



Juni 2020

vdää zur medizinischen Versorgung von inhaftierten Menschen

Präambel

Wer in der Bundesrepublik straffällig wird und rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt oder zu einer Ersatzstrafe gezwungen wird, landet in der Regel für bestimmte, im Falle lebenslanger Haftstrafen, Sicherungsverwahrung oder Maßregelvollzug sogar für unbestimmte Zeit in einer Justizvollzugsanstalt. Das Statistische Bundesamt zählte 2019 deutschlandweit 65.796 Gefangene und Verwahrte in Justizvollzugsanstalten. Der Zweck der Freiheitsstrafe ist in diesem Rechtsstaat laut Gesetzgebung die Resozialisierung-nicht, dem Inhaftierten Leid zuzufügen. Der Anspruch wird im Strafvollzugsgesetz so formuliert: „§2: Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel). Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten. §3. (1) Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden. (2) Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken. (3) Der Vollzug ist darauf auszurichten, daß er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern.“ (Strafvollzugsgesetz - StVollzG). Die medizinische Versorgung in Haft soll derjenigen der in Freiheit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten entsprechen – bis auf einige Einschränkungen wie der Verzicht auf freie Arztwahl – die aber draußen auch nur formal gilt und real oft durch verschiedene Bedingungen eingeschränkt ist.

Mit diesen Bestimmungen sind die Kriterien für eine – zunächst systemimmanente – Beurteilung und Kritik der medizinischen Versorgung von inhaftierten Menschen gegeben. Wir können diesen Anspruch mit der Wirklichkeit abgleichen: Ist die medizinische Versorgung der außerhalb der Gefängnisse gleichwertig? Erhalten also z.B. genauso viele Opioidabhängige eine Substitutionstherapie wie Draußen? Sind die Inhaftierten zahnmedizinisch so gut versorgt wie die Menschen draußen? Wird sich bemüht, psy-

chische Probleme zu erkennen und werden diese ernst genommen und therapiert?
Etc.

Nicht zu vergessen jedoch ist, dass die Fragen zur medizinischen Versorgung sich in einem widersprüchlichen Verhältnis befinden. Selbst mit den besten Gesundheitsleistungen ließe sich nicht das an sich Gesundheitsschädliche eines Freiheitsentzuges aufheben: psychosoziale Belastungen und Isolation, Bewegungsmangel, Vitamin-D-Mangel, ungesundes Essen sind Probleme, die nur teilweise durch strukturelle Verbesserungen in Haftanstalten gelöst werden können. Diese Widersprüchlichkeit von Strafe und Resozialisierung erstreckt sich über die medizinische Versorgung hinaus: Sind die Unterbringung, das Personal, die Arbeits- oder Beschäftigungsbedingungen und auch (Weiter-) Bildungsmöglichkeiten für die Inhaftierten, sind die sozialen Verhältnisse in deutschen Gefängnissen so, dass sie dem Ziel der Resozialisierung entsprechen? Kann es der Resozialisierung dienen, wenn Häftlinge einerseits einer Arbeitspflicht unterliegen und diese auch 40 Stunden die Woche ableisten, dafür aber weit unter dem Mindestlohn bezahlt werden und diese Arbeitszeiten nicht in die Rentenversicherung eingehen?

Muss man nicht grundsätzlicher fragen: Ist eine Unterbringung in Gefängniszellen überhaupt diesem Ziel zuträglich oder widerspricht sie diesem? Welche Folgerungen wären dann für eine Gefängniskritik zu stellen? Wie wäre dann mit Menschen umzugehen, die für die Anderen und die Gesellschaft gefährlich sind? Jetzt eine Abschaffung der Gefängnisse zu fordern, wie es so genannte Abolitionist*innen tun, scheint uns zu abstrakt, wenn man nicht die gesellschaftlichen Bedingungen diskutiert und ändert, unter denen dies sinnvoll möglich sein könnte. Wir können dieser Perspektive als Fernziel etwas abgewinnen, meinen aber, dass sie andere gesellschaftliche Voraussetzungen braucht, für die wir zunächst kämpfen müssen.

Wir können also bei einer Diskussion (und Kritik) der medizinischen Versorgung Inhaftierter nicht einfach alle Rahmenbedingungen akzeptieren und unseren Blick extrem einschränken auf die „bloße Medizin“. Eine bloß immanente Kritik des Gefängnisses im Sinne des Abgleichs von Anspruch und Wirklichkeit reicht für eine Beurteilung nicht aus. Sie lässt entscheidende Fragen unberührt: Wer kommt überhaupt ins Gefängnis und für welche Delikte? Aus welcher gesellschaftlichen Situation landen Menschen im Gefängnis und müssen „resozialisiert“ werden? Wir müssen auch fragen: Warum wurden diese Menschen vorher „entsozialisiert“? Wir gehen davon aus, dass sie daran nicht alleine und individuell schuld sind, sondern dass sie auch durch die gesellschaftlichen Bedingungen dort gelandet sind.

Mit den Forderungen für eine bessere medizinische Versorgung von Inhaftierten sind wir als demokratische Ärzt*innen und Ärzte also gezwungen, grundsätzliche gesellschaftliche Fragen anzusprechen.

Die folgende Analyse und unsere Forderungen sind aus der Auseinandersetzung thematisch Interessierter und politisch Aktiver entstanden. Selbst wenn für uns die Situation der inhaftierten Menschen zentraler Bezugspunkt der Analyse war, sind die Betroffenen selber nicht an der Ausarbeitung beteiligt gewesen. Dies gilt es zu berücksichtigen und in der weiteren Arbeit nachzuholen. Die Analyse ist das Ergebnis einer ersten Auseinandersetzung mit dem Thema der medizinischen Versorgung inhaftierter Personen und offen für eine weitere Ausarbeitung und Anregungen.

1) Medizinethische Verpflichtungen

Soziale Determinanten von Gesundheit sind im Gefängnis in besonderem Maße sichtbar und strukturell greifbar. So werden in Gefängnissen überproportional arme und diskriminierte Menschen eingesperrt und die Prekarität ihrer sozialen Situation wird durch einen Haftaufenthalt mit eventuellem Verlust von Wohnung, Arbeitsplatz und sozialem Umfeld noch verhärtet. Die gesellschaftliche strukturelle Benachteiligung und ihr negativer Einfluss auf Gesundheit werden im Gefängnis als normierende, deprivierende Institution verstärkt.

Unter medizinethischen Aspekten ist das ärztliche Berufsethos auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend. Dennoch unterliegt die medizinische Tätigkeit im Gefängnis besonderen Regelungen. So unterliegen viele Ärzt*innen in Haftanstalten aktuell nicht dem Berufsrecht und damit nicht der Aufsicht der Ärztekammern. Darüber hinaus ist die ärztliche Schweigepflicht eingeschränkt („der Arzt ist zur Offenbarung ihm im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge bekannt gewordener Geheimnisse befugt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist“ (§ 182(2) StVollzG)).

Dass die Ärztekammern – solange die Ärztekammern diese Funktion noch für die Ärzte in Freiheit haben - nicht für Anstaltsärzte zuständig sind, widerspricht dem Äquivalenzprinzip. Darüber hinaus werden strukturelle Probleme in Haft durch die Abhängigkeit von der fachlichen und sozialen Qualität des gesamten Gefängnispersonals verschärft, insbesondere des Wachpersonals. Seine Arbeit, die eigentlich ebenfalls unter dem Primat der Resozialisierung stehen sollte, ist durchzogen von einem Machtungleichgewicht. So kann diese Position genutzt werden, Macht zu demonstrieren und es als einen Teil der Bestrafung zu nutzen, Bitten und Fragen nicht nachzukommen. In

Bezug auf die medizinische Versorgung kommt hinzu, dass psychische Probleme und Auffälligkeiten allzu oft nicht als Ausdruck krankhafter Veränderungen angesehen werden, die der*die Betroffene nur wenig steuern kann, sondern als Ausdruck von Renitenz und Widerstand gesehen werden. Ebenso kommt es vor, dass auch das Wachpersonal kein Verständnis für die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen wie der Sicherstellung regelmäßig verordneter Medikamente hat, und diese zum Beispiel zugunsten eines problemlosen Vollzugsablaufs wie beim Transport zu einer Gerichtsverhandlung vernachlässigt werden.

Das ärztliche Berufsethos muss auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend sein: Das verpflichtet zum Handeln in Sinne der Patient*innen und zum Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht. Es darf kein Teil der Strafe sein, Gesundheitsleistungen zu entziehen. Alle Ärzt*innen müssen dem Berufsrecht unterstehen. Die Ärztekammern müssen Kompetenzen haben, die Berufsordnung bei allen Ärzt*innen durchsetzen zu können; berufsrechtliche Verfahren sind transparent durchzuführen .

2) Äquivalenzprinzip

Das Äquivalenzprinzip bildet die Grundlage der medizinischen Versorgung in Haft. So hat sich die Anstaltsmedizin grundsätzlich an den Vorgaben der GKV und der Qualität der medizinischen Versorgung in Freiheit zu orientieren: Die Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes bezüglich der gesundheitlichen Versorgung (und die jeweilig eigenen Gesetzgebungen in Bayern, Hamburg und Niedersachsen) lehnen sich an das SGB V an, aber sind nicht identisch. So gehört nur laut Hamburger und niedersächsischen Strafvollzugsgesetz die Durchführung einer Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung ausdrücklich zur Krankenbehandlung; in §58 des Strafvollzugsgesetzes zum Umfang der Krankenbehandlung werden psychische Krankheiten nicht explizit erwähnt. Allgemein steht der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln unter dem Vorbehalt der Dauer des Vollzugs. Diese rechtlichen Grundlagen für Strafgefangene gelten weitestgehend für Sicherungsverwahrte, Zivil- und Ordnungshaft, sowie Gefangene in Zurückweisungs- und Abschiebehaft. Für Leistungsansprüche von Untersuchungsgefangenen fehlen rechtliche Ansprüche weitestgehend. Diese fallen zwar nicht aus der Versorgung durch die GKV heraus aber sind dennoch den gesundheitsschädlichen Bedingungen der Haftsituation ausgesetzt, was vom Prinzip gegen die Unschuldsvermutung verstößt (nach dieser müsste die Untersuchungshaft möglichst wenig Haftcharakter haben). Die Versorgung der inhaftierten Patient*innen wird weitestgehend durch Anstaltsärzt*innen und ggf. durch Gefängniskrankenhäuser sichergestellt. Extramurale Einrichtungen sind die letzte Instanz in der medizinischen Versorgungskette (spezielle Ambulanzen, ggf. stationäre Unterbringung). Dort ergibt sich aber das Problem, dass

Gefangene überwacht werden müssen, was eine unliebsame und organisatorische Aufgabe ist.

Aktuelle Zahlen deuten auf ein ähnliches Verhältnis von Ärzt*in zu Patient*in in Gefängnissen wie in Freiheit hin. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass inhaftierte Menschen tendenziell deutlich kränker sind und kompliziertere Krankheitsbilder mitbringen. Somit stellt sich die Frage, ob die aktuelle Versorgungssituation an den tatsächlichen Bedarf angepasst ist. Der Zugang zu bestimmten fachärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen ist beschränkt. So besitzen nicht alle Bundesländer justizvollzugliche, psychiatrische Krankenhausabteilungen oder gar Krankenhäuser und nicht alle Anstaltsärzt*innen besitzen eine psychiatrische/psychotherapeutische Ausbildung. Trotz des rechtlich bestehenden, gleichen Anspruchs auf Heilmittelversorgung, ist der Zugang zu Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Reha-Sport in Haft deutlich eingeschränkter. Das Pilotprojekt, inhaftierte Menschen telemedizinisch zu versorgen, um die Versorgungslücke zu schließen ist vor allem vor dem Hintergrund von strukturell deprivilegierten Menschen und Kommunikationsproblemen als sehr kritisch zu sehen.

Einhaltung des Äquivalenzprinzips bedeutet auch, dass die Bedingungen in der Behandlungssituation denen draußen gleichen sollen, d.h. konkret: Ärzt*in und Häftling können es ablehnen, dass die Justizbeamt*innen im Untersuchungsraum anwesend sind. In der konkreten Behandlungssituation werden Justizbeamte bei Gesprächen, Untersuchungen oder Geburten aber nicht immer rausgeschickt.

Der Standard der Regelversorgung und leitliniengerechte und evidenzbasierte, an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgung und dementsprechend fachgerechte Finanzierung muss auch im Gefängnis eingehalten werden. Vor allem im Hinblick auf Infektionserkrankungen wie HIV, HCV und die Behandlung mit Substitutionsmedikamenten von Opioidabhängigen, aber auch in Bezug auf die physio-, ergo-, und psychotherapeutische sowie logopädische Versorgung und die Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen muss der Zugang zu Versorgung sichergestellt sein.

Dies könnte durch eine engere Zusammenarbeit mit Strukturen außerhalb des Gefängnisses (Fachärzt*innen, Spezialambulanzen) sichergestellt werden und ist in einigen Bereichen, wie dem der Psychiatrie/Psychotherapie umso notwendiger. Im Sinne des Ziels der Resozialisierung sollte die Herstellung eines möglichst guten Gesundheitszustands als eine Maßnahme gelten: Es sollte ein Ziel von (längeren) Haftzeiten sein, die Möglichkeit zur Behandlung von (chronischen) Erkrankungen zu geben und längerfristige Gesundheitsförderung anzubieten. Das ist vor allem mit Blick auf die Gesundheits-situation von Gefangenen mit einer deutlich höheren Prävalenz an Infektionserkran-

kungen, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen als in der Allgemeinbevölkerung relevant.

3) Parallelsystem

Inhaftierte Menschen scheiden bei Haftbeginn aus der Gesetzlichen Krankenversicherung aus und die medizinische Versorgung läuft fast ausschließlich über Anstaltsärzt*innen, die über die jeweiligen Landesjustizministerien finanziert werden - die sogenannte besondere Heilfürsorge. Nicht nur bezogen auf die medizinische Versorgung sind die Verhältnisse in Haft ein Parallelsystem. Viele Verhaltensweisen und Gewohnheiten sind drinnen genauso wie draußen: Menschen haben Sex, sie lassen sich tätowieren oder sie nehmen illegale Drogen. Durch das Parallelsystem setzen sich medizinische und andere gesundheitspolitische Standards und Präventions- und Schadensminimierungsansätze dennoch intramural in der Regel mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung durch. Das ist vor allem im Hinblick auf die Behandlung von Suchterkrankungen und Infektionserkrankungen zu beobachten. Dass außerhalb von Gefängnissen etablierte Methoden wie Spritzenaustausch auch intramural sicher durchführbar sind und nachweislich zu einer Reduktion von HCV – und HIV-Infektionsraten führen, ist wissenschaftlich belegt. In Deutschland ist die Durchführung von Spritzenaustausch in Haft trotzdem immer noch hauptsächlich vom politischen Willen abhängig. So sind zwischen 2001 und 2005 in sechs Haftanstalten vorher gut funktionierende Spritzenaustauschprogramme aus politischen Gründen wieder eingestellt worden.

Außerdem muss das für die medizinische Versorgung in den Haftanstalten zur Verfügung stehende Budget mit den jeweiligen Landeshaushalten abgestimmt werden, was dazu führen kann, dass aus Kostengründen bestimmte Therapien weniger ein- und durchgeführt werden.

Medizinische Entwicklungen müssen im Gefängnis genauso einen Eingang in die Versorgung finden, wie in Freiheit. Der Zugang zu freiwilligen und zielgruppengerechten Präventions- und Schadensminimierungsansätzen, wie z.B. zu Beratungsangeboten der AIDS-Hilfe, Nadelaustauschprogrammen oder Versorgung mit Kondomen und sauberem Tätowierbesteck soll gewährleistet sein.

4) Kontinuität des Versicherungsschutzes

Durch die fehlende Einbindung in den gesetzlichen Versicherungsschutz entstehen vor allem nach Haftende Diskontinuitäten in der Behandlung: Die Wiederaufnahme in die GKV beträgt im Schnitt 35 Tage. Theoretisch müssten die aus Haft Entlassenen selber für medizinische Leistungen in Vorkasse treten. Zudem kommt es bei Haftentlassung häufig zu einem räumlichen Bruch und mangelnder Informationsweitergabe. Diese

Situation betrifft vor allem chronisch Kranke wie Substitutionspatient*innen, für die ein Bruch in der Behandlung besonders weitreichende Konsequenzen hat.

Deswegen fordern wir eine Krankenversicherung ab dem ersten Tag der Entlassung (GKV-Karte gehört zu Entlassungspapieren). Darüber hinaus bedarf es einer stärkeren Verzahnung von intra- und extramuraler Medizin wie strukturierten Entlassungsberichten, der Integration in öffentliche Krankenhäuser oder der Möglichkeit der intramuralen Versorgung durch öffentliche Spezialambulanzen.

5) Freie Arztwahl

Da die medizinische Versorgung von inhaftierten Patient*innen in den meisten Fällen durch Anstaltsärzt*innen sichergestellt wird, besteht keine Möglichkeit der freien Ärzt*innenwahl.

Da diese auch in Freiheit zunächst nur formal gilt und real vor Ort verschiedenen Beschränkungen unterliegt, ist die Forderung derselben extra- wie intramural (so zum Beispiel das Knastschaden§kollektiv) eher ideologisch als realitätstüchtig. Dennoch basiert beispielsweise ein Therapieerfolg im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext auf einer guten Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und eine gynäkologische Untersuchung bedeutet einen besonderen Eingriff in die Intimsphäre der Patientinnen. Gleichzeitig haben inhaftierte Personen weniger Möglichkeiten als in Freiheit, in Problemfällen oder für Zweitmeinungen eine*n andere*n Ärzt*in aufzusuchen.

Zumindest in besonders sensiblen Bereichen wie Gynäkologie und Psychiatrie ist deswegen die freie Arztwahl zu ermöglichen bzw. einen Beschwerdemöglichkeit mit entsprechendem Konsequenzen-Management einzurichten. Die Möglichkeit, dass sich Gefangene über die medizinische Versorgung und andere gesundheitsschädigende Maßnahmen beschweren können, muss offensiv bekannt gemacht werden.

6) Dual Loyalty

Anstaltsärzt*innen arbeiten in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zwischen Sicherheitsauftrag und medizinischem Auftrag, mit Verpflichtung gegenüber dem Justizsystem einerseits und den inhaftierten Patient*innen andererseits. Dadurch besteht die Gefahr, dass Ärzt*innen als Teil des Justizsystems nicht unabhängig in ihren medizinischen Entscheidungen handeln. Anstaltsärzt*innen sind in Vollzugsaufgaben involviert (einschätzen, ob Disziplinarmaßnahmen angewendet werden können, Gutachten schreiben, Urin- und Blutkontrollen, Zwangsernährung, im gesamten Bereich der Forensik) und verlassen damit ein primär patient*innenorientiertes Handeln.

Durch diese doppelte Hörigkeit und durch die eingeschränkte Ärzt*innenwahl wird das sowieso vorhandene Machtverhältnis in der Arzt-Patient*innen-Beziehung noch verstärkt. Es gibt keine verpflichtende Supervision oder ähnliches, in der diese Widersprüche reflektiert und bearbeitet werden könnten.

Die Verantwortung für die Gesundheit von Gefangenen sollte vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium verlagert werden, um die doppelte Hörigkeit des medizinischen Personals zu vermeiden. Um die ärztliche Rolle von den Maßnahmen des Justizvollzugs stärker zu trennen, ist bei Bedarf gesondertes medizinisches Personal einzustellen, das alle Aufgaben übernimmt, die potentiell nicht im Interesse der Gefangenen stattfinden (körperliche Durchsuchungen oder die medizinische Prüfung auf Arrest etc.)

7) Aus-und Weiterbildung von Anstaltsärzt*innen

Durch das Ausscheiden der inhaftierten Personen aus der GKV zu Haftbeginn und die primäre medizinische Versorgung über Anstaltsärzt*innen haben diese ein sehr großes Aufgabenfeld: allgemeinmedizinisch, suchtmmedizinisch, infektiologisch, psychiatrisch, ggf. gynäkologisch etc. Gleichzeitig existiert in allen Bundesländern ein Mangel an Ärzt*innen in Haftanstalten und nicht-ärztlichem medizinischen Fachpersonal. Deswegen werden als Ersatz für hauptamtliche Anstaltsarzt*innen nebenamtliche Ärzt*innen eingestellt. Vor allem in Gegenden, wo es schon für öffentliche Krankenhäuser schwierig ist, Personal zu finden, ist es für JVA's oft noch schwieriger.

Trotz der großen Breite anstaltsärztlicher Tätigkeiten gibt es bisher kein systematisches Curriculum für Anstaltsärzt*innen, wenn auch Vorschläge dafür existieren. Eine gezielte Ausbildung in den im Haftalltag wesentlichen Fachgebieten wäre notwendig, um die Qualität der medizinischen Versorgung in Haft zu verbessern. Im Bereich der Substitutionsbehandlung konnte beispielsweise in Nordrhein-Westfalen eine deutliche Verbesserung der Versorgung durch die verpflichtende Zusatzweiterbildung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ erreicht werden.

Unter Aufsicht der jeweiligen Ärztekammern sollte eine systematische Aus-und Weiterbildung und Verpflichtung zu systematischer und professioneller Reflexion für die im Vollzug tätigen Ärzt*innen und andere Gesundheitsprofessionelle mit spezifischen für den Haftalltag notwendigen Kenntnissen erfolgen.

8) Fortbildung und Qualitätskontrolle

Es besteht keine Fortbildungspflicht der im Vollzug arbeitenden Ärzt*innen, die durch das Justizministerium angestellt sind und dort - nicht bei den Ärztekammern - auch

arztrechtlich unterstellt sind. Erschwerend kommt hinzu, dass es kaum Austausch zwischen Anstaltsärzt*innen gibt und diese in Abhängigkeit der Größe der JVA meist alleine in ärztlicher Position arbeiten.

Die Qualität der medizinischen Versorgung wird nicht systematisch durch beispielsweise Kolleg*innen oder strukturierte Qualitätsmanagementprogramme überprüft. Neben einer fraglichen Qualität der konkreten medizinischen Versorgung führt dies außerdem zu einer mangelnden oder deutlich verzögerten Implementierung evidenzbasierter Behandlungsmethoden oder schadensminimierender Angebote - wie sehr deutlich bei der Behandlung Opioidabhängiger (eher abstinenz- als substitutionsorientierte Behandlung, kaum Nadelaustauschprogramme und andere schadensminimierende Ansätze) sichtbar. Ebenso fehlt eine gut zugängliche und unabhängige Kontroll- und Beschwerdestelle für inhaftierte Patient*innen, welche Fälle mangelhafter medizinischer Versorgung sichtbar machen könnte.

Es bedarf einer strukturierten Qualitätskontrolle der medizinischen Versorgung im Gefängnis und einer Fortbildungspflicht für alle in Haft arbeitenden Ärzt*innen.

9) Gesundheitsberichterstattung

Es gibt keine spezifische Gesundheitsberichterstattung, die den Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Risiken speziell in Haft erfasst und auswertet. Grundsätzlich ist Forschung im Haftkontext durch ethische Richtlinien eingeschränkt. So ist die Freiwilligkeit der Teilnahme von inhaftierten Personen an klinischen Studien in Haft kritisch zu beurteilen. Dennoch muss selbst die Auswertung von Routinedaten zu Forschungszwecken in Haft durch die jeweiligen kriminologischen Dienste der Länder genehmigt werden.

Vor dem Hintergrund einer gesundheitlich stark belasteten Bevölkerungsgruppe in einem staatlichen Parallelsystem der Gesundheitsversorgung, wäre eine anonymisierte, bundeseinheitliche Dokumentation, Erfassung und Auswertung umso notwendiger, um die Versorgungslage inhaftierter Menschen einzuschätzen. Dies würde eine effektive Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ermöglichen. Anfänge dafür wurden mit der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug gemacht, dennoch mit fraglicher Qualität. Die Abhängigkeit von medizinischer Forschung von der Autorisierung durch den kriminologischen Dienst und nicht etwa durch eine Ethikkommission, schränkt die externe wissenschaftliche Evaluierung der Versorgung in Haft ein.

Die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung müssen auch für Gefängnisse erfüllt werden und unabhängige Forschung im Haftsetting muss ermöglicht werden.

10) Disziplinarmaßnahmen & Einzelhaft (Isolationshaft)

Es können laut § 103 des Strafvollzugsgesetzes Disziplinarmaßnahmen in unterschiedlicher Länge angewandt werden. Diese können unter anderem einen Medienentzug und eine Kontaktsperre beinhalten. Im Rahmen spezieller Sicherheitsverfügungen kann eine Einzelhaft verfügt werden. Die strenge Absonderung der inhaftierten Menschen voneinander und von der Außenwelt, auch Isolationshaft genannt, gilt als besonders gesundheitsschädliche Vollzugsmethode. Selbst wenn laut Strafvollzugsgesetz die Einzelhaft von mehr als drei Monaten Gesamtdauer in einem Jahr der Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedarf, gab es zuletzt im niedersächsischen und bayrischen Vollzug Fälle von strenger Einzelhaft über 12 Monate hinaus. In den 70er Jahren ist die Isolationshaft als Folter identifiziert worden. Die sensorische und soziale Deprivation kann zu schwerwiegenden psychologischen und neurologischen Beschwerden, wie frei flottierenden Ängsten, Wahrnehmungsverzerrungen und Konzentrationsstörungen führen.

Wir fordern deswegen die Abschaffung der Isolationshaft.

11) Ersatzfreiheitsstrafen

Die häufigste Strafe in Deutschland ist die Geldstrafe. Sie wird ausgesprochen bei Leistungerschleichung, Betrug und Untreue, Diebstahl und Unterschlagung, Körperverletzung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Beleidigung etc. Das Urteil über eine Geldstrafe ergeht – oft ohne - Gerichtsverhandlung per Post nach vorheriger Ankündigung. Die Geldstrafe wird in Tagesätzen bemessen, deren Höhe sich nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Verurteilten richtet. Diese*r kann bei der Staatsanwaltschaft eine Zahlung in Raten beantragen oder die Abgeltung in Form gemeinnütziger Arbeit über einen freien Träger, etwa bei der Renovierung von Schulen. Kann die Geldstrafe nicht eingebracht werden, dann tritt an ihre Stelle eine Freiheitsstrafe (§ 43 StGB). Die Anzahl der Hafttage entspricht dabei den Tagessätzen. In Berlin verbüßten im Februar 2019 rund 12 Prozent aller Häftlinge eine Ersatzfreiheitsstrafe. Bundesweit wird diese Anzahl der Ersatzstrafenhäftlinge leider seit 2003 nicht mehr erhoben.

Bei den Ersatzfreiheitsstrafen sind die sozialen Determinanten von inhaftierten Menschen besonders deutlich: Geldstrafen nicht bezahlen können meistens die, die ohnehin am Existenzminimum leben. So trifft die Ersatzfreiheitsstrafe vor allem Menschen am unteren Rand der Gesellschaft. Mehr als die Hälfte der wegen Ersatzfreiheitsstra-

fen Inhaftierten in Berlin sind medizinisch oder psychiatrisch behandlungsbedürftig, 60 bis 70 Prozent haben langjährige Drogenerfahrung, viele sind obdachlos. Dies dürfte verallgemeinerbar sein. Auch die Kosten, die hier für Gefängnisunterbringung ausgegeben werden, könnten besser in Sozialarbeit und therapeutische Maßnahmen gesteckt werden. Das Problem des „Schwarzfahrens“ könnte man angesichts der Klimaprobleme am besten damit lösen, dass der ÖPNV generell kostenlos wäre.

Wir fordern deswegen die Abschaffung von Ersatzfreiheitsstrafen wegen Bagatelldelikten wie Fahren ohne Fahrschein und einen kostenlosen ÖPNV, welcher das Klima und damit die Gesundheit der ganzen Bevölkerung verbessert.

12) Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug werden Straftäter*innen mit psychischen Störungen untergebracht, sofern durch die psychische Störung zum Tatzeitpunkt die Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit aufgehoben oder erheblich vermindert waren und außerdem eine Gefahr für die Allgemeinheit durch diese andauernde Störung anzunehmen ist. Es wird unterschieden in Maßregel nach §63 StGB, der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus mit einer unbefristeten Unterbringung, und in Maßregel nach §64 StGB, der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, welche auf maximal 2 Jahre begrenzt ist. Wenn die Freiheitsstrafe die Maßregel übersteigt, muss ggf. noch vor Antritt oder nach Beendigung der Maßregel ein Teil der Strafe im allgemeinen Vollzug abgesessen werden. Bei Maßregel nach §63 StGB sind die Haftzeiten bei vergleichbaren Straftaten von Menschen mit voller Schuldfähigkeit im Maßregelvollzug jedoch deutlich länger und zudem auf unbestimmte Zeit möglich.

Eine forensische Therapie lebt von der Nachsorge und einem begleiteten Übergang von Haft in Freiheit, um einen langfristigen Therapieerfolg erzielen zu können. Oft erfolgt jedoch eine gemeindeferne Unterbringung: Es gibt kaum gemeindenahe forensische Betreuungskonzepte und wenn sie existieren, ist ihr Zugang und Umfang sehr stark vom Engagement von Einzelpersonen abhängig und davon, ob Gemeinden die Arbeit überhaupt tolerieren. Dies erschwert die nachhaltige Begleitung, gerade am Übergang zwischen dem Maßregelvollzug und ambulanten Strukturen.

Opioidabhängigkeit ist auch im Maßregelvollzug ein häufiges Problem, aber Substitutionstherapien werden kaum durchgeführt, da die Zielsetzung des Maßregelvollzugs als „Heilung vom Hang“ definiert wird und somit mit Abstinenz gleichgesetzt wird. Dabei ist juristisch und medizinisch eine Substitutionstherapie auch im Maßregelvollzug nicht verboten, sondern im Gegenteil geboten. Zusätzlich werden substituierte Patient*innen als nicht-lockerungsgeeignet angesehen. Wenn Substitution als Grund ge-

gen die Durchführung von Lockerungen genutzt wird, wie sollen Suchtkranke einen Alltag in Freiheit erproben?

Grundsätzlich werden aufgrund von methodischen, ethischen und juristischen Beschränkungen kaum Therapiestudien im Maßregelvollzug durchgeführt, weswegen kaum Aussagen über die Evidenz forensischer Therapien getroffen werden können.

Wir fordern deswegen die grundsätzliche Umstrukturierung des Maßregelvollzugs. Die Therapie sollte insgesamt mehr in den ambulanten Sektor verlagert werden, um Rückfälle zu minimieren und für eine nachhaltige Reintegration sorgen zu können.

13) Lohnarbeit während der Haft

Da Arbeit in der aktuellen Auffassung als wesentlicher Bestandteil der Resozialisierung angesehen wird, sind inhaftierte Personen in fast allen Bundesländern verpflichtet, zu arbeiten. Dabei gilt nicht der gesetzliche Mindestlohn, sondern der Lohn bemisst sich zunächst nach einer Eckvergütung. Diese beträgt 9 % des Durchschnittseinkommens aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Jahr, was auf einen Lohn von wenigen Euro pro Stunde hinausläuft. Inhaftierte Personen sind zwar arbeitslosenversichert (sie haben nach der Entlassung Recht auf Arbeitslosengeld, wenn sie sich arbeitslos melden und während der letzten zwei Jahre mindestens 12 Monate gearbeitet haben) und unfallversichert. Dennoch zahlen sie trotz Arbeit während der Haftzeit keine Beiträge zur Rentenversicherung. Dies führt vor allem bei langen Haftstrafen oft zu Altersarmut. 1976 wurde in das Bundesstrafvollzugsgesetz die Vorschrift aufgenommen, auch Strafgefangene in die Rentenversicherung einzubeziehen, was bis heute nicht geschehen ist.

Deswegen fordern wir im Sinne der Resozialisierung die Einführung des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns für arbeitende Gefangene und entsprechende Anerkennung der Tätigkeit in der Rentenversicherung, damit nach Entlassung die Möglichkeit gewährleistet ist, ein bürgerliches Leben beginnen zu können und nicht wegen der Haftzeit mit Altersarmut rechnen zu müssen. Wir unterstützen Bestrebungen in mehreren JVA's, sich gewerkschaftlich zu organisieren, um so wirkungsvoller auf Missstände hinweisen und auf ihre Abschaffung hinarbeiten zu können. Wir kritisieren jede Art von Unterdrückung solcher Versuche und Einschüchterungsversuche der besonders engagierten Inhaftierten.

14) Sprachbarrieren

Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren erschweren den Zugang zu Gesundheitsversorgung. Angesichts eines Ausländeranteils von ca. 28% in deutschen Haftanstalten ist zu vermuten, dass ein beträchtlicher Teil der Insass*innen nur ungenügend Deutsch versteht.

Im Haftsetting ist der Zugang zu Sprachmittlung erschwert. So können Patient*innen nicht auf eigene Ressourcen wie Familienangehörige zurückgreifen und im Justizalltag bedeutet das externe Heranziehen von Dolmetscher*innen einen noch größeren organisatorischen Aufwand. Dennoch ist eine gute Verständigung gerade im medizinischen Kontext essentiell und auch im Haftsetting herzustellen. Selbst wenn Angebote mit Telefon- oder Videosprachmittlung unter Sicherheits- und Qualitätsaspekten kritisch zu prüfen sind, werden sie bereits im Gefängnis erprobt und könnten eine pragmatische Alternative bieten, wenn eine persönliche Sprachmittlung nicht möglich ist.

Die Inanspruchnahme von Dolmetscher*innen bei Gesprächen mit ärztlichem Personal muss angeboten und ermöglicht werden.

Spezifische Problemfelder

Die hier präsentierten Probleme sind lediglich ein Ausschnitt und können kontinuierlich weiter ausgearbeitet werden. So fehlt beispielsweise eine Analyse der Situation in Abschiebehaft oder der Situation von trans Menschen in Haft. Ihnen gemein ist jedoch, dass für viele spezifische Fragen zum Versorgungsbedarf- und Lage eine valide, (bundes)einheitliche Datenlage fehlt, die eine genaue Analyse der Situation und das Entwickeln von Handlungsstrategien ermöglichen würde.*

Zahnärztliche Versorgung

Aus den Berichten von (ehemaligen) Inhaftierten wird deutlich: die zahnmedizinische Versorgung in Haft ist desolat. Laut Strafvollzugsgesetz ist die zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz mit Verweis auf das SGB V vorgesehen und stellt so in der Theorie die Versorgung im Strafvollzug der Versorgung in Freiheit gleich. Allerdings können Landesjustizverwaltungen bestimmen, dass inhaftierte Menschen Zuschüsse bezahlen müssen, ohne dass diese an das Feststellungsverfahren der GKV gebunden sind. So wird eine Zahnsanierung aufgrund des Selbstkostenanteils für die Patient*innen oftmals unbezahlbar. Hinzu kommt, dass kein rechtlicher Anspruch auf eine zahnärztliche Prophylaxe besteht, obwohl deren Unerlässlichkeit für einen langfristigen Behandlungserfolg unumstritten ist. Darüber hinaus hängt das Ausmaß der zahnärztlichen Behandlung von der Haftdauer- und Art ab. So stehen in der Untersuchungshaft, bei Ersatzfreiheitsstrafen und bei Haftlängen, die die notwendige Behandlungsdauer voraussichtlich unterschreiten, lediglich die Schmerzbehandlung und chirurgi-

sche und konservierende Therapie im Vordergrund.

Psychotherapeutische Versorgung

Bei der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung in Haft stellt sich die grundsätzliche Frage: Wie kann eine psychotherapeutische Versorgung in einem psychisch belastenden Umfeld stattfinden, wenn dieses Umfeld zumindest anteilig Ursache für die Störung ist? Klar ist, dass eine Haftzeit schädlich für die physische und psychosoziale Gesundheit der inhaftierten Menschen ist. Darüber hinaus legen etwa jährlich steigende Suizidraten in Haft eine mangelhafte psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung nahe. Dennoch ist durch unsystematisches Erfassen und Screening zu Haftbeginn und im Verlauf die bundesweite Prävalenz psychiatrischer Störungen im Justizvollzug höchstens schätzungsweise anzugeben, wobei generell von einer deutlich erhöhten Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgegangen wird. So wie der tatsächliche Versorgungsbedarf schwer zu beziffern ist, fehlt eine aktuelle Analyse der Versorgungssituation. So gibt es beispielsweise keine bundesweite Erfassung der gefängnispezifischen Verschreibung von Psychopharmaka und der während der Haftzeit durchgeführten Psychotherapien. Es ist jedoch davon auszugehen, dass erstens ein Versorgungsdefizit besteht und zweitens sich die stattfindende Versorgung stark an einer medikamentösen Therapie orientiert.

HIV- und HCV -Infektion in Gefängnissen

Der Anteil von Menschen mit HIV im deutschen Vollzug liegt bei 0,8 bis 1,2 % und ist damit 16- bis 24-fach so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Der Anteil von Menschen mit einer chronischen Hepatitis C liegt zwischen 14,3 und 17,6 %, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung das 26-bis 32-fache. Alleine diese Zahlen rechtfertigen verstärkte gesundheitsfördernde Maßnahmen im Vollzug. Auch weil Inhaftierte nach einer bestimmten Zeit in die Gesellschaft zurückkehren, ist es wichtig, dass Gesundheitsförderung in Haft als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste wahrgenommen wird. Alles was in diesem Zusammenhang in Gefängnissen geschieht, wirkt sich auf die gesamte Bevölkerung aus. Aber leider werden auch in Deutschland weltweit vereinbarte Minimalstandards nicht eingehalten. Obwohl wir z.B. wissen, dass HIV und Hepatitis C durch injizierenden Drogenkonsum verbreitet wird, gibt es im deutschen Vollzug lediglich eine einzige Haftanstalt - die Frauenvollzugsanstalt in Berlin Lichtenberg - die den Inhaftierten die anonyme Vergabe steriler Spritzen als Präventionsmöglichkeit zur Verfügung stellt. Fakt ist, dass Drogen zum Haftalltag gehören. Die Frage ist: Wie offensiv geht man mit dem Thema um?

Auch in Bezug auf den Schutz durch Kondome ist in Haft noch lange nicht realisiert, was außerhalb selbstverständlich ist. Obwohl die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV

mehr als 30 Jahre bekannt ist, gibt es immer noch Haftanstalten, die Inhaftierten den Zugang verwehren bzw. Hürden aufbauen.

Selbstverständlich haben inhaftierte Menschen in Deutschlands Vollzugsanstalten Zugang zu HIV-Therapien und -Diagnostik. Wie gut das funktioniert, hängt auch von der Beziehung zwischen den Inhaftierten und den zugewiesenen Anstaltsärzt*innen ab. Manche Justizvollzugsanstalten ziehen bei der Behandlung von HIV die Expertise externer HIV-Spezialist*innen hinzu, was die Anstaltsärzt*innen zeitlich entlastet und zu einer optimierten Behandlung und Beratung beiträgt. Leider stehen immer noch nicht flächendeckend gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie beispielsweise die für Menschen mit HIV empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis A und B zur Verfügung. Bedauerlicherweise wird aufgrund fehlender Finanzierung nur ein Bruchteil der sich in Haft befindenden Menschen mit chronischer Hepatitis C behandelt (da dies sehr teuer wäre).

Jugendliche in Haft

Die Gruppe der 14-21-jährigen macht ca. 10% der Gesamtinsassen aus. Die medizinische Versorgung ist grundsätzlich nach gleichen Prinzipien wie im Erwachsenenvollzug geregelt, aber es ist oft ein dem niedrigen Sozialstatus der Herkunftsfamilien entsprechender Gesundheitszustand zu beobachten. Einerseits gibt es bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen evtl. noch mehr Potential für langfristige Gesundheitsinterventionen – zum Beispiel die Möglichkeit, Krankheiten vor ihrer Chronifizierung zu diagnostizieren. Andererseits haben sie potentiell ein eher ablehnendes Verhalten gegenüber Interventionen von Erwachsenen an sich. Deswegen ist es umso wichtiger, die Gesundheitsangebote auf die Zielgruppe mit ihren Besonderheiten anzupassen. Eine besondere Problematik stellt die Situation der straffälligen weiblichen Jugendlichen dar: Aufgrund der geringen Anzahl werden sie häufig mit Erwachsenen untergebracht. Das erschwert die altersgerechte Behandlung.

Grundsätzlich stellt sich im Jugendvollzug umso mehr die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Freiheitsstrafe: Für was können Jugendliche verantwortlich gemacht werden und bei was ist die „Schuld“ nicht eher in der Sozialisation in den Herkunftsfamilien und gesellschaftlichen Benachteiligungen zu suchen?

Frauen in Haft

Es sind deutlich weniger Frauen als Männer inhaftiert: nur 4,5% aller Häftlinge sind Frauen mit einem beobachtbaren Anstieg absoluter Zahlen. Dadurch gibt es (noch) weniger Forschung und Daten. Aufgrund der geringen Anzahl weiblicher Gefangener

gibt es Probleme, die Haftanstalten voll zu bekommen und die Inhaftierten werden häufiger dezentral untergebracht. Dadurch kann eine Resozialisierung nur eingeschränkt durchgeführt werden: Es gibt weniger Übergangsmöglichkeiten von Haft in Freiheit und die Trennung vom sozialen Umfeld bedeutet eine zusätzliche Benachteiligung. Eine zentrale Unterbringung und wenig verfügbare Mutter-Kind-Haftanstalten bedeuten häufig eine Trennung von Kindern, denn je nach Landesgesetzgebung ist es verboten, dass Kinder in Haft aufwachsen oder es ist nur bis zum 3. Lebensjahr erlaubt. Es gibt weniger Haftplätze im offenen Vollzug und weniger Möglichkeiten des betreuten Wohnens nach Haft, was insbesondere für Menschen mit Suchtkrankheiten gut geeignet wäre. Es gibt keinen Anspruch auf eine weibliche Frauenärztin bei gynäkologischen Untersuchungen, in den meisten JVA's gibt es jedoch nur männliche Gynäkologen. Während der Geburt werden meistens erst während der Presswehen die Handschellen gelöst und sie geschieht regelhaft im Beisein von Justizvollzugsbeamt*innen. Ein Großteil der Frauen in Haft lebt mit psychischen Störungen. Dennoch stehen weniger psychiatrische Betten zur Verfügung; eine Unterbringung zusammen mit Männern ist jedoch vor allem bei vorhergehender Traumatisierung problematisch. Strukturell gesundheitlich vorbelastete Frauen treffen somit in Haft auf Strukturen, die noch weniger als im Männervollzug ein gesundheitsförderndes Umfeld schaffen. So stellt sich die Frage, inwiefern diese strukturellen Benachteiligungen zu zusätzlichen Gesundheitsbelastungen in Form von Stress etc. führen.

Migrantische Menschen in Haft

Den Anteil an Menschen mit migrantischem Hintergrund in Haft zu beziffern, ist schwer. Als Näherung kann die Nationalität herangezogen werden: Ca. 28% der Inhaftierten haben keine deutsche Nationalität, im Gegensatz zu 12% in der Allgemeinbevölkerung; dabei gibt es starke Schwankungen je nach Bundesland. Damit ist das Problem von Menschen mit Migrationshintergrund nicht hinreichend beschrieben, denn wir wissen, dass Menschen mit Migrationshintergrund aber mit deutscher Nationalität ebenfalls häufiger ärmer sind und einen schlechteren sozioökonomischen Status haben und öfter in Haft sind als Menschen aus oberen Schichten. Gesellschaftliche Benachteiligungen wie Rassismuserfahrungen oder Sprachbarrieren werden in der Institution Gefängnis zusätzlich verstärkt. So werden beispielsweise Vollzugslockerung und Entlassungsvorbereitung nur eingeschränkt durchgeführt, wenn der Aufenthaltsstatus unklar ist. Oder die Behandlungskontinuität nach Haftende wird noch zusätzlich erschwert, wenn durch einen ungeklärten Aufenthaltsstatus die Finanzierung von Behandlungen nach Haftende ungeklärt ist. Insbesondere die Unsicherheit eines ungeklärten Aufenthaltsstatus und Sorgen vor den Konsequenzen der Haftstrafe auf den Status bedeuten aber auch eine zusätzliche psychische Belastung, die durch die medi-

zinische Versorgung in Haft aufgefangen werden müsste.

Forderungen

- 1) Das ärztliche Berufsethos muss auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend sein: Das verpflichtet zum Handeln im Sinne der Patient*innen und zum Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht. Es darf kein Teil der Strafe sein, Gesundheitsleistungen zu entziehen. Alle Ärzt*innen müssen dem Berufsrecht unterstehen. Die Ärztekammern müssen Kompetenzen haben, die Berufsordnung bei allen Ärzt*innen durchsetzen zu können; berufsrechtliche Verfahren sind transparent durchzuführen.
- 2) Einhaltung der Standards der Regelversorgung und leitliniengerechte und evidenzbasierte, an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgung und dementsprechend fachgerechte Finanzierung: vor allem in Hinblick auf Infektionserkrankungen wie HIV, HCV und die Behandlung mit Substitutionsmedikamenten von Opioidabhängigen, aber auch in Bezug auf die physio-, ergo-, und psychotherapeutische sowie logopädische Versorgung und die Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen
- 3) Zugang zu freiwilligen und zielgruppengerechten Präventions- und Schadensminimierungsansätzen wie Beratungsangeboten der AIDS-Hilfe, Nadelaustauschprogrammen oder Versorgung mit sauberem Tätowierbesteck und Kondomen.
- 4) Krankenversicherung ab dem ersten Tag der Entlassung (GKV-Karte gehört zu Entlassungspapieren)
- 5) Zumindest in besonders sensiblen Bereichen wie Gynäkologie und Psychiatrie ist die freie Arztwahl zu ermöglichen bzw. eine Beschwerdemöglichkeit mit entsprechendem Konsequenzen-Management einzurichten.
- 6) Verlagerung der Verantwortung für die Gesundheit von Gefangenen vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium, um die doppelte Hörigkeit des medizinischen Personals zu vermeiden: Um die ärztliche Rolle von den Maßnahmen des Justizvollzugs stärker zu trennen, ist bei Bedarf gesondertes medizinisches Personal einzustellen, das alle Aufgaben übernimmt, die potentiell nicht im Interesse der Gefangenen stattfinden.
- 7) Unter Aufsicht der jeweiligen Ärztekammern sollte eine systematische Aus- und Weiterbildung und Verpflichtung zu systematischer und professioneller Reflexion für die im Vollzug tätigen Ärzt*innen und andere Gesundheitsprofessionelle mit spezifischen für den Haftalltag notwendigen Kenntnissen erfolgen.

- 8) Qualitätskontrolle der medizinischen Versorgung im Gefängnis und Fortbildungspflicht
- 9) Erfüllung der Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung und Ermöglichung von unabhängiger Forschung im Haftsetting
- 10) Abschaffung der strengen Einzelhaft (Isolationshaft)
- 11) Abschaffung von Ersatzfreiheitsstrafen wegen Bagatelldelikten wie Fahren ohne Fahrschein. Kostenloser ÖPNV wird das Klima und damit die Gesundheit der ganzen Bevölkerung verbessern und solche Art Strafen überflüssig machen. Drogensüchtige brauchen keine Gefängnisstrafe, sondern soziale Unterstützung und Therapie.
- 12) grundsätzliche Umstrukturierung des Maßregelvollzugs
- 13) Einführung des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns für arbeitende Gefangene und entsprechende Anerkennung der Tätigkeit in der Rentenversicherung.
- 14) Angebot und Ermöglichung der Inanspruchnahme von Dolmetscher*innen bei Gesprächen mit ärztlichem Personal

Autor*innen: AK Knastmedizin des vdää, Mai 2020



Quelle: Statistisches Bundesamt. *Rechtskräftig verurteilte Personen in Deutschland 2017*.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Tabellen/rechtskraeftigveurteilte-personen.html;jsessionid=73A949283E38CE7E44EF519D3EDEBD26.internet711>.

Literatur

Medizinethische Verpflichtungen

Feest, J., *Rechtliche Grundlagen*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Äquivalenzprinzip

Feest, J., *Rechtliche Grundlagen*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Lesting W. Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. *Medizinrecht*. 2018;36(2):69-73. doi: 10.1007/s00350-017-4833-4

Meier, B.-D., *Äquivalenzprinzip*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Schneider F, Dammer E, Pfeiffer-Gerschel T, Bartsch G, Friedrich M. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. *Gefängnis*. 2018.

Stöver, H., *Gesundheitliche Versorgung als wichtiger Baustein der Resozialisierung*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Stöver, H., *Drogenabhängige in Haft - Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen*. Suchttherapie, 2012. **13**(02): p. 74-80.

Parallelsystem

Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):235-48. doi: 10.1093/ije/dyt243

BUKO Pharmakampagne/Aktionsbündnis gegen AIDS. Versorgung hinter Gittern. Die besondere Situation von Häftlingen mit HIV. 2019.

Feest, J., *Rechtliche Grundlagen*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Hetherington K, Bromberg D, Ocampo D, Graf N, et al. Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. *Epidemiol Rev*. 2018;40. doi: 10.1093/epirev/mxx019/4969237

Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. doi: 10.1002/14651858.CD012021

Stöver H. Drogenabhängige in Haft - Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*. 2012;13(02):74-80. doi: 10.1055/s-0032-1311600

Stöver H, Knorr B. HIV und Hepatitis-Prävention in Haft- keine Angst vor Spritzen! Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; 2014.

Kontinuität des Versicherungsschutzes

Stöver H. Drogenabhängige in Haft - Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. Suchttherapie. 2012;13(02):74-80. doi: 10.1055/s-0032-1311600

Freie Arztwahl

Feest, J., *Rechtliche Grundlagen*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Dual Loyalty

Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. American Journal of Public Health. 2012;102(3). doi: 10.2105/AJPH

Pont J, Enggist S, Stover H, Williams B, Greifinger R, Wolff H. Prison Health Care Governance: Guaranteeing Clinical Independence. Am J Public Health. 2018;108(4):472-6. doi: 10.2105/AJPH.2017.304248

Aus-und Weiterbildung von Anstaltsärzt*innen

Bühring, P. *Opioidabhängige Menschen in Haft. Am unteren Ende der Hierarchie*. Deutsches Ärztebaltt, 2019.

Keppler, K., *Organisation der medizinischen Versorgung*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Keppler, K., *Überlegungen zu einem Curriculum für die ärztliche Arbeit im Justizvollzug*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Fortbildung und Qualitätskontrolle

Keppler K, Stover H, Schulte B, Reimer J. Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53(2):233-44. doi: 10.1007/s00103-009-1023-1

Stöver H. „Healthy prisons“. Prävention und Gesundheitsförderung. 2016;11(4):251-8. doi: 10.1007/s11553-016-0565-y

Gesundheitsberichterstattung

Abraham K. Bundeseinheitliche Datenerhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung; 2017.

Keppler K, Stover H, Schulte B, Reimer J. Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review. Bundesgesundheitsblatt

Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53(2):233-44. doi: 10.1007/s00103-009-1023-1

Isolationshaft

Konrad N., *Psychiatrie*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

Schlieter K., Lebendig begraben- Isolationshaft in Deutschland (<https://taz.de/Isolationshaft-in-Deutschland/!5126016/>)

Ersatzfreiheitsstrafen

Heim, M. Im Winter sind die Zellen voll (<https://taz.de/Die-Haerten-des-Strafvollzugs/!5568800/>)

Maßregelvollzug

Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2002.

Stöver H. Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige im Justiz- und Maßregelvollzug. Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug 2011.

Lohnarbeit während der Haft

Gefangenengewerkschaft/Bundesweite Organisation (<https://ggbo.de/ziele/>)

Rosemarie Böls. Warum Häftlinge im Knast arbeiten (https://www.deutschlandfunkkultur.de/arbeit-im-gefaengnis-warum-haeftlinge-im-knast-arbeiten.976.de.html?dram:article_id=350380)

Sprachbarrieren

Künzli J, Achermann A. Sprachbarrieren bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Haftsituationen. Ansprüche Fremdsprachiger Inhaftierte und Verpflichtungen des Staates. 2009.

Ausländeranteil in den Gefängnisinsassen in ausgewählten Ländern, 2014. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/372757/umfrage/auslaenderanteil-in-gefaengnissen-in-ausgewaehlten-laendern/>. Letzter Zugang 4.11.2019.

Spezifische Problemfelder

Ausländeranteil in den Gefängnisinsassen in ausgewählten Ländern, 2014. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/372757/umfrage/auslaenderanteil-in-gefaengnissen-in-ausgewaehlten-laendern/>. Letzter Zugang 4.11.2019.

Bammann, K. *Ausländer, Nichtdeutsche und Migranten im Vollzug*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.

- Bundeszentrale für politische Bildung. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, 2018. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>. Letzter Zugang 4.11.2019.
- Deutscher Bundestag. Drucksache 19/15291. 2019.
- Feest, J., *Rechtliche Grundlagen*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Handke, G-U und Lehmann, M. *Jugendvollzug*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Keppler, K. *Frauenvollzug*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Nikolai E. *Zahnmedizin im Strafvollzug*. In Stöver H, Keppler K, editors. Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen; 18 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Opitz-Welke, A., et al., *Medizin im Justizvollzug*. Deutsches Ärzteblatt, 2018. **115**(48): p. 808-814.
- Salize, H.J. and H. Dressing, *Psychiatrische Versorgung im europäischen Strafvollzug*. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2010. **4**(1): p. 70-78.
- Wiessner, P. *Versorgung hinter Gittern. Die besondere Situation von Häftlingen mit HIV*, aus: PHARMA-BRIEF SPEZIAL, "HIV/Aids global - Was zu tun bleibt", hg. von BUKO Pharmakampagne/Aktionsbündnis gegen AIDS, Nr.1/2019