Deaths of detainees in the custody of US forces in Iraq and Afghanistan from 2002 to 2005. *MedGenMed*, 8(4), 46.
- ECHR. (2008). European Court of Human Rights. *Renolde vs. France*; Decision 16.10.2008: http://www.menschenrechte.ac.at/docs/08_5/08_5_14 (accessed April 2009).
- Fazel, S., & Benning, R. (2006). Natural deaths in male prisoners: a 20-year mortality study. *Eur J Public Health*, 16(4), 441-444.
- Frost, R., & Hanzlick, R. (1988). Deaths in custody. Atlanta City Jail and Fulton County Jail, 1974-1985. *Am J Forensic Med Pathol*, 9(3), 207-211.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Eher, R., Gutierrez, K., & Ritter, K. (2000). Prison suicides in Austria, 1975-1997. *Suicide Life Threat Behav*, 30(4), 360-369.
- Gallagher, C. A., & Dobrin, A. (2006). Deaths in juvenile justice residential facilities. *J Adolesc Health*, 38(6), 662-668.

Granzow, B., & Puschel, K. (1998). [Fatalities during imprisonment in Hamburg 1962-1995]. *Arch Kriminol*, 201(1-2), 1-10.

National Archives of Australia (2009). Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody: <http://www.naa.gov.au/about-us/publications/fact-sheets/fs112.aspx> (accessed June 2009). *Journal*,

Okie, S. (2005). Glimpses of Guantanamo--medical ethics and the war on terror. *N Engl J Med*, 353(24), 2529-2534.

United Nations (2006). International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance (adopted December 2006 and opened for signature February 2007): http://untreaty.un.org/English/notpubl/IV_16_english.pdf (accessed March 2008). *Journal*,



Akkreditierung von Gesundheitsdiensten in Gefängnissen in den USA

Prof. Dr. med. Bernice S. Elger





Akkreditierung von Gesundheitsdiensten in Gefängnissen in den USA

Prof. Dr. med. Bernice S. Elger

In den USA hat eine Unterorganisation der American Medical Association seit den 70er Jahren an Standards in der Gefängnismedizin gearbeitet. Es gibt einen Akkreditierungsmechanismus, der seit mehreren Jahren angewendet wird, jedoch formal nicht auf dem Äquivalenzprinzip beruht (Elger, 2008). Dieses ist in den USA nicht rechtlich anerkannt ("Inmate has no constitutional right to a protease inhibitor, court says," 1999). Dazu trägt auch die Tatsache bei, dass es in den USA kein Recht auf Gesundheitsversorgung gibt und keine Pflichtversicherung. Nichtversicherte Patienten außerhalb des Gefängnisses haben auch nur sehr begrenzten Zugang zu medizinischer Versorgung in absoluten Notfällen, wobei die Anschlussbehandlungen nicht eingeschlossen sind. Daher wäre es in den USA nicht einfach, äquivalente Behandlungen zu definieren. Stattdessen gilt für Gefangene ein Prinzip der adäquaten Versorgung. Dabei machen sich Gefängnisaufseher und medizinisches Personal strafbar, wenn sie beabsichtigte Gleichgültigkeit („deliberate indifference“) gegenüber offenkundigen Gesundheitsbedürfnissen von Gefangenen praktizieren ("Medical care. HIV-positive inmate's claim of deliberate indifference fails," 2007), denn dann handelt es sich möglicherweise um eine grausame und ungewöhnliche Strafe, ein sogenanntes „cruel and unusual punishment“ (Friedman, 1992; Gostin, 2008; McGrath, 2002; Robbins, 1999).

Standards für medizinische Versorgung und psychiatrische Behandlungen, sowie für Untersuchungsgefängnisse („jails“) und „Langzeit“-Gefängnisse („prisons“, zum Abbüßen längerer Strafen) existieren getrennt. Die Akkreditierung ist spezifisch für jede medizinische Institution in Gefängnissen und ist ebenfalls getrennt für psychiatrische und somatische Behandlungen.

Um die Akkreditierung zu erlangen, muss die jeweilige medizinische Institution in einem Gefängnis Fragebögen ausfüllen. Dann werden Besuche in der Anstalt durchgeführt, meistens von erfahrenen Gefängnisärzten, die ethisch engagiert sind und dies oft unbezahlt machen (so das Ergebnis persönlicher Gespräche mit dem ehemaligen Verantwortlichen der Gefängnisse in New York City und dem ehemaligen Verantwortlichen des Chicago

Standards for Health Services in Prisons 2009 and Standards for Health Services in Jails 2009; Health Services Accreditation; Director of Accreditation on Correctional Health Care; PO Box 11117; Chicago, IL 60611.

Cruel and Unusual Punishments within the meaning of the 8th amendment:
<http://www.law.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/conlaw/cruelunusual.html> (accessed June 2009).

CDC's process for venipuncture, available online at www.cdc.gov/std/program/medlab/ApF-PGmedlab.htm.

City jails, die beide solche Besuche in verschiedenen Staaten der USA durchgeführt haben). Die Standards sollen zu 100% Ausführung anvisiert werden. Eine Akkreditierung ist möglich, wenn nur 90% erfüllt werden, solange dies nicht „grundsätzlich bedenkliche Mängel“ beinhaltet. Dies wird von Fall zu Fall individuell entschieden. Beispiele für die geforderten Standards sind die folgenden. Es muss der Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleistet sein. Wenn das Gefängnis die Versorgung nicht leisten kann, muss eine Überweisung in ein geeignetes Krankenhaus stattfinden. Es gibt auch eine Anweisung, wie Co-payment, d.h. Zuzahlungen der Gefangenen zu handhaben sind. Wenn Gefangene die Zusatzzahlungen nicht erbringen können, müssen sie trotzdem behandelt werden: wenn die Broschüre des Gefängnisses dazu andere Angaben macht, muss dies korrigiert werden.

Für Blutprobenentnahmen müssen die Standards des Centers for Disease Control eingehalten werden. Akkreditierung ist z. B. nicht möglich, wenn das Aufsichtspersonal verlangt, dass Blutentnahmen vor der Zelle durchgeführt werden, indem der Patient den Arm durch ein Gitterfenster steckt.

Manche Standards sind nur Empfehlungen: z.B. ist das Vorhandensein eines „fetal heart monitor“ in Anstalten, wo schwangere Gefangene wohnen, empfohlen, aber nicht Pflicht, solange ein Arzt bestätigt, dass die Überwachung ausreicht und eine Einweisung einer schwangeren Gefangenen in ein nahegelegenes Krankenhaus schnell erfolgen kann (Weatherhead, 2003).

Gefangene müssen nicht mindestens einmal im Jahr untersucht werden. Stattdessen muss der verantwortliche Arzt festsetzen, wie oft ein bestimmter Gefangener untersucht werden sollte. Die Frequenz der Untersuchungen wird durch allgemeine Richtlinien der professionellen Organisationen außerhalb der Gefängnisse festgesetzt (auf der Basis von Alter, Geschlecht, Risikofaktoren; Beispiele: Mammografien, Prostatauntersuchungen etc.). Für psychiatrische Dienste gilt, dass, wenn Gefangene sich schriftlich krank melden, diese Zettel innerhalb von 24 Stunden angeschaut werden müssen. Wenn die Zettel nicht genug Information enthalten, ist vorgeschrieben, dass die Gefangenen zur „Triage“ gesehen werden. Die Dokumentation muss 3 Jahre aufbewahrt werden. Krankenschwestern oder Krankenpfleger führen die Eintrittsuntersuchungen durch. Wenn ein Befund nicht normal ist, muss dies von einem Arzt gegengelesen werden, der dann entscheidet, ob ein Patient eine ärztliche Untersuchung benötigt oder nicht.

Substitution (Methadon) war in den USA in den Gefängnissen lange Zeit umstritten, wird inzwischen jedoch von der Unterorganisation der American Medical Association in den Gefängnissen empfohlen (Bruce & Schleifer, 2008). Ein ärztlicher Dienst muss dazu vorher für diese Behandlung akkreditiert werden und braucht die Erlaubnis des Gefängnisses (Staates). Diese wird allerdings nur in einem Teil der Staaten gegeben.



Dem Arztgeheimnis, bzw. der Vertraulichkeit wird nicht die Priorität gegeben: es ist wichtig, dass Gefangene Diäten erhalten können. Dies bedeutet, dass Gefangene, die in der Küche arbeiten, über die Diäten von anderen Gefangenen Bescheid wissen. Das Gesundheitspersonal hat allerdings die Möglichkeit, nur wenige Details und vor allem keine Diagnosedetails auf die Diätkarten zu setzen.

Im Großen und Ganzen ist der Akkreditierungsmechanismus eine wichtige Initiative in den USA, um für Transparenz und eine Verbesserung der Gesundheitsdienste in den Gefängnissen zu sorgen. Ein Anreiz zur Akkreditierung ist vor allem, dass bei gerichtlichen Klagen von Gefangenen wegen unzureichender Gesundheitsversorgung auf die Akkreditierung, und damit den guten Willen, adäquate Versorgung zu leisten, hingewiesen werden kann. Die Akkreditierung hat auch den Vorteil, dass relativ isolierte medizinische Gefängnisdienste in Kontakt und Austausch mit Kollegen treten, und wirkt dadurch auf die allgemeine Motivation des Gesundheitspersonals positiv ein und stimuliert sie, an Fortbildungen teilzunehmen und aus eigener Kraft Verbesserungen der Versorgung anzustreben. Auch wenn die Akkreditierungsmechanismen von den jeweiligen Staaten der USA unterschiedlich positiv aufgenommen werden, d.h. in vielen amerikanischen Gefängnissen bisher ignoriert werden und aus Mangel an Personal die medizinischen Besuche (Untersuchungen durch unabhängige Gefängnisärzte) und kontinuierliche Prüfungen der Standards nur begrenzt erfolgen können, ist es sicher eine Überlegung wert, ob nicht ähnliche Mechanismen (Akkreditierung oder „Urkunden“), auch in kleinerem Ausmaß, z.B. nur auf die Opiatsubstitution bezogen, in deutschsprachigen Ländern eingeführt werden könnten.

Literatur

Bruce, R. D., & Schleifer, R. A. (2008). Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention. *Int J Drug Policy*, 19(1), 17-23.

Elger, B. S. (2008). Towards equivalent health care of prisoners: European soft law and public health policy in Geneva. *J Public Health Policy*, 29(2), 192-206.

Friedman, M. C. (1992). Cruel and unusual punishment in the provision of prison medical care: challenging the deliberate indifference standard. *Vanderbilt Law Rev*, 45(4), 921-949.

Gostin, L. O. (2008). 'Old' and 'new' institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment or preventive confinement? *Public Health*.

Inmate has no constitutional right to a protease inhibitor, court says. (1999). *AIDS Policy Law*, 14(3), 1, 6.

McGrath, J. (2002). Raising the "civilized minimum" of pain amelioration for prisoners to avoid cruel and unusual punishment. *Rutgers Law Rev*, 54(3), 649-684.

Medical care. HIV-positive inmate's claim of deliberate indifference fails. (2007). *AIDS Policy Law*, 22(10), 8.

Robbins, I. P. (1999). Managed health care in prisons as cruel and unusual punishment. *J Crim Law Criminol*, 90(1), 195-237.

Weatherhead, K. (2003). Cruel but not unusual punishment: the failure to provide adequate medical treatment to female prisoners in the United States. *Health Matrix Clevel*, 13(2), 429-472.



Gewaltprävention im Vollzug

Rolf Söhnchen





Gewaltprävention im Vollzug

Rolf Söhnchen

Das neue Amt des Ombudsmanns“ -so steht es in der Tagesordnung, ist ein, zumindest was die Gewaltprävention anbelangt, trotz der Enge der Anstalten, weites Feld, auf das ich mich jetzt mit ihnen begeben möchte.

Zunächst möchte ich mich aber beim Veranstalter für die Möglichkeit bedanken, ihnen das neue Amt des Ombudsmannes für den Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen vorstellen zu dürfen, dessen erster Amtsinhaber zu sein ich die Ehre habe. Die Institution ist bisher in der Bundesrepublik einmalig.

Im Folgenden möchte ich ihnen berichten über

- ◆ die Einrichtung und Ausgestaltung des Amtes,
- ◆ die Person des Amtsinhabers und
- ◆ die Entstehungsgeschichte des Amtes.

Anschließend möchte ich mich mit ihnen fragen,

- ◆ ob der Ombudsmann wie es die Tagesordnung suggeriert - ein geeignetes Mittel zur Gewaltprävention im Vollzug und zur Gesundheitsförderung sein kann,
- ◆ was von der These zu halten ist „geht es dem Bediensteten gut, geht es dem Gefangenen gut“, woraus die hohen Krankenstände der Bediensteten zurückzuführen sein könnten und
- ◆ welche Strategien es zur Reduzierung dieser Krankenstände geben könnte, um so die Befindlichkeit der Gefangenen und damit auch ihre Gesundheit zu verbessern und auf diese Weise auch ihre Gewaltbereitschaft zu reduzieren.

Zunächst also zur Ausgestaltung des Amtes und meiner Person als Amtsinhaber:

Die Justizministerin des Landes Nordrhein-Westfalen hat mit Einrichtungserlass vom 14.3.2007 einen Ombudsmann für den Justizvollzug ihres Landes bestellt. Durch Dienstvertrag mit dem Justizministerium habe ich mich verpflichtet, dieses Amt beginnend mit dem 16.4.2007 für die Dauer von 3 Jahren zu bekleiden und habe es daher heute genau 2 Jahre inne. Ganz so neu wie in der Tagesordnung angekündigt ist es also nicht mehr, so dass ich ihnen gleich auch nicht nur über die Entstehungsgeschichte des Amtes und die mit ihm verbundenen Absichten berichten kann, sondern auch über meine Erfahrungen in den ersten zwei Jahren meiner Tätigkeit.

Die Ministerin hat mich wohl deshalb für geeignet gehalten, das neue Amt zu bekleiden,

weil sie einerseits jemanden gesucht hat, der kein Vollzugsinsider war, um den unverstellten Blick von außen sicherzustellen und zum anderen, weil dieser jemand gewisse Erfahrungen mit Straftätern und Behördenstrukturen haben sollte bei gleichzeitigem gesellschaftlichem Engagement.

Da ich bis zu meiner Pensionierung 20 Jahre lang größere Amtsgerichte geleitet habe und noch länger auch als Strafrichter, insbesondere Jugendrichter, tätig war, der sich im lokalen Bereich an vielen Stellen ehrenamtlich um die Probleme der Jugendlichen gekümmert hat, habe ich anscheinend dem ministeriellen Anforderungsprofil entsprochen.

Jahrzehnte als Richter Straftäter verurteilt zu haben und sich anschließend um die Vollstreckung der Strafen im Vollzug zu kümmern, betrachte ich nicht als Widerspruch im Gegenteil. Wenn man sich ein Berufsleben lang um ein „fair trial“, ein faires Gerichtsverfahren bemüht hat, ist die Bemühung um ein „fair jail“, eine faire Behandlung im Vollzug eher die folgerichtige Fortsetzung.

Der Ombudsmann ist – trotz seines Dienstvertrages mit dem Ministerium – unabhängig und unterliegt keinen Weisungen, denn auch dies ist in diesem Dienstvertrag vereinbart worden. Er ist der Ansprechpartner für alle vom Justizvollzug Betroffenen. An ihn können sich in Angelegenheiten des Vollzuges mit Beschwerden, Anregungen, Beobachtungen und Hinweisen wenden:

- ◆ die Gefangenen und deren nahe Angehörigen
- ◆ die Bediensteten des Justizvollzuges und die
- ◆ im Vollzug ehrenamtlich Tätigen.

Er hat Zugang zu den Akten und Räumen der Vollzugsbehörden und hat jederzeit das Recht, der Justizministerin vorzutragen. Er legt ihr jährlich einen Tätigkeitsbericht vor, der anschließend veröffentlicht wird.

Wenden können sich an mich danach rund 8.000 Bedienstete und ca. 18.000 Gefangene, die sich regelmäßig in den 37 über das ganze Bundesland verstreuten Vollzugsanstalten aufhalten. Durch Zu- und Abgänge im Laufe des Jahres sind es sogar über 40.000.

Gewendet haben sich an mich in meinem zweiten Tätigkeitsjahr mit schriftlichen Eingaben: 57 Bedienstete, 36 Angehörige und 873 Gefangene also insgesamt 966 Personen. Tatsächlich gesprochen habe ich bei den 66 von mir regelmäßig abgehaltenen Sprechtagen in den Anstalten mit 529 Bediensteten und 383 Gefangenen. Neben den Anstaltsbesuchen haben meine Mitarbeiter und ich (ich habe neben externen Schreibkräften vier



festen Mitarbeiter), noch über 70 Termine in unseren Diensträumen und außerhalb wahrgenommen – wie den heutigen hier – um mit Menschen aus dem Vollzug und um den Vollzug über den Vollzug und seine Probleme zu reden. Das soll zur Ausgestaltung des Amtes und zur Statistik einsteuern genügen.

Lassen sie mich jetzt noch etwas zur Entstehungsgeschichte berichten, weil diese einerseits für das Amtsverständnis von Bedeutung ist, andererseits aber auch erklärt, weshalb der Veranstalter mein Amt und mich mit der „Gewaltprävention im Strafvollzug“ in Zusammenhang bringt. Das Amt des Ombudsmannes ist – nicht ganz zu Unrecht – eng mit dem sog. „Siegburger Foltermord“ in Verbindung gebracht worden. Am 20.11.2006 wurde in der JVA Siegburg der damals 20-jährige Herrmann H. von seinen 17, 19 und 20 Jahre alten Mitgefangenen, die mit ihm zusammen auf einer 20 qm großen Zelle untergebracht worden waren, über Stunden grausam gequält, genötigt zwei Abschiedsbriefe zu schreiben und schließlich nach vier vorangegangenen gescheiterten Versuchen mit einem aus Bettlakenstreifen gefertigten Strick erhängt.

Die Täter sind inzwischen wegen Mordes zu langjährigen Freiheitsstrafen verurteilt worden. Dieser sog. „Siegburger Foltermord“ hatte ein ungeheures noch immer anhaltendes publizistisches und auch politisches Echo, welches in einem Untersuchungsausschuss des Landtages gipfelte. Des Weiteren wurde unmittelbar nach dem Mord eine Expertenkommission beauftragt, eine Bestandsaufnahme der nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten zu erarbeiten, eine Analyse über Gewalttaten im Jugend- und Erwachsenenvollzug zu erstellen und Empfehlungen zur Gewaltprävention auszusprechen. Das Gutachten der Kommission liegt mittlerweile vor.

Mit dem Thema „Gewalt der Gefangenen untereinander“ hatte sich zuvor bereits der kriminologische Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen befasst. Nach den Erkenntnissen und Empfehlungen der Expertenkommission und des kriminologischen Dienstes ist u.a. die grundsätzliche Einzelunterbringung und Trennung von Jugend- und Erwachsenenvollzug angeordnet und für eine bessere personelle Ausstattung des Jugendvollzugs gesorgt worden. Daneben werden durch ein umfangreiches Bauprogramm bis Ende 2011 etwa 1.000 neue Haftplätze geschaffen werden, um so die weitestgehende Unterbringung in Einzelzellen sicherstellen zu können. Nachgedacht wird auch über eine Verschiebung in andere Bundesländer, in denen noch freie Haftplätze zur Verfügung stehen.

Wobei anzumerken ist, dass allein durch die Unterbringung der Inhaftierten in Einzelzellen das Gewaltproblem wohl kaum zu lösen sein wird. Denn bei den bekannt gewordenen Gewalttaten von Gefangenen untereinander waren zwar 57 % der Täter zum Tatzeitpunkt in Gemeinschaftszellen untergebracht, aber eben auch 43 % in Einzelzellen und nur in einem Drittel aller Fälle war der Haftraum auch der Tatort, in zwei Dritteln aller Fälle waren

es Gänge, Flure, der Freistundenhof, Duschen und Werkbetriebe.

Lassen sie mich bitte zurückkommen zur Institution Ombudsmann. Der Zeitpunkt ihrer Einrichtung fiel mitten in die Diskussion um die tatsächliche und vor allem die politische Verantwortung für die Siegburger Ereignisse, die die Opposition im Lande bei der Justizministerin sah. Die Einrichtung eines Ombudsmannes wurde daher von der Opposition auch als überflüssig und nur als eine Art Ablenkungsmanöver angesehen. Nach meinem ersten Jahresbericht mit zahlreichen kritischen Anmerkungen zu Praktiken im Vollzug hat sich die Einstellung der Opposition übrigens gewandelt, nunmehr fordert sie, die Institution gesetzlich zu verankern, um ihr mehr Gewicht und Unabhängigkeit zu geben. Da ich keiner Partei angehöre, ehrenamtlich tätig bin und meine Unabhängigkeit vom Ministerium - wie gesagt - vertraglich festgeschrieben ist, berührt mich persönlich diese Diskussion nicht.

Dass ich von aller Welt unmittelbar mit Siegburg in Verbindung gebracht worden bin, ergibt sich auch aus den Fragen der Journalisten bei meiner Amtseinführung. „Wäre Siegburg durch Sie verhindert worden“ oder „werden Sie ein zweites Siegburg verhindern“ bin ich damals und werde ich heute noch gefragt. Fragen, die von einer erschreckenden Unkenntnis der Probleme des Vollzuges und insbesondere der Charaktere der Inhaftierten zeugen und mir andererseits übermenschliche Fähigkeiten zutrauen, die ich aber nicht habe.

Gleichwohl stellt sich die Frage, ob der Ombudsmann eine geeignete Institution zur Verhinderung von Gewalt im Vollzug und zur Förderung der Gesundheit der Gefangenen sein kann. Verhindern wird solche Ereignisse wie die von Siegburg niemand können, bestenfalls ihre Zahl vermindern. Verhindern würde man sie allenfalls dann können, wenn sie frühzeitig angekündigt werden würden oder frühzeitig Umstände erkennbar werden würden, die den Rückschluss auf eine bevorstehende Gewalttat zuließen; und selbst bei diesen idealen Voraussetzungen würde man nur einen Bruchteil der Taten verhindern können, da nach den Erkenntnissen des kriminologischen Dienstes nur etwa 10% der bekannt gewordenen Gewalttaten geplant waren, der Rest aber spontan zustande kam. Gewalt im Vollzug ist also ein überwiegend situatives Phänomen.

Hinzu kommt bei den Gewalttaten eine sehr hohe Dunkelziffer. Aus Angst vor weiteren Repressalien oder weil man kein Zinker sein will oder weil man einer Minderheit angehört, die ihre Angelegenheiten unter sich auszumachen pflegt, offenbart man sich nicht. Und da insbesondere psychische Gewalt auch keine sichtbaren Spuren hinterlässt, werden sehr viele Gewalttaten nicht bekannt. Anzunehmen, dass diese Schwierigkeiten nun sämtlich durch die Einrichtung eines neuen Amtes, das des Ombudsmannes, überwunden werden könnten, dass Inhaftierte ihm – einem Unbekannten – wenn er denn zwei mal im



Jahr ihre Anstalt besucht, gerade das anvertrauen würden, was sie bisher nicht einmal ihrem Seelsorger, dem Beirat oder einem ehrenamtlichen Betreuer anvertraut haben, wäre mehr als naiv.

Sie haben es erwartungsgemäß auch nicht getan. Von den 873 Eingaben der Gefangenen betrafen gerade einmal 12 Gewalt im weiteren Sinne. Weitaus häufiger sind Beschwerden über ein unzureichendes Angebot des Kaufmanns(18), Probleme mit den Bediensteten (54) und mangelhafte ärztliche Versorgung (44) geführt worden. Wobei man sich regelmäßig nicht über die mangelhafte fachliche Qualifikation der Ärzte, sondern deren nicht vorhandene Empathie beschwert und den Wunsch nach freier Arztwahl geäußert hat.

SDass der Ombudsmann also Gewalttaten verhindern oder auch nur vermindern könnte, ist demnach eine Illusion – wenn denn jemals jemand daran geglaubt haben sollte.

SKann er denn überhaupt etwas in Richtung Gewaltprävention tun? Ja er kann und er hat es auch schon getan, möchte ich bei aller Bescheidenheit sagen – jedoch eher indirekt, indem er etwas für die Gesundheit der Bediensteten tut. Indem er dies tut, tut er nicht nur etwas gegen die Gewalt der Gefangenen untereinander, sondern – und hier schließt sich dann der Kreis zum Konferenzthema – auch etwas für die „Gesundheitsförderung in Haft“. Wieso das so ist und was von der These geht es den Bediensteten gut, geht es den Gefangenen gut, zu halten ist, möchte ich jetzt versuchen, ihnen darzulegen.

SGefangene und Bedienstete haben mehr gemeinsam, als dass sie nur hinter denselben Mauern mit einander leben, sie haben darüber hinaus auch einen Wunsch gemeinsam gemerkt, der ordentliche Beamte und der normale Gefangene- den Wunsch nämlich, mehr Zeit für Gespräche miteinander zu haben. Und wenn es, neben einer qualifizierten medizinischen Behandlung und Therapie, überhaupt etwas gibt, was das Wohlbefinden der Inhaftierten und damit auch ihre Gesundheit und damit wiederum auch ihre Friedfertigkeit fördern kann, dann ist es das Gespräch mit dem zugewendeten Beamten, den man täglich sieht. Denn er ist es, dem man sich anvertrauen kann und der wegen des täglichen Umgangs auch Veränderungen bei dem Gefangenen bemerkt und so auch Alarmsignale frühzeitig erkennt und ihnen begegnen kann. Die beste Gewähr für den inneren Frieden der Anstalt und damit auch die beste Gewaltprävention ist also der empathische Beamte mit ausreichender Zeit.

Das ist zugegebenermaßen keine tiefe neue Erkenntnis und weil dem so ist, habe ich mich schon bald nach Beginn meiner Tätigkeit gefragt, warum diese einfache Erkenntnis nicht in jeder Anstalt in die Tat umgesetzt wird. Die angespannte Personallage lässt nichts anders zu, ist die Begründung dafür, dass der Dienstplan zentral gestaltet wird und für den Gefangenen daher nicht ein ihm vertrauter Beamter zuständig ist, sondern es stän-

dig wechselnde Beamte sind, mit der Folge, dass sich letztlich keiner verantwortlich fühlt. Angespannt ist die Personallage vor allem aufgrund der z.T. extrem hohen Krankenstände bei den Bediensteten in manchen Anstalten, die hier und da bei über 20 % liegen. Während die Krankenquote in der Wirtschaft seit Jahren sinkt, steigt sie im Vollzug seit Jahren an. Würde sie im Schnitt der Anstalten nur doppelt so hoch liegen wie in der Wirtschaft, stünden im Vollzug auf einen Schlag mehr als 300 Bedienstete täglich zur Verfügung und entspräche der Krankenstand dem in der Wirtschaft, beinahe 700, genug Personal also für zwei neue mittelgroße Anstalten oder einen deutlich stärker behandlungsorientierten Vollzug in den bereits bestehenden.

Dass in Anstalten mit extrem hohen Krankenständen die „Stimmung“ deutlich schlechter ist, als in solchen mit geringen Krankenständen, ist bereits an der Eingangspforte spürbar und setzt sich durch die ganze Anstalt fort. Sie dokumentiert sich auch in Beschwerden von Personalräten und Eingaben ganzer Abteilungen. Da ist es nicht überraschend, dass in diesen Anstalten auch Gefangene häufiger klagen über schlechte – besser gar nicht stattfindende- Behandlung, namentlich über fehlende Sportangebote, fehlende Gesprächsmöglichkeiten- kurz fehlende Perspektiven. Das bestätigt zwar nicht die Eingangsthese, sondern eher die, dass es den Gefangenen da schlecht geht, wo es den Bediensteten schlecht geht, der Umkehrschluss scheint mir jedoch deshalb zulässig, weil in den Anstalten mit geringen Krankenständen zwar auch nicht laut gejubelt wird, aber aus ihnen jedenfalls deutlich weniger Klagen und Beschwerden kommen, man sich dort im Gegenteil auch hier und da für zuteil gewordene Zuwendungen bedankt und Bedienstete namentlich lobend erwähnt. Wenn aber die hohen Krankenstände erkennbar für die schlechtere Behandlung von Inhaftierten verantwortlich sind, so ist es nur konsequent, ihren Ursachen auf den Grund zu gehen und sie danach so weit als möglich zu beseitigen. Ich habe deshalb die hohen Krankenstände bei den Bediensteten zum Schwerpunktthema meines ersten Berichtes gemacht und die Entwicklungen auf diesem Gebiet im letzten Jahr nehmen einen breiten Raum in meinem 2. Bericht ein.

Die Ausgangsfrage ist also die nach den Ursachen für die Krankenstände. Auch wenn man dabei berücksichtigen muss, dass die Bediensteten des Vollzuges einige erschwere Umstände, wie Schichtdienst, Nachtdienst und das Eingeschlossensein mit schwierigen z.T. auch alles andere als sympathischen Personen zu ertragen haben, so erklärt dies doch die hohen Krankenstände ebenso wenig wie die Tatsache, dass es sich bei den Vollzugsbeamten überwiegend um Beamte des mittleren Dienstes handelt. Diese sind zwar auch in der ordentlichen Justiz (Bayern) 2 ½ mal häufiger krank als Beamte des höheren Dienstes, aber all diese Umstände erklären nicht, wieso in vergleichbaren Anstalten – was die Belegung anbelangt – Krankenstände von deutlich unter 10% zu verzeichnen sind und in anderen solche von deutlich über 20% . Unerklärlich ist auch,



dass negativer Spitzenreiter ausgerechnet eine Anstalt des offenen Vollzuges ist, die von ihrer Lage und Ausstattung eher für eine ländliche Freizeiteinrichtung als ein Gefängnis gehalten werden könnte.

Worauf also sind die so unterschiedlichen Krankenstände - und ich möchte dies nochmals betonen in vergleichbaren Anstalten - zurück zu führen? Meine Mitarbeiter und ich haben nicht versucht, dies in einer wissenschaftlichen Untersuchung zu klären, sondern wir haben zunächst nur versucht, durch Gespräche mit mehreren hundert Bediensteten in Erfahrung zu bringen, was aus ihrer Sicht ausschlaggebend für die hohen Krankenstände ist. Die Meinungen der Beamten habe ich dann in meinem ersten Bericht fast unkommentiert wiedergegeben, denn die Aufgabe des Ombudsmannes ist in erster Linie die eines Berichterstatters, Schlüsse und Konsequenzen aus dem Bericht müssen diejenigen ziehen, die zu entscheiden haben.

Als vor allem ausschlaggebend für die hohen Krankenstände in ihrer Anstalt haben die Bediensteten nicht etwa Rückenleiden oder andere organische Erkrankungen genannt, sondern das schlechte Betriebsklima in ihrer Anstalt – und dafür wurden wiederum in erster Linie einige wenige Führungskräfte, häufig solche der mittleren Führungsebene wie der LAV, der Leiter des allgemeinen Vollzugsdienstes, verantwortlich gemacht. Beklagt wird insbesondere deren zu lascher Umgang mit Drückebergern, die krank werden nach Ansaage, die Beförderung und der Einsatz der Beamten nach dem Nasenfaktor, d.h. nicht der hat die beste Aussicht auf den besseren Posten und die Beförderung, der die beste Leistung erbringt, sondern der, dessen Nase dem Vorgesetzten am besten passt. Der Zorn der Beamten richtet sich schließlich gegen die zu geringe Wertschätzung durch die Vorgesetzten und den dezentralen und damit gefangenenfernen Einsatz. Alle diese Führungsfehler machen sie für die hohen Krankenstände verantwortlich. Dies bestätigt die Richtigkeit einer Erkenntnis aus der Organisationsforschung, wonach Mitarbeiter wegen einer Institution oder Firma kommen, diese aber wegen eines „Vorgesetzten“ wieder verlassen. Beeindruckend finde ich in diesem Zusammenhang ein Experiment, welches vorzeiten in einem VW-Werk gemacht worden ist. Dort versetzte die Personalleitung gezielt Vorgesetzte- nämlich Meister- aus Bereichen mit überdurchschnittlich hohen Krankenraten in Bereiche mit besonders geringen Fehlzeiten. Die Folge war, dass schon nach kurzer Zeit auch in vorher vorbildlichen Bereichen mit einem niedrigen Krankenstand die Abwesenheitsrate steil nach oben stieg.

Für bezeichnend halte ich übrigens auch, dass die Führungskräfte der betroffenen Anstalten im Zusammenhang mit ihren hohen Krankenständen von „Protestkranken“ reden, ohne sich aber die Frage zu stellen, weshalb gerade in ihren Anstalten so viele Beamte protestieren und gegen was wohl sich ihr Protest richtet – dass er sich gerade gegen sie richten könnte, wird nur selten überhaupt in Erwägung gezogen. Hier begegnet uns der

„Nasenfaktor“ in einer anderen Version, nämlich der mangelnden Bereitschaft und Fähigkeit, sich an die eigene Nase zu fassen. Besonders auffällige Anstalten haben in der Vergangenheit erfolglos versucht, mit internen Maßnahmen den Krankenstand zu reduzieren. Meist scheiterten sie an der fehlenden Bereitschaft der Mehrheit der Bediensteten, sich in den Verbesserungsprozess einzubringen, wohl weil diese Mehrheit nicht mehr an die Selbstheilungskräfte der Anstalt geglaubt hat. Der durchgängige Wunsch der Beamten nach einer externen Begutachtung ihrer Anstalten zur Klärung der Ursachen für die personelle Misere verbunden mit Empfehlungen zu ihrer Beseitigung ist daher verständlich.

Diesem Wunsch zu entsprechen, habe ich als eine von mehreren Empfehlungen in meinem ersten Bericht aufgenommen. Das Ministerium hat aufgrund dieser Empfehlung im September 2008 ein externes Institut beauftragt, eine „Analyse der hohen Krankenstände in den Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen“ zu erstellen, was dann in einem ersten Schritt bis Mitte Dezember 2008 auch geschehen ist. Der Auftrag umfasste die Durchführung eines eintägigen Workshops in fünf ausgewählten Vollzugsanstalten des Landes, von denen vier durch besonders hohe Krankenstände auffällig waren und eine sich durch einen besonders niedrigen Krankenstand auszeichnete. Unter Einbindung von Bediensteten aus den Anstalten sollte in den Workshops damit begonnen werden, einen Fragebogen für die Befragung von Mitarbeitern des allgemeinen Vollzugsdienstes zu entwickeln. Der Auftrag ist inzwischen auf die Bediensteten aller Dienstzweige ausgeweitet worden und ein Fragebogen mit 205 Fragen zu den Themen wie:

- ◆ tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren,
- ◆ Rahmenbedingungen
- ◆ Führung und Organisationskultur und
- ◆ Tätigkeit in der Anstalt im eigenen Erleben

ist mittlerweile in die Anstalten gegeben worden. Die Bögen sind noch nicht ausgefüllt, geschweige denn ausgewertet worden. Über den Ausgang und das Ergebnis der Aktion will ich deshalb auch nicht spekulieren, sondern ihnen nur über den geplanten Fortgang des Verfahrens berichten und einige bemerkenswerte Beobachtungen bei den Workshops und Ergebnisse aus ihnen.

Nach der anonymen Auswertung der Fragebögen sollen deren Ergebnisse in den Anstalten umgesetzt werden, dies soll unter Begleitung zweier externer Projektgruppen geschehen, die die Projektgruppen in den Anstalten fachlich betreuen und für die nötige emotionale Distanz sorgen sollen. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese individuelle Betreuung auffälliger Anstalten auf deren Krankenstände auswirken wird.



Dass insoweit weder eine globale Betrachtung noch allgemeingültige Rezepte für alle Anstalten weiterhelfen können, ist eine wesentliche Erkenntnis der Workshops. Zwar spielten in allen Workshops auch die „Drückeberger“ und der „Nasenfaktor“ eine Rolle, doch zugleich hat sich herausgestellt, dass jede Anstalt auch ihre Eigenheiten hatte, die das Untersuchungsinstitut unter dem Schlagwort „individueller Problemcocktail“ zusammengefasst hat. Ausgehend von dieser Erkenntnis ist eine der Strategien zur Reduzierung der Krankenstände daher, über die Fragebögen herauszufinden, wo genau in welcher Anstalt der Schuh besonders drückt. Aufgabe des Begleitemms wird es dann sein, unter Einbeziehung der Bediensteten zu klären, wie gerade dort Erleichterung verschafft werden kann.

Der „spezifische Problemcocktail“ der Anstalten spiegelte sich insbesondere im Umgang der Beamten miteinander während der Workshops wider. Während in der einen Anstalt gelacht und gefrotzelt wurde und man lebhaft aufeinander zu und auf die Argumente anderer einging, gab es in anderen Anstalten eine Lawine von Klagen über unhaltbare Arbeitsbedingungen. Unschwer zu erraten, dass in der Anstalt mit dem niedrigsten Krankenstand gelacht wurde. Dort, wo offensichtlich fehlende oder schwache Führung ein zentrales Problem ist, kam es zu massiven Konfrontationen zwischen Teilnehmern aus unterschiedlichen Dienstzweigen und Häusern. Beklagt wurden dabei insbesondere die vermeintlich schlechteren eigenen Bedingungen und die fehlende Bereitschaft zur kollegialen Hilfe. Ebenso beklagt wurde die geringe Wertschätzung der eigenen Leistung und zugleich die Geringschätzung der Leistung anderer deutlich zum Ausdruck gebracht. Bemerkte wurde in diesen Anstalten auch, dass ältere Bedienstete jüngeren Mitarbeitern das Wort abschnitten und die nominellen Führungskräfte die Kommunikationshoheit hatten. Diese Dominanz stand im Gegensatz zu ihrer von den Mitarbeitern beanstandeten Führungsschwäche, die in dem Vorwurf gipfelte, sie würden nicht führen, sondern nur verwalten und ein hoher Prozentsatz der Führungskräfte sei ungeeignet. Von einer Identifikation mit der eigenen Arbeit und der Anstalt, einem „Wir-Gefühl“ kann also keine Rede sein, wohl aber von krank machenden anstaltsinternen Umständen. Allen Beteiligten war wohl der Wahlspruch des österreichischen Kaisers Franz Josef I „viribus unitis“, mit vereinten Kräften, unbekannt, jedenfalls waren sie bisher nicht dazu bereit, danach zu handeln und nicht im Gegeneinander, sondern mit vereinten Kräften zu versuchen, die Arbeitsbedingungen positiv zu verändern und auf diese Weise die Krankenstände der Bediensteten zu verringern.

Eine weitere Strategie zur Reduzierung der Krankenstände – und zwar unabhängig von anstaltsspezifischen Besonderheiten - ist daher die Schaffung eines „Wir-Gefühls“ in den Anstalten. Als erster Schritt dazu muss m.E. einigen Führungskräften zuvor bewusst gemacht werden, dass das nicht ohne ihr eigenes vorbildliches Verhalten möglich sein wird. Ich hoffe, dass ich mit der Thematisierung der hohen Krankenstände in meinem ersten Be-

richt den Prozess des Umdenkens in der Personalführung mit angestoßen habe. Und damit komme ich auch schon zum Ende und einem vorläufigen Fazit. Mit einem noch lebenden berühmten Österreicher, dem Kabarettisten Dr. Werner Schneyder, hat der Ombudsmann, habe ich etwas gemeinsam. Werner Schneyder hat einmal die Frage, ob er etwas verändern, etwas bewirken könne, verneint und erklärt, er könne lediglich auf etwas aufmerksam machen, etwas anstoßen. Das hätte ich auf dieselbe Frage auch antworten können. Und es gibt wahrhaftig etwas anzustoßen, denn ich habe den berüchtigten Beamtendreiklang von „da könnte ja jeder kommen, das haben wir schon immer so gemacht und das haben wir noch nie so gemacht“ noch nirgendwo so intensiv gedacht und gelebt empfunden wie im Vollzug.

Ich bemühe mich, mich dadurch nicht entmutigen zu lassen, sondern weiter nach der Erkenntnis zu handeln, dass man die Zukunft nicht im Rückspiegel sehen kann und daher gerade im Vollzug neue Wege beschritten werden müssen, zu denen auch das Amt des Ombudsmannes gehört.

Das Thema Krankenstände ist nur ein Thema von vielen, welches ich in meinen beiden Berichten, die jeweils über 70 Seiten lang sind, angesprochen habe und die ich natürlich hier nicht alle darstellen konnte. Diese Berichte sind, wie bereits erwähnt, veröffentlicht worden und haben u.a. zu einer Fülle von parlamentarischen Anfragen geführt, in denen das Ministerium um Aufklärung von Umständen gebeten worden ist, die in dem ersten Bericht beanstandet worden sind. Im 2. Bericht sind dann auch die Stellungnahmen und Entscheidungen des Ministeriums zu über 40 Fragen, Beanstandungen und Anregungen des 1. Berichtes wiedergegeben worden. Auch wenn der Ombudsmann selber nichts entscheiden kann, zeigt sich daran, dass er doch überfällige Entscheidungsprozesse in Gang setzen, anstoßen kann. Er kann dies vor allem deshalb, weil seine Berichte veröffentlicht werden, seine schärfste Waffe ist die Publizität: Veröffentlichte Missstände werden nach der Veröffentlichung zügig beseitigt, auch wenn sie z.T. vorher schon jahrelang bekannt waren.

Themenschwerpunkt meines dienstjährigen Berichtes sind übrigens „Anwärter und Berufsanfänger“ und ihre besonderen Probleme, die zwar in vielem denen der erfahreneren Beamten gleichen, sich in einigem aber unterscheiden und vor allem deshalb unsere Aufmerksamkeit verdienen, weil diese Gruppe trotz ihrer Jugend nicht weniger häufig krank ist als die Älteren und sich erschreckend oft sowohl innerlich als auch körperlich sehr früh vom Dienst verabschiedet.

Die Berichte sind auch auf meiner Internetseite unter www.ombudsmann-justizvollzug.nrw.de eingestellt.



Arbeitsgruppen Nicht-/Raucherschutz in Gefängnissen

Karlheinz Keppler, Heino Stöver





Arbeitsgruppen

Nicht-/Raucherschutz in Gefängnissen

Karlheinz Keppler, Heino Stöver

Es ist mittlerweile unstrittig, dass Tabakrauch der größte und gleichzeitig vermeidbare Innenraumschadstoff ist. Der Drogenbericht 2009 der Bundesregierung weist die Folgen dieser Schädigungen auf: ca. 140.000 Tote pro Jahr in Deutschland sind die direkte Folge des Tabakkonsums, ca. 3.300 Menschen versterben als Folge von Passivrauchen. In Deutschland rauchen ca. 16 Mio. Menschen, das entspricht einem Drittel aller Erwachsenen. Durch das Rauchen entstehen volkswirtschaftliche Folgekosten in Höhe von fast 20 Mrd. Euro.

Leider ist bei den erwachsenen Rauchern kaum ein Rückgang feststellbar, obwohl ein gesellschaftlicher Konsenswandel festgestellt werden kann: Nichtrauchen wird immer mehr zur sozialen Norm.

So finden wir bei den jugendlichen Rauchern zwischen 12 – 17 Jahren insgesamt einen deutlichen Rückgang. Allerdings übertreffen im Gegensatz zu früher die weiblichen Jugendlichen zahlenmäßig die männlichen. Diese Situation (der Rückgang bei jugendlichen Rauchern insgesamt) ist für den Strafvollzug allerdings irrelevant, da es dort nur eine geringe Quote an Jugendlichen (ca. 10 %) gibt.

Einen ersten Überblick über die Situation geben Hartwig, Stöver und Weilandt in ihrem "Report on tobacco smoking in prison" (April 2008), der für das "Directorate-General for health and consumers" der Europäischen Kommission erstellt wurde.

In den Ländern der Europäischen Gemeinschaft rauchen im Durchschnitt ca. 27 % der Gesamtbevölkerung. Deutschland nimmt dabei (hinter Griechenland mit 47%, Estland mit 42% und Slowakei mit 41%) einen bedauerlichen Spitzenplatz ein. Insgesamt rauchen in Europa ca. 40 % der Männer und ca. 18 % der Frauen.

In den Gefängnissen finden sich fast ausschließlich Männer (ca. 95 % der Inhaftierten). Nach Studienlage rauchen zwischen 64 – 88 % der inhaftierten Männer, d.h. die Prävalenz ist 1,5 bis 2 Mal höher als außerhalb.

Über inhaftierte Frauen liegen keine Studien vor. Allerdings lässt sich die Situation über andere, bekannte Fakten zumindest spekulativ hochrechnen.

Es ist bekannt, dass mehr als 50 % der inhaftierten Frauen an einer Suchterkrankung leiden. Fast alle suchterkrankten Frauen rauchen auch. Die Prävalenz scheint also deutlich höher als bei Nicht-Inhaftierten und fast so hoch wie bei den Männern.

Zur Rauch-Prävalenz bei Gefängnismitarbeitern gibt es fast keine Daten und ist somit nahezu unbekanntes Terrain. Eine der wenigen Ausnahmen bildet eine Studie aus den USA aus dem Jahre 2001. Carpenter stellt hier fest, dass 24 % der Mitarbeiter aktuell rauchen, 38 % geraucht haben (Ex-Raucher) und 38 % noch nie geraucht haben. Leider ist die Studie mit einer Rücklaufquote von nur 50 % (bei 600 Befragten) nur begrenzt aussagekräftig. Erfahrungsberichte sprechen jedoch davon, dass auch bei Gefängnisbediensteten die Rauchprävalenzen höher sind als außerhalb der Gefängnisse (Queensland Corrective Service o.J.).

Gesetzlich ist der Nichtraucherchutz an verschiedenen Stellen geregelt. Übergeordnetes Regelwerk ist das Bundesnichtraucherschutzgesetz (BnichtrSchG), in Kraft getreten am 01.09.2007. In Deutschland gibt es dazu Ländergesetze, z.B. Niedersächsisches Nichtraucherchutzgesetz = NdsNiRSG), in Kraft getreten 12.07.2007.

Neben diesen nationalen Gesetzen gibt es untergesetzliche Empfehlungen der WHO. So z.B. "Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)" mit dem Hauptziel: Schutz vor Passivrauch. Die WHO Europa hat "European Strategies for Tobacco Control (ESTC)" formuliert.

Im "Report on tobacco smoking in prison" wurde eine Umfrage an die Länder der europäischen Union sowie Norwegen, Schweiz und Monaco gerichtet. In Ländern, in denen die Gefängnisverwaltung nicht zentral geregelt ist (z.B. in Großbritannien: England, Schottland, Wales oder in Deutschland jedes Bundesland für sich) erhielt jede Gefängnisverwaltung einen Fragebogen.

Bei einem Rücklauf von 28 Fragebögen zeigte sich die folgende Situation: 22 Länder hatten Rauchverbote (=RV), der Rest hatte entweder keine RV, RV als Pilotprojekte oder RV in Planung.

Die ersten RV-Projekte starteten im Jahre 2006. Die ersten Länder waren die Niederlande, Belgien, Norwegen und Schottland. Die Rauchverbote waren hier teilweise oder auch komplett.

Regelungselemente bei den RV-Modellen, die die Gefangenen betrafen, waren:

- ◆ Rauchen nur in der eigenen Zelle
- ◆ Rauchen nach Wechsel in einen Raucherraum
- ◆ Nichtraucher haben Anspruch auf Wechsel in NR-Zelle
- ◆ Jugendliche dürfen keinen Tabak kaufen
- ◆ Abteilungen mit Inhaftierten unter 18 J. sind rauchfrei



Regelungselemente bei den RV-Modellen, die die Bediensteten betrafen, waren:

- ◆ Erlaubnis draußen zu rauchen
- ◆ Spezielle Raucherräume vorhanden
- ◆ Völliges Rauchverbot überall

Darüber hinausgehende bzw. ergänzende Präventionsprogramme und Nichtraucher-Kurse gab es nur in wenigen Ländern (England, Australien, USA).

Als besondere Schwierigkeit kristallisierte sich sehr schnell heraus, dass Rauchen integraler Bestandteil von Gefängniskultur ist.

Das englische RV-Modell hatte zusätzlich Gruppen- oder Einzelgespräche und bot als Hilfe Nikotinpflaster und das Raucherentwöhnungsmedikament Bupropion an. Erreicht wurde dabei eine Ausstiegsrate von 41 % nach 4 Wochen, gemessen mittels CO-Monitoring.

In Australien wurden in einem Hochsicherheitsgefängnis aus 330 Inhaftierten 30 Teilnehmer gewonnen. Mit ihnen wurden zwei kurze kognitiv-behaviorale Therapiesitzungen durchgeführt. Sie hatten ebenfalls die Möglichkeit auf Nikotinersatzpräparate und auf das Raucherentwöhnungsmedikament Bupropion zurückzugreifen. Zudem gab es Selbsthilfeaktivitäten. Nach 6 Monaten betrug die Rate der Nichtraucher noch 26 %.

Als Rückfallgründe wurden verschiedene Faktoren genannt. So war die Verlegung in ein anderes Gefängnis ein Grund ebenso wie lange Einschlusszeiten und Langeweile. Auch Stress (familiär/persönlich, vollzuglich, juristisch) wurde als Grund genannt.

Unbestritten, als erwünschte Wirkung von Rauchverboten, ist die Gesundheit von Rauchern und Nicht-Rauchern zu schützen. Doch leider sieht die Realität trotz RV in Gefängnissen anders aus. Die Prävalenz der Raucher wird insgesamt nicht gesenkt, auch nicht bei Jugendlichen und Frauen. Möglicherweise sinkt die konsumierte Menge, aber das Passivrauchen ist weiterhin ein Problem. Demnach sind auch Gefängnisse mit RV nicht rauchfrei.

Bei Rauchverboten im Gefängnis stellen sich aber durchaus auch unerwünschte Folgeeffekte ein. Es entsteht hoher Stress bei fehlender Unterstützung im Nikotinentzug, die Aggressivität untereinander steigt. Auch Prohibitionseffekte entstehen. Es wird versucht, Zigaretten in das Gefängnis zu schmuggeln. Die Preise steigen (z.B. in den USA) auf 100 \$ für eine Packung und auf 10 \$ für eine Zigarette.

Allerdings hatte in einem englischen Jugendgefängnis das Tabakverbot verbunden mit dem Verbot tabakassoziierter Produkte (z. B. Feuerzeuge) einen anderen positiven Nebeneffekt. Die Zahl der Brände sank von 23 pro Jahr auf 1 pro Jahr.

Zusammenfassend lässt sich feststellen,

- ◆ dass die Datenlage schlecht ist, obwohl Gefängnisse als Studienorte eigentlich gut geeignet wären
- ◆ dass die Studienlage über Bedienstete sich noch schlechter darstellt
- ◆ dass nur wenige Länder Rauchverbote in Gefängnissen haben
- ◆ dass die Gesetzeslagen in Europa und selbst innerhalb einzelner europäischer Länder (z.B. in Deutschland) unterschiedlich sind
- ◆ dass großer Handlungsbedarf besteht, weil hohe Prävalenz in vulnerablen Populationen festzustellen sind.

Eine Nicht-/Raucherschutzpolitik hat zum Ziel:

Die tabakbedingten Schädigungen zu reduzieren, einschließlich des Passivrauchens
Bedienstete und Gefangene zu ermutigen und zu unterstützen, das Rauchen aufzugeben.

Klare, unmissverständliche und schlüssige Gesundheitsbotschaften an Bedienstete und Gefangene über die Folgen des Rauchens auszugeben.

Nicht-/Raucherschutzpolitik in die gesamte Drogen-/Gesundheitspolitik einzubinden.

In der Gesamtschau lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten. Gefängnisse sind zum einen als Institutionen öffentlicher Raum (Besucher, Bedienstete, Inhaftierte), zum zweiten Arbeitsplatz (Bedienstete, Inhaftierte) und zum dritten Wohnung/Freizeitort (Inhaftierte). Alle drei Bereiche müssen im Blick bleiben.

Politische Anti-Rauch-Strategien in den Ländern sollten mit den Empfehlungen der WHO (FCTC/ESTC) und mit denen der europäischen Kommission übereinstimmen. Nationale Strategien dürfen Gefängnisse nicht ausklammern. Nationale Tabak-Kontrollstrategien müssen dabei hinsichtlich Rauchen und Passivrauchen entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Das Gleiche gilt für Prävention und Ausstiegsprogramme. Im Rahmen der Implementierung müssen klare Vorgaben für den Umgang mit Verstößen gegen RV gemacht werden. Beide betroffenen Gruppen, Inhaftierte und Bedienstete, müssen im Blick bleiben.

Nichtraucher müssen konsequent vor Passivrauch geschützt werden.

Studien sind erforderlich, um Fragen der Intensität der Passivrauchbelastung und der Negativeffekte durch die Prohibition, den Schwarzmarkt zu klären. Insbesondere ist zu klären, ob die Prohibition zu Konsum von gesundheitsschädlichen Ersatzstoffen führt, zu intensiveren Rauchmustern, und ob Gewalt oder Druck auf Mitinhaftierte oder Angehörige ausgeübt wird.

Über die Evaluation wird geklärt, welche Strategien erfolgreich und welche Ressourcen nötig sind.



Übergeordnete Politikschritte wären:

- ◆ Breite Aufklärungskampagnen passgenau für verschiedene Zielgruppen im Vollzug (Fauen, Männer, Bedienstete, Gefangene)
- ◆ Bedarfsgerechte und ressourcenorientierte Unterstützungsstrategien zur Raucherentwöhnung
- ◆ Zugangsbeschränkungen zu Tabakprodukten
- ◆ Bauliche Veränderungen
- ◆ Belohnungsstrategien (Preise etc.)

Als konkrete Strategie für die Implementierung eines Rauchverbot-Projektes empfehlen sich die folgenden Schritte

- ◆ Anstaltsinterne Projektgruppe bilden
- ◆ Status Quo zum Rauchen ermitteln
- ◆ Betriebliche Rauchfrei-Politik festlegen
- ◆ Angebote zur Tabakentwöhnung mit verschiedenen Unterstützungsoptionen machen
- ◆ (Betriebliche) Vereinbarungen zum NR-Schutz formulieren
- ◆ Umsetzung und Kontrolle sicherstellen
- ◆ Evaluation

Literatur

Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung 2009.

http://www.bmg.bund.de/cIn_091/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Drogen_20und_20Sucht_20allgemein/Drogen-_20und_20Suchtbericht_202009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Drogen-%20und%20Suchtbericht%202009.pdf

Hartwig C, Stöver H, Weiland C: Report on tobacco smoking in prison. April 2008

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep2.pdf

Queensland Corrective Services (o.J.): Custodial Anti-Smoking Policy and Implementation Plan 2009–2011

in Haft“

www.gesundheitsziele.de

Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten

Bärbel Knorr, Dr. Hans Wolff





Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten

Bärbel Knorr, Dr. Hans Wolff

An der Arbeitsgruppe nahmen rund 25 Teilnehmer/innen aus Österreich und Deutschland teil. Die Teilnehmer/innen waren Mitarbeiter/innen aus den Justizvollzugsanstalten, Untersuchungshaft, Polizeigewahrsam, Abschiebehaft, Pharmafirma und NGOs.

Zu Beginn wurde versucht einen Überblick über relevante Infektionskrankheiten in den Einrichtungen zusammenzutragen und eine Einstufung von niedriger, mittlerer und hoher Relevanz vorzunehmen.

Angebote

| Infektionskrankheit | Niedrige Relevanz | Mittlere Relevanz | Hohe Relevanz |
|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Hepatitis C | | | X |
| Hepatitis B | | | |
| Hepatitis A | | X | |
| HIV | | X | |
| TB | X | | X (Österreich) |
| Lues | X | | |
| Gonorrhö | X | | |
| Weitere STD | X | | |

Diagnose

Die Angebote unterscheiden sich sehr stark nach Region und Haftform. In der Regel werden Tests auf die o.g. Infektionskrankheiten angeboten, wobei die Inanspruchnahme stark variiert, so werden beispielsweise im bayerischen Justizvollzug fast bei 100 % aller Gefangenen HIV- und Hepatistests durchgeführt. In der Verwaltungshaft in Österreich, in der Geldstrafen ersatzweise abgesessen werden, oder in Abschiebehaft ist dies eher selten der Fall. Als Faustregel kann festgehalten werden, je kürzer der Haftaufenthalt oder je geringer das Interesse aufgrund anstehender Abschiebung ist, desto unwahrscheinlicher ist ein Testangebot seitens der Einrichtung. Stark verbreitet ist die Erstellung eines Röntgenbildes zur Feststellung einer TB, dies wird bis auf das Polizeigewahrsam in fast allen Institutionen durchgeführt.

Hepatitis B Impfung

In Deutschland werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) Impfpfehlungen herausgegeben, die von den Krankenkassen in der Regel als bindend übernommen werden. Die Empfehlungen zur Hepatitis B Impfung schließen „länger einsitzende Gefangene“ mit ein, wobei länger einsitzend nicht weiter definiert wurde. Nach den

Rückmeldungen der Teilnehmer/innen zu urteilen, ist dies allerdings kein Standardangebot. Seit 14 Jahren ist die Hepatitis B Impfung eine Regelimpfung im Kindes- und Jugendalter, da die Impfung relativ gut in Anspruch genommen wird, müsste sich dies in den nächsten 10-20 Jahren auch positiver auf den Justizvollzug auswirken. Dies wurde allerdings in der Arbeitsgruppe unterschiedlich eingeschätzt und bewertet.

Informationsvermittlung

Ein Teilnehmer stufte die Informationsvermittlung zu den Infektionswegen als problematisch ein. Hier wurde der Hinweis gegeben, dass es z.B. in Österreich Informationsblätter zur TB in zahlreichen Sprachen gibt, die Weitergabe an Gefangene allerdings verbessert werden muss. Erste Absprachen dazu wurden in der Arbeitsgruppe vereinbart. Die Deutsche AIDS-Hilfe stellt kostenlose Informationsmaterialien zu HIV, Hepatitiden und sexuell übertragbaren Infektionen für den Justizvollzug zur Verfügung, diese können auch in größerer Anzahl für Gefangene und Bedienstete bestellt werden. Im Herbst jedes Jahres werden Informationspakete an alle deutschen Justizvollzugsanstalten und den Einrichtungen des Maßregelvollzugs verschickt. Ziel dieser Aktionen ist es den Zeitraum „Deutscher Lebertag“ (20.11.) und Weltaidstag (01.12.) zu nutzen, um über Infektionskrankheiten im Vollzug gezielt aufzuklären.

Hepatitis C Behandlung

Aus einer österreichischen Justizanstalt wurde berichtet, dass die Behandlung ein Standardangebot ist. Durchschnittlich werden 15 Gefangene gleichzeitig mit Interferon und Ribavirin behandelt. Aus einer bayerischen Haftanstalt wurde berichtet, dass dies auch zur Angebotspalette gehört und die Behandlungen seit vielen Jahren durchgeführt werden. Eine lebhafte Diskussion entstand allerdings bei dem Punkt Voraussetzungen, die die Gefangenen mitzubringen haben, dies ging von stabiler Substitution, Abstinenz bis hin zum „Wohlverhalten der Gefangenen“.

Da die Zeit fortgeschritten war, wurde von weiteren Sammlungen zu Angeboten im Vollzug abgesehen und eine kurze Zusammenfassung zu Infektionskrankheiten und möglichen Maßnahmen gegeben.

Erstellung eines Hygieneplans (in Deutschland nach dem Infektionsschutzgesetz)

- Analyse der Infektionsgefahren
- Bewertung der Risiken
- Risikominimierung
- Festlegung von Überwachungsmaßnahmen
- Aktualisierung des Hygieneplans
- Dokumentation und Schulung



1. Analyse der Infektionsgefahren

z.B.

- Drogengebrauch
- Tätowieren
- Piercen
- Ungeschützter Sex
- Gemeinsame Benutzung von Rasieren, Nagelscheren
- Medizinischer Bereich

2. Bewertung der Risiken

| | Geringes Risiko | Hohes Risiko |
|-----------------------|-----------------|--------------|
| Drogengebrauch | | |
| Tätowieren/Piercen | | |
| Sex | | |
| Rasierer/Nagelscheren | | |
| Medizinischer Bereich | | |

3. Risikominimierung

| | Hohes Risiko |
|-----------------------|--|
| Drogengebrauch | Spritzentausch, Desinfektionsmittel, Substitution, Hepatitis B Impfung |
| Tätowieren/Piercen | Desinfektionsmittel, Nadeln, professioneller Tätowierer, Hepatitis B Impfung |
| Sex | Kondom- und Gleitmittelvergabe, Langzeitbesuche, Hepatitis B Impfung |
| Rasierer/Nagelscheren | Ausgabe der Utensilien, Desinfektionsmittel |
| Medizinischer Bereich | Hygienestandards prüfen |

4. Aktualisierung des Hygieneplans

- Daten zu Infektionen, Anteil Drogengebraucher/innen etc. in Haft aktualisieren
- Informationen für Gefangene und Bedienstete aktualisieren
- Maßnahmen überprüfen

5. Dokumentation und Schulung

- Hygieneplan (incl. Daten und Maßnahmen) schriftlich festhalten
- Personal schulen
- Informationsveranstaltungen für Gefangene anbieten

Spritzentausch in einer Schweizer Haftanstalt

Die Schweiz hat Ende der 80-iger Jahre die sogenannte 4-Säulen Drogenbekämpfungspolitik entwickelt: 1. Prävention, 2. Therapie, 3. Schadenminderung und 4. Repression. Im Sinne der Schadenminderung entwickelte der Gesundheitsdienst des Genfer Gefängnisses Champ-Dollon, welche an die Genfer Universitätsklinik angeschlossen ist ein Spritzenaustausch-Programm, welches bis heute Bestand hat.

Seit 1996 werden Drogenabhängige bei Eintritt über die Möglichkeit des Spritzentausches informiert. Ihnen wird auf Anfrage ein Spritzenstet verteilt.

Das Projekt stiess Anfangs auf Skepsis, wird aber inzwischen mit Erfolg durchgeführt. Sowohl die JV-Beamten, als auch die Gefängnisleitung, Pflegedienste, Ärzte und vor allem die betroffenen Drogengebraucher haben das Projekt gut angenommen. 150-300 Spritzen werden jährlich an 24 bis 50 Häftlinge verteilt. 60 bis 80 der verteilten Spritzen werden gebraucht zurückgegeben. Keine einzige Verletzung der Bediensteten musste verzeichnet werden.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass alle Partner von den Vorteilen des Projektes überzeugt sind, welches ein wirkungsvolles Glied im Kampf gegen die Ausbreitung übertragbarer Infektionskrankheiten darstellt und in allen Gefängnissen angeboten werden sollte.

Nachdem das Spritzenvergabeprojekt der Schweiz vorgestellt wurde, entbrannte eine lebhafte Diskussion über Übertragungsmöglichkeiten auf andere Haftanstalten. Es wurde kurz über Erfahrungen in Deutschland berichtet, bis auf ein Projekt in der Berliner Frauenhaftanstalt wurden hier alle Modellprojekte eingestellt. Alle Projekte wurden wissenschaftlich begleitet und positiv bewertet, einen kritischen Bericht gab es nur von einem Institut über das damalige Hamburger Modell. Weitere Informationen dazu sind im Bericht „Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience“



Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten

(<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>) zu finden. Der Erfolg dieser Projekte wurde von einzelnen Teilnehmern in Frage gestellt. Diskutiert wurde auch über die Rolle der Bediensteten bei solchen Maßnahmen – z.B. Umgang mit Haftraumkontrollen, Verhalten bei Drogenfunden etc.

Ernährung im Vollzug: Wertige Kost statt Einheitsbrei

Dietmar Hagen





Ernährung im Vollzug: Wertige Kost statt Einheitsbrei

Dietmar Hagen

„Essen soll nicht Teil der Strafe sein!“ Mit dieser Überzeugung entwickelte Dietmar Hagen [Gourmetkoch und Begründer der Agentur Essenszeit] gemeinsam mit dem Niedersächsischen Justizministerium bereits 2001 einen Modellversuch, um die Ernährungssituation im Strafvollzug zu verbessern. Ziel war und ist es, eine Esskultur zu schaffen, die eine Wertschätzung dem Menschen gegenüber fördert. Das ganzheitliche Konzept beinhaltete sowohl die Entwicklung eines ernährungsphysiologisch ausgewogenen Verpflegungsangebotes, als auch die Umsetzung wirtschaftlicher und arbeitsorganisatorischer Optimierungsmaßnahmen in den Küchen - unter Einbeziehung soziokultureller Aspekte. Der folgende Text ist ein gekürzter Auszug aus einem Interview mit Dietmar Hagen, geführt von Heino Stöver.

- Ziel:
- Verbesserung der Ernährungssituation von Gefängnisinsassen
 - Entwicklung eines ganzheitlichen Verpflegungskonzeptes:
 - Essen als Wertschätzung des Menschen
 - Ernährungsphysiologisch ausgewogen
 - Hohe Lebensmittelqualität
 - Wirtschaftliche Machbarkeit
 - Essen als soziale Plattform
 - Berufliche Aus-/Weiterbildung der mitarbeitenden Insassen

Problem im Vollzug:

- Essen als Teil der Strafe
- Essen als Mittel zum Zweck [Sättigung] nicht als Kultur, ohne Wert, funktionell statt kulturell
- Eindimensionale Ernährungsvorgaben
- Hoher Anteil TK, Convenience = Mono-Geschmack
- Veraltete Küchenorganisation [baulich und arbeitsorganisatorisch]
- Küchenarbeit als reine Arbeitsmaßnahme
- Preiskampf [billig gewinnt]
- Das Essen hat keine Lobby
- Getrennte Essen [Insassen und Personal]

HS: Wenn Sie noch einmal Revue passieren lassen, was Sie bei Ihren Einblicken in die Gefängnisküchen erfahren haben: Was sind Ihrer Meinung nach die Fehler bzw. Grenzen der Anstaltsküchen, die es zu verändern gilt, um die Ernährungssituation in Gefängnissen zu verbessern?

DH: Da gibt es verschiedene Aspekte anzusprechen. Sowohl strukturelle Probleme als auch die Haltung zum Thema „Essen“ allgemein.

Zunächst einmal muss das Bewusstsein geschaffen werden, dass das Essen nicht Teil der Strafe ist, sondern die Grundlage für physische und psychische Gesundheit. Dazu zählt auch, dass das Essen nicht nur der reinen Sättigung dienen soll, sondern es stellt ein kommunikatives, emotionales, ja lebendiges Medium dar, das Verbindungen schaffen kann. Sowohl zwischenmenschliche Verbindungen, durch eine gemeinsame Zubereitung der Speisen und das gemeinsame Essen an einem Tisch, als auch eine Beziehung zu den Lebensmitteln und der Umgang damit.

Des Weiteren leistet die Küche einen wesentlichen Beitrag für die Beschäftigung von Gefangenen. Daher muss dieser Arbeitsbereich auch definiert werden. Hinzu kommt die Notwendigkeit einer gewissen Arbeitsqualität und auch Führungsqualität der Vollzugsbeamten, die ich jedoch sehr vermisst habe. Außerdem gibt es Verordnungen und Strukturen in den Gefängnissen, die aus dem Mittelalter stammen, wie zum Beispiel Einkaufsorganisation, Wirtschaftsweise und Arbeitsprozesse bei der Essenszubereitung. Darauf kann ich später noch genauer eingehen.

Und noch etwas, was mich nach wie vor erschreckt ist, dass selbst bei der Neuorganisation von Küchen immer noch geplant wird, wie vor ungefähr 60 Jahren. Das betrifft zum Beispiel den Bau von großen Kühlräumen, damit Vorräte für gleich 2 Wochen im Voraus beschafft werden können, oder die Installation einer riesigen Kartoffelschälmaschine inklusive Schällager, in dem die Inhaftierten dann zu sechst in Gummistiefeln sitzen und Kartoffeln nachputzen. Stattdessen sollten Arbeitsplätze sinn- und wertvoll definiert werden, da die Arbeit in einer Küche sozial verträglich und motivierend sein muss, um ein Essen hingebungsvoll, mit Herz und Engagement zubereiten zu können. Dazu zählen natürlich auch die Anrichteweise und das Überreichen der Speisen. Es macht einen großen visuellen und auch psychologischen Unterschied, ob man das Essen auf einem Teller ansprechend angerichtet überreicht bekommt oder nur der selbstmitgebrachte Blechnapf lieblos gefüllt wird.

HS: Ich finde, das ist ein sehr interessanter Aspekt, den Prozess der Essensübergabe mit einzubeziehen. Können Sie das noch etwas näher erläutern?

DH: Eine ansprechende Präsentation der Speisen und die Art der Überreichung sind Alternativen, dem Essen mehr Bedeutung zu verleihen, die ohne ein großes Mehr an Geld- oder Zeitaufwand zu realisieren sind - bei denen ich aber noch Bedarf sehe. Die Überbringer des Essens müssen ein Bewusstsein dafür entwickeln, was sie tun – nämlich ernähren und nicht nur satt machen. Und es muss ein Gespür dafür entwickelt werden, wie mit dem Gast, bzw. hier besser mit dem Gegenüber, umzugehen ist. Eigentlich geht es da um Respekt, eine respektvolle Haltung, auch dem Gefangenen gegenüber. Da kann man natürlich leicht reden, wenn man nicht täglich damit zu tun hat, weil das sicher sehr schwie-



rig ist. Aber ich bin sicher, dass es auch da Wege zu finden gibt. Voraussetzung für solch eine positive Haltung und Motivation im Job, ist die Identifikation mit dem Essen. Das wird meist schon dadurch erreicht, dass diejenigen, die die Speisen austeilen nicht immer nur Spott, sondern auch mal ein Lob erhalten.

Aber auch bei den Gefangenen kann sich dieses Bewusstsein einstellen, dass Essen mehr ist als reine Sättigung. Essen ist für mich immer eine soziale Plattform. In der Jugendanstalt habe ich die Erfahrung gemacht, dass durch die gemeinsame Zubereitung und das anschließend gemeinsame Essen an einem eigenhändig gedeckten Tisch dem Essen an sich ein höherer Wert beigemessen wurde, weil es so ein besonderes Ereignis im Gefängnisalltag darstellte. Wenn man natürlich beim Essen allein am Tisch in der Zelle sitzen muss und womöglich auch noch den Fernseher anmacht, kann man nicht bewusst mit sich und dem Essen in Kontakt kommen. Ich würde einen großen Fortschritt darin sehen, wenn es möglich wäre, Rahmenbedingungen zu schaffen, so dass auch Gefangene aus der Einzelhaft zu Essensgruppen, zu dritt oder zu viert, zusammengeführt würden, um nicht allein essen zu müssen. Natürlich hängt das dann wieder damit zusammen, dass jeder Gefangene so seine eigenen Gewohnheiten hat: der eine lässt das Essen lieber noch eine halbe Stunde stehen, der andere möchte vielleicht gar keine Gesellschaft beim Essen. Ich denke die Realität belehrt uns immer wieder: wir können nur einen Rahmen schaffen aber wir können nicht alles vorgeben – das soll auch nicht so sein.

HS: Sie haben eben den respektvollen Umgang miteinander angesprochen, der über das Essen möglicherweise auch nochmal hergestellt oder verstärkt werden kann. Welche Formen des Einbezugs der Gefangenen in die Speisenplanung und in die Speisenzubereitung gibt es noch? Was lässt sich da noch denken? Sie haben eben Essensgruppen angesprochen. Gibt es außerdem noch etwas?

DH: Ich würde als Beispiel vorschlagen, jede Woche das Lieblingsessen eines Gefangenen zuzubereiten? Dabei müssen wir die Gefangenen natürlich dahingehend sensibilisieren, dass das Essen nur einen bestimmten Preis haben kann und auch dementsprechend zuzubereiten ist - auch für 500 oder auch für 1000 Menschen. Dafür führen wir ein Gespräch oder Briefwechsel mit demjenigen persönlich, wie sein Lieblingsessen sinnvoll umgesetzt werden kann. Im Wochen-Speiseplan wird dann auch der Namen von dem, der sich das Essen gewünscht hat, kommuniziert. Das ist für mich ein interaktives Arbeiten.

Es macht keinen Sinn einfach zu fragen: „Wollt Ihr häufiger Schnitzel?“ oder „Wollt Ihr eine größere Auswahl?“. Diese Frage würden auf jeden Fall bejaht werden. So schaffen wir keine realistische Entwicklungsbasis. Aber was wir tun können, ist zu fragen: „Was würdet Ihr denn gerne essen?“ Darauf können wir dann wirklich eingehen. Wir müssen so nicht die Grundsätze einer Küche verlassen, sondern schauen, dass wir möglichst authentisch auf das jeweils Gewünschte eingehen. Ob das mal eine persisches Gericht ist

oder ein jüdisches - egal was. Wir versuchen so mit unseren Mitteln dem Rechnung zu tragen, was gewünscht wird. Das bringt natürlich auch eine gewisse Herausforderung an die Küche. Und so beginnt dieser Impuls aus der Küche ein Seelenflieger für das ganze Haus zu werden. Die Wirkung des Ganzen ist, dass das Essen eine Drehscheibe für Kultur wird.

HS: Sie sagten eben, dass es ein grundsätzliches Umdenken geben müsste, weil z.B. die Organisation von Einkauf und die Vorratshaltung aus dem Mittelalter stammen und auch bei Neubauten keine Neuerungen bzw. Verbesserungen aufgenommen werden. Können Sie das in Bezug auf das Thema „gesunde Ernährung“ noch ein bisschen näher ausführen?

DH: Das gesamte Bewusstsein bzgl. des Themas „Essen“ müsste insofern neu definiert werden, dass sich die Anstalten nicht einen Konkurrenzkampf darin liefern, wer am billigsten kocht. Das Resultat daraus ist, dass sich die Anstalten glauben rühmen zu können, die den geringsten Wareneinsatz aufweisen können - im Bereich der ernährungsphysiologischen Beschaffenheit der Kost zeigen sich dementsprechend jedoch die größten Defizite. Wenn der Tagessatz für ein Essen knapp über zwei Euro beträgt, ist es natürlich offensichtlich, dass dort Lebensmittel eingesetzt werden, die von der Vitalstoffqualität und von der grundsätzlichen Qualität viel zu wünschen übrig lassen. Sprich, es werden fast ausschließlich Tiefkühl- und Convenienceprodukte eingekauft, wobei natürlich auf das Budget und nicht auf Qualität geachtet wird.

An dieser Stelle müssen grundsätzliche Fragen gestellt werden: Wer ist denn eigentlich für die Verpflegung im Justizvollzug verantwortlich? Wer definiert die Kriterien, nach denen die Qualität des Essens beurteilt wird? Soll das jedes Gefängnis für sich selbst entscheiden oder werden zentrale Grundsätze geschaffen? Sprich, die konsequente Umsetzung eines allgemeingültigen Ernährungskonzeptes mit der Entwicklung darauf abgestimmter, nützlicher Rahmenbedingungen. Die derzeit noch vorherrschenden Vorgaben aus den Kostverordnungen beziehen sich jedoch leider ausschließlich auf die Mengen von Lebensmitteln und quantitativen Nährwertangaben und nicht auf Qualität, Frische, Zubereitungsart und Geschmack.

So wird zum Beispiel genau vorgeschrieben, wann und wie viel von einem Produkt an jeden Gefangenen abgegeben werden darf. Dieses Verfahren ist sehr veraltet, ohne Sinn und hat katastrophale Auswirkungen auf die Verpflegungssituation.

Dann gibt es noch die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, die in ihren Zahlen sehr abstrakt sind, so dass Differenzen zwischen der Theorie und praktischen Umsetzung zu erwarten sind. Zudem beschränken sich die in der Praxis verwendeten Vorgaben meist auf die Nahrungsbestandteile Fett, Eiweiß und Kohlehydrate. Mittlerweise wissen wir doch aber, dass wir uns nicht nur von diesen drei Hauptnährstoffen ernähren, sondern dass es Vitamine, Mineralstoffe und sekundäre Pflanzenstoffe gibt. Unsere Ernährung ist doch sehr viel komplexer, als das man sie durch zwei bis drei Parameter be-



schreiben kann. Auch an dieser Stelle muss wieder ein Bewusstsein geschaffen werden, um die Ernährungskompetenz zu entwickeln bzw. zu stärken. Dazu müssen wir weg vom „Zahlenfetischismus“. Es geht um Frischkost, die Beschaffenheit der Lebensmittel und eine werterhaltende Zubereitung. Nicht zuletzt kommt es natürlich darauf an, eine gut durchdachte Speisenfolge zu haben, sprich, eine Vielfalt zu haben, bei der die Varietät auch auf den Monat gesehen werden muss. Damit meine ich nicht die Vielfalt am Tag, im Sinne von drei oder mehr Auswahlgerichten. Ziel ist eine Vitalstoff- und Geschmacksvielfalt, um auch im Gefängnis ein charaktvolles Essen zu erreichen. Wir müssen uns immer vor Augen halten, dass die Gefängnisverpflegung eine Zwangsverpflegung ohne Alternativen für die Gefangenen ist. Daher haben wir die Verpflichtung darauf zu achten, dass durch eine qualitativ hochwertige Ernährung die Gesunderhaltung der Insassen gegeben werden kann.

Die Qualität definiert sich also durch den komplexen Zusammenhang verschiedener Faktoren. Wir dürfen nicht nur die Kosten, die Portionsgrößen oder die ernährungsphysiologische Beschaffenheit der Speisen isoliert betrachten, sondern müssen das Essen wieder als Gesamtbild wahrnehmen – hier eingebettet in eine Gefängniskultur.

Beim Thema „Essen“ geht es um eine grundsätzliche Verständigung mit allen, die im Gefängnis Verantwortung tragen bis in die Ministerien hinein. Und das beginnt eben bei der Planung der Kücheneinrichtung über den Einkauf, die Warenhaltung, kreative Speisepaltung bis hin zur Zubereitung des Essens.

HS: Sie sagten, dass einige Anstalten darin konkurrieren, eine möglichst preiswerte Anstaltskost anzubieten. Sie sprachen von 2 bis 3 Euro. Mal gegeben den Fall, dass Anstalten und auch die Ministerien nicht zu bewegen sind, diese Sätze zu erhöhen - gibt es unterhalb oder innerhalb dieser Preisgrenze auch Möglichkeiten, Essen anders zuzubereiten?

DH: Da gibt es meiner Meinung nach zwei ganz wichtige Punkte: Zum einen die Bemühung möglichst wenig wegzuschmeißen. Dazu zählt auch, sich damit auseinanderzusetzen, wie die Gerichte von den Portionen her angerichtet werden. Dabei darf man nicht den Vorgaben aus den Büchern folgen, sondern nach der Realität gehen. Also: Wie können wir das Essen so zubereiten, dass die Lebensmittel nachher nicht in der Tonne landen. Hier sparen wir schon einmal das erste Geld.

Zum anderen können wir uns bei der quantitativen Zusammenstellung der Komponenten eines Gerichtes an den Rohstoffpreisen der verwendeten Produkte orientieren. Sprich, das relativ teure Fleisch wird von der Hauptkomponente zur Beilage.

Zudem wissen wir ja, dass der hohe Fleischkonsum auch seine Auswirkungen hat. Ein hoher Fleischkonsum macht eher aggressiv und fördert das „sich stark fühlen“. Diese Aus-

wirkungen gepaart mit der relativen Bewegungsarmut im Gefängnis lässt mich zu der Überzeugung kommen – ohne dogmatisch sein zu wollen, aber aus ernährungsphysiologischer Sicht – dass wir mit der Hälfte des Fleisches auskommen können. Diese Umstellung muss natürlich sorgfältig durchdacht sein. Wir wollen ja keine Rebellion auslösen, weil plötzlich kein Fleisch mehr auf dem Teller ist. Man kann auch den Fleischanteil reduzieren, indem man zwei Schinkenblättchen um den Lauch rollt und eine feine Soße und gute Kartoffeln dazu reicht. Auch das ist auch ein Fleischgericht, aber es sind eben nur 40 Gramm statt 150 Gramm. Es hat trotzdem einen feinen Geschmack und ist gut zubereitet.

In meinen Augen sind die Sätze, so wie sie heute sind, sicher zu niedrig. Aber ich kann auch verstehen, warum sie so niedrig werden mussten: auch ein Euro mehr würde meiner Meinung nach die Essensqualität nicht wirklich verbessern. Dann werden eben noch mehr Instant-Produkte verwendet, aber es verändert nicht die Art und Weise der Zubereitung der Speisen und der Kultur des Kochens und Essensausgebens.

Also müssen wir schauen, dass wir möglichst mit den vorhandenen Mitteln einen vernünftigen Speiseplan erstellen können. Das erfordert eine wirklich gute Planung und einen durchdachten Einsatz der Rohstoffe, so dass so wenig wie möglich übrig bleibt und die Esser weiterhin zufrieden sind und satt werden.

Mein Aspekt wäre auch noch: Können wir vom Preis her auch ökologische Rohstoffe mit einbringen, also regional und saisonal? Dadurch könnten wir die Region fördern und hätten ebenfalls Beziehungen nach außen, auch zu Lieferanten.

HS: Was mir bei den Besuchen der Gefängnisse aufgefallen ist: Dass ich morgens durch die Küche ging und da die Kartoffeln im Wasser lagen. Und bis das Essen dann ausgeteilt war war es 12 Uhr oder halb Eins. Das ist ein ganz langer Prozess. Ist das auch etwas, was man ändern müsste? Oder ist nur mir das aufgefallen?

DH: Nein, das fällt natürlich immer auf, z.B. auch in Krankenhäusern. Die Strukturen einer Küche sind in diesen Fällen nicht dem Gast oder dem Essensteilnehmer angelegentlich, sondern nur den inneren Abläufen oder inneren organisatorischen Geschehen. Wenn wir aber beginnen, uns mit Qualität messen zu lassen, mit Essensqualität, dann würde klar werden, dass es im Arbeitsrahmen, wann wir beginnen, wann wir Dinge abfüllen, z.B. das Essen bestücken, die Wagen bestücken, auf jede Viertelstunde ankommt. Der Arbeitsablauf ist so zu organisieren, dass er nicht einfach nur gut passt und dass die Küche schon um 12 Uhr fertig geputzt ist, sondern dass wir die Küche so richten, dass wir möglichst unserer Aufgabe gerecht werden und ein gutes Essen in einer guten ernährungsphysiologischen Qualität zum Essensteilnehmer bringen. Die anderen Dinge habe ich um das herum zu entwickeln. Natürlich steht das alles in Beziehung. Aber wir müssen schauen, dass wir nicht den Kern unserer Aufgabe vernachlässigen, sondern dass wir um das Essen herum die Struktur bauen. Das bedeutet aber auch wieder, einen radikalen Um-



schwung vorzunehmen. Radikal in dem Fall positiv gemeint. An den Wurzeln anpacken: das Essen in den Mittelpunkt stellen, Qualität definieren und daraus heraus die Ablauforganisation entwickeln. Ich denke, dass dieser Prozess von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich sein wird und sein muss, weil z.B. die KÜcheneinrichtung, die Essenausgabewege und die Personalstruktur unterschiedlich sind. Die einen haben z.B. kurze Wege, die andern wiederum müssen auf eine andere Etage oder in einen anderen Trakt zur Essensausgabe. Da muss man natürlich schauen mit welchen organisatorischen Schritten man das Essen werterhaltend transportieren kann.

HS: Sie haben anfangs darüber gesprochen, dass dem Essen bzw. der Gefängnisküche mehr Bedeutung beigemessen werden soll. Können Sie das auch mit Bezug auf die Öffentlichkeit noch etwas näher ausführen?

DH: Für mich ist das Essen immer eine Visitenkarte des Hauses. Aber es muss auch dementsprechend wieder angesehen werden. Wenn das Essen eine kulturstiftende Handlung darstellt, dann wird es zur Visitenkarte eines Hauses und dann wird es das auch ausstrahlen. Aber nur dann, wenn auch die Beamten das gleiche Essen wie die Gefangenen kriegen. Wenn es eine Gleichberechtigung gibt. Das ist für mich die größte Selbstverständlichkeit – am Tisch sind wir alle gleich. Und es müssen die bereits erwähnten Rahmenbedingungen geschaffen werden, so dass dann auch ein besseres Essen umgesetzt werden kann und dass die Kochrezepte funktionieren. Dann steht dem nichts mehr im Weg, dass ein Gefängnis sich durch das Essen nach außen darstellen kann und damit auch positive Zuwendung kriegt und eine gute öffentliche Meinung hat. Aber es ist ein Weg der kleinen Schritte dahin und ein evolutionärer Weg. Von heute auf morgen würde auch die öffentliche Meinung das gar nicht akzeptieren, dass im Gefängnis ein gutes Essen angeboten wird und im Krankenhaus oder Altenheim ein schlechtes Essen. Wichtig ist an dieser Stelle, unsere Verantwortung für die physische und psychische Gesundheit der Gefangenen auch nach außen zu kommunizieren. Diese Verantwortung tragen natürlich auch Schulen, Krankenhäuser und Altenheime. Hier sehe ich diese Verantwortung jedoch noch mehr, da es sich um eine Zwangsverpflegung ohne Alternativen handelt. Ich denke da herrscht auch noch ein sehr verschobenes Verhältnis zwischen Öffentlichkeit und Gefängnis. In der Öffentlichkeit wird Essen häufig immer noch als Teil der Strafe begriffen.

Mein persönlicher Ansatz ist, Verbindungen zu schaffen zwischen der Gesellschaft und den isolierten Bedingungen in den Haftanstalten. Es muss ein grundlegendes Bewusstsein geschaffen werden, dass der Vollzug auch dazu dient, die Gefangenen wieder auf das Leben nach der Strafe vorzubereiten. Sie sollten „als Menschen“ wieder herauskommen und sensibilisiert sein, nicht das Gegenteil. Für die Motivation ist jedoch ein gewisses Maß an Qualität erforderlich. Und daher betrachte ich es auch als sehr, sehr schwer, diesen Aspekt der Notwendigkeit von Qualität transparent und verständlich zu machen; auch für

einen Betriebsarzt, für die Bürger von draußen oder für den Küchenchef.
Und deswegen ist es auch mein persönliche Anspruch, in einem solchen Bereich aktiv zu werden und da auch Veränderungsprozesse einleiten zu wollen.



Qualitätssiegel für healthy prison – Vorstellung der Charta „gesundheitsfördernde Haftanstalten“ – wie weiter?

Prof. Dr. Bernice Elger
Prof. Dr. Heino Stöver
Bärbel Knorr





Qualitätssiegel für healthy prison – Vorstellung der Charta „gesundheitsfördernde Haftanstalten“ – wie weiter?

Prof. Dr. Bernice Elger, Prof. Dr. Heino Stöver, Bärbel Knorr

Im Juni 2008 fand das Expertengespräch „Präventionsforum Haft“ in Berlin statt. Die Gruppe setzte sich aus ca. zwanzig Mitarbeiter/innen aus dem Justiz- und Aidsbereich zusammen. U.a. wurden die Mindeststandards der HIV-Prävention, die von allen Justizvollzugsanstalten in Deutschland umgesetzt werden könnten, diskutiert und festgelegt. Dabei wurden sinnvolle infektionsprophylaktische Maßnahmen wie z.B. die Spritzenvergabe nicht aufgenommen, da diese Maßnahmen eine starke emotionale Ablehnung innerhalb des Justizsystems hervorrufen und in der Folge dann einfache und machbare Standards evtl. nicht umgesetzt werden. Murkuss Golschinski, ein Berliner Künstler, erklärte sich bereit die Logoentwicklung zu übernehmen. Das Ergebnis befindet sich auf der nächsten Seite. Die aufgeführten Standards können von allen Justizvollzugsanstalten erfüllt werden, unabhängig von der Sicherheitsstufe, Größe der Haftanstalt etc. Justizvollzugsanstalten, die alle Standards erfüllen, erhalten die Urkunde nach kurzer Mitteilung an die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). Das Logo der Präventionsurkunde kann auch auf der Internetseite der ausgezeichneten JVA verwendet werden, eine entsprechende Datei wird von der DAH zur Verfügung gestellt. Damit kann eine HIV- und Hepatitisprävention auch nach außen sichtbar gemacht werden.

Eine Überprüfung der Angaben der Justizvollzugsanstalten durch die Deutsche AIDS-Hilfe findet nicht statt. Es wird darauf vertraut, dass die Selbstangaben den Tatsachen entsprechen.

Die unten aufgeführten Mindeststandards setzen sich aus Testung in der Zugangsuntersuchung, Testberatung, Information, Impfung, Substitution und Kondomvergabe zusammen.

Mindeststandards

Im Rahmen der **Zugangsuntersuchung** werden von der JVA folgende Laboruntersuchungen mit Empfehlung angeboten:

- Hepatitis A, B, C-Serologie
- HIV-Test
- Ggf. Leberwerte

Die Durchführung dieser Untersuchungen wie auch die Befundmitteilung setzt eine qualifizierte **Testberatung** voraus - ohne Beratung keine Testung.

Allen Inhaftierten sind die **Impfungen** gemäß den jeweils geltenden Empfehlungen der STIKO anzubieten (vgl. aktuelle Empfehlungen unter www.rki.de).

Ein gutes und ausreichendes Substitutionsangebot kann Drogen abhängigen Gefangenen ein Schutz vor weiteren Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis B/C sein. Die JVA hält durchgehende **Substitutionsangebote** zumindest entsprechend der medizinischen Indikationen vor (siehe Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, BtMG, BtMVV). Die anstaltsinternen Richtlinien zu Art und Umfang der Substitutionsangebote sind entsprechend transparent zu gestalten.

Den Gefangenen werden **Informationen** zu HIV- und Hepatitis-Infektionen, der Vergabe **von Kondomen und Gleitgel**, sowie Informationen zu weitergehenden internen und externen Hilfen angeboten.

Die Standards sollen möglichst allen Inhaftierten und Bediensteten in verständlicher Weise bekannt gemacht werden (z.B. durch Aushang oder als Information in der Zugangsuntersuchung).



Präventionsurkunde

AUSGEZEICHNET 2009



Diese JVA erfüllt die
Mindeststandards der
HIV/HEP-Prävention

PRÄVENTIONS URKUNDE

DIE MINDESTSTANDARDS SIND:

HIV/Hep-Testung und Testberatung,
Impfangebot entsprechend STIKO-Empfehlung,
Substitution entsprechend BtMG/BtMVV,
Vergabe von Kondomen und Gleitmittel,
Informationen zu HIV und Hepatitis,
Informationen zu internen und externen Hilfen.

Alle genannten Angebote werden im Laufe
der Haftzeit weiter aufrecht erhalten.

Polizeigewahrsam, Abschiebungshaft und medizinische Versorgung: Situation und Perspektiven

Christine M. Graebisch





Polizeigewahrsam, Abschiebungshaft und medizinische Versorgung: Situation und Perspektiven

Christine M. Graebisch

Wie einer der Arbeitsgruppenteilnehmer konstatierte, ist Polizeigewahrsam das wohl verschwiegenste und abgeschobenste Kapitel des Themas Haft, und dies nicht nur unter dem Gesichtspunkt, dass manchenorts in den Räumlichkeiten des Polizeigewahrsams auch die Abschiebungshaft (Deutschland: Bremen, Berlin) bzw. Schubhaft (Österreich) untergebracht ist.

Wie oftmals bei internationalen Vergleichen, so stellte sich auch in unserer Arbeitsgruppe in Wien erst im Laufe der Besprechung heraus, dass „Polizeigewahrsam“ in den verschiedenen Ländern ganz unterschiedliche Bedeutungen hat. Obwohl die Erfahrung eigentlich Besseres lehren müsste, verwendete auch in unserer Diskussion jede und jeder den Begriff Polizeigewahrsam zunächst ganz selbstverständlich entsprechend dem eigenen nationalen und regionalen Verständnis. Dann folgte eine Phase, in der versucht wurde, sich das jeweilige Begriffsverständnis gegenseitig zu erklären, was regelmäßig wiederum nicht möglich ist, ohne auch weitergehende Unterschiede zwischen den Rechtssystemen herauszuarbeiten. Am Ende folgt dann, da war auch unsere Arbeitsgruppe keine Ausnahme, eine Phase, in der sich die zunächst festgestellten größeren Unterschiede wieder relativieren, die auf der jeweils anderen Seite Erstaunen hervorgerufen hatten. Bei Berücksichtigung rechtskultureller Besonderheiten wirken sich solche Unterschiede dann oftmals im Ergebnis doch weniger groß aus als man zunächst annehmen sollte.

Aus deutscher Sicht blickt man mit großer Bewunderung auf das vom Verein Dialog in Wien angebotene Modell ärztlicher und sozialer Versorgung in Polizeigewahrsam (vgl. zu diesem den Beitrag von Maria Kofler). Während die Bewunderung beim Vergleich mit der Situation in Deutschland (aber auch mit anderen Orten in Österreich) durchaus erhalten bleibt, reduziert sich die Verwunderung darüber, dass es in Österreich gelungen ist, ein solches Modell zu implementieren, wenn man berücksichtigt, dass Polizeigewahrsam in Österreich noch eine völlig andere Bedeutung haben kann als in Deutschland. Zwar gibt es dort auch die aus Deutschland bekannte Kurzzeitvariante, in Österreich kann Polizeigewahrsam aber auch deutlich länger als nur wenige Stunden oder Tage dauern, etwa als Verwaltungsstrafhaft oder als Schubhaft (vgl. dazu den Beitrag von Maria Kofler). In Deutschland ist Polizeigewahrsam ohne richterliche Anordnung nach der Verfassung auf einen Zeitraum bis zum Ende des auf die Festnahme folgenden Tages begrenzt. Zwar gibt es in einigen Bundesländern auch die Möglichkeit, polizeilichen Gewahrsam von längerer Dauer, mit einem äußersten (und verfassungsrechtlich bedenklichen) Maximum von längstens 14 Tagen anzuordnen. Es handelt sich dabei aber um eine, auch in den Ländern, in denen es diese Möglichkeit gibt, wohl eher seltene Ausnahme. Schließlich muss

dafür die Gefahr, deren Abwehr der Polizeigewahrsam dienen soll, über einen solch langen Zeitraum als unmittelbar bevorstehend und nicht anders zu verhindern, gleichwohl aber durch einen Polizeigewahrsam über diesen Zeitraum abwendbar sein, was in der Praxis kaum einmal der Fall sein dürfte. In der Praxis beschränkt sich Polizeigewahrsam in Deutschland meist auf maximal eine Übernachtung. Nach der eindeutigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts dürfte auch eine Übernachtung nur noch in seltenen Ausnahmefällen vorkommen, weil es die Verfassung gebietet, unverzüglich eine richterliche Entscheidung über weitere Freiheitsentziehung herbeizuführen. Dabei ist mit „unverzüglich“ - anders als etwa im Zivilrecht – nicht die gängige Übersetzung „ohne schuldhaftes Zögern“ gemeint, sondern schlicht, dass dies sofort zu geschehen hat.

Wenn es um medizinische Versorgung in Polizeigewahrsam geht, werden mithin in den jeweiligen Ländern unterschiedliche Zeiträume in Bezug genommen. Der weitere Text kann daher lediglich die Situation in Deutschland beleuchten. Dargestellt werden im Folgenden die im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft nach einem Eingangsreferats der Autorin aufgeworfenen Fragestellungen sowie der Inhalt dieses Eingangsreferats. Die aufgeworfenen Fragen konnten allerdings in der Arbeitsgemeinschaft nicht auch nur ansatzweise beantwortet werden. Dafür bedürfte es eines weiteren Dialogs zwischen allen mit Polizeigewahrsam befassten Berufsgruppen. Wichtig wäre für eine eventuelle - und wünschenswerte - weitere Arbeitsgruppe zu dem Thema bei einer zukünftigen Tagung, dass stärker auch ÄrztInnen und Verantwortliche aus dem Polizeibereich bzw. dort tätiges Personal einbezogen werden könnten.

Zum Forschungsstand betreffend medizinische Versorgung in Polizeigewahrsam (Deutschland)

In der Bundesrepublik gibt es nahezu keine wissenschaftlichen Studien über Polizeigewahrsam. Dem korrespondiert auch die Tatsache, dass es sich bei Polizeigewahrsam um eine äußerst geschlossene Institution in dem Sinne handelt, dass dorthin normalerweise keinerlei BesucherInnen kommen, auch keine VertreterInnen von NGOs, keine SozialarbeiterInnen usw.

Die von der Autorin in der Arbeitsgemeinschaft vorgestellten Erkenntnisse über Polizei-

Vgl. aber auch den Beitrag von Maria Kofler für deren Präsentation in der Arbeitsgemeinschaft und die österreichische Perspektive.

Vgl. dazu auch Graebisch, Medizinische Versorgung in Polizeigewahrsam, in: Keppeler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin, Stuttgart 2009, Seite 52 ff..

McDonald M, Atherton S, Berto D, Bukauskas A, Graebisch C, Parasanau E, Popov I, Qaramah A, Stöver H, Sarosi P, Valdaru K, Angebote für Gefangene mit problematischen Drogen- und/oder Alkoholgebrauch in Polizeigewahrsam: Eine vergleichende Studie in ausgewählten Ländern der Europäischen Union. Heuni/Helsinki u. Universität Birmingham 2007.



gewahrsam in Deutschland beruhen auf einer u.a. an der Universität Bremen unter der Leitung von Heino Stöver durchgeführten EU-AGIS-Studie über „Medical and social programs for problematic users of drug and alcohol in police detention“, in die acht EU-Staaten einbezogen waren, aus dem deutschsprachigen Raum aber lediglich Deutschland. Der deutsche Teil der Studie umfasste eine Literaturlauswertung sowie über 50 qualitative Experten-Interviews und kleinere Elemente teilnehmender Beobachtung.

Forschung zum Thema Polizeigewahrsam sieht sich mit ganz erheblichen Problemen des Zugangs zum Forschungsfeld konfrontiert. Es handelt sich dabei zum einen um die bekannten Probleme von Forschung in totalen Institutionen, die nun einmal rein faktisch voraussetzt, dass die ForscherInnen in die Institution hereingelassen werden. Die Probleme gehen aber noch darüber hinaus, weil bei Polizeigewahrsam auch kaum andere dort aus- und eingehende Fachleute befragt werden können, weil es diese mit der wichtigen Ausnahme im Einzelfall hinzugezogener ÄrztInnen praktisch nicht gibt. Die eigentlich für den deutschen Teil geplante Studie über die Situation in Bremischen Polizeigewahrsamszellen, die sich überwiegend auf über die Stadt verteilten Polizeiwachen befinden, konnte nicht umgesetzt werden. Die Polizei Bremen verweigerte die Erlaubnis, Interviews mit den dort tätigen Polizeibediensteten zu führen. So konnten bezogen auf Bremen für die Polizeiperspektive lediglich die Bedingungen in der zentralen Polizeigewahrsamseinrichtung auf dem Gelände des Polizeipräsidiums, in der sich auch die Abschiebungshaft für Bremen befindet, betrachtet werden. Hinsichtlich der Situation in den über die Stadt verteilten Polizeizellen gibt es also lediglich Erkenntnisse aus Interviews mit ehemals von Inhaftierung Betroffenen. Diesbezüglich stellten sich allerdings auch diverse Probleme des Zugangs zum Thema insofern, als nicht wenige der anfangs für ein Interview in Betracht gezogenen Personen keine hinreichend klare Erinnerung an ihre Haftzeit hatten, die es erlaubt hätte, Erlebnisse in Polizeigewahrsam angemessen von solchen in einer danach vollzogenen Untersuchungshaft zu trennen. Zudem erinnern sich die meisten Befragten nicht gerne an eine Zeit im Polizeigewahrsam und es kommt hinzu, dass die dort Inhaftierten sehr häufig unter Einfluss von insbesondere Alkohol, eventuell auch anderen Drogen, standen, was die Erinnerungsfähigkeit ebenfalls trübt.

Andererseits handelt es sich bei diesen Feststellungen, die durch viele andere Interviews bestätigt wurden, sogleich um ein wesentliches Ergebnis der Studie. Waren noch während der Pilotphase insbesondere Probleme in der medizinischen Versorgung von opiatabhängigen Inhaftierten erwartet worden waren, insbesondere unter dem Gesichtspunkt fehlender Entzugsbehandlung und Substitution, stellte sich im Verlauf der Studie heraus, dass der Umgang mit alkoholisierten bzw. unter Alkoholeinfluss stehenden Personen in

Heide S., Vortragsmanuskript Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, 2006. Vgl. dazu aber Weber, B., Medizinische und rechtliche Probleme des Polizeigewahrsams, Dissertation, Heidelberg 2006.

Polizeigewahrsam das bei weitem komplexere und quantitativ bedeutsamere Thema darstellt, wenngleich natürlich auch die anderen erwarteten Probleme sowie solche im Zusammenhang mit Mischintoxikationen beobachtet wurden.

Eine neuere bundesweite Studie des Rechtsmedizinischen Instituts der Universität Halle über medizinische Versorgung in Polizeigewahrsam dokumentierte Todesfälle in Polizeigewahrsam mit Obduktion bezogen auf einen Zehn-Jahres-Zeitraum. Leider sind die Ergebnisse bisher nur teilweise veröffentlicht. Die Studie kommt zu dem erschreckenden Ergebnis, dass bis zu $\frac{3}{4}$ der Todesfälle in Polizeigewahrsam bei adäquatem polizeilichen Verhalten und angemessener medizinischer Versorgung vermeidbar wären. Das Ergebnis dieser Studie verdeutlicht den Handlungsbedarf. Zudem sind Todesfälle durch mangelnde oder falsche Behandlung natürlich nur der eindeutig erkennbare worst case einer inädaquaten medizinischen Versorgung, die schon unterhalb der Schwelle des Todes erhebliche gesundheitliche Nachteile hervorrufen wird. Auch in der Studie aus Halle werden schwerwiegende Probleme im Bereich des Alkoholentzugs gesehen. Im Rahmen der o.g. EU-Studie wurde eine entsprechende Relevanz dieses Themas in den anderen beteiligten EU-Staaten allerdings nicht erkannt, wobei offenbleiben muss, ob sie dort nicht gegeben ist, oder ob das Problem lediglich nicht in den Fokus der ForscherInnen geriet, weil - wie auch in Deutschland - dieses Thema in der sowohl juristischen als auch medizinischen Literatur nur äußerst sporadisch behandelt wird. Diese spärliche wissenschaftliche Rezeption steht jedoch in durchaus großem Kontrast zur alltäglichen Realität in Polizeizellen.

Ein Großteil der eigene Studie wurde, nicht nur wegen der anderweitigen Zugangsprobleme, sondern auch auf der Suche nach einer „best practise“ in bezogen auf ein Stadtgebiet zentralen Ausnüchterungseinrichtungen durchgeführt, die den Zugang auch gerne gewährten, wohl auf Grund ihre Modellcharakters. Es handelte sich dabei insbesondere um die Zentrale Ausnüchterungseinheit des Stuttgarter Polizeigewahrsams. In die ZAE Stuttgart werden jährlich rund 3.000 Personen zur Ausnüchterung eingewiesen. Man kann sich also vorstellen, dass dort pro Nacht durchschnittlich ca. 8-10 Personen inhaftiert sind. Eine anders organisierte, aber dem gleichen Zweck dienende Einrichtung gibt es in Hamburg mit der Zentralambulanz für Betrunkene, die ebenfalls in die Studie einbezogen wurde. Eine dritte in Dortmund konnte nicht aufgesucht werden. Mit jeweils unterschiedlichen, hier nicht darstellbaren Vor- und Nachteilen im Einzelnen sind solche zentralen Ausnüchterungseinheiten der regulären Unterbringung in einer Polizeizelle weit überlegen. Sie verfügen über gebündelte Kenntnisse zum Thema Ausnüchterung, die von Polizeibediensteten im Allgemeinen nicht erwartet werden können, über eine Möglichkeit zur systematischen Überwachung des Ausnüchterungsvorgangs und über einen wesentlich erleichterten Zugang zu medizinischer Versorgung, weitgehend sogar durch permanente Anwesenheit ärztlichen Personals oder zumindest von



Zum Forschungsstand betreffend medizinische Versorgung in Polizeigewahrsam (Deutschland)

Krankenpflegepersonal oder von RettungssanitäterInnen. Dadurch werden Todesfälle effektiv vermieden. In den Zellen der regulären Polizeiwachen hängt der Zugang zu medizinischer Versorgung demgegenüber davon ab, dass zunächst ein Polizeibediensteter von deren Notwendigkeit überzeugt ist oder werden kann – und damit weitgehend vom Zufall. PolizistInnen sind für eine solche Aufgabe nicht ausgebildet und gaben in Interviews auch vielfach an, sich von ihr überfordert zu fühlen. Oft ist ihnen etwa die wesentliche Tatsache nicht bekannt, dass die Symptome eines Schädel-Hirn-Traumas mit den sichtbaren Folgen von Alkoholgenuss und -entzug leicht verwechselt werden können. Zudem besteht die Gefahr der Aspiration von Erbrochenem, wovon die PolizistInnen dann oftmals erst (zu) spät bei einem Kontrollgang Kenntnis erlangen. Auch die bei Alkoholentzug vielfach übliche und notwendige Vergabe von Medikamenten wie Benzodiazepinen oder Distra-
neurin erfordert ärztliche Beteiligung.

Die wesentliche und bislang in der Praxis, jedenfalls außerhalb der modellhaften zentralen Ausnüchterungseinheiten, völlig unbeantwortete Frage ist demzufolge die, wie ein medizinisch kontrolliertes Ausnüchtern gewährleistet werden kann, und ob die Bedingungen dafür nicht wesentlich besser in einem Krankenhaus statt einer Polizeizelle geschaffen werden können. Dies wird bislang hauptsächlich aus Kostengründen verneint und daher auch keine Zentraleinrichtungen mit medizinischer Überwachung geschaffen – Einsparungen, die die Betroffenen in Lebensgefahr bringen, und dies während man sie auf der Rechtsgrundlage des Gewahrsams zu ihrem eigenen Schutz inhaftiert.

Wo eine ständige Anwesenheit medizinischen Personals nicht gewährleistet werden kann, sollte auch keine Ausnüchterung stattfinden, da Polizeipersonal seiner dann entstehenden Aufgabe als „Pfortner“ zum Arzt nicht gerecht werden (können) kann. In Nordrhein-Westfalen gibt es dem Bericht eines Arbeitsgruppenteilnehmers zufolge immerhin eine Anweisung an die Polizei, bei jedem Alkoholausnüchterungsfall einen Arzt hinzuziehen.

Bei Ausnüchterung im Krankenhaus bedarf es umgekehrt einer Auseinandersetzung mit der Problematik unter Alkoholeinfluss aggressiver PatientInnen und wie diese in ihre Schranken gewiesen werden können. Die gegenwärtig vorzufindende Praxis, diese mit Medikamenten ruhig zu stellen oder zu fesseln, ohne dies offiziell zu thematisieren, weil es dafür ohne richterliche Anordnung an einer Rechtsgrundlage fehlt, ist jedenfalls keine Lösung.

Weiterhin ist eine Diskussion darüber erforderlich, was von Polizeibediensteten eigentlich allnächtlich erwartet werden kann, was den Umgang mit jedweder als schwierig betrachteter Klientel betrifft, mit der sich sonst niemand befassen will. PolizistInnen berichteten in Interviews von Problemen mit Menschen, die unter erheblichen psychischen Krankheiten leiden, sich selbst aufgegeben haben, ihre Körper langsam vergammeln ließen usw. - in Details, die hier nicht ausgeführt werden sollen. Ob eine Polizeizelle für diese Personen der richtige Ort ist, darf bezweifelt werden.

Opiatabhängigkeit und Polizeigewahrsam

Der Aufenthalt im Polizeigewahrsam ließe sich in Zusammenhang mit Opiatabhängigkeit als Einstiegspunkt in das justizielle System begreifen, der für die medizinische und soziale Versorgung eine Chance bieten könnte, auch solche Personen zu erreichen, die durch entsprechende Programme medizinischer und sozialer Versorgung außerhalb der Haft nicht erreicht werden können. Dann böte der erzwungene Aufenthalt in der Institution immerhin die Chance für einen Neubeginn als positivem Begleiteffekt, wenn sich eine Inhaftierung schon nicht vermeiden lässt. Vorsichtig ausgedrückt ist die Institution Polizeigewahrsam zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber noch weit davon entfernt ein solches Angebot zu unterbreiten und einen entsprechenden Eindruck auf die Betroffenen zu machen.

Substitutionsmittel wie Methadon sind im Polizeigewahrsam im Bundesgebiet soweit ersichtlich nahezu nirgendwo zu bekommen. Das gilt auch für Bremen, obwohl dort eine außerhalb begonnene Substitutionsbehandlung im Vollzug von Untersuchungs- oder Strafhaft fortgesetzt werden kann (mit einem Neubeginn tut man sich schwer und begrenzt ihn auf Ausnahmefälle). Dagegen wird in der Zentralen Ausnüchterungseinheit in Stuttgart für Gefangene, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden, Methadon in die Einrichtung hereingeholt. Die Polizei holt das Methadon dann im Einzelfall bei einer Ausgabestelle ab, was voraussetzt, dass es während deren Öffnungszeiten benötigt wird. Erfolgt nach dem Polizeigewahrsam keine Entlassung, sondern wird die Haft in Stuttgart-Stammheim fortgesetzt, so kann die Methadonbehandlung dort allerdings nicht weitergeführt werden. Diese Beispiele zeigen, dass es keinerlei konsistente an medizinischer Notwendigkeit und Behandlungskontinuität orientierte Politik der Vergabe von Substitutionsmitteln in Polizeigewahrsam gibt. Gleichzeitig wird in der Praxis, so ergeben die Interviews im Rahmen der oben genannte Studie, durchaus ein nicht geringer Bedarf gesehen, auf Entzugerscheinungen und psychische Belastungen bei drohendem Entzug von Opioidabhängigen auch mit der Vergabe von Medikamenten zu reagieren. Vielfach wird dabei dann zu Benzodiazepinen gegriffen, aber auch zu Codein. Dies geschieht vor dem Hintergrund ärztlicher Rechtsmeinung, man brauche für Methadon ein spezielles Betäubungsmittelrezept, für Codein hingegen nicht – was sich allerdings bezogen auf letzteres bereits vor vielen Jahren geändert hat, so dass Codein und Methadon rechtlich gleich behandelt werden. Es gibt hier also keinerlei Notwendigkeit aus Rechtsgründen auf eine medizinisch schlechtere Alternative auszuweichen. Auch die praktisch einfache Vergabe von Benzodiazepinen statt Opiaten ist nicht völlig unbedenklich. Sie stützt sich auf die Annahme, dass ohnehin die Mehrzahl der OpiodkonsumentInnen einen Beigebrauch von Benzodiazepinen aufweist. Dass es von dieser Regel auch Ausnahmen gibt und jeder Beipackzettel die Kombination beider Substanzen verbietet, sollte Grund genug sein, stattdessen ernsthaft über eine Vergabe von Substitutionsmitteln nachzudenken. Es kommt nämlich hinzu, dass –



durchaus umgekehrt zu der Erwartung nicht-juristischer PraktikerInnen – gerade die Vergabe von Benzodiazepinen im Polizeigewahrsam rechtliche Schwierigkeiten hervorruft, die bei Opiaten nicht eintreten. Dort findet bei Personen, die wegen des Verdachts auf Straftaten inhaftiert sind, nämlich regelmäßig eine polizeiliche Vernehmung statt. Deren Ergebnisse sind aber nach der Strafprozessordnung unverwertbar, wenn eine Beeinträchtigung durch „Verabreichung von Mitteln“ bestand. Dies dürfte eher angenommen werden, wenn ein Mittel gegeben wird, das nicht gewissermaßen den Normalzustand der betroffenen Person herstellt – wie es bei dem originären Suchtstoff gesehen werden könnte -, sondern ein anderes Mittel.

Aus medizinischer Sicht wird und wurde auch in unserer Arbeitsgruppe betont, dass zwar der reine Opiatentzug nicht lebensgefährlich sei, der bei Mischintoxikation, die immer häufiger vorkomme, aber eben doch.

Mit dem Polizeigewahrsam befasste PraktikerInnen sehen, auch wenn sie eine Vergabe von Substitutionsmitteln dort grundsätzlich begrüßen, diverse Realisierungsschwierigkeiten auf sich zukommen. Diese haben insbesondere damit zu tun, dass die Inhaftierung im Polizeigewahrsam ohne Vorankündigung, für einen nur kurzen Zeitraum und oftmals außerhalb der üblichen Arbeitszeiten niedergelassener Ärzte oder Substitutionsstellen erfolgt. Dabei wird zunächst auf das Problem der Feststellung verwiesen, ob die ankommende Person sich tatsächlich bereits in einem Substitutionsprogramm befindet, zumindest tatsächlich bereits drogenabhängig ist, tatsächlich am selben Tag ihr Substitutionsmittel noch nicht bekommen hatte usw. Soll dann ein Substitutionsmittel vergeben werden, so sehen sich die PraktikerInnen mit der Frage konfrontiert, wo sie dieses dann (mit einem Betäubungsmittelrezept) beschaffen oder vielleicht sogar einen kleinen Vorrat im Polizeigewahrsam (obwohl dort nicht regelmäßig medizinisches Personal anwesend ist) oder andernorts aufbewahren könnten. In einem zukünftigen Workshop könnten und sollten zu diesen Fragen konkrete Lösungsansätze diskutiert werden, was allerdings voraussetzt, dass PraktikerInnen der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen anwesend sind.

Es muss allerdings hinzugefügt werden, dass in der Praxis viele Probleme des Polizeigewahrsams, etwa die mit Entzugserscheinungen, gar nicht erst entstünden, wenn die Praxis Polizeigewahrsam nicht nur als Durchgangsstadium definieren und deshalb die Betroffenen in einer Wartehaltung verharren ließe, sondern auch konsequent dafür sorgen würde, dass die verfassungsrechtlichen Vorgaben umgesetzt werden. Würde Polizeigewahrsam nicht mehr ohne richterliche Anordnung angewendet (wie in nahezu allen Ausnüchterungsfällen) und würde die Vorführung zum Richter sofort erfolgen, wie es das Bundesverfassungsgericht in den letzten Jahren immer wieder angeordnet hat, gäbe es nur noch wenige Probleme mit der medizinischen Versorgung in Polizeigewahrsam.

Abschiebungshaft

Das Thema Abschiebungshaft bzw. Schubhaft wurde in der Arbeitsgruppe immer wieder mitdiskutiert, weil es sowohl in Deutschland als auch in Österreich institutionelle Überschneidungen mit dem Polizeigewahrsam gibt. Diese bestehen in Deutschland aber allenfalls dort, wo Abschiebungshaft nicht in einer zum Justizvollzug gehörenden Einrichtung vollzogen wird, was der Regelfall ist und rechtlich dazu führt, dass das StVollzG teilweise entsprechende Anwendung findet. In Bremen und Berlin gibt es dagegen eigene Abschiebungshaftvollzugsgesetze. Die spezifischen Probleme der Abschiebungshaft konnten in der Arbeitsgruppe nur angesprochen und ihre Dringlichkeit festgestellt werden, im Einzelnen diskutiert werden konnten sie nicht.

Einen Kulminationspunkt der Schwierigkeiten mit der medizinischen Versorgung in Abschiebungshaft stellt es dar, wenn ein gesundheitsbezogenes Abschiebungshindernis im Raum steht und dabei noch einmal besonders, wenn es um psychiatrische Befunde geht. An diesem Beispiel wird auch ein Konflikt besonders augenfällig, in dem sich jedoch auch die Ärztin befindet, die in den Polizeigewahrsam gerufen wird, nämlich der Konflikt zwischen Behandlung und Begutachtung. Während die Begutachtung dem Auftrag der Behörde unterliegt und daher unter anderem erfordert, dieser Auskunft über den festgestellten Gesundheitszustand zu geben, erfordert der ärztliche Behandlungsauftrag ein Vertrauensverhältnis mit Schweigepflicht. Im Falle polizeirechtlichen oder strafprozessualen Gewahrsams ist der Arzt in einer Doppelrolle, wenn er gerufen wird, um die Gewahrsamsfähigkeit festzustellen, dabei aber gleichzeitig Ansprechpartner für etwaigen Behandlungsbedarf ist. Noch konfliktträchtiger ist aber die Situation, in der eine Ärztin für die medizinische Versorgung in Abschiebungshaft zuständig ist, also über einen Zeitraum, der Wochen oder Monate dauern kann, die behandelnde Ärztin ist und dann aber – typischerweise zum Ende dieser Zeit hin – das Vertrauensverhältnis bricht und der Ausländerbehörde als der Gegenseite im Verfahren detailliert Bericht über den Gesundheitszustand der betroffenen Person erstattet und dann zumeist mitteilt, dass keine medizinischen Bedenken gegen deren Abschiebung bestehen. Dieser Konflikt dürfte in der Praxis von den ÄrztInnen zumeist noch nicht einmal als solcher wahrgenommen werden. Umso mehr wird er es allerdings von den Betroffenen, die deswegen vielfach von Anfang an dem Polizeiarzt gar nicht erst das für die medizinische Behandlung notwendige Vertrauen entgegen bringen. So jedenfalls kennt die Autorin die Praxis in Bremen.

Es läge daher nahe, ärztliche Stellungnahmen über Reise(un)fähigkeit in andere Hände zu legen als in die des polizeiärztlichen Dienstes (bzw. des anstaltsärztlichen bei Vollzug von Abschiebungshaft in Justizvollzugsanstalten), dem dann nur die notwendige medizinische Behandlung während des Haftaufenthalts obläge.

Hier kommt das verfassungsrechtlich, auch für ausreisepflichtige AusländerInnen gel-



tende, Recht auf freie Arztwahl in den Blick, das durch die Anordnung von Abschiebungshaft nicht aufgehoben wird. Dies haben das Verwaltungsgericht Berlin und das Obergerverwaltungsgericht Bremen zutreffend so festgestellt. In Berlin hat sich die Behörde dennoch erlaubt rechts- und verfassungswidrige Einschränkungen festzulegen, wie etwa die, dass der Besuch des Vertrauensarztes nur unter polizeilicher Aufsicht stattfinden dürfe, dass er gegenüber dem polizeiärztlichen Dienst von der Schweigepflicht zu entbinden sei usw. Hier bedarf es mit Sicherheit nur eines Falles, der vor Gericht gebracht wird, um auch diese Beschränkungen aufzuheben. In Bremen gibt es seit den erwähnten Gerichtsentscheidungen im Jahre 2007 keine Zugangsschranken für ärztliche Besuche in der Abschiebungshaft mehr, unklar ist lediglich – weil seither noch nicht vorgekommen – inwieweit eine Vertrauensärztin berechtigt wäre, den Untersuchungsraum im Polizeigewahrsam oder gar dort vorhandene medizinische Geräte zu benutzen. Dieses Problem stellt sich bei Besuchen von Psychologen oder Psychiaterinnen nicht. Es stellte sich seither in der Praxis aber auch deswegen nicht, weil es ein noch schwerwiegenderes gibt, das dafür sorgt, dass die Zahl der im Polizeigewahrsam vorbeikommenden ÄrztInnen sehr gering bleibt. Es wird nämlich vertreten, dass die Kosten für die Behandlung durch den Vertrauensarzt von den Gefangenen selbst zu tragen seien, was in der Praxis darauf hinausläuft, dass ÄrztInnen unentgeltlich tätig werden, und nur wenn es gelingt, sie dazu zu motivieren.

Ein Arbeitsgruppenteilnehmer aus der Schweiz führte an, die medizinische Versorgung in der dortigen Ausschaffungshaft habe sich durch Einführung des Rechts auf freie Arztwahl verschlechtert. Leider war die Zeit nicht ausreichend, um zu erörtern, weshalb dies der Fall ist, und ob es daran liegt, dass die frei gewählten Ärzte dann nicht vom Staat bezahlt werden.

Selbst ein bezahlter Vertrauensarzt aber kann keine Begutachtung der Reisefähigkeit vornehmen, sondern lediglich, aber immerhin – wie jede Ärztin außerhalb der Haft auch – eine ärztliche Stellungnahme abgeben, die dann eine amtsärztliche Begutachtung nach sich ziehen kann.

In der Praxis allerdings kümmert man sich um all diese Konfliktlagen überhaupt nicht, sondern begnügt sich mit der Feststellung vermeintlicher Reisefähigkeit der Betroffenen, die verkürzt als Flugtauglichkeit verstanden wird. Auch weil Flugtauglichkeit eigentlich immer gegeben ist – bekanntlich werden selbst Schwerverletzte auf dem Luftwege transportiert – stellt diese dann der Einfachheit halber auch regelmäßig der polizeiärztliche Dienst fest.

Wie sich gezeigt haben dürfte, gibt es nicht nur einen ganz erheblichen weitergehenden Diskussionsbedarf hinsichtlich der medizinischen Versorgung in Polizeigewahrsam, der in der Arbeitsgruppe aus zeitlichen Gründen und mangels Anwesenheit aller beteiligten Berufsgruppen nur ganz ansatzweise gedeckt werden konnte, sondern darüber hinaus auch noch den mit Polizeigewahrsam teilweise örtlich verbundenen, aber getrennt zu betrach-

tenden Themenkreis der medizinischen Versorgung und der Begutachtungsproblematik in Abschiebungshaft. Dieser bedarf ebenfalls eingehender Erörterung in einer eigenständigen Arbeitsgruppe, die auch hier mit sämtlichen beteiligten Berufsgruppen besetzt sein müsste.



Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung - Situation und Perspektiven

Dr. Maria Kofler und Christine M. Graebisch





Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung - Situation und Perspektiven

Dr. Maria Kofler

Dialog im Polizeianhaltezentrum PAZ

Verein Dialog

- Ambulante Einrichtung
- Individuelle Beratung, Betreuung und Behandlung für Personen mit Suchtproblemen
- Beratung, Betreuung für Angehörige
- Prävention

Polizeianhaltezentren Wien PAZ

- Rossauerlände, Hernalsergürtel
- Anhaltung/Polizeigewahrsam
- Ersatzfreiheitsstrafe/Verwaltungsstrafe
(max 6 Wochen)
- Angehaltene zum Zweck Abschiebung/Schubhaft
(Tage bis max 9 Monate)

Dialog im PAZ

- 1999 ärztliche Tätigkeit
(suchtmedizinisch/psychiatrisch)
- 2002 frauenspezifische Sozialarbeit
- 2007 männerspezifische Sozialarbeit
- Kein vergleichbares Angebot für Personen in Polizeigewahrsam in Österreich

Suchtmedizinisches Angebot im PAZ I

- Medikamentöse Entzugsbehandlung bei Alkohol-, Benzodiazepin- und/oder Opiatabhängigkeit
- Substitutionstherapie
- Unterstützende psychopharmakologische Behandlung bei Kokainabhängigkeit, missbräuchlicher Anwendung anderer Substanzen
- Erkennen, Behandeln von Co-Morbiditäten

Suchtmedizinisches Angebot im PAZ II

- Evaluation der Situation

- Aufklärung über Therapiemöglichkeiten
- Vermittlung von Informationen zur weiterführenden Betreuung/Behandlung
- Beantwortung vieler Fragen
- Individuelles Angebot im reglementierten Setting

Suchtmedizinisches Angebot Ziele

- Adäquate Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung
- Stabilisierung, Regeneration psychisch/physisch, „Erholungspause“
- Erleichterung Eingliederung in Haftsituation, Kooperation
- Aufzeigen von Perspektiven, Chance auf Schritt in andere Richtung

Psychiatrisches Angebot im PAZ I

- Psychisch belastete, psychiatrisch auffällige InsassInnen, Schwerpunkt Menschen in Schubhaft
- Häufig PTDS, affektive Störungen, Angst/Panikstörung, Persönlichkeitsstörungen
- Verschlechterung einer bestehenden psychiatrischen Erkrankung unter Haftbedingungen

Psychiatrisches Angebot im PAZ II

- Psychiatrische Diagnostik
- Beurteilung Suizidalität, Selbst-, Fremdverletzung
- Hungerstreik, Selbstverletzende Handlungen
- Indikationstellung zur psychiatrischen Hospitalisation
- Stellungnahme bezüglich Haftfähigkeit
(Entscheidung durch Amtsarzt)

Psychiatrisches Angebot im PAZ III

- Medikation
- Deeskalation im Gespräch
- Aufklärung bei Unklarheiten, Beantwortung Fragen (Dolmetscher!)
- Kontakt mit Verein Menschenrechte, Fremdenpolizei, Asylbehörden
- Respektvoller, persönlicher Umgang hilft fast immer!

Psychiatrisches Angebot im PAZ Ziele

- Adäquate psychopharmakologische Behandlung
- Deeskalierung, Stabilisierung
- Vermeidung Komplikationen
- Akzeptanz der Situation, Einfinden in Haftbedingungen, Koopera-



- tion
- Psychiatrische Hospitalisation, Haftunfähigkeit wenn indiziert
- Perspektiven (?)

Ärztliches Angebot im PAZ Zahlen

- 2007
1424 Personen (1110 m, 296 w)
3.9 Kontakte/Person
ca 65 % Schubhäftlinge, ca 50% psychiatrisch
- 2008
1394 Personen (1076m, 298 w)
3.1 Kontakte/Person
ca 50% Schubhäftlinge, ca 40% psychiatrisch
- Anwesenheit in beiden Zentren je 5x/Woche

Sozialarbeit im PAZ

- InsassInnen wegen Verwaltungsstrafen
- Sozialarbeit für Frauen 3x/Woche je 3 Stunden
- Sozialarbeit für Männer 4x/Woche je 3 Stunden
- Rossauerlande

Männer Sozialarbeit im PAZ

- „Typischer“ PAZ Sozialarbeit Klient:
Miete im Rückstand, Schulden, niedriges Einkommen (Sozial-, Notstandshilfe), mangelndes soziales Netz, kein Plan für die Lösung des Problems.

Frauen Sozialarbeit im PAZ

- „Typische“ PAZ Sozialarbeit Klientin:
Prostitution, Gewalt, gescheiterte Beziehungen, Abhängigkeiten im erweiterten Sinne in Anamnese.
Niedriges Einkommen (Sozial-, Notstandshilfe), arbeitslos, „working poor“.
Gesundheitliche Probleme.
Zunehmend Frauen „nichtdeutscher“ Muttersprache.

Sozialarbeit im PAZ Themen

- Finanzielle Probleme

- Fragen zum Versicherungsstatus
- Unklarheiten mit Behörden
- Schwierigkeiten ums Thema Wohnen
- Familiäre Gewalt
- Betreuung minderjähriger oder betreuungspflichtiger Angehörigen
- Belastung durch Haftsituation

Sozialarbeit im PAZ Angebot I

- Unterstützung bei Kontakt mit Ämtern, Einrichtungen
- Klärung Haftentlassung/Restschuld
- Klärung Versicherungsstatus
- Unterstützung bei drohendem Verlust Wohnung, Arbeit
- Ermöglichung Kontakt mit Angehörigen
- Kleiderspenden

Sozialarbeit im PAZ Angebot II

- Krisengespräche, Bewältigungsstrategien
- Spezielle Beratung in Suchtfragen
- Vermittlung an weiter betreuende Einrichtungen
- „Frauensache“

Sozialarbeit im PAZ Ziele

- Krisenintervention
- Information über Möglichkeiten
- Entwicklung von Perspektiven und Strategien
- Wahrnehmen und Reagieren auf „Soziale Spirale nach unten“

Sozialarbeit im PAZ Zahlen

- 2007
168 Frauen/ 245 Männer
2.5 Gespräche/Person
- 2008
149 Frauen/ 283 Männer
3.1 Gespräche/Person

Angebot Dialog im PAZ in Kooperation mit

- Polizei
- PolizeiambulanzärztInnen
- SanitäterInnen



- Verein Menschenrechte/Schubhaftbetreuung (DolmetscherInnen)

Qualitätssicherung

- Teamsitzungen
- Supervision
- Qualitätszirkel mit Polizei, AmtsärztInnen, SanitäterInnen, Verein Menschenrechte und Fremdenpolizei
- Feedback aus KlientInnenbefragungen
- Allgemeines Qualitätsmanagement Dialog

Schwierigkeiten/Grenzen

- Verschiedenartigkeit der Strukturen der involvierten Institutionen
- Unterschiedliche Bereitschaft zur Kommunikation und Zusammenarbeit
- Divergierende Haltungen
- Kapazitätsprobleme, Faktor Zeit
- Motivation der Betroffenen
- Grenzen im wahrsten Sinne des Wortes

Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung unser Beitrag

- Deeskalation/Akutversorgung
- Stabilisierung/Verbesserung der physisch/psychischen/sozialen Situation
- Erleichterung der Haftbedingungen für InsassInnen (und betreuen des Personal)
- Nutzung der Chancen der Anhaltung
- Perspektiven, Ausweg aus „Spirale nach unten“

Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung – Situation und Perspektiven

Christine M. Graebisch

Konstellation der Arbeitsgruppe: Relativ kleine Arbeitsgruppe (ca 10 Personen), Teilnehmer aus Schweiz/ Deutschland/Österreich, gemischte Professionen.

Inhalt der Arbeitsgruppe: Präsentation einer Studie von Frau Rain Christine Graebisch, Fragestellungen aus der Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Präsentation eines psychiatrisch/suchtmedizinischen/psychosozialen Angebotes in den Polizeianhaltezentren in Wien durch Frau Dr. Maria Kofler, Verein Dialog.

Diskussion.

Die Konstellation einer kleinen, überschaubaren Arbeitsgruppe mit internationalen, multi-professionellen Teilnehmerinnen hätte die Voraussetzung für eine angeregte Diskussion mit interessanten Ergebnissen bieten können. Es hat sich allerdings herausgestellt, dass die Definition von Polizeigewahrsam bzw. die Umsetzung der Anhaltung in den verschiedenen Ländern, schon in den verschiedenen Bundesländern in Deutschland sehr unterschiedlich ist. Damit zusammenhängend ist die Situation, sind die Frage- und Problemstellungen, sind die Perspektiven sehr verschieden und eigentlich nicht vergleichbar.

In Österreich werden einerseits Personen kurzfristig (maximal 48 h) in Polizeigewahrsam genommen bis zur ersten Vorführung vor dem Richter. Andererseits werden in den Polizeianhaltezentren Menschen zum Zweck der Abschiebung angehalten, bzw. absolvieren hier Personen ihre Ersatzfreiheitsstrafe für Verwaltungsstrafen.

Die Anhaltung wegen Verwaltungsstrafen betrifft meist ÖsterreicherInnen, im Normalfall ist der Aufenthalt mit 42 Tagen begrenzt. Schubhäftlinge verbringen hingegen wenige Tage bis zu maximal 9 Monate in Polizeigewahrsam, typisch für ihre Situation ist die große Unsicherheit, die nicht vorhersehbare Dauer des Aufenthaltes und die sehr fragliche Perspektive. In Bezug auf die medizinischen Betreuung und damit Gesundheitsförderung muss klar zwischen diesen Gruppen unterschieden werden. In der Diskussion wurde als problematisch herausgestrichen, dass die finanziellen Mittel für die medizinische Versorgung im Polizeigewahrsam sehr begrenzt sind, dass prinzipiell nur eine Akut- bzw. Notfallversorgung vorgesehen ist. Eine weitergehende medizinische (somatische/psychiatrische) noch weniger psychosoziale Betreuung im Sinne einer Gesundheitsförderung ist im Rahmen der Anhaltung nicht etabliert. Insofern ist das Angebot des Vereins Dialog in den beiden Anhaltezentren in Wien eine Besonderheit in Österreich.



Ein letzter wichtiger Punkt war die mangelnde Kommunikation zwischen den an der Betreuung von angehaltenen Personen involvierten Institutionen, Professionen. Vor allem wurde die Schwierigkeit betont, als MitarbeiterIn einer externen Einrichtung in Kontakt mit angehaltenen Personen bzw. den betreuenden PolizeiamtsärztInnen zu treten (Beispiel Tuberkulose Screening).

Resümee: Angesichts der beschriebenen Heterogenität der Anhaltepraxis in Deutschland, Österreich und der Schweiz und auch als Folge der begrenzten zeitlichen Ressourcen haben sich in der Arbeitsgruppe zwar sehr interessante Fragestellungen jedoch leider vorerst keine Antworten ergeben.

Suizidprävention in Haft Neue Konzepte und Methoden

Dr. Barbara Bojack und Dr. Patrick Frottier





Suizidprävention in Haft – Neue Konzepte und Methoden

Dr. Barbara Bojack und Dr. Patrick Frottier

In die Thematik eingeführt wurden die Teilnehmer durch die Beiträge der Moderatoren. Im ersten Teil ein Überblick über die Thematik gegeben und im zweiten Teil wurde in neueste Untersuchungen und Forschungsergebnisse vorgestellt.

Der Tod eines Menschen stellt in jedem Fall ein einschneidendes Ereignis dar. Der Suizid ist eine besondere Form des gewaltsamen Todes, er geschieht durch die eigene Hand. Er zeigt die Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit des zu Tode gekommenen und lässt die Hinterbliebenen meist mit Schuldgefühlen zurück. Denn meist fühlen sich die Hinterbliebenen mitschuldig oder mit verantwortlich.

Der Tod in einer Haftanstalt, also in einer bewachten Umgebung, stellt für die Justizangestellten eine besondere Belastung dar, nicht nur psychisch.

Es stellen sich in der Justizvollzugsanstalt zusätzliche Fragen, wie z.B. unter solchen Sicherheitsbedingungen und sorgfältiger regelmäßiger Überwachung und Beobachtung so etwas unbemerkt geschehen konnte. Es ist bekannt, dass Inhaftierte eine besonders Suizid gefährdete Bevölkerungsgruppe darstellen. Damit sind die Bediensteten vor eine besondere Fürsorgepflicht und Verantwortung gestellt. Die Suizidrate im Strafvollzug ist um ein Vielfaches höher als in der allgemeinen Bevölkerung.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben 2002 in der Bundesrepublik Deutschland gerechnet auf 100 000 Einwohner 12 Menschen durch Suizid.

Ein weiterer Orientierungspunkt sind folgende Zahlen aus 2007 für das Jahr 2006 in der BRD:

- 12.000 Tote durch Suizid
- 16.000 Alkoholtote
- 2.000 Drogentote
- 8.000 Verkehrstote

Es stellt sich zudem die Frage, inwieweit Verkehrstote und Alkoholtote ebenfalls in die Kategorie der Toten durch Suizid fallen, indem der Tod absichtlich herbeigeführt oder billigend in Kauf genommen wurde.

Untersuchungen zu Suizid in Haft ergaben, dass im Vergleich zu Menschen in Freiheit das Risiko für einen Gefangenen an Suizid zu versterben vier bis zwölfmal höher ist (Frühwald 1996; Frottier, Frühwald, Ritter & König 2001).

Die Frage stellt sich, ob Menschen, die inhaftiert werden, bereits ein höheres Suizidrisiko aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur aufweisen und mehr Risikofaktoren bieten als Menschen, die außerhalb der Mauern leben. Solche Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur könnten sein: Suchtgefährdung, geringerer Grad an sozialer Integration, Isolation, Trennung von Bezugspersonen und vermehrte psychische Beeinträchtigungen, die eine suizidale Entwicklung erfahrungsgemäß begünstigen (Frühwald et al. 2002; Missoni et al. 2003).

Möglich ist natürlich auch, dass die Umstände und die Umgebung dazu beigetragen, dass die Persönlichkeitsstruktur oder die Risikofaktoren zum Durchbruch gelangen.

Ein weiterer Aspekt ist der, dass Einschüchterung durch Personen im Haftumfeld (durch andere Gefangene) einen Einfluss auf die Suizidrate von Gefangenen ausüben (Blaauw et al. 2001).

Eine Antwort auf die Frage, ob es sich bei Inhaftierten um eine besonders vulnerable, also besonders verletzbare, Bevölkerungsgruppe handelt oder ob das Gefängnis einen besonders belastenden Ort darstellt (Frottier et al. 2001), könnte für die Prävention und für die Verhinderung von Suiziden von Vorteil sein.

Braun (2000) hat in seiner Untersuchung festgestellt, dass Deutschland mit etwas mehr als 6 Suiziden (6,76 Suiziden) in Gefängnissen pro Suizid aus der allgemeinen Bevölkerung (d. h. auf einen Suizidfall in der Freiheit kommen über sechs Suizide in Haft) europaweit gesehen im Mittelfeld liegt. Überdies stellte er fest, dass die Suizidrate von nicht inhaftierten Männern in Deutschland abgenommen hat, während die Suizidrate von Männern im Gefängnis gestiegen ist.

Einige Fakten und Zahlen aus Deutschland sind in diesem Zusammenhang interessant: Der Anteil der Suizide in Untersuchungshaft lag bei 58% (Bennefeld-Kersten 2006).

91% der Suizide geschahen durch Erhängen (Bennefeld-Kersten 2006).

Mit 93 (bei n = 541) Fällen ist die Anzahl der Suizide in den ersten Haftwochen absolut am höchsten (Bennefeld-Kersten 2006).

Die meisten Gefangenen waren in Einzelhaftsräumen untergebracht. Suizide werden vor allem nachts durchgeführt. Dementsprechend werden 43% der Suizide nach dem morgendlichen Aufschluss entdeckt (Bennefeld-Kersten 2006).

In Berlin wurde festgestellt, dass die meisten Suizide an einem Donnerstag vollzogen werden (Arbeitsgruppe Moabit 2001).

Es gibt Unterschiede bei den Geschlechtern. Die Suizidalität bei Männern ist viermal höher als bei Frauen. Dieser Faktor 4 gilt für Männer außerhalb wie innerhalb der Mauern im Vergleich zu Frauen (Bennefeld-Kersten 2006).



Der Suizid eines Gefangenen stellt mittlerweile zusätzlich ein juristisches Problem dar. Mindestens 150 Klagen gegen Haftanstalten wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika vor Gericht gebracht. Nach Häftlingssuiziden wurde den Institutionen seitens der Angehörigen mangelnde Aufsicht und Sorgfaltspflicht vorgeworfen (Frottier und Frühwald 2001).

Diese Tatsache führte dazu, dass die Bediensteten sich in einer besonders schwierigen Lage befinden. Einerseits werden sie durch die Suizide psychisch ebenfalls schwer belastet. Es ist immer erschreckend einen Menschen tot aufzufinden, mit dem vor kurzem noch ein Gespräch geführt wurde z.B. im Rahmen der Essensausgabe. Andererseits wird der Bedienstete vor die Frage gestellt (Stellungnahmen ans Ministerium), ob er seiner Sorgfaltspflicht Genüge getan hat, nicht nur im menschlichen, sondern auch im juristischen Sinn.

In Anbetracht dieser Zahlen und Fakten ist zu klären, wie künftiger Handlungsbedarf aussehen könnte. Zunächst aber sollte folgendes bedacht werden:

Ein Mensch mit einem aufmerksamen, intakten sozialen Umfeld hat keinen Grund mehr, sich umzubringen (Bojack 2003).

Ein Gefängnisaufenthalt wirft alle bisherigen Lebens Planungen über den Haufen und stellt regelmäßig einen Einschnitt ins Geflecht der sozialen Kontakte, Beziehungen und Verbindungen dar. Hieraus entwickeln sich Schwierigkeiten, die mit Sicherheit ins soziale Umfeld zielen. Viele Verurteilte kommen aus schwierigen sozialen Verhältnissen. Der Großteil der Ehen geht während des Gefängnisaufenthaltes in die Brüche. Neutzling (1989) spricht von 90% zerbrochener Ehen während der Haftzeit. Stellen die Bediensteten im Gefängnis nun das soziale Umfeld des Gefangenen dar?

Nehmen wir die Wertvorstellungen des christlichen Abendlandes ernst, so können wir uns an den 10 Geboten orientieren. Eines davon heißt: Liebe deinen Nächsten wie dich selbst. Diese Aussage besagt, dass wir uns unseren Nächsten nicht aussuchen (bedenken wir das Gleichnis vom barmherzigen Samariter) und dass wir als Bedienstete in der Haftanstalt unabhängig vom Arbeitsvertrag eine Verantwortung für diejenigen haben, die uns anvertraut sind und denen wir begegnen. Und das sind die Inhaftierten, mit denen wir täglich arbeiten.

Sicherlich wird es uns nicht gelingen, jedes Unglück - und ein solches stellt ein Suizid dar -, zu verhindern, aber wir können mit offenen Sinnen unserer Arbeit nachgehen und den Menschen mit Respekt und Aufmerksamkeit begegnen.

Unbestritten ist, dass Suizidalität in Haft möglichst frühzeitig erkannt werden sollte, Methoden und Vorgehensweisen trainiert und Konzepte erprobt werden sollten, wie mit gefährdeten speziell suizid gefährdeten Menschen umzugehen ist.

Um dies praktisch kennen zu lernen, sind die Beiträge der Seminarteilnehmer gefragt, da sie die Experten sind und vielfältige Erfahrungen einbringen.

Zunächst werden noch **neueste Forschungsergebnisse** vorgestellt.

Bei der bisherigen Problematik stand das eminenzbasierte Wissen im Vordergrund. Diese bedeutet, dass das evidenzbasierte Wissen aus Untersuchungen zu anderen Ergebnissen kommen kann:

Beispielsweise haben Untersuchungen gezeigt, dass die scheinbar große Häufigkeit der Suizide in Untersuchungshaft nicht die „ Risikopopulation“, die die Untersuchungshäftlinge darstellen, verdeutlicht, sondern dadurch dass die vermeintlich hohe Zahl der Suizide in Untersuchungshaft durch die hohe Fluktuation in der Untersuchungshaft bedingt ist.

Eine weitere Besonderheit stellen die psychischen Krankheiten dar.

Für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten ist die Anfangsphase (die ersten 6-8 Wochen) einer Inhaftierung von besonderer Bedeutung. An der Front, so haben Studien aus dem Militärbereich gezeigt, sind 80% der psychiatrisch Auffälligen während der ersten 8 Wochen in Erscheinung getreten.

Frauen sind weniger Suizid gefährdet, allerdings häufiger psychisch auffällig beziehungsweise psychiatrisch krank. Entsprechend ist es in Haft. Deshalb sollten die Neuinhaftierten auch während der ersten 8 Wochen besonders beobachtet oder betreut werden.

Die häufiger auftretenden Suizidfälle am frühen Morgen, das heißt nach der Nacht, ergeben sich aus der Problematik, dass in der Nacht seltener Kontrollen stattfinden und so der Suizid erst morgens entdeckt wird. Problematisch ist dabei insbesondere, dass die Menschen in Einzelzellen liegen und damit isoliert und auf sich allein gestellt sind.

Aufgefallen ist außerdem, dass es Serien von Suiziden gibt, so traten z.B. Suizide in der Wiener U-Bahn serienmäßig auf. Diskutiert wird, dass durch die Darstellung in den Medien möglicherweise zur Nachahmung sozusagen angeregt wird.

Bei der Diskussion der Suizide stellt sich selbstverständlich auch die Frage, ob ein Mensch nicht das Recht auf einen Suizid hat. Diese Frage wurde allerdings durch den Europäischen Gerichtshof eindeutig beurteilt, ein Mensch in Haft hat dazu nicht das Recht.



Ergebnisse der Arbeitsgruppe:

Eine der ersten Fragen war, was nach Entdeckung eines Suizides geschieht, speziell für die Bediensteten. Vom Selbstbild her wird vom Bediensteten erwartet und auch der Bedienstete hat diesen Anspruch an sich selbst, dass er so ein Vorkommnis aushalten, ihm gewachsen sein muss. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass solche Vorkommnisse aufzuarbeiten sind. Hier stellt sich die Frage, ob dies dem einzelnen Betroffenen allein gelingt, oder ob ihm Hilfe angeboten werden sollte.

Im Rahmen der Diskussion stellte sich heraus, dass es in Bayern ein Kriseninterventionsteam gibt, das aus verschiedenen Justizvollzugsanstalten zusammengesetzt ist und automatisch Hilfe anbietet.

Ein einheitliches standardisiertes Vorgehen gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nicht.

Ein weiteres Thema war, wie Suizidgefährdete Menschen herausgefiltert werden können. Es wurde die Unterbringung in Gemeinschaft, mit Kameraüberwachung vorgestellt. Dem steht allerdings das Recht auf Einzelhaft, was früher als zusätzliche Belastung erlebt wurde, entgegen.

Empfohlen werden Screeningsmethoden, die durch einen Test festgestellt werden.

In Österreich werden sämtliche Häftlinge bei Eintritt ihrer Haftstrafe mittels dieses Tests untersucht. Eine Überprüfung findet nach acht Wochen statt. Diese Vorgehensweise ist etabliert und hat sich bewährt.

Eine weitere Frage war, was zu Suizid führt. Hier wurde festgestellt, dass das Gefühl des ausgeliefert seins an erster Stelle steht.

Im Jugendvollzug haben sich der Gruppenvollzug und die Förderung der Jugendlichen durch persönliche Zuwendung als erfolgreich erwiesen.

In Sachsen ist ebenfalls die Untersuchung der Verurteilten mittels eines Screeningbogens geübte Praxis. Solche Bogen werden bei Haftantritt, bei jeder Überstellung, Verlegung eines Verurteilten ausgefüllt.

In Sachsen ist Videoüberwachung verboten, stattdessen werden Gemeinschaftsunterbringungen, regelmäßige Kontrollen (im Zweifel alle 15 Minuten) oder Unterbringung in gesicherten Räumen mit Sitzwache durchgeführt. Erstaunlicherweise sanken die Suizide trotz dieser Maßnahme nicht.

In der Schweiz werden bei entsprechend Suizidgefährdeten Einweisungen in die Klinik vorgenommen, ebenso in Nordrhein-Westfalen.

Erfahrungen der Teilnehmer:

Ein höheres Risiko Suizid zu begehen haben Häftlinge, die erstmals in Haft gelangt sind. Gefährdet sind ebenfalls Menschen, die bereits sehr oft in Haft waren, hier ist ein Bilanzsuizid möglich.

Frauen sind häufiger mit psychischen Diagnosen behaftet. Im Gegensatz zur Bevölkerung außerhalb der Gefängnismauern begehen Frauen genauso häufig Suizid wie Männer.

Ein weiterer Diskussionspunkt war, ob es Programme für Mithäftlinge und Angehörige nach Suizid eines Inhaftierten gibt.

In der Schweiz gibt es Kontaktangebote, welche vom „Betroffenen“ in Anspruch genommen werden können.

In Nordrhein-Westfalen wurde nach Seriensuiziden in Haftanstalten externe Berater hinzugezogen.

Einige Empfehlungen der Teilnehmer :

Durch intensive persönliche Betreuung können Suizide verhindert werden.

Entscheidungen, wie vorzugehen ist nach einem Suizid sollten individuell und rasch getroffen werden können. Hier sollte auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden, gefragt sind hier vor allem Arzt, Anstaltsleiter, Psychologe.

Empfohlen werden mehr individuelle Programme und Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Freizeitprogramme) für die Verurteilten.

Ein weiteres Problem stellt die Zeit nach der Haftentlassung dar. Deshalb wurde angeregt, präventiv in Haft Programme zu entwickeln und ebenfalls Programme für die Zeit nach der Haftentlassung.

Solche präventiven Maßnahmen oder Programme könnten sein: Methoden, die Entspannung und Abmilderung (von Belastungen) bringen.

In Österreich hat sich bewährt, dass jeder Haftentlassene eine fixe Adresse hat, die bereits während der Haftzeit erprobt wurde, und an die er sich wenden kann, sobald er in Freiheit ist.

Wesentlich ist das Beziehungsangebot an den Inhaftierten.

Bezüglich des Screenings hat sich herausgestellt, dass nicht das Screening selbst im Vordergrund steht, sondern dass das Thema wahrgenommen wird und etwas zur Suizidprävention unternommen wird.



Ein weiterer Punkt ist, dass die weitaus größere Zahl der Überlebenden keinen zweiten Suizidversuch übernimmt, beziehungsweise sich erneut suizidiert.

Zum Abschluss: Wenn es keine psychisch kranken Rechtsbrecher gäbe, müsste man sie erfinden, denn sie sind der Maßstab dafür, wie eine Gesellschaft mit extremen Außenseitern umgeht.

Literatur

Bennefeld-Kersten, K., (2006). Suizide in Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2000 bis 2005, Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland.

Blaauw, E. Winkel, F.W., Kerkhof, A.J.F.M. (2001). Bullying and suicidal behavior in jails.

Bojack, B. (2003). Depressionen im Alter, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Braun, U. (2000). Der Gefängnissuizid in Europa. Inaugural-Dissertation Freie Universität Berlin.

Frühwald, S. (1996). Kriminalität und Suizidalität - Selbstmorde in Österreichs Haftanstalten 1975 bis 1994, Ursachen, Statistiken, Schlussfolgerungen. ZfStrVo 4/96.

Frottier, P., Frühwald, S., Ritter, & König, F. (2001). Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodelle für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten. Fortschr Neurol Psychiat 69, 90-96.

Frühwald, S., Frottier, P. Benda, N., et al. (2002). Psychosoziale Charakteristika von Suizidopfern in Gefängnissen. Wien Klin. Wochenschr. 114/15-16; 691-696.

Missoni, L., Utting, F.M. Konrad, N. (2003). Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. ZfStrVo 6: 323-332.

Neutzling, R. (1989). Angehörige im Knast. Drei Väter im Knast. In: Sozialmagazin, 14. Jahrg. Heft 2, 22-24.

Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 3. Februar 2004. Deutlich weniger Sui-

Gesundheitsförderung für MigrantInnen in Haft

Marit Weißen und Dr. Caren Weilandt





zide und Verkehrstote in den letzten 30 Jahren.

Gesundheitsförderung für MigrantInnen in Haft

Marit Weihen und Dr. Caren Weilandt

In der Arbeitsgruppe wurde zunächst über die Definition der Zielgruppe Migrant/Migrantin diskutiert. Eine Definition allein nach dem Merkmal Staatsangehörigkeit, wie dies in den meisten verfügbaren Vollzugsstatistiken üblich ist, ist nicht hinreichend. In Deutschland lag z.B. am Stichtag 31.03.2008 der Anteil der Strafgefangenen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei 21,8 % und damit deutlich über dem Ausländeranteil in der Bevölkerung, aber der tatsächliche Anteil der MigrantInnen dürfte sehr viel höher sein, wenn man die folgende Definition zugrunde legt: „MigrantInnen sind Menschen, deren Situation durch die eigene oder die Migrationserfahrung der Eltern geprägt ist.“ In Deutschland ist davon auszugehen, dass über ein Drittel der Gefangenen MigrantInnen sind. Demgegenüber ist der Anteil der Bediensteten mit Migrationshintergrund sehr gering und dürfte deutlich unter 5 % liegen. Genaue Zahlen hierzu sind jedoch nicht verfügbar. Der Begriff „Interkulturell Öffnung“, der in vielen öffentlichen Einrichtungen diskutiert und implementiert wird, hat bisher vor den Toren der Justizvollzugsanstalten halt gemacht.

MigrantInnen sind per se eine extrem heterogene Gruppe mit den unterschiedlichsten nationalen, kulturellen und religiösen Hintergründen, was eine zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung erschwert. Dennoch besteht im Justizvollzug die dringende Notwendigkeit, diese sprachlichen, kulturellen und religiösen Aspekte systematisch zu berücksichtigen.

Die folgenden Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit MigrantInnen im Vollzug gesund bleiben, Krankheiten bewältigen können bzw. motiviert sind, sich um ihre Gesundheit zu kümmern:

- Zukunftsaussichten
- Genesungswunsch und Kooperation
- Vorhandensein von Präventions- und Therapieangebote inklusive psychosozialer Begleitung
- Bildung und Kommunikationsfähigkeit
- Interkulturelle Kommunikation und Akzeptanz/ zielgruppenspezifische Angebote

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10 Reihe 4.1, Rechtspflege, Strafvollzug, - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. 2008

Am Beispiel der nachfolgenden Grafik (aus einer Befragung von 1582 Gefangenen in Deutschland, 2007 – die Gefangenen wurden in ihrer jeweiligen Muttersprache befragt) wurde diskutiert, welche große Bedeutung der Migrationsstatus für Wissen und Einstellungen und somit mutmaßlich für das Risikoverhalten und Schutzmaßnahmen hinsichtlich der Übertragung der HIV- Infektion hat. Insbesondere für russisch- und arabischsprachige Gefangene sind dringend sprachlich und kulturell sensible Präventions- und Informationsangebote notwendig.

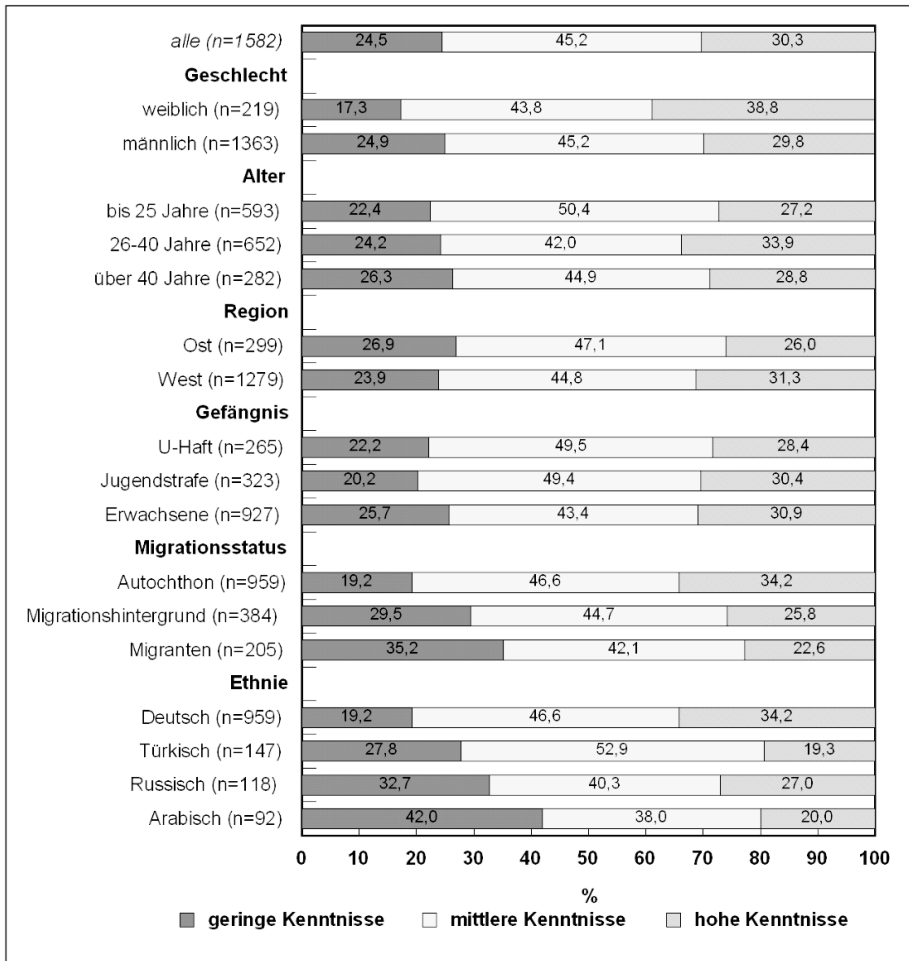


Abb. 1: Kenntnisse zu HIV nach Soziodemographie



Quelle: KABP-Befragung Gefangene, WIAD 2008

olgende Interventionsbereiche für ein migrationssensibles Vorgehen im Justizvollzug wurden von der Arbeitsgruppe definiert und nachfolgend diskutiert:

1. Zielgruppenspezifische Information, Prävention, Aufklärung und Gesundheitsförderung
2. Sensibilisierung für kulturelle und religiöse Besonderheiten
3. Effektive Kooperation mit externen Einrichtungen und Schnittstellenmanagement
4. Aus-, Fort- und Weiterbildung
5. Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung
6. Stabilisierung traumatisierter Gefangener

Ad 1: Zielgruppenspezifische Information, Prävention, Aufklärung und Gesundheitsförderung

- Generell wurde von den Workshopteilnehmern festgehalten, dass es sowohl in Österreich als auch in Deutschland an Präventionsangeboten speziell für MigrantInnen in Haft mangelt. Hier besteht dringender Nachholbedarf. Es gibt zwar vor allem im Bereich HIV/AIDS eine Reihe von guten schriftlichen kultursensiblen Materialien, aber in allen anderen Bereichen, vor allem auch hinsichtlich Beratung und Betreuung sind nur sporadisch Angebote vorhanden, die meist lokal begrenzt sind.
- Wenn es um migrantenspezifische Gesundheitsförderung geht, ist der Vollzug angesichts der Heterogenität der Zielgruppe schnell überfordert. Daher ist bei allen Aktivitäten eine enge Vernetzung mit Migrantenorganisationen vor Ort essentiell.
- Generell sollten Gesundheitsaspekte für Migranten besser nicht allein fokussiert werden, sondern transportieren werden über allgemeine Themen wie z.B. Gestaltung des Vollzugsalltags, soziale Themen, allgemeine Vollzugsprobleme, Gruppenarbeit zu anderen Themen etc.
- Bei allen Aktivitäten sollte im Auge behalten werden, dass eine Überlagerung

Eckert, J. & Weilandt, C. (2008): Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten, WIAD, Bonn

von Migrationsaspekten mit Unterschichtsproblematiken vorhanden ist.

Ad 2: Sensibilisierung für kulturelle und religiöse Besonderheiten

- Als Beispiel guter Praxis wurde hier ein Projekt aus der Justizvollzugsanstalt Suben in Oberösterreich genannt (Details siehe Linksammlung), in dem Schulungen für den allgemeinen Vollzugsdienst organisiert wurden zu kulturellen Besonderheiten/ Vorurteilen/ Kommunikation mit Gefangenen mit Migrationshintergrund.
- Ein weiteres Projekt (Fair und Sensibel: Polizei und Afrikaner, siehe Linksammlung) wurde beispielhaft erwähnt, bei dem AfrikanerInnen und Mitarbeiter der Polizei kooperieren, um gegenseitige Vorurteile abzubauen.
- Generell ist es sinnvoll im Sinne einer interkulturellen Öffnung bei der Einstellung von Personal den Migrationshintergrund als Auswahlkriterium zu berücksichtigen.

Ad 3: Effektive Kooperation mit externen Einrichtungen und Schnittstellenmanagement

- Es ist dringend zu empfehlen, dass die Vollzugsanstalten engen Kontakt zu ausländischen Kulturvereinen in der Region pflegen.
- Vor allem bei Menschen mit Migrationshintergrund ist eine rechtzeitige Einbeziehung der externen Nachbetreuungseinrichtungen inklusive medizinischer Weiterbehandlung vor der Entlassung (auch Einbeziehung der Gerichte-Weisungen/ Therapieauflagen) von großer Bedeutung, um den Drehtüreffekt zu vermeiden.
- Es wurde von Fällen berichtet, in denen MigrantInnen ohne jegliche Entlassungsvorbereitung und ohne Therapieweisung entlassen wurden, da fälschlicherweise eine Abschiebung vermutet wurde.

Ad 4: Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Im Sinne einer interkulturellen Öffnung ist die erste Priorität immer die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund. Da dies aber häufig schwierig ist aufgrund fehlenden Fachpersonals bzw. fehlender Bewerber, müssen alle



Mitarbeiter einschließlich des allgemeinen Vollzugsdiensts sensibilisiert werden für kulturelle und religiöse Besonderheiten, um Missverständnisse, Fehlbehandlungen und Konflikte zu vermindern.

- Ergänzend können qualifizierte fallbezogene Supervisionen oder Reflexionsmöglichkeiten für Bedienstete sehr hilfreich sein.
- Die interkulturelle Verständigung kann auch durch einfache Maßnahmen wie z.B. Das Angebot von Sprachkurse für MigrantInnen und Vollzugsmitarbeiter gefördert werden.
- MigrantInnen im Vollzug haben nicht selten einen eklatanten Mangel an Information zu Normen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Hier gibt es viel Beratungsbedarf, dem nur wenige Angebote gegenüberstehen.

Ad 5: Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung inklusive Begleitung und Betreuung

- Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung für MigrantInnen sollte vor allem ausgerichtet sein auf die Prävention und Behandlung von Infektionskrankungen wie HIV, Hepatitis C, andere sexuell übertragbare Infektionen und Tuberkulose. Ein weiterer Schwerpunkt sind psychische Erkrankungen wie Posttraumatische Belastungsreaktionen, Sucht und Psychosen.

Ad 6: Stabilisierung traumatisierter Gefangener

- Bei MigrantInnen liegt eine deutlich höhere Prävalenz von Traumatisierungen vor als bei den übrigen Gefangenen.
- Generell ist zu beachten, dass traumatische Erfahrungen häufig mit Suchtverhalten überlagert sind, d.h. dass das (unbehandelte) Trauma mit Suchtmittelkonsum zu kompensieren versucht wird. Dies ist sowohl bei der Differentialdiagnose als auch der Behandlung von großer Bedeutung. Des Weiteren ist in der Differentialdiagnose abzuklären, ob neben der Traumatisierung weitere behandlungsbedürftige psychische (Folge-) Erkrankungen vorliegen.
- Traumatisierte Gefangene benötigen vor allem eine psychosoziale Betreuung,

bei der es u. a. um die Klärung des Aufenthaltsstatus, der Versicherung, der soziale Vernetzung geht, bevor eine Vermittlung in eine Therapie vorgenommen werden kann.

Fazit

Angesichts der sehr hohen Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund ist eine weitgehende interkulturelle Öffnung des Justizvollzugs dringend erforderlich. Parallel dazu muss die interkulturelle Kompetenz aller Mitarbeiter im Justizvollzug, einschließlich derer des allgemeinen Vollzugsdienstes, gefördert werden.

Weiterführende Literatur

Boese, Stefanie: Ausländer im Strafvollzug: Die Auswirkungen ausländerrechtlicher Maßnahmen auf die Realisierung des Vollzugszieles. Strafrecht in Forschung und Praxis, Bd. 24, Hamburg 2003.

Linksammlung/weitere Informationen (für Österreich):

Allgemeine Informationen

- www.fsw.at Fonds Soziales Wien, auch Beratungsstellen für Flüchtlinge
- www.aidshilfe.at
- <https://www.wien.gv.at/euf/internet/AdvPrSrv.asp?Layout=psProjekt&Type=K&PROJEKTID=1936> Projekt von 1997- 2000 der Stadt Wien zur Förderung von Chancengleichheit (Sozial-, Gesundheits- und Psychotherapiebereich), allgemeiner Link der Stadt Wien www.wien.gv.at
- www.no-racism.net
- www.who.int
- www.psychologen.at
- www.psyonline.at (Psychotherapeuten)
- www.api.or.at Anton-Proksch-Institut, Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Langzeittherapien für Drogenabhängige mit schweren Persönlichkeitsstörungen)
- www.vereinbasis.com Drogentherapien auch für englischsprachige AusländerInnen, auch §39 SMG
- www.pass.at Betreuung und Behandlung von Süchtigen
- www.zukunftsschmiede.at Betreuung und Behandlung von Süchtigen, §39 SMG



- www.shh.at Betreuung und Behandlung von Süchtigen, §39 SMG
- <http://www.wienkav.at/kav/ows> Wiener Krankenanstaltenverbund (Otto Wagner Spital)
Traumatherapie-Anbieter
- www.hemayat.org Traumatherapie: Der gemeinnützige Verein wurde 1994 gegründet und hat sich in Wien für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Beratung von Folter- und Kriegsüberlebenden etabliert.
- www.esra.at Traumakompetenz-Zentrum (Wien)
Speziell für AusländerInnen, Flüchtlinge, AsylbewerberInnen
- www.integrationshaus.at Anlaufstelle für MigrantInnen, Wohnen, Rechtsberatung, Bildung & Sprachkurse, Grundversorgung für AsylbewerberInnen,...)
- www.caritas-wien.at Asylzentrum Mariannengasse: Grundversorgung, Wohnen, Rechtsberatung, Integration für MigrantInnen und AsylbewerberInnen
- www.diakonie.at Evangelischer Flüchtlingsdienst Österreich
- www.w.rotekreuz.at
- www.kolping.at/umako Beratungsstelle für AsylwerberInnen, Rechts- und Wohnungsberatung, Sprachkurse, Vermittlung an med., soz., therapeutische Einrichtungen, Behördenbegleitung, Gender-Problematiken (Gewalt.), Krisenintervention
- www.fraubock.at Flüchtlingsprojekt, Rechtsberatung, Wohnen, Sprach – und Alphabetisierungskurse
- www.volkshilfe-wien.at Flüchtlingsberatung und –betreuung
- <http://www.freiwilligenweb.at/index.php?id=CH0521&organisation=14> oder www.labournetaustria.at/ahda.htm --> AHDA Assoziation for human rights and democracy in africa
- www.asyl-in-not.org Unterstützungskomitee für politisch verfolgte AusländerInnen
- <http://www.deserteursberatung.at> Deserteurs und Flüchtlingsberatung Wien
- www.migrant.at Beratungszentrum für MigrantInnen
- www.peregrina.at Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für ImmigrantInnen (Generationskonflikte, Krisensituationen, psychosomatische und psychische Beschwerden, ...)

Best Practice Beispiele

www.fairundsensibel.at Kooperation von Polizei und AfrikanerInnen in Österreich: Polizisten und Polizistinnen, ÖsterreicherInnen afrikanischer Herkunft, AfrikanerInnen der 2. Generation, StudentInnen und Asylwerber arbeiten gemeinsam am Abbau von gegenseitigen Vorurteilen. Die Schwerpunkte der Arbeit sind Beratungs- und Informationsstelle, Aus- und Weiterbildung der Exekutive und der Justiz, kulturelle und sportliche Veranstaltungen, Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit, Hilfe vor Ort

www.sozialmarie.org : SBS – Small Business Starter der Justizanstalt Suben (Oberösterreich): Eine Gruppe von zehn Strafgefangenen aus Schwarzafrika, die nach der Haft das Bundesgebiet verlassen müssen, erwerben während zehn Monaten in fünf anstaltseigenen Handwerksbetrieben praktische Fähigkeiten mit anschließender Weiterbeschäftigung im favorisierten Handwerk. Zusätzlich erlernen sie Theorie in Deutsch, Staatsbürgerkunde, wirtschaftlichem Rechnen, EDV. Damit sollen sie in ihren Herkunftsländern auf einer guten qualifikatorischen Basis ihren Lebensunterhalt bestreiten können, z. B indem sie in Eigenregie ein kleines Business aufbauen.

www.integrationavp.de: Der Verein AVP e.V. aus Düsseldorf, Deutschland setzt sich für die Integration russischsprachiger Jugendlicher ein. In dem Kontext wird auch ein Projekt in Kooperation mit der JVA Düsseldorf durchgeführt. Im Rahmen dieser Kooperation werden u.a. Schulungsmaßnahmen für die Bediensteten durch den AVP-Verein durchgeführt. Ziel dieser Arbeit ist es, die Vollzugsbeamten mit den kulturellen Hintergründen der russischsprachigen Inhaftierten vertraut zu machen und ihnen somit bessere Handlungsmöglichkeiten für die Arbeit und die Kommunikation mit den Gefangenen an die Hand zu geben. Weiterhin gib es Gruppenangebote für russischsprachige Inhaftierte und Resozialisierungsprogramme für entlassene Gefangene.



Betriebliche Gesundheitsförderung – Bedienstete im Mittelpunkt

Dieter Eilers und Kathleen Schwarz





Betriebliche Gesundheitsförderung – Bedienstete im Mittelpunkt

Dieter Eilers und Kathleen Schwarz

1. Entwicklungen in der JVA Bremen.

1.1 Sanierung der Justizvollzugsanstalt Bremen.

Die JVA Bremen mit ihren beiden Standorten in Bremen-Oslebshausen (667 Haftplätze) und Bremerhaven (102 Haftplätze) umfasst sämtliche Haftarten über die Erwachsenenstrafhaft für Männer und Frauen, den Jugendvollzug, die Untersuchungshaft bis hin zum Offenen Vollzug.

Über eine Jahrzehnte lang dauernde Planungsphase wurde nun 2008 die Sanierung der JVA Bremen, bei laufendem Betrieb, vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. Der Sanierungstau (Volumen der Gesamtsanierung liegt bei 50 Mio. €) soll nun sukzessiv anhand einer Prioritätenliste beseitigt werden. Dem Modernisierungskonzept liegt dabei ein Zeitraum von zehn Jahren zu Grunde, in dem die Arbeiten durchgeführt und finanziert werden. In wieweit sich die aus den einzelnen Maßnahmen ergebenden vielfältigen psychischen und physischen Belastungen auf die im Arbeitsprozess betroffenen Menschen auswirken können, und welche präventiven Maßnahmen ergriffen werden müssen ergeben sich aus der zu erstellenden Gefährdungsanalyse gemäß dem Arbeitsschutzgesetz.

Das Sanierungskonzept basiert auf drei Kernelementen:

1. Modernisierung der Infrastruktur: Die 1874/1913 erbaute Anstalt erhält eine moderne Infrastruktur mit einem Zentralgebäude, das alle wesentlichen Funktionen wie die zentrale Pforte, Besucherräume, Sicherheitszentrale, Verwaltung, Sozialräume, Transportabteilung bündelt: alles in einem Gebäude. Das bedeutet kurze Wege und effektive Arbeitsabläufe. Auch werden alle baulichen und technischen Anlagen am Standort grundlegend modernisiert.
2. Verbesserung der Haftbedingungen: Die Hafträume werden umgebaut. Hier durch werden die Mindestanforderungen der Rechtsprechung an eine Menschenwürdige Unterbringung der Gefangenen erfüllt.
3. Erhöhung der Sicherheit: Die Sicherheit der Anstalt wird durch einen detektierten (überwachten) Innenzaun und andere Maßnahmen

dem bundesweiten Standard angepasst.

1.2 Fehlzeiten und Kosten

Fehlzeiten sind für die JVA ein heikles Thema, weil oftmals Leitungs- und Arbeitnehmerinteressen aufeinander treffen. Die Höhe der Fehlzeiten von durchschnittlich 15 % im Vollzugsdienst hat unbestritten bedeutende Auswirkungen auf die Prozessabläufe der JVA und ihrem Arbeitsauftrag der Resozialisierung von Delinquenten. Aufgrund dieser Prämisse wurde 1998 die Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung in der JVA Bremen“ eingerichtet. So können die vielfältigen betrieblichen Ursachen von physischen und psychischen Erkrankungen aufgedeckt und proaktive Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden, um erhöhter Abwesenheitshäufigkeit und -dauer entgegen zu wirken.

Aus den Fehlzeiten ergeben sich für die JVA direkte Kosten infolge von Entgeltfortzahlungen und indirekte Kosten wie Dienstleistungsausfall, Überstunden der gesunden Belegschaft, Aufnahme von Ersatzarbeitskräften und ähnlichem.

1.3 Wertschöpfungsnetzwerk (siehe Abbildung 1)

„Das mag in großen Betrieben machbar sein, aber bei uns in der JV geht das nicht“, ist ein gängiger Einwand vieler Bediensteter im Justizvollzug, wenn es um innovative Strategien der Arbeitsgestaltung, der Organisation und Dienststellenführung geht. Ein Netzwerk von Menschen für Menschen bedeutet, dass bei unserer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Arbeitssysteme alle Akteure einschließlich der Insassen mit berücksichtigt bzw. beteiligt werden müssen, um in den Prozessabläufen auf den Menschen einwirkende psychische und physische Fehlbelastungen zu erkennen und abzustellen.

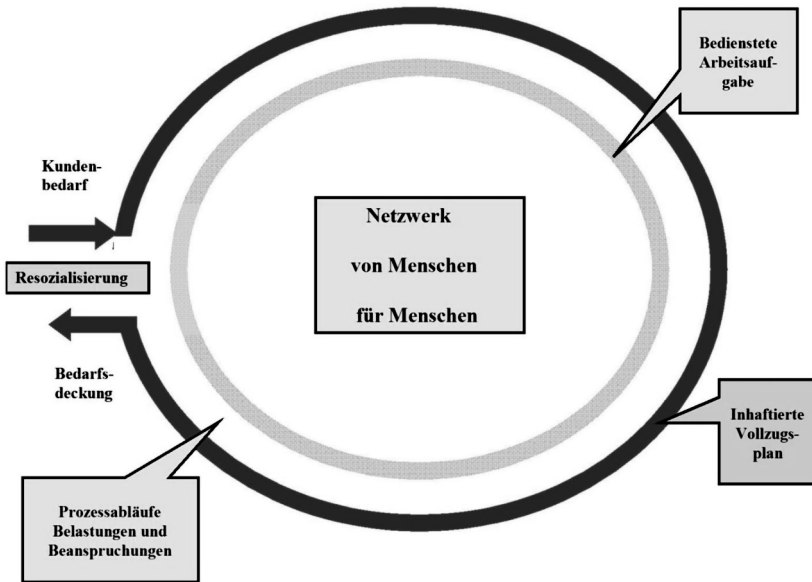


Abbildung 1: Wertschöpfungsnetzwerk

1.4 Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung

Am Anfang des Prozesses stand bei uns die Diagnose. Es galt, eine Bestandsaufnahme bzgl. der betrieblichen Belastungen und Gefährdungen sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen anzufertigen. In der Phase der Planung haben wir ausgehend von den Ereignissen Ziele formuliert und Maßnahmen geplant. Bei der Durchführung und Evaluation dieser Maßnahmen ist uns die Einbeziehung der Zielgruppen wichtig. Dies kann z. B. durch die Gründung eines Gesundheitszirkels erfolgen, auf diese Weise können Bedienstete direkt in die Ausgestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen einbezogen werden.

Da die Gesundheitsförderung ein kontinuierlicher Prozess ist, in dem Maßnahmen immer wieder auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen, ist es wichtig, das Thema dauer-

haft als Arbeitsschwerpunkt zu etablieren. Denn nur so kann eine menschengerechte Gestaltung von Arbeit langfristig sichergestellt werden.

Im folgenden habe ich auszugsweise einzelne Schritte aufgeführt (siehe Abbildung 2):

⇒ Lenkungsgruppe / Die AG-Gesundheitsförderung wird regelmäßig über die Fortschritte in den Projekten informiert, beschließt weitere Maßnahmen und berichtet der Anstaltsleitung über das Projekt.

⇒ Konkretisierung von Globalen Projektzielen und Messgrößen

- Zielvereinbarungen
- Woran merken wir, dass wir das Ziel erreicht haben?
- Messgrößen

⇒ Mitarbeiterbefragung 1999 und Mitarbeiter- Inhaftiertenbefragung 2007/ Der Fragebogen war passgenau auf unsere spezifischen Bedürfnisse abgestimmt.

⇒ Gesundheitszirkel / nutzt das Expertenwissen der Bediensteten im Sinne einer lernenden Organisation.

⇒ Prioritätenliste / To-Do-Liste für die zu erledigenden Arbeitsaufgaben.

⇒ Stimmungsbarometer / definieren treffend die wesentlichen Zielsetzungen einer Mitarbeiterumfrage.

⇒ Gesundheitstag / Ideen für mehr Motivation, Fitness und Gesundheit.

⇒ Öffentlichkeitsarbeit / Präsentation der Ergebnisse.

⇒ Evaluation / Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen werden ausgewertet und dokumentiert, um anschließend die weiteren notwendigen Schritte abzuleiten.

⇒ Erfolgskriterium / Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen.

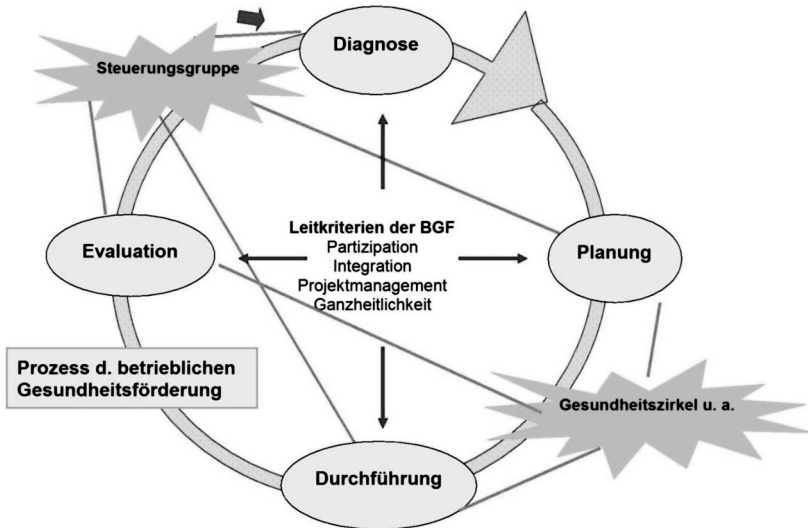


Abbildung 2: Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung

Erfolgreiches Lernen bedeutet für uns nicht nachmachen oder kopieren, sondern kopieren und eine betriebspezifische Umsetzung erarbeiten. Deshalb haben wir nachfolgende Umfrage und Fachtagung durchgeführt.

1.5 Branchenbezogener Vergleich einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungs politik

2006 / 2007 haben wir eine weitere bundesweite Erhebung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement durchgeführt. Alle Länder haben sich dankenswerterweise an der Umfrage beteiligt, so dass wir Allen mit der Auswertung einen Überblick über die Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsprävention geben konnten.

Unter anderem wurde mit dieser Umfrage festgestellt, dass das Thema psychische Belastungen in den bisher durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen nicht **oder zu wenig**

Berücksichtigung findet. Der Widerstand gegen die Beschäftigung mit dem Thema "psychische Belastungen" ist nach wie vor sehr hoch. Das liegt sicherlich zum einen daran, dass die Auseinandersetzung mit diesem Thema keinem der Akteure so richtig liegt, zum anderen aber auch, dass die isolierte Betrachtung der psychischen Belastungen als nicht ernst zu nehmendes Thema eingestuft bzw. als Modethema abgetan wird.

Fazit: Dringender Handlungsbedarf ist gegeben.

1.6 Fachtagung Gesundheitsförderung im Justizvollzug

"Veränderungsprozesse gestalten statt sie nur zu verkraften" November 2007 in Bremen

Das Themenspektrum der Fachtagung umfasste für die Prävention relevante Aspekte der Umsetzung, Fragestellungen und Fragen zum Arbeitsschutz- und Gesundheitsschutzmanagement für Bedienstete und Inhaftierte. Es hat sich gezeigt, dass für die komplexen Aufgaben einer JVA, die sich u.a. aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern ergeben, ein erheblicher Gesprächs- und Beratungsbedarf besteht, damit auch die Prävention / die Re-sozialisierung im Spannungsfeld der Finanzierungssysteme zukünftig gesichert sind.

Es ist wünschenswert einen länderübergreifenden Vergleich (Benchmarking) über die Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens in Justizvollzugsanstalten für Bedienstete und Inhaftierte durchführen zu können. Diese Thematik sollte vom Strafvollzugausschuss der Länder aufgegriffen und diskutiert werden. Unter Einbeziehung der Arbeitsschutzakteure in einer Arbeitsgruppe der 16 Bundesländer sollte ein Konzept für eine vergleichbare Gesundheitsberichterstattung erarbeitet und umgesetzt werden.

1.7 Gesundheit, Familie und Beruf (siehe Abbildung 3)

Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. sowie Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung haben in der JVA Bremen an Bedeutung gewonnen. Beide Maßnahmen sollen sich ergänzen bzw. werden als Handlungen zusammengeführt.

Im Sinne eines modernen ganzheitlichen Gesundheitsschutzes wollen wir deshalb Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen anstelle von Nachsorge zu betreiben. Statt Bedienstete aus dem Vollzugsdienst zu drängen, wird angestrebt Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass eine Teilhabe am Berufsleben mit familienfreundlichen Maßnahmen



möglich ist. Zu den familienfreundlichen Maßnahmen zählen bei uns unter anderem Handlungsfelder wie Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Arbeitsort, Informations- und Kommunikationspolitik, Personalentwicklung, Führungskompetenz und Service für Familien.

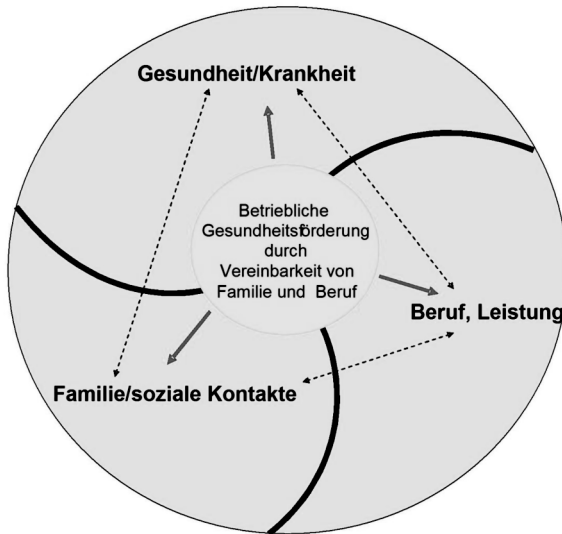


Abbildung 3: Vereinbarkeit von Gesundheit, Familie und Beruf

1.8 Projektmanagement Justizvollzugsanstalt Bremen

Um die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erreichen bekamen wir aufgrund einer durchgeführten Open Space Veranstaltung 2008 weitere Unterstützung.

Open Space hat uns gezeigt, dass die Bediensteten eine Menge toller Ideen haben, die in den kommenden zwei Jahren auf Inhalt und Umsetzbarkeit überprüft werden. Uns ist dabei bewusst, dass nicht alles und gleich sofort geschehen kann. Insofern haben wir folgende Projektthemen nach thematisierten Schwerpunkten ausgewählt: Vollzugliches Qualitätsmanagement; Zukunft der Betriebe der Justizvollzugsanstalt Bremen; Personalführung und -begleitung zur Entwicklung eines humanen Strafvollzuges für Mitarbeiter und Gefangene; Verbesserung der Information und Kommunikation in der JVA Bremen; Infrastrukturelle Anpassung des Jugendvollzuges gem. BremJStVollzG; Personalbedarfskonzept für die JVA Bremen und Erste Hilfe-Sofortmaßnahmen.

1.9 Handlungsfeld Verhaltensprävention

Ein ganzheitliches ausgerichtetes betriebliches Gesundheitsmanagement, in dem auch die Schnittstellen von Beruf und Privatleben sowie Fragen der Arbeitsorganisation eine Rolle spielen, verbessert die Risikoprävention und kommt weiblichen und männlichen Bediensteten sowie Inhaftierten zugute.

NAIKAN Versöhnung mit sich selbst

Mitmenschen und die Realität zu verändern ist schwierig. Einfacher aber ist die Veränderung unserer Sicht der Dinge! Der durch Naikan veränderte Blickwinkel versöhnt mit der eigenen Vergangenheit und löst erstarrte Denk- und Verhaltensmuster auf. Einsichten und Erkenntnisse im Rückblick auf siebentägige Naikan-Schweigeseminar lauten:

„Ich wurde mir meiner eigenen Verantwortung bewusst“;
„Ich konnte mich aus der Lethargie meiner Opferrolle lösen“;
„Ich wurde vom Leben viel reicher beschenkt als ich dachte“.

Erfahrungsgemäß wirkt sich die Naikanübung nachhaltig hilfreich auf das Privat- und Berufsleben aus, vor allem bei der Bewältigung von Lebensrisiken und alltäglichen Konfliktsituationen.

In Kooperation mit Niedersachsen führen wir Naikanseminare für Inhaftierte durch. Die Teilnahme ist auf freiwilliger Basis.

Die BetreuungsbeamtInnen waren über die positiven Verhaltensänderungen der Seminarteilnehmer überrascht und angetan. Diese Erkenntnisse werden sich nachhaltig auf den Umgang miteinander auswirken und somit zur Stressvermeidung beitragen.

1.10 Ereignisanalyse (siehe Abbildung 4)

Mit Hilfe von Ereignisanalysen ist eine breite Sensibilisierung der Bediensteten für Gesundheit, Familie und Beruf möglich. Sie erhöht deutlich das Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein der Bediensteten. Gleichzeitig trägt sie zu einer Teamkultur bei, in welcher die Bediensteten Verantwortung für die (Arbeits-)Sicherheit und die Gesundheit der Kollegen übernehmen.



Die Methode ist wenig zeitaufwendig und trotzdem effektiv. Bedienstete beobachten, nennen und bearbeiten selbst kritische Ereignisse und lernen aus ihnen. Dies erhöht die Sensibilität für Gefährdungen, die Bereitschaft aus ihnen zu lernen und gefährliche Vorgehensweisen zu revidieren. Dies erhöht die Akzeptanz für die Schaffung gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebenswelten.

Voraussetzung für eine gesundheitsfördernde Unternehmenskultur ist jedoch das Vertrauen der Bediensteten in Management und Führungskräfte, dass kritische Ereignisse angesprochen werden können, ohne dass dafür Nachteile in Kauf genommen werden müssen. Alles hängt daher davon ab, dass es Führungskräften gelingt, ein Klima zu schaffen, in welchem Bedienstete Fehler offen ansprechen bzw. sich zu ihnen bekennen können. Wesentlich ist, dass es gelingt, die Frage „Was können wir daraus lernen?“ in den Vordergrund zu stellen und nicht danach fragen: „Wer war schuld?“.

Prozess: Von der Beobachtung zur Analyse und anschließenden Maßnahme

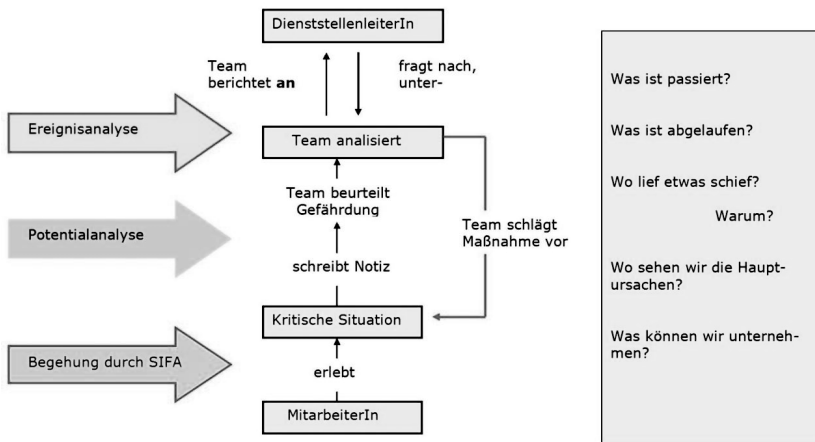


Abbildung 4: Prozess: Von der Beobachtung zur Analyse und anschließenden Maßnahme

Fazit:

Der Nutzen aus einer Investition in gesunde Arbeitsbedingungen ergibt sich für die JVA einerseits aus der Steigerung der Arbeitsproduktivität, andererseits aus der Erhöhung des Arbeitsvolumens infolge einer Verringerung der Fehlzeiten.

2. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus dem Jahresbericht des Ombudsmann aus Nordrhein – Westfalen 2008/2009

Der Ombudsmann, Rolf Söhnchen, für den Justizvollzug und sein Team aus Nordrhein – Westfalen unterstützen die Bediensteten, Gefangenen und die Angehörigen, wenn bestehende Probleme innerhalb der Anstalt nicht gelöst werden können, (http://www.justiz.nrw.de/BS/rechta_z/O/ombudsmann_justizvollzug/index.php, 3.10.2009). In diesem Zusammenhang wird seit 2008 ein Jahresbericht veröffentlicht, in denen besonders auf die Anliegen des Personals und der Gefangenen eingegangen wird. Der hohe Krankenstand in den Anstalten der JVA in NRW ist das Thema das insgesamt am häufigsten angesprochen wurde. Dafür soll insbesondere das schlechte Betriebsklima verantwortlich sein, welches sich negativ auf das Wohlbefinden des Bediensteten auswirkt (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S.). Das schlechte Betriebsklima war u.a. ein Resultat aus dem „zu laschen Umgang mit Kollegen“, weil einige ständig krank sind bzw. die Atteste von „anstaaltsfernen“ Amtsärzten ausstellen lassen um z.B. an Feiertagen frei zu haben.

Aus diesem Bericht geht hervor, dass das Personal vor allem über den belastenden hohen bürokratischen bzw. dokumentarische Aufwand „bei der Dokumentation der Verträglichkeitsprüfung“. Wäre dieser Katalog weniger ausführlich, könnte die dafür aufgewendete Arbeitskraft anderswo genutzt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt in dem Bericht war die unflexible Dienstplangestaltung. Problematisch dabei ist, dass Urlaubswünschen so nicht entsprochen werden konnte. Die Bediensteten handelten darauf mit „spontanen Erkrankungen auch Protesterkrankungen“ genannt Eine zusätzliche Belastung stellte im letzten Jahr die ständige Abrufbereitschaft an freien Tagen, die eine weitere Belastung darstellte. Um dem zu entgegen zu wirken erkrankt man, damit es nicht auffällt, gleich mehrere Tage (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 14).

Einige männliche Bedienstete äußerten Bedenken gegen die Einstellung von weiblichen Kolleginnen. Die Bedenken richteten sich nicht gegen die Kompetenzen bzw. Qualifikationen, sondern gegen die begrenzte Einsatzfähigkeit, die insbesondere aus einem Erlass resultieren, in dem es dem weiblichen Personal verboten wird, „männliche Gefangene mit elektronischen Hilfsmitteln zu durchsuchen“. Dadurch gestaltet sich auch die Dienstplangestaltung schwierig (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 15).

Die schlechte Beförderungssituation in den Anstalten aufgrund der hohen Zahl von Beamten im mittleren Alter wurde häufig als Anliegen genannt. Ein anderes Thema in den Gesprächen mit den Bediensteten war Mobbing durch die KollegInnen und VorgesetztenInnen (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 16).



Eine/n dauerhafte/n und kompetente/n Ansprechpartner/in im Justizministerium, der/die sich mit den Belangen der Anstalt auseinandersetzt wird von einigen Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleitern gefordert. Der ständige Wechsel der Sachbearbeiter macht dies nicht möglich (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 16).

Zu den Hauptanliegen der Gefangenen an den Ombudsmann und sein Team gehörten die „menschenunwürdigen Umstände der Unterbringung“, „Klagen über physische und/oder psychische Gewalt“, „geringe Inanspruchnahme durch jugendliche oder heranwachsende Gefangene“, „Probleme mit Bediensteten“, „mangelhafte ärztliche Versorgung“, „zu wenige Lockerungen/Urlaub“, „zu wenige Arbeitsplätze“, „der Gefangene begehrt Aushändigung eines Gegenstandes“, „Anträge werden nicht bearbeitet/ keine schriftlichen Bescheide“, „Verlegung in den offenen Vollzug“, „unlässig geöffnete und nicht weitergeleitete Post“, „zu geringe Berufsfrequenzen“, „zu wenig Freizeitveranstaltungen“, „unzureichende Therapieangebote“ und „die Verlegung in eine andere JVA“ (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein-Westfalen 2009, S. 19f).

Ein weiteres Problem stellte für viele Inhaftierte in einigen Anstalten der Umstand dar, von anderen Gefangenen die gebrauchte Wäsche und Kleidung tragen zu müssen. Aus diesem Grund verlangen die Betroffenen nach persönlicher Wäsche (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 18).

Weiter wurde bemängelt, dass sich die Anstaltsleiterin/ bzw. der Anstaltsleiter von den Belangen der Inhaftierten nichts wissen wollen, da Wünsche nach persönlichen Gesprächen seitens der Gefangenen nicht entsprochen wird (Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009, S. 17).

3. Diskussionsgegenstand zur betrieblichen Gesundheitsförderung

- Geeignete Einstellungskriterien müssen für die Dienstanfänger formuliert werden, damit im Allgemeinen eine dauerhafte Verbesserung der Motivation und Arbeitsmoral gesichert werden kann. Hierzu könnte folgendes beitragen:
 - dieser Beruf darf nicht dritte oder vierte Wahl sein
 - Einfühlungsvermögen, gerne mit Menschen arbeiten
 - Längeres Praktikum in einer JVA mit Eignungsbeurteilung aus der Praxis
 - ständige Betreuung in den ersten Berufsjahren durch einen Tutor
 - Probezeit deutlich verlängern
 - Der Qualifikation entsprechende Tätigkeiten, um Über- oder Unterforderung entgegen zu wirken
 - Konzentration besonders auf motivierte Bedienstete

- Betriebsärzte anstelle von Amtsärzten einsetzen um die „Drückebergkultur“, z.B. an Feiertagen einzudämmen
- Fortbildungskurse für die Führungskräfte zum Thema Führungs- und Sozialkompetenz, Mitarbeitermotivation und Kommunikation, Personalführung
- Fortbildungskurse für die Mitarbeiter zum Thema Sozialkompetenz und Kommunikation
- Supervision für Führungskräfte und Mitarbeiter
- Feedback der Führungskräfte für ihre Mitarbeiter
- Qualitätssicherung der Zielvereinbarung und bei deren Umsetzung
- Seminare zum Thema Stressbewältigung am Arbeitsplatz und gesundes Verhalten am Arbeitsplatz, Verbesserung des Betriebsklimas, der Arbeitsorganisation und der Kritikfähigkeit
- Angebote zum Stressabbau: Sport- und Bewegungsangebote, Rückenschule, Entspannungs- und Konflikttraining, Massagen
- Die Ernennung von Vertrauenspersonen (auch extern) um bestehende Probleme zu besprechen, sowie die Schaffung offener Diskussionsrunden an der alle fachlichen Ebenen beteiligt sind
- Selbstverteidigung ohne Anwendung von Waffen, Kriseninterventionstraining, Seminare zu Gewalt- und Konfliktlösung bzw. verbales Deeskalationstraining
- Psychosoziale Beratungsangebote
- Ständige Anwendung und Kontrolle der Arbeitsschutzmaßnahmen
- Suchtbewältigungsseminare
- Austausch von Erfahrungen zu dieser Problematik mit anderen Justizvollzugsanstalten mit Orientierung an positiven gesundheitsfördernden Maßnahmen anderer Justizvollzugsanstalten
- Gesundheitsförderung muss eines der wichtigsten Anstaltsziele werden
- Erfassung der Krankenstände, insbesondere der Gründe für die arbeitsbedingten Fehltag

Literatur:

Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen 2009. (http://www.justiz.nrw.de/BS/rechta_z/O/ombudsmann_justizvollzug/index.php, 3.10.2009).

Schwarz, K., Stöver, H. 2010. Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug: Das Beispiel der Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen – Oslebshausen. BIS-Verlag, Oldenburg.



Anhang
Konferenz-Evaluation:
Auswertung der Teilnehmer/innen - Fragebögen

Kathleen Schwarz





Anhang

Konferenz-Evaluation:

Auswertung der Teilnehmer/innen - Fragebögen

Kathleen Schwarz

Die „4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ fand vom 15. bis 17. April 2009 in Wien statt. Am Ende der Konferenz wurde ein Evaluationsbogen an die Teilnehmer/innen der Veranstaltung verteilt. Ziel der Evaluation war es, den Befragten die Möglichkeit zu geben, inhaltliche und organisatorische Aspekte der Konferenz zu beurteilen und persönliche Themenvorschläge und Anregungen für zukünftige Konferenzen zu äußern.

Die 21 Fragen des Evaluationsbogens behandeln folgende Themen:

1. Persönliche Angaben des Teilnehmers / der Teilnehmerin
2. Allgemeine Fragen
3. Inhaltliche Aspekte der Konferenz
4. Organisatorische Aspekte der Konferenz
5. Fragen zu Folgeveranstaltungen.

18 der insgesamt 21 dargestellten Fragen beziehen sich auf geschlossene Antwortkategorien. Die verbleibenden drei sind offene Fragen. Mit Hilfe einer Ratingskala, die von 0 % (sehr schlecht) bis 100 % (sehr gut) reicht, sollen die inhaltlichen und organisatorischen Aspekte der geschlossenen Antwortkategorien dargestellt werden.

An der Konferenz nahmen insgesamt 121 Teilnehmer/innen und 22 Referenten/innen teil (zusammen 143). Die Beteiligung an der Befragung lag insgesamt bei 52,48% (n=74). Davon waren 47,3 % Männer und 52,7% Frauen. Das durchschnittliche Lebensalter lag bei 45 Jahren (Min=22, Max=80).

41,1% der Befragten kamen aus Deutschland, 50,7% der TeilnehmerInnen stammten aus Österreich, 5,5% wohnten in der Schweiz und 2,7% in einem anderen, als der angegebenen Länder.

Mit 27,5% waren Ärzte/Ärztinnen und SozialarbeiterInnen als Berufsgruppe am häufigsten vertreten. 17,6% kamen aus dem Bereich der Krankenpflege und 10,8% gaben an einen anderen als der vorgegebenen Berufe auszuüben (ApothekerIn, Elternverband, Bewährungs- und Haftentlassenenhilfe, Kriminologe/in).

Insgesamt 8,1% waren als Justizvollzugsbeamte/in und 6,8% als Psychologe/in beschäf-

tigt, 2,7% arbeiteten in der Anstaltsleitung JVA. 1,4% der Befragten waren Juristen und Verwaltungsangestellte.

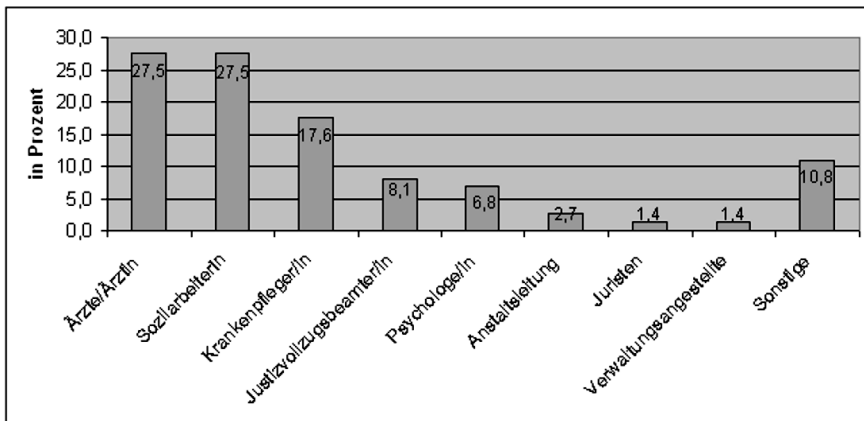


Abb. 1: Berufsgruppe der Teilnehmer/innen

Von den Teilnehmer/innen kamen 57,5% aus dem Justizvollzug und 17,8% aus einer im Fragebogen nicht angegebenen Institution. 6,8% waren an einer Universität und bei der Aids-Hilfe angestellt. Im Ministerium sind 4,1% der Befragten beschäftigt und 2,7% in einer Behörde. Weitere 2,7% sind im Krankenhaus und 1,4% in einer Selbsthilfeorganisation tätig.

Von der Konferenz haben 50,7% aufgrund einer persönlichen Einladung erfahren. 16,4% der Teilnehmer/innen sind durch eine Email, 13,7% wurden von den Kollegen/innen und 12,3% durch den Flyer auf die Veranstaltung aufmerksam. Mit Hilfe des Internetauftritts haben 2,7% von der Konferenz gelesen und 4,1% nannten einen anderen Grund.

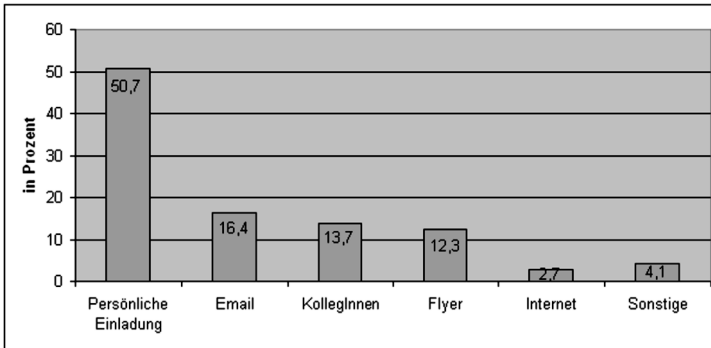


Abb. 2: Angaben der Befragten, wie Sie von der Konferenz erfahren haben

Die Teilnahme der Befragten an den drei Konferenztagen ergibt sich wie folgt. Am Mittwoch, dem 15. April 2009 nahmen insgesamt 47,3% der Befragten am Vorprogramm der Konferenz, d.h. Besuche von Institutionen und/oder Diskussion im Schweizerhaus teil. Im Vorfeld konnte man sich für die Exkursionen in eine JVA in Bratislava/Slowakei und drei Gefängnisse in Österreich anmelden. Am Donnerstag, dem 16. April 2009, und am Freitag, dem 17. April 2009, gaben jeweils 98,6 % an, an den Plenarvorträgen und Arbeitsgruppen teilgenommen zu haben (siehe Abb. 1).

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.

Die Gesamtbeurteilung dieser Konferenz (siehe Tab. 1) fällt mit einem Gesamturteil von 83,2% sehr positiv aus. Besonders gefallen hat den Befragten die Exkursion in das Gefängnis nach Bratislava mit 94,4%. Der Besuch der JVA'n in Wien wurde mit 83,0% bewertet. Die TeilnehmerInnen gaben den Arbeitsgruppen 71,8%, den Podiumsdiskussionen 74,6% und der Fishbowl – Veranstaltung 74,9%. Der (persönliche) berufliche Nutzen der Konferenzinhalte wurde mit 72,2% und die Praxisrelevanz mit einer Häufigkeit von 74,6% beurteilt. Die Themen der Konferenz haben die Befragten mit 82,2% positiv gewertet, genau wie die Aktualität der Themen mit einem Mittelwert von 82,3%. Die TeilnehmerInnen befanden die Programmorganisation mit 82,9% als gut, ebenso wie die Lern- und Arbeitsatmosphäre mit 82,5%. Die Zufriedenheit der Befragten mit der Teilnehmerbetreuung lag bei 81% und mit der Auswahl der Referenten und Referentinnen 81,9%. Die Einhal-

tung des Zeitrahmens haben die Befragten mit 83,4% bewertet.

Tab. 1: Bewertung der inhaltlichen und organisatorischen Konferenzaspekte

| Inhaltliche organisatorische Aspekte | und | Mittelwert | Min (%) | Max (%) | n (74) |
|---|------------|-------------------|----------------|----------------|---------------|
| Themen der Konferenz | | 82,2 | 50 | 100 | 72 |
| Aktualität der Themen | | 82,3 | 50 | 100 | 71 |
| Exkursion nach Wien | | 83,0 | 20 | 100 | 20 |
| Exkursion nach Bratislava | | 94,4 | 80 | 100 | 9 |
| Plenumsvorträge | | 83,8 | 40 | 100 | 69 |
| Arbeitsgruppen | | 71,8 | 20 | 100 | 65 |
| Podiumsdiskussion | | 74,6 | 20 | 100 | 50 |
| Fishbowl-Veranstaltung | | 74,9 | 10 | 100 | 45 |
| Programmorganisation | | 82,9 | 20 | 100 | 73 |
| Teilnehmerbetreuung | | 81,0 | 20 | 100 | 71 |
| Auswahl der Referenten/innen | | 81,9 | 40 | 100 | 70 |
| Diskussion | | 74,5 | 20 | 100 | 66 |
| Lern- und Arbeitsatmosphäre | | 82,5 | 40 | 100 | 71 |
| Zeitrahmen | | 83,4 | 40 | 100 | 74 |
| Beruflicher Nutzen | | 72,2 | 10 | 100 | 73 |
| Praxisrelevanz | | 74,6 | 20 | 100 | 71 |
| Gesamtbeurteilung Konferenz | der | 83,2 | 30 | 100 | 72 |

Abschließend konnten die Teilnehmer/innen für die kommende Konferenz Themenwünsche bzw. Anregungen und Kommentare äußern, diese werden im folgenden vorgestellt (n=45).

Themenwünsche:

- Traumatherapie (Mehrfachnennung)
- Ausbildung, Fortbildung, Training von Justizvollzugsbeamten und Fachdiensten; Informations- und Education-Tools für Gefangene; Evaluation von Trainings.
- Auswirkungen der Privatisierung auf den Strafvollzug
- Betreuung von Ausländern/ und Jugendlichen (Mehrfachnennung) in Haft
- Gewalt unter Insassen
- Frauen in Haft
- Umgang mit Sucht
- Ausbildungsmodule für Bedienstete im Vollzug
- Group Council; Sport - Einfluss auf die Gesundheit



Anregungen, Wünsche, Kommentare (n=30)

- Stress/Vulnerabilität, Delinquenz
- Freizeitmöglichkeiten bzw. Sport als Gesundheitsaspekt
- Personalplanung im Vollzug
- Substitutionsmissbrauch (Mehrfachnennung)
- Drogen im Alltag und im Berufsleben
- Arzneimittelmisbrauch von Inhaftierten und Personal
- Betreuung nach der Haft
- Prävention für Bedienstete und Ärzte
- Professionalisierung und Vernetzung von Gesundheitsdiensten und der Justiz
- Krankenpflege im Vollzug
- Die tickende Zeitbombe: MDR-TA, XDR-TB müssen thematisiert werden
- Sexualität in Haft (Zwangshomosexualität?) (Mehrfachnennung)
- Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf den Justizvollzug
- Aufstellen von Qualitätsstandards
- Langzeitpflege in Haft, Geriatrie.

Anregungen, Wünsche, Kommentare (n=30):

- Super Sache, diese Konferenz (Mehrfachnennung).
- Einbeziehung von Politikern – nicht nur bei der Begrüßung (Mehrfachnennung).
- Weniger Suchtthemen, mehr internationale Referenten, die nicht aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz kommen
- Einladung von Pflegepersonal, Apothekern und anderen ‚Versorgern‘ im Vollzug (Mehrfachnennung)
- Erstellung von Leitlinien für den Umgang mit Arzneimitteln
- Nicht nur Darstellung lokaler Situationen sondern Entwicklung von Empfehlungen und Leitlinien als Grundlagen zur Durchsetzung von Programmen und Therapien in Haftanstalten
- Was machen wir mit den vorgestellten Lösungsansätzen?
- Mehr Zeit für Settings wie fishbowl
- Erfahrungen von Vollzugsbeamten mehr einbeziehen
- Die Konferenz in den Justizanstalten bekannter machen
- Einbeziehen von Inhaftierten, gegebenenfalls durch Video
- Bessere Vorstellung der Arbeitsergebnisse durch geeignete Protokollanten, und besseren bzw. mehr Medieneinsatz
- Einbeziehen weiterer europäischer Länder

- Vorstellung mehr positiver Beispiele
- automatische Einladung zum nächsten Kongress per Email gewünscht.

Neben den Anregungen und Kommentaren wurde auch Kritik geäußert. So gab es Kritik an der Größe der Arbeitsgruppen, an denen beim nächsten Mal nicht mehr als 20 Personen teilnehmen sollten und ggf. die Gruppen doppelt angeboten werden.

Desweiteren möchten einige Befragte die weniger einseitige Ausrichtung der Themen auf die Spritzentauschprogramme, mehr Praxisrelevanz der Themen und realitätsbezogene Inhalte. Der Plenarsaal war z.B. für Hörgeschädigte nicht behindertengerecht, es fehlte ein Mikrofon für die Teilnehmer/innen.

Für den (Wunsch-)Ort der nächsten Konferenz haben die Befragten, die sich für (n=52) Deutschland aussprachen insbesondere die Städte Bremen, Berlin, Hamburg, Frankfurt a.M. und München vorgeschlagen. Ebenso häufig wurde der Wunsch geäußert die 5. Konferenz in der Schweiz stattfinden zu lassen, hier z.B. in Genf, Bern und Zürich. Weitere Vorschläge waren London und Italien (n=52).



Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“





Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“

Auf der „4. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ (15.-17.4.2009 in Wien) haben über 150 Expertinnen und Experten aus der Praxis der Gesundheitsversorgung in deutschen, österreichischen und schweizerischen Gefängnissen und Gesundheitsdiensten in den Städten und Kommunen nach vorangegangener Diskussion eine Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ verabschiedet.

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 jährlich 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, indem sie Gesundheit als positiven Begriff und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit auffasst. 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, Gefangenen 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

5. 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 in 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

6. 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 sicher zustellen, dass die Umsetzung der Charta der Gesundheitsförderung effektiv und sinnvoll verläuft.



Verzeichnis der Referentinnen und Referenten





Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Dr. Barbara Bojack
Bezirkskrankenhaus JVA Butzbach
Kleebergerstr. 23,
D-35510 Butzbach
Tel.: +49 6033 893260
Barbara.Bojack@JVA-Butzbach.Justiz.hessen.de

DSA Sandra Diwoky
Leiterin der Betreuungsabteilung
Aids Hilfe Wien
Mariahilfer Gürtel 4
A - 1060 Wien
Tel.: 0043 1 595 3750-49
diwoky@aids.at
www.aids.at

Dieter Eilers / Arbeitsschutz
Butjadinger Straße 68,
D - 28197 Bremen
Dieter.Eilers@arbeitsschutz.bremen.de

Prof.Dr. Bernice Elger
Médecine légale CMU
9, av. de Champel
CH - 1211 Genève 4
Bernice.Elger@hcuge.ch

Dr. Patrick Frottier
Justizanstalt Wien Mittersteig
Mittersteig 25
A -1050 Wien
Tel.: +43 1 545 16 91/ Tel. ++43 0664 - 1232435
patrick.frottier@justiz.gv.at

Mag. Barbara Gegenhuber
SHH - Schweizer Haus Hadersdorf
Mauerbachstr. 34
A -1140 Wien
Tel. ++43 0676 408 69 98
b.gegenhuber@gmx.at

Christine Graebisch
Rechtsanwältin und Diplom-Kriminologin
Wiss. Mitarb.+ Lehrbeauftragte Universität Bremen ,
Bremer Institut für Kriminalpolitik, Universität Bremen –
FB Rechtswissenschaft
Postfach 330 440
D - 28 334 Bremen
Tel.: +49 421/ 218-7783, Fax: 0421/ 218-3494
graebisch@uni-bremen.de

Stefan Markus Giebel
Berliner Str. 46
D -34308 Bad Emstal
sgiebel@kfn.uni-hannover.de

Dietmar Hagen
EssensZeit - Agentur für gesundes Leben
Deisterstraße 37G
D -30449 Hannover
dietmar.hagen(at)essenszeit.com
info(at)essenszeit.com
www.essenszeit.com

Dr. Karlheinz Keppler MA
Medizinaldirektor
JVA für Frauen Vechta
An der Probstei 10
D - 49377 Vechta
Tel.: +49 4441 884 312
karlheinz.keppler@jva-vec.niedersachsen.de



Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Bärbel Knorr
Dipl.-Soz.-Päd., Dipl.-Gesundheits- und Sozialökonomin
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Referat: Drogen & Menschen in Haft
Wilhelmstrasse 138
D -10963 Berlin
Tel.: +49 30 690 087 45
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Dr. Maria.Kofler
Ärztin für Allgemeinmedizin
Verein Dialog
Hegelgasse 8/11
A-1010 Wien
Tel. +43 1 513 46 50 – 75, Tel.: +43 01 512 01 81
Maria.kofler@dialog-on.at
www.dialog-on.at

Dr. Marc Lehmann
Medizinaldirektor
Jugendanstalt Hameln, Fachbereich Medizin
Tündernsche Straße 50
D - 31789 Hameln
Tel.: +49 5151 904 409
Marc.Lehmann@ja-hm.niedersachsen.de

Dr. Wolfgang Neuwirth
Justizanstalt Wien Josefstadt
Wickenburggasse 18-20
A - 1080 Wien
wolfgang.neuwirth@justiz.gv.at

Dr.med. Martin Oberfeld
JVA Hövelhof
Robert-Koch-Platz 1
D - 33161 Hövelhof
info@moberfeld.de

Prof. Dr. Jörg Pont
Brachtgasse 20A,

A -1230 Vienna/Austria,
joerg.pont@meduniwien.ac.at

Marianne Rademacher
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstr. 138
D - 10963 Berlin
Tel: +49 30 690 087
marianne.rademacher@dah.aidshilfe.de

Dr. Mag. Eva Resinger
Justizanstalt Wien Josefstadt
Wickenburggasse 18 - 20
A - 1080 Wien
Tel.: +43 1 404 03 3361
eva_resinger@chello.at

Rolf Söhnchen
Der Ombudsmann für den Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen
Eiland 2
D - 42103 Wuppertal
Tel.: +49 202-498-8155
Rolf.Soehnchen@ombudsmann-justizvollzug.nrw.de
<http://www.ombudsmann-justizvollzug.nrw.de/>

Mag. Harald Spirig
Geschäftsführer
Evangelisches Haus Hadersdorf – Wobes, Medizinische,
Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits-
und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH
Mauerbachstr. 34
A -1140 Wien
Tel.: +43 1 979 10 83 – 21
harald.spirig@shh.at

Prof. Dr. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt
Fachber. 4, Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
D - 60318 Frankfurt



Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Tel.: +49 69/1533-2823, mobil: 0162 133 4533
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de
www.archido.de

Marit Weihen
Dipl.Soz.Päd.(FH)
Justizanstalt Wien-Simmering, Sozialer Dienst
Kaiserebersdorferstr.297
A - 1110 Wien
Tel.:+43 1/769 69 19 - 245
marit.weihen@justiz.gv.at

Dr. Wolfgang Werdenich
Psychologe und Psychotherapeut
Therapeutischer Leiter des SHH
SHH - Schweizer Haus Hadersdorf
Mauerbachstr. 34
A -1140 Wien
Tel.: +43 1 979 10 83
Wolfgang.werdenich@ssh.at

Dr. Hans Wolff
Médecin adjoint
Unité de médecine pénitentiaire (UMP), Centre médical universitaire
Av. de Champel 9
CH - 1211 Genève 4
Tel : +41 22 (37) 95 969 (direct 95 547)
Hans.Wolff@hcuge.ch

VeranstalterInnen





VeranstalterInnen

VeranstalterInnen

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Südwestkorso 14

D-12161 Berlin

Tel. + 49 30 827 06 946

Fax + 49 30 822 28 02

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.org

Prof. Dr. Heino Stöver

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstrasse 138

D – 10963 Berlin

baerbel.knorr@aidshilfe.de

Bärbel Knorr

Vollzugsdirektion Republik Österreich

Kirchberggasse 33

A- 1070 Wien

peter.prechtl@justiz.gv.at

GenLt.Peter Prechtl

verteten durch:

SCHWEIZER HAUS HADERSDORF

Mag. Harald Spirig

Geschäftsführer

Evangelisches Haus Hadersdorf – Wobes, Medizinische,

Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits-

und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH

Mauerbachstr.34

A – 1140 Wien

T +43 1 979 10 83 - 21

F +43 1 979 10 83 - 30

harald.spirig@shh.at office@shh.at www.shh.at

Wissenschaftliches Institut der
Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Scientific Institute of the German Medical Association
U Bieberstraße 78
D-53173 Bonn
Germany
tel +49 (0) 228 8104-182
fax +49 (0) 228 8104-1736
mobile +49 173 250 3450
www.wiad.de
Dr. Caren Weilandt



Ausblick

5.Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft





Ausblick

5. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Die 5. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft wird voraussichtlich vom 16.09.-17.09.2010 in Hamburg stattfinden.

Mögliche Themen:

- Behandlung von HIV und Hepatitis
- Substitutionsbehandlung in Haft
- Vorstellung Veranstaltungsreihe der DAH
- Harmreduction Training für Bedienstete
- Migration
- Drogenabhängige und Alter/Langzeitpflege/Alte in Haft
- Langzeitbesuche in Haft
- Gewalt
- Sport
- Organisationsformen medizinischer Versorgung/Schnittstellenmanagement,
- Neue Gesetzgebung in den Bundesländern – Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen?
- Vorstellung des Projektes BIG Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis
- Kooperation mit der Bewährungshilfe und Gesundheit der Entlassenen
- Leitlinien, Richtlinien, Manuale – genug davon, oder eher zuwenig?
- Schnittstellenmanagement: von der Gemeinde in die Gemeinde – welche Probleme treten auf, wie lassen sie sich lösen?
- Qualitätsmanagement, Audits, Inspektionen: Prüfen wir uns selbst, oder gibt es andere Modelle unabhängiger Prüfung und Qualitätsentwicklung (z.B. PatientInnenbefragungen,)

Im Vorprogramm sollen Besuche in drei Haftanstalten angeboten werden.

Informationen: www.gesundinhaft.eu

