## *Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug" – „Health Promotion in Prisons"*

***Herausgegeben von Heino Stöver und Jutta Jacob***

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können." Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.
Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug" wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.
Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.
Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug" dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potenziale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Heino Stöver, Catherine Ritter, Sven Buth

# Tabakprävention in Gefängnissen

**Band 25**

BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

ISFF
Institut für Suchtforschung
Frankfurt am Main

Oldenburg, 2014

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2541
26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de
Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2293-6

# Inhaltsverzeichnis


| | | |
|---|---|---|
| Zusammenfassung | | 11 |
| 1 | Einleitung | 13 |
| 2 | Erhebung und Auswertungsmethodik | 17 |
| 2.1 | Literaturstudie | 17 |
| 2.2 | Befragung der 16 Landesjustizministerien zur Praxis und Politik der Tabakprävention in ihren Gefängnissen | 18 |
| 2.3 | Kurzfragebögen an die Justizvollzugsanstalten | 19 |
| 2.4 | Schriftliche Befragung der Gefangenen und Bediensteten | 21 |
| 2.5 | Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten unter Verwendung von MoNic Badge | 23 |
| 2.6 | Fokusgruppen | 24 |
| 3 | Durchführung, Arbeits- und Zeitplan | 29 |
| 4 | Ergebnisse | 31 |
| 4.1 | Literaturstudie | 31 |
| 4.1.1 | Methoden | 32 |
| 4.1.2 | Prävalenz von Tabakkonsum | 33 |
| 4.1.3 | Analyse der Prävalenzdaten | 44 |
| 4.1.4 | Charakteristika der Umgebungsbedingungen | 53 |
| 4.1.5 | Resultate zur Tabakentwöhnung | 63 |
| 4.1.6 | Tabakkontrolle in Hafteinrichtungen | 68 |
| 4.2 | Befragung der 16 Landesjustizministerien zur Praxis und Politik der Tabakprävention in ihren Gefängnissen | 95 |
| 4.2.1 | Strategien zum Nichtraucherschutz in JVAs | 96 |
| 4.2.2 | Gesetzliche Grundlagen | 96 |

4.2.3 Gründe für die Einführung von Nichtraucherschutzregelungen 97
4.2.4 Erfahrungen im Zusammenhang mit der Einführung der Regelungen 97
4.2.5 Verantwortlichkeiten bzgl. der Umsetzung der Nichtraucherschutzbestimmungen 98
4.2.6 Konkrete Regelungen zum Nichtraucherschutz in JVAs 99
4.2.7 Evaluation der Maßnahmen 99
4.2.8 Planungen bzgl. zukünftiger Maßnahmen zum Nichtraucherschutz 100
4.2.9 Zugang zu Tabakprodukten 100
4.2.10 Forschungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei der Weiterentwicklung von Tabakprävention in Haftanstalten 101
4.3 Befragung der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte der Haftanstalten Deutschlands 102
4.3.1 Jahr der Einführung der Nichtraucherschutzregelung 102
4.3.2 Regelungen zum Nichtraucherschutz 103
4.3.3 Die Befolgung der Nichtraucherschutzregelungen und damit in Zusammenhang stehende Probleme 104
4.3.4 Klage über mangelnden Nichtraucherschutz 106
4.3.5 Rauchausstiegshilfen 106
4.3.6 Schätzung der Prävalenz des Rauchens 107
4.4 Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Haftanstalten 108
4.4.1 Passivrauchen 110
4.4.2 Rauchverbote 112
4.4.3 Rauchverhalten 116
4.4.4 Reduktion des Tabakkonsums 122
4.5 Befragung von Gefangenen in Haftanstalten 130
4.5.1 Beschreibung der Stichprobe 130
4.5.2 Passivrauchen 133
4.5.3 Nichtraucherschutzregelungen 135
4.5.4 Rauchverhalten 137
4.5.5 Reduktion des Tabakkonsums 150

4.5.6 Einschätzung der Bedeutung von Hilfemaßnahmen 161
4.6 Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten unter Verwendung von MoNic-Badges 163
4.6.1 Ergebnisse 163
4.7 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche 165
4.7.1 Prävalenz unter Gefangenen 165
4.7.2 Rauchprävalenz des Personals 166
4.7.3 Rauchen als kommunikationsförderndes Moment 167
4.7.4 Fehlende Vorbildfunktion des Personals in Bezug auf das Rauchen 167
4.7.5 Toleranz gegenüber Rauchern 168
4.7.6 Passivrauchaussetzung 168
4.7.7 Hafträume für Nichtraucher 169
4.7.8 Raucherräume 172
4.7.9 Einhalten der Nichtraucherschutz Regelung 174
4.7.10 Wirkung des Nichtraucherschutzgesetzes 176
4.7.11 Die Bedeutung des Rauchens 176
4.7.12 Die Bedeutung des Tabakkonsums für die Gefangenen 177
4.7.13 Funktion des Tabaks für die Bediensteten 181
4.7.14 Möglichkeiten der Ablenkung vom Rauchen 181
4.7.15 Erwerb von Tabakprodukten 182
4.7.16 Beginn des Rauchens durch Inhaftierung 187
4.7.17 Geringe Relevanz der Tabakkonsumproblematik 187
4.7.18 Rauchfreie Umgebung 188
4.7.19 Reduktion des Rauchens als Ziel 189
4.7.20 Abstinenzversuche 189
4.7.21 Hilfeangebote 198
4.7.22 Fortbildung 201
4.7.23 Justizvollzugskrankenhaus (JVK) 202
4.7.24 Jugendliche 203
4.8 Erfahrungsaustausch und Vernetzung 203

5 Diskussion der Ergebnisse 205
5.1 Zusammenfassende Darlegung und Bewertung der Ergebnisse 205
5.1.1 Passivrauchaussetzung 205
5.1.2 Zugang zu Tabakprodukten 206
5.1.3 Befolgung der Nichtraucherschutzregelungen 206
5.1.4 Akzeptanz von Regelungen zum Nichtraucherschutz 207
5.1.5 Beweggründe des Rauchens 207
5.1.6 Unterstützung und Hilfeangebote 208
5.1.7 Strategien der Bundesländer hinsichtlich einer effektiven Tabakprävention in den Haftanstalten 209
5.1.8 Geschlechtsspezifische Ergebnisse 209
5.1.9 Jugendspezifische Ergebnisse 210
5.1.10 Spezifische Ergebnisse für im Ausland geborene Gefangene 211
5.2 Strategie zum Nichtraucherschutz in deutschen Gefängnissen 213
5.2.1 Allgemeine Prinzipien der Strategie 214
5.2.2 Konkrete Regelungen zum Nichtraucherschutz 215
5.2.3 Gesundheitsaufklärung und Fortbildungen 215
5.2.4 Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder Reduzierung des Rauchens 216
5.2.5 Aufbau von Netzwerken mit Einrichtungen der Tabakprävention sowie Monitoring und Evaluation 217
5.2.6 Check-Liste 218

Literaturverzeichnis 223

## Danksagung

Ohne die aktive Unterstützung einer Vielzahl von Institutionen und Personen wäre die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt den Verantwortlichen in den Justizministerien, welche die Studie befürworteten, den Anstaltsleitern der an der Studie teilnehmenden Haftanstalten und insbesondere den Gefangenen und Bediensteten, die bereit waren die Fragebögen auszufüllen, sich an den Fokusgruppen zu beteiligen oder die Messungen der Passivrauchaussetzung zu unterstützten.

Darüber hinaus möchten wir folgenden Personen namentlich für ihre Mithilfe an dem Gelingen dieses Projekts danken: Astrid Albrecht, Christina Bethke, Matthias Blümel, Gabriele Büskens, Carole Büchner, Johannes Düwel, Melanie Friebe, Philipp Hiller, Kerstin Höltkemeyer-Schwick, Volker Hofstetter, Petra Huckemeyer, Karlheinz Keppler, Marion Kiese, Nina Kuplewatzky, Anja Kutzer, Martina Pötschke-Langer, Laura Oestreich, Christa Rustler, Roland Schauer, Jens M. Schneider, Inge Schulten, Edith Weiss-Gerlach, Wilfried Zahn.

# Zusammenfassung


## Hintergrund

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Prävalenz des Rauchens von Häftlingen zwei bis drei Mal so hoch liegt, wie in der Allgemeinbevölkerung. Aus Deutschland liegen hierzu aber bisher kaum belastbare Zahlen vor. Noch defizitärer ist die Befundlage hinsichtlich der Gründe des intensiven Rauchens in Haft, der empfundenen Passivrauchbelastung, der Akzeptanz und Befolgung von Nichtraucherschutzregelungen, der Bereitschaft zur Reduktion des Tabakkonsums und der verfügbaren bzw. erwünschten Hilfeangebote. Darüber hinaus ist unklar, welche Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in den deutschen Haftanstalten konkret zur Anwendung kommen und auf welcher rechtlichen wie politischen Grundlage dies geschieht.

## Methoden

Im Rahmen der Gesamtstudie sind insgesamt 6 Teilstudien durchgeführt worden: Internationale Literaturstudie, Befragung der Landesjustizministerien (N=11), Befragung der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte der Haftanstalten (N=81), Befragung von Gefangenen (N=1.285) und des Gefängnispersonals (N=704), Fokusgruppengespräche (N=9), Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten (N=48).

## Ergebnisse

Die Prävalenz des Rauchens beträgt für die Gefangenen 79% und für die Bediensteten 28%. Drei Viertel der Insassen und 68% der Bediensteten geben an, dem Rauch anderer Tabakkonsumenten ausgesetzt zu sein. Nichtraucher nehmen in den JVAs pro Tag den Rauch einer Zigarette aufgrund des Passivrauchens auf. Rauchverbote, welche die Hafträume einschließen, werden von beiden Befragtengruppen mehrheitlich abgelehnt. Mit der Inhaftierung ist oftmals der Einstieg in den Tabakkonsum verbunden. Jeder zweite aktuell rauchende Häftling hat während der Haft schon einen Abstinenzversuch un-

ternommen. Entsprechende Hilfe wird in den JVAs vereinzelt angeboten, die Kosten müssen die Häftlinge aber selbst tragen. Als erfolgsmindernd werden diesbzgl. vor allem Stress und Langeweile benannt. Während die JVAs bemüht sind, Nichtraucher nicht gemeinsam mit Rauchern in einem Haftraum unterzubringen, sind Nichtraucherstationen bisher kaum existent.

**Schlussfolgerung**

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Studie sind eine Vielzahl von Empfehlungen formuliert und zu einem Maßnahmenpaket gebündelt worden. Der Politik, wie den Haftanstalten wird es somit ermöglicht, eine empirisch fundierte und nach wissenschaftlichen Maßstäben entwickelte Tabakprävention in deutschen JVAs zu etablieren.

# 1 Einleitung

Tabakrauch ist der größte und gleichzeitig vermeidbare Innenraumschadstoff: Der Drogenbericht der Bundesregierung (2009) weist das Ausmaß dieser Schädigungen auf: An den direkten Folgen des Rauchens, sterben ca. 140.000 Menschen pro Jahr in Deutschland; ca. 3.300 Menschen versterben aufgrund des Passivrauchens. 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 pro Jahr.

Während der Konsum von Tabakprodukten in der Allgemeinbevölkerung sowie die sich daraus ergebenen Probleme Gegenstand intensiver Forschungstätigkeiten waren und sind, ist diese Thematik in den deutschen Gefängnissen bisher nie umfassend untersucht worden.

Internationale Befunde zeigen, dass die Prävalenz des Rauchens innerhalb von Haftanstalten zwei bis viermal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. So werden für männliche Gefangene in der Schweiz 79%, in Großbritannien 80%, in Litauen 86%, in Polen 81%, in Griechenland 92% und in Frankreich 98% berichtet. Auf ähnlich hohem Niveau liegen die entsprechenden Anteile der Frauen: 95% in Kanada, 99% in Großbritannien, 82% in Litauen und 59% in der Schweiz (Ritter, Stöver et al. 2011).

Für Deutschland sind nur wenige Daten zur Raucherprävalenz in Haftanstalten vorhanden und zudem nur für erwachsene Männer. Sie beschreiben jedoch mit Anteilen zwischen 64% und 88% eine ähnliche Verbreitung des Tabakkonsums wie in den oben dargestellten internationalen Studien (Tielking, Becker et al. 2003).

Für Jugendliche sind weltweit keine belastbaren Daten publiziert. Die wenigen Studien, die Aussagen zur Prävalenz des Rauchens von Bediensteten ermöglichen, zeigen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung intensiveres bis vergleichbares Rauchverhalten.

Die Exposition gegenüber Passivrauch (Second Hand Smoke/SHS) beinhaltet für die davon betroffenen Nichtraucher[1] ein erhebliches Gesundheitsrisiko – so steigen die Risiken für Herzerkrankungen und Lungenkrebs um 25% bis 30% (US Department of Health 2006). Nach dem derzeitigen Forschungsstand gibt es in Bezug auf die Passivrauchbelastung keinen Schwellenwert, unterhalb dessen gesundheitlichen Risiken nicht mehr bestehen würden. D. h., selbst Maßnahmen wie die Trennung von Rauchern und Nichtrauchern oder die Installation spezieller Lüftungssysteme können nichtrauchende Personen niemals vollständig vor den gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens schützen. (WHO 2007; WHO 2007; Proescholdbell, Foley et al. 2008; WHO 2009; US Department of Health 2010; Ritter, Huynh et al. 2011). In Haftanstalten kumulieren die Risiken. Wie berichtet, ist die Prävalenz des Rauchens unter den Gefangenen sehr hoch. Gleichzeitig leben diese auf engem Raum in Gebäuden mit oftmals unzureichender Belüftung. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten des Aufenthaltes außerhalb der Gefängnisgebäude in der Regel sehr begrenzt. Die Menschen, die in den Haftanstalten arbeiten und leben, sind somit permanentem Passivrauch ausgesetzt. Schon 2007 hat die WHO die Dringlichkeit des Schutzes von Bediensteten und Häftlingen vor den Gefahren des Passivrauchens betont. Maßnahmen zur Verringerung der Passivrauchbelastung und Angebote zur Raucherentwöhnung werden angemahnt.

In Teilen sind solche Regelungen zum Schutz der Nichtraucher in den Haftanstalten bereits in Kraft getreten. Europaweit lassen sich folgende Maßnahmen identifizieren:

*Gefangene*

- Rauchen nur in der eigenen Zelle
- Rauchen in einem Raucherraum
- Nichtraucher haben Anspruch auf einen Wechsel in eine Nichtraucherzelle
- Jugendliche dürfen keinen Tabak kaufen
- Abteilungen mit Inhaftierten unter 18 Jahre sind rauchfrei
- Frauen- und Kinderabteilungen sind rauchfrei

1 Aus sprachlichen Gründen wird in diesem Bericht überwiegend die männliche Ausdrucksweise benutzt. Diese schließt, sofern nicht explizit auf geschlechtsspezifische Befunde rekurriert wird, natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

*Bedienstete*

- Rauchen nur außerhalb der Gefängnisgebäude erlaubt
- Einrichtung spezieller Raucherräume
- völliges Rauchverbot

Darüber hinausgehende bzw. ergänzende Präventionsprogramme und Nichtraucher-Kurse gab es nur in wenigen Ländern (England, Australien, USA). Unklar ist jedoch bei vielen Praxismodellen, ob die erwünschte Wirkung von Rauchverboten – die Reduzierung der Passivrauchbelastung von Nichtrauchern oder die Motivierung von Rauchern den Tabakkonsum aufzugeben oder zumindest zu reduzieren – auch eingetreten ist.

Zudem muss bei der Einführung und Durchsetzung von Nichtraucherschutzregelungen einbezogen werden, dass das Rauchen ein integraler Bestandteil der Gefängniskultur ist. Beschränkungen des Zugangs zu Rauchwaren oder eine Beschneidung der Möglichkeiten zu rauchen ohne begleitende, ausgleichende Maßnahmen würden unerwünschte Nebeneffekte hervorrufen. So entsteht beispielsweise hoher Stress im Falle einer fehlenden Unterstützung während des Nikotinentzugs und die Aggressivität unter den Insassen bzw. zwischen Insassen und Gefängnispersonal steigt. Auch Prohibitionseffekte sind zu erwarten, d. h., es wird versucht, Zigaretten in das Gefängnis zu schmuggeln.

Insgesamt wird deutlich, dass die Tabakprävention in den deutschen Haftanstalten einerseits dringend intensiviert werden muss, andererseits bisher ein erheblicher Mangel an zuverlässigen Informationen vorliegt, um eine solche Ausweitung der tabakpräventiven Maßnahmen auch empirisch fundieren zu können.

Übergeordnetes Ziel der vorliegenden Studie „Tabakprävention in deutschen Gefängnissen“ ist es, dieses Defizit an belastbaren wissenschaftlichen Befunden soweit zu verringern, dass es zukünftig möglich ist, effektive und für alle Beteiligten akzeptable Konzepte des Nichtraucherschutzes zu entwickeln und zu etablieren. Um dieses Ziel auch verwirklichen zu können, sind im Rahmen dieser Untersuchung mehrere Teilstudien durchgeführt worden, die jeweils auf spezifische Bereiche fokussieren. Im Einzelnen sind dies:

1. Erstellung einer Literaturstudie zur Prävalenz des Tabakkonsums, zum Status quo der Tabakprävention und zu „Best Practice“-Modellen in Gefängnissen,

2. Befragung der 16 Landesjustizministerien zur Praxis und Politik der Tabakprävention in JVAs,
3. Befragung der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte der Haftanstalten Deutschlands zum Stand der Umsetzung und zu Problemen bei der Einführung und Durchsetzung von Nichtraucherschutzregelungen, zu den verfügbaren Hilfeangeboten und zu Planungen für eine Veränderung der bereits etablierten Regelungen in den jeweiligen Gefängnissen,
4. Befragung von Bediensteten und Gefangenen zur Passivrauchbelastung, zum Rauchverhalten, zu den Gründen des Rauchens, zu früheren und zukünftigen Versuchen, der Tabakkonsumreduktion sowie zu Hilfen und Hindernissen der Tabakentwöhnung,
5. Durchführung von Fokusgruppengesprächen sowohl mit Gefangenen als auch Bediensteten,
6. Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten unter Verwendung von MoNic-Badges und
7. die Ergebnisse der bisher genannten Teilstudien zur Grundlage nehmend, die Formulierung einer umfassenden Strategie der Tabakprävention in Gefängnissen.

# 2 Erhebung und Auswertungsmethodik Genehmigung und Unterstützung der Studie

Auf Anfrage erklärten sich das hessische Ministerium der Justiz, für Integration und Europa sowie der Strafvollzugsausschuss der Länder (zum Zeitpunkt der Anfrage die Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg) bereit, die vorliegende Studie zur Tabakprävention in Haftanstalten zu unterstützen. Dieses Votum erleichterte die Durchführung der verschiedenen Teilstudien in den Haftanstalten Deutschlands sehr. Gleichwohl hielten einige Haftanstalten diese Befürwortungen für nicht ausreichend und nahmen nur dann an der Studie teil, wenn auch entsprechende Genehmigungen aus den jeweiligen Bundesländern vorlagen. Dies war in einigen Bundesländern nicht der Fall.

## 2.1 Literaturstudie

Die in die Literaturanalyse eingeflossenen Informationen entstammen einer Vielzahl von Quellen, die sich vier Hauptbereichen zuordnen lassen:

*Systematische Suche in Übersichts- und Literatursuchmaschinen*

Pubmed, Informahealthcare, PsycInfo, Saphir, Up to date, WHO, BDSP: Die verwendeten Suchbegriffe waren: Rauch* (rauchen, Raucher, rauchfrei), Verbot, Raucherentwöhnung, Tabak, Strategie, Prävalenz, Gefängnis, Häftling*, Bedienstete, kardiovaskulär, Risikofaktoren und Gesundheit, Frauen und Schwangerschaft.

*Persönliche Kommunikation*

Dieser Ansatz ist von besonderer Bedeutung, da zu dem zu untersuchenden Themenbereich bisher wenig Literatur vorliegt. Gleichzeitig haben Fachleute jedoch diverse Strategien entwickelt und erprobt, welche für diese Arbeit relevant sein können.

*Newsletter über Forschung in Gefängnissen*

Mit der Durchsicht dieser Quellen sollten Informationen zu veröffentlichten Strategien oder Richtlinien in Bezug auf die Verringerung der Passivrauchbelastung in den Gefängnissen gewonnen werden.

*Web-Seiten, die sich mit Tabak im Allgemeinen beschäftigen*

Diese wurden regelmäßig auf Literatur zu Haftanstalten oder Beiträgen zur Weiterentwicklung von Nichtraucherschutzregelungen in Haft gesichtet.

## 2.2 Befragung der 16 Landesjustizministerien zur Praxis und Politik der Tabakprävention in ihren Gefängnissen

*Art und Zeitpunkt der Rekrutierung*

Den Justizministerien der Länder ist im Laufe des Januars 2011 ein Schreiben zugesandt worden, in welchem die Studie kurz erläutert und darum gebeten wurde, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten. Da der Rücklauf bis Mitte April 2011 sich als noch zu gering darstellte, ist ein Erinnerungsschreiben verschickt worden.

*Teilnahme*

Insgesamt beantworteten 11 der 16 Landesjustizministerien den Fragebogen. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 69%. Aus Sachsen-Anhalt ist schriftlich mitgeteilt worden, dass sich das Bundesland nicht an Befragung beteiligen wird. Darüber hinaus haben auch die Bundesländer Hamburg, Saarland und Bremen nicht an der Befragung teilgenommen.

*Inhalte der Befragung*

Der Bogen enthielt offene Fragen zu zehn verschiedenen Themenbereichen: Strategien zum Nichtraucherschutz in JVAs; gesetzliche Grundlagen; Gründe für die Einführung der Nichtraucherschutzregelungen; Erfahrungen bei der Einführung der Regelungen in den JVAs; Verantwortlichkeiten bzgl. der Umsetzung der Nichtraucherschutzbestimmungen; konkrete Regelungen zum Nichtraucherschutz in JVAs; Evaluation der Regelungen; Planungen bzgl. zukünftiger Maßnahmen zum Nichtraucherschutz; Zugang zu Tabakprodukten; Forschungs- und Unterstützungsbedarf bzgl. Weiterentwicklung der Tabakprävention in Haftanstalten.

*Datenaufbereitung und -analyse*

Die Antworten der an der Befragung teilnehmenden Justizministerien sind in einem ersten Schritt transkribiert worden. Anschließend wurden diese mit dem Programm atlas.ti (Version 6.2.23) analysiert. Folgende Codes wurden hierfür verwendet:

1. Strategie
   a. Ist-Zustand
   b. Weitere vorgesehene Entwicklungen
   c. Gründe für Umsetzung der Strategie
   d. Nichtraucherschutzgesetzte
   e. andere Gesetze
2. Verantwortlichkeiten für die Umsetzung des Nichtraucherschutzes
3. Regelungen bzgl. der
   f. Zellen
   g. Gemeinschaftsräume
   h. Raucherkabinen
4. Zugang zu Tabakprodukten
5. Prävalenz
6. Evaluation
7. Schwierigkeiten/Negative Erfahrungen/Sanktionen
8. Positive Erfahrungen
9. Unterstützungsbedarf
10. Bedienstete
11. Jugendliche

## 2.3 Kurzfragebögen an die Justizvollzugsanstalten

### Art und Zeitpunkt der Rekrutierung

Mitte Januar 2011 ist ein Anschreiben sowie ein kurzer Fragebogen an alle medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte der Haftanstalten (circa 280) in Deutschland verschickt worden, mit der Bitte, bis spätestens zum 21. Februar 2011 zu antworten.

Da sich der Rücklauf bis zum vorgegebenen Datum als unbefriedigend erwies, wurde im April 2011 mittels eines Erinnerungsschreibens nochmals um die Beantwortung der Fragebögen gebeten.

## Teilnahme

Von den derzeit in Deutschland betriebenen 194 Haftanstalten haben 81 an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 41,8%.

Der Tabelle 2.1 ist zu entnehmen, dass bis auf den Stadtstaat Bremen alle Bundesländer mit mindestens zwei Justizvollzugsanstalten vertreten sind. Etwas weniger als jeder sechste Fragebogen bezieht sich auf ein Gefängnis in Nordrhein-Westfalen. Jeweils zehn Bögen kommen aus Baden-Württemberg und Niedersachsen und jeweils acht Bögen aus Bayern und Rheinland-Pfalz. Alle anderen Bundesländer sind mit fünf oder weniger Haftanstalten in der Stichprobe vertreten.

Tab. 1 Anzahl erhaltener Fragebögen nach Bundesland (N=81)

| | % | N | | % | N |
|---|---|---|---|---|---|
| Bayern | 9,9% | 8 | Niedersachsen | 12,3% | 10 |
| Berlin | 6,2% | 5 | Nordrhein-Westfalen | 16,0% | 13 |
| Brandenburg | 2,5% | 2 | Rheinland-Pfalz | 9,9% | 8 |
| Baden-Württemberg | 12,3% | 10 | Saarland | 2,5% | 2 |
| Hamburg | 2,5% | 2 | Sachsen | 6,2% | 5 |
| Hessen | 8,6% | 7 | Schleswig-Holstein | 3,7% | 3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2,5% | 2 | Thüringen | 4,9% | 4 |

## Inhalte der Befragung

Mit dieser Befragung sollten insbesondere die aktuell gültigen Nichtraucherschutzregelungen in den Gefängnissen sowie eine Einschätzung zu deren Befolgung erfasst werden. Darüber hinaus wurden die verfügbaren Hilfeangebote in den Haftanstalten und Planungen für eine Veränderung der bisher jeweils etablierten Regelungen erfragt. Diese genannten Inhalte sind jeweils getrennt für Gefangene und Bedienstete erhoben worden.

## Dateneingabe und -auswertung

Die Antworten der Befragungsteilnehmer sind mithilfe eines speziellen Eingabeprogramms zuerst in das Programm Microsoft Excel eingegeben und anschließend mithilfe einer SPSS-Routine in ein SPSS-Datenformat überführt

worden. Die Aufbereitung dieser Daten und die Durchführung der deskriptiven Analysen erfolgte dann ebenfalls mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 15).

## 2.4 Schriftliche Befragung der Gefangenen und Bediensteten

### Art und Zeitpunkt der Erhebung

Die Befragung fand in den Monaten September bis Dezember 2011 statt. Der Zugang zu den Haftanstalten erfolgte zum einen aufgrund bestehender persönlicher Kontakte zur Leitungsebene einiger JVAs, zum anderen durch die Justizministerien der Länder, welche gebeten wurden, aktiv für die Teilnahme an diesem Projekt zu werben. Den Haftanstalten, die sich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen, wurden dann gedruckte Fragebögen für die Bediensteten und die Inhaftierten zugeschickt. Für die Bediensteten bestand zudem die Möglichkeit, den Fragebogen elektronisch in Form eines Word-Formulars auszufüllen und vertraulich per Email an das ISFF zu schicken. Die Teilnahme an der Studie war sowohl für die Mitarbeiter in den Haftanstalten als auch für die Inhaftierten freiwillig und wurde in der Regel nicht zusätzlich belohnt. Lediglich in einer Anstalt bestand eine Tradition, sich bei den Gefangenen mit einer kleinen Aufmerksamkeit für die Mitwirkung an Studien zu bedanken (eine Tafel Schokolade). Diese Form der Gratifikation ist deshalb auch im Rahmen dieser Studie in der betreffenden JVA zur Anwendung gekommen. Die ausgefüllten Fragebögen sind in den Haftanstalten jeweils für einen meist vorab festgelegten Zeitraum gesammelt und dann ans ISFF zurück geschickt worden.

### Stichprobe

Ursprünglich waren 1.000 Fragebögen bei den Bediensteten und 2.400 bei den Gefangenen anvisiert. Mithilfe dieser vergleichsweise hohen Zahl von Befragten in beiden Teilbefragungen sollte es ermöglicht werden, möglichst differenzierte und auf bestimmte Untersuchungsgruppen gerichtete Auswertungen – insbesondere geschlechtsspezifisch, altersspezifisch, konsumspezifisch, regionalspezifisch – durchzuführen. Leider war es nicht möglich, diese Stichprobengrößen zu erreichen. Die Gründe hierfür waren je nach Bundesland und Haftanstalt sehr verschieden. Insgesamt konnten 704 Mitarbeiter in Haftanstalten zur Teilnahme an der Befragung gewonnen werden. Die Zahl der teilgenommenen Inhaftierten beträgt 1.258. Somit ist die Anzahl der letz-

teren Gruppe doch deutlich unter der anvisierten Stichprobengröße von 2.500. Gleichwohl ist diese Zahl ausreichend um auf die bedeutendsten Fragestellungen dieser beiden Befragungen inhaltlich wie statistisch verlässliche Antworten geben zu können.

**Instrumente**

Es ist innerhalb dieses Sachberichts schon mehrfach darauf verwiesen worden, dass eine Befragung von Bediensteten und Gefangenen in dieser Form in Deutschland bisher nicht stattgefunden hat. Dem entsprechend konnte zu einer Vielzahl von Fragestellungen auch nicht auf bereits erprobte und geprüfte Erhebungsinstrumente zu dieser speziellen Thematik zurückgegriffen werden. Die Formulierung vieler Fragestellungen ist daher das Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses, in welchem sowohl die Projektmitarbeiter als auch externe Experten involviert waren.

Nach Fertigstellung eines ersten finalen Entwurfs des Fragebogens ist dieser einem Pre-Test unterzogen worden. Hierzu wurden beide Fragebögen (für die Bediensteten wie für die Gefangenen) Mitarbeiter in Haftanstalten vorgelegt, mit der Bitte, unklare, sprachlich unpassende oder fehlende Inhalte zu benennen. Deren Anmerkungen sind daran anschließend in die Fragebogenentwürfe eingearbeitet worden.

Wenn sich auch die konkreten Fragestellungen der Mitarbeiter- und Inhaftiertenbefragung unterscheiden, so sind die übergeordneten abgefragten Themenbereiche inhaltlich identisch. Hierzu gehören Angaben zum Passivrauchen, Einstellungen bzgl. verschiedener Maßnahmen des Nichtraucherschutzes, früherer und aktueller Tabakkonsum, Gründe für das Rauchen, Beweggründe und Hindernisse um das Rauchen einzuschränken, gesundheitliche Auswirkungen des Rauchens sowie einige demografische Angaben.

Da in der Literatur häufig auf den Cannabiskonsum der Inhaftierten verwiesen und dessen besonderer Einfluss auf die Tabakentwöhnung beschrieben wurde, beinhaltete eine erste Fassung des Inhaftiertenfragebogens auch Fragen zum Gebrauch von Haschisch und Marihuana.

Die Bediensteten, die im Rahmen des Pre-Tests den Fragebogen begutachteten, haben jedoch empfohlen, diese Fragen herauszulassen. Sie äußerten die Vermutung, dass aufgrund der Illegalität des Cannabiskonsums in den Haftanstalten viele Häftlinge eine Teilnahme an der Befragung insgesamt verwei-

gern würden. Aus diesem Grund sind diese Fragen dann nicht in die finale Version des Fragebogens aufgenommen worden.

### Dateneingabe

Die Eingabe der Fragebögen erfolgte auf elektronischem Wege. Hierzu wurden die Bögen gescannt und mithilfe eines speziellen Computerprogramms analysiert. Anschließend erfolgte eine Verifizierung der elektronisch eingelesenen Daten durch geschulte Mitarbeiter. Die an der Befragung teilnehmenden Bediensteten hatten darüber hinaus die Möglichkeit, den Fragebogen mithilfe eines Word-Formulars auszufüllen. Die Daten dieser einzelnen Dateien sind jeweils exportiert und zu einer SPSS-Datendatei zusammengeführt worden.

### Datenaufbereitung und -auswertung

Die Rohdaten wurden nach der Dateneingabe mit SPSS (Version 15) auf ihre Konsistenz und Plausibilität geprüft. Während bei den Bediensteten alle erhaltenen Fragebögen in die Analyse aufgenommen werden konnten, mussten bei den Gefangenen 15 Bögen ausgeschlossen werden. Die Angaben dieser Personen legten jeweils den Schluss nahe, dass der Fragebogen nicht ernsthaft und wahrheitsgemäß ausgefüllt worden ist.

## 2.5 Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten unter Verwendung von MoNic Badge

### Art der Messung

Die Passivrauchaussetzung wurde mit dem „MoNic Badge“ gemessen. Die Badges können auf dem Körper getragen werden, oder in einem Raum aufgestellt sein. Sie messen, wie viel Nikotin ein Nichtraucher durch das Einatmen von rauchbelasteter Raumluft aufnimmt. Die Durchführung dieser Teilstudie erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeit und Gesundheit (Lausanne, Schweiz).

### Rekrutierung der Teilnehmer

Die an dieser Teilstunde teilnehmenden Gefangenen – allesamt Nichtraucher – wurden von Bediensteten der Haftanstalten persönlich angesprochen. Die

Teilnahme war freiwillig. Eine Anstalt bestand auf schriftliche Einverständniserklärungen. Alle Ergebnisse der Messungen wurden den Teilnehmern persönlich und vertraulich per Brief mitgeteilt. Die Zusammensetzung der Teilnehmer ist der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen.

Tab. 2 Teilnahme der Gefangenen und Bediensteten an den MoNic-Badge-Messungen nach Haftanstalt

| Haftanstalt | Gefangene | Bedienstete | Gesamt |
|---|---|---|---|
| Lingen | 5 | 9 | 14 |
| Vechta | 0 | 2 | 2 |
| Detmold | 10 | 10 | 20 |
| Untermaßfeld | 5 | 7 | 12 |
| Gesamt | 20 | 28 | 48 |

### Analyse der Daten

Um die Argumentation der Messergebnisse zu erleichtern, sind die Messwerte in Zigarettenäquivalente umgerechnet worden. Die Ergebnisse wurden dann weiter mit Stata (Version 12) analysiert.

## 2.6 Fokusgruppen

### Rekrutierung der Teilnehmer

Nach Anfrage des ISFF haben vier Anstalten Interesse an einer vertieften Untersuchung geäußert. Eine Kontaktperson in jeder Anstalt hat potenzielle Gesprächsteilnehmer unter den Gefangenen wie den Bediensteten jeweils mündlich zur Teilnahme an den Fokusgruppengesprächen eingeladen. Insgesamt wurden neun Fokusgruppengespräche in vier verschieden Anstalten durchgeführt (siehe Tabelle 3). Vier dieser Gespräche fanden mit männlichen Gefangenen statt, ein weiteres mit weiblichen Gefangenen. Mit dem Personal gab es insgesamt vier Gesprächsrunden. Die Gruppengespräche dauerten jeweils zwischen 60–120 Minuten.

Tab. 3 Kurzbeschreibung der Teilnehmer

| Anstalt & Bundesland | Fokusgruppe Gefangene | Fokusgruppe Bedienstete |
|---|---|---|
| Lichtenberg/Berlin<br>6. Juli 2011<br>Frauenanstalt | 5 Gefangene, Anstaltsbeamte, Gefangenenbeirat Leiter, Praktikanten | 9 Teilnehmer: Leiter, Anstaltsbeamte, Praktikanten |
| Lingen/Niedersachsen<br>11. Juli 2011<br>Männeranstalt | 5 Gefangene | 7 Teilnehmer: Drogenberatung, Sportleiter, Chirurg, Pfleger, Praktikantin |
| Groß Hesepe/Niedersachsen<br>11. Juli 2011<br>Männeranstalt | 3 Gefangene | |
| Detmold/NRW<br>12. Juli 2011<br>Männeranstalt | 4 Gefangene | 8 Teilnehmer: Gesundheitsdienst, Physiotherapeut, Personalrat, Leiterin, Sozialtherapeut, Beamte |
| Untermaßfeld/Thüringen<br>23. August 2011<br>Männeranstalt | 3 Gefangene | 4 Teilnehmer: Personalrat, Freizeit- und Sportleiter, Arzt, Vollzugsabteilungsleiter |

An dem Fokusgruppengespräch in einer Haftanstalt für weibliche Gefangene haben neben den Insassinnen auch noch Vertreter des Gefangenenbeirats, einige Bedienstete sowie der Leiter der Haftanstalt teilgenommen. Gleichwohl versichert wurde, dass das Personal und die Anstaltsleitung bei den Gefangenen ein hohes Ansehen genießen und somit seitens der Gefangenen gegen deren Anwesenheit keine Einwände bestünden, ist nicht auszuschließen, dass der Verlauf des Fokusgruppengesprächs hierdurch nachhaltig beeinflusst wurde.

In einer anderen Haftanstalt wurden die Gespräche mit den Bediensteten nicht in einer gesamten Gruppe durchgeführt, sondern in Form von einzelnen Gesprächen (jeweils ca. 45 Minuten). Die Fokusgruppe mit den Gefangenen dieser Anstalt war ausnahmslos mit Mitgliedern der Gefangenenvertretung (GMV) besetzt.

### Raucherstatus der Teilnehmer

Die Personen, die in den Haftanstalten für die Rekrutierung der Gesprächsteilnehmer verantwortlich waren, sind gebeten worden, sowohl Raucher als auch Nichtraucher als Teilnehmer zu gewinnen. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass den Belangen beider Gruppen in den Gesprächen ausreichend Raum gegeben werden kann. Tabelle 4 macht deutlich, dass diese Vorgabe erfüllt wurde. Bei den Gefangenen sind 12 der 20 Teilnehmer Raucher, bei den Bediensteten liegt dieser Anteil etwa halb so hoch. Unter dem Personal finden sich zudem vergleichsweise viele ehemalige Raucher, von denen erwartet werden kann, dass sie aufgrund ihrer bereits erfolgreich vollzogenen Tabakentwöhnung, über besondere diesbezügliche Erfahrungen zu berichten wissen.

Tab. 4 Raucherstatus der Fokusgruppenteilnehmer

| | Gefangene | Bedienstete |
|---|---|---|
| Raucher | 12 (60%) | 9 (30%) |
| Nicht Raucher | 7 (35%) | 8 (27%) |
| Ehemaliger Raucher | 1 (5%) | 10 (33%) |
| Unbekannt | | 3 (10%) |
| Gesamt | 20 | 30 |

### Vertraulichkeit der Daten

Die Gespräche wurden elektronisch aufgezeichnet. Das Einverständnis der Teilnehmer hierzu wurde mündlich zu Beginn der Gesprächsrunden eingeholt. In einer Haftanstalt wurde auch eine schriftliche Genehmigung zur Teilnahme der Gefangenen unterschrieben.

### Analyse der Daten

Die Gespräche sind zu einem späteren Zeitpunkt unter Wahrung der Anonymität der Teilnehmer transkribiert worden. Sprachliche Unzulänglichkeiten der wörtlichen Rede wurden geglättet. Die Auswertung der transkribierten Gespräche erfolgte unter Zuhilfenahme eines speziell hierfür entwickelten Computerprogramms (Atlas.ti, Version 6.2.23). Folgende Codes wurden verwendet:

| Code-Nr. | Titel |
|---|---|
| 1 | Rauchgewohnheiten der Teilnehmer |
| 1.a | Raucher, Nichtraucher |
| 1.b | Wo wird geraucht? |
| 2 | Prävalenzschätzung |
| 3 | Raucherräume |
| 4 | Beziehung zwischen Bediensteten und Gefangene |
| 4.a | Vorbildfunktion |
| 4.b | Rauchentwöhnungs-Berater |
| 4.c | Gefangenenvertretung |
| 4.d | Gemeinsames Rauchen von Gefangenen und Bediensteten |
| 5 | Sicherheitsaspekte |
| 6 | Angebote zur Tabakentwöhnung (Belohnung) |
| 7 | Gesundheitsförderung in der Haftanstalt |
| 8 | Widerstand gegen Veränderungen |
| 9 | Rauchen als Thema (in der Anstalt, Priorität, Problem) |
| 10 | Passivrauchaussetzung |
| 10.a | Schutz vor Passivrauch |
| 10.b | Ort der Passivrauchaussetzung |
| 11 | Funktion des Tabakkonsums |
| 12 | Diskriminierung von Rauchern bzw. Nichtrauchern |
| 13 | Nichtraucherschutzgesetz |
| 14 | Bus/Transport |
| 15 | Versuche aufzuhören bzw. zu reduzieren |
| 16 | Genuss |
| 17 | Bedienstete |
| 17.a | Arzt |
| 18 | Hanf |
| 19 | Zugang zu Tabak |

# 3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Einige Bundesländer haben auch nach mehrmaligem Werben für die Teilnahme an der Studie nicht teilgenommen. Zum Teil ist die Korrespondenz mit den verantwortlichen kriminologischen Diensten der Länder geführt worden, z. T. mit den Justizministerien selbst. Die Nicht-Teilnahme hat die Erreichung der anvisierten Zielzahlen von Teilnehmern an der Studie deutlich erschwert: Statt 2.400 Gefangene konnten nur 1.258 teilnehmen, bei den Bediensteten konnten statt der anvisierten 1.000 nur 704 erreicht werden.

Die Begründungen zur Nicht-Teilnahme waren stichpunktartig und beispielhaft die folgenden:

- Nach einer Volksabstimmung sollte keine Unruhe im Vollzug geschürt werden,
- Schreiben sind nicht an die zuständigen Personen weitergeleitet worden,
- Überlastung aufgrund anderer Forschungsvorhaben,
- Zeitmangel,
- Umstrukturierung.

Des weiteren gab es zwar Zusagen von Verantwortlichen in den Justizministerien, eine Umsetzung scheiterte jedoch letztlich auf der Anstaltsebene, weil bspw. die Leiter oder die Personalräte keine Unterstützung leisteten. Die Ablehnungen durch die Personalräte wurden ebenfalls häufig mit der Arbeitsüberlastung oder der Teilnahme an zu vielen anderen Forschungsprojekten der Bediensteten begründet. Weitere Anstalten sagten ihre Unterstützung zu, letztlich kam es aus arbeitstechnischen Gründen doch zu keiner Umsetzung.

Abschließend ist anzumerken, dass es nicht immer einfach war, die verantwortlichen Akteure in den JVAs zu identifizieren und mit ihnen Kontakt aufzunehmen.

# 4 Ergebnisse

## 4.1 Literaturstudie

Weltweit sind zur Zeit mehr als neun Millionen Menschen inhaftiert. Daten zeigen, dass es unter den Gefangenen eine hohe Raucherprävalenz gibt, die je nach Land und Gefängnis von 64 bis über 90 Prozent reicht. Im Gegensatz zu den Fortschritten in der Freiheit haben in Gefängnissen fast keine Veränderungen stattgefunden. Ein erheblicher Rückgang der Raucherprävalenzraten konnte in der Allgemeinbevölkerung beobachtet werden (WHO, 2007a).

Gesundheitliche Probleme gehören zu den potenziellen Hindernissen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung bei der Rückkehr in das freie Leben. Da es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rauchen und einer Vielzahl von Krankheiten gibt, kann ein Tabakentwöhnungsprogramm auch als Hilfe zur Reintegration gesehen werden (Kauffman, Ferketich, Murray, Bellair, & Wewers, 2010) (National Offender Management Service, 2004).

Der positive Effekt, welcher mit einer erfolgreichen Rauchentwöhnung einhergeht, kann dazu ermutigen, weitere Änderungen im Leben vorzunehmen. Rauchen sollte als ein Verhalten betrachtet werden, das zu gesundheitlichen Ungleichheiten führt. Zudem ist es ein potenzielles Hindernis für eine erfolgreiche Wiedereingliederung (Kauffman, Ferketich, & Wewers, 2008) (MacAskill, 2008).

Innerhalb von Gefängnissen sind Häftlinge gezwungen, den Großteil ihrer Zeit in geschlossenen Räumen zu verbringen. Die bestehende Lüftung ist dort meist mangelhaft. Somit ist die Bedrohung durch eine Exposition gegenüber Passivrauch (second-hand smoke – SHS) besonders hoch. Die Passivrauchbelastung ruft einen Bedarf an wirksamen Maßnahmen hervor, um indirekte Gesundheitsrisiken für Gefangene und Bedienstete zu reduzieren.

Das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Meinungsvertreter für die Gefahren des Passivrauchs (SHS) zu schärfen, ist maßgeblich, um das Verstehen und die Unterstützung der Gesellschaft zu gesetzlichen Maßnahmen zu ge-

winnen (WHO, 2009a). Dies kann auch durch Forschung im Gefängnis erreicht werden. Darüber hinaus ist die Generierung von nationalen epidemiologischen Erkenntnissen effektiver als die Verwendung internationaler Statistiken, um Politiker zum Handeln zu überzeugen (WHO, 2007b). Diese Untersuchung zum Thema Passivrauch (SHS) in deutschen Gefängnissen verfolgt genau diese beiden Ziele.

In der Gesellschaft ist im Allgemeinen die Akzeptanz der Gesetzgebung zum Schutz der Bevölkerung vor Passivrauchbelastung von 52,9 Prozent Mitte 2005 bis 74 Prozent im Jahr 2010 wesentlich gestiegen. Dieselbe Tendenz kann sogar bei regelmäßigen Rauchern in Bezug auf rauchfreie Lokale und Bars (mit 26% im Jahr 2007 und 40% im Jahr 2010) festgestellt werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Gesundheit, & 11055 Berlin www.drogenbeauftragte.de, 2011).

### *4.1.1 Methoden*

Die Daten und Informationen zur Prävalenz(?) zu gesundheitspolitischen Strategien wurden über vier Hauptquellen bezogen:

- Systematische Übersichts- und Literatursuchmaschinen (Pubmed, Informahealthcare, PsycInfo, Saphir, Up to date, WHO, BDSP): Die verwendeten Suchbegriffe waren: Rauch* (rauchen, Raucher, rauchfrei), Verbot, Raucherentwöhnung, Tabak, Strategie, Prävalenz, Gefängnis, Häftling*, Bedienstete, kardiovaskulär, Risikofaktoren und Gesundheit, Frauen und Schwangerschaft.
- Persönliche Kommunikation: Dieser Ansatz ist praktisch, da zu diesem Themenbereich bisher wenig Literatur vorhanden ist, aber Fachleute dennoch diverse Strategien entwickeln und erproben, welche von großer Bedeutung für diese Arbeit sind.
- Newsletters über Forschung in Gefängnissen: Diese informieren über veröffentlichte Strategien oder Richtlinien, um die Passivrauchbelastung in Gefängnissen zu verringern.
- Webseiten, die sich mit Tabak im Allgemeinen beschäftigen: Diese wurden sorgfältig und regelmäßig nach Literatur über Haftanstalten oder Entwicklungen von Richtlinien für Strategien untersucht, um die Exposition gegenüber Passivrauch in diesem speziellen Rahmen anzugehen.

### *4.1.2 Prävalenz von Tabakkonsum*

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf Prävalenz in der Fachliteratur dargestellt. Dabei wird versucht, die Raucherinnen- und Raucherraten in der Allgemeinbevölkerung mit denen von Gefängnisinsassen in Beziehung zu setzen. Die Ergebnisse werden differenziert für vier Gruppen dargestellt:

- Männliche Gefangene
- Weibliche Gefangene
- Jugendliche und Heranwachsende
- Bedienstete

Auch wenn eine globale Übersicht über das Rauchverhalten unter Gefangenen und Bediensteten angestrebt ist, kann dies jedoch nur für die geografischen Räume realisiert werden, für die bereits Prävalenzdaten vorliegen. Nicht alle geografischen Gebiete konnten erfasst werden, da nicht für alle Länder epidemiologische Daten vorliegen.

#### 4.1.2.1 Allgemeine Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb und außerhalb von Haftanstalten

Im Jahr 2005 waren in allen europäischen Ländern, abgesehen von Island und Schweden, die Fallzahlen für Rauchen bei Männern höher als bei Frauen. Mit einem Unterschied von 46,9% zeigen Daten aus Georgien die größte Kluft zwischen den Geschlechtern-, gefolgt von fünf osteuropäischen Ländern mit einer Gender-Differenz von mehr als 40% (Armenien, Weißrussland, Kirgisistan, Republik Moldau und der Russischen Föderation). Ein kleinerer Unterschied von weniger als 10% zwischen männlichen und weiblichen Prävalenzdaten des Rauchens konnte in 18 (meist westeuropäischen) Ländern gefunden werden (WHO 2007).

Generell sind in Gefängniseinrichtungen die Prävalenzraten von Raucherinnen und Rauchern zwei- bis viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Im Großen und Ganzen stimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher innerhalb der Haftanstalten mit dem Anteil von Nichtraucherinnen und Rauchern außerhalb der Haftanstalten überein (z.B. sind 75% der Häftlinge Raucherinnen und Raucher gegenüber 25% der Allgemeinbevölkerung) (Patrick and Marsh 2001).

In Gefängnissen weisen Männer und Frauen ähnlich hohe Raucherinnen- und Raucherraten auf (Cropsey, Jackson et al. 2011; Stöver and Thane 2011).

Nur in Australien hat lediglich eine Studie über höhere Prävalenzzahlen von inhaftierten Frauen gegenüber inhaftierten Männern berichtet, was im Gegensatz zur Situation außerhalb der Haft steht: Hier rauchen mehr Männer als Frauen (Awofeso 2000).

#### 4.1.2.2 Männer

*Kanada*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 16% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 21% (WHO 2009).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| Quebec 72% (1995) und 71% (2008) N= 73 (Guyon, Brochu et al. 2010) |
| Quebec 75% bis 80% (vor der Studie 2008), Schätzwerte (Guyon, Brochu et al. 2010) |

*USA*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 20% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“)[1] ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 25% (WHO 2009).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| 60% bis 80% (Carpenter, Hughes et al. 2001) |
| 70% bis 80% (Cropsey, Eldridge et al. 2008) |
| 62% (Hammond and Emmons 2005) |
| 60% bis 80% (Kauffman, Ferketich et al. 2010); N= 200, 79.8% |
| 76% Prävalenz vor der Inhaftierung; 78.5% unter partiellem Rauchverbot (Kauffman, Ferketich et al. 2011) |
| 69.6% N=1174(Cropsey, Crews et al. 2006) |
| 37.8% der Landesgefangenen (*state inmates*) und 38.6% der Bundesgefangenen (*federal inmates*) haben im Monat ihres Arrests im Jahr 2005 geraucht (The national center on |

1 Beinhaltet Gelegenheitsraucher

| |
|---|
| addiction and substance abuse at 2010) |
| 70% (verglichen mit 21% der Allgemeinbevölkerung), 65% Raucher (Proescholdbell, Foley et al. 2008) |
| 70% (verglichen mit 23% der Allgemeinbevölkerung) (Chavez, Oto-Kent et al. 2005) |
| 60% bis 80% (verglichen mit 21% der Allgemeinbevölkerung) (Kauffman, Ferketich et al. 2008) |
| 50.4% (verglichen mit 23.9% der Allgemeinbevölkerung), N=14373 (Binswanger, Krueger et al. 2009) |
| 82.5%, N=200 (Lincoln, Tuthill et al. 2009) |
| Eine andere Studie liegt 74.2% vor, N=1200 neu eintretende Insassen (verglichen mit 19.7% der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2003) (Lincoln, Tuthill et al. 2009) |
| Eine Studie, die im Jahr 1996 veröffentlicht wurde, führt 75% an (Patrick and Marsh 2001) |
| 63.3%, N= 147 gewalttätige Männer (Stuart, Moore et al. 2004) |

*Australien*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 19% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 22% (WHO 2009).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| 71%, N= 5959, Bereich zwischen 48% und 97% (Awofeso 2000) |
| 72% (Awofeso, Irwin et al. 2008) |
| 78%, N= 747 (Belcher, Butler et al. 2006) |
| NSW 2001: 90%; 1996: 88% (Butler, Richmond et al. 2007) |
| 87% N=446 (Holmwood, Marriott et al. 2008) |
| 77% und 83%, verglichen mit 17.4% in der allgemeinen Gesellschaft (Richmond, Butler et al. 2006) |

Ein Unterschied in der Prävalenz zwischen Städtischen Gefängnissen (77%) und nicht städtischen Gefängnissen (69%) wurde beschrieben ($p<0.001$) (Awofeso 2000).

*Europa*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die angenommenen Raucherprävalenzdaten unter Erwachsenen haben sich bei etwa 28.6% in der WHO Region eingependelt. Die Raucherprävalenz

unter erwachsenen Männern in der WHO Region liegt etwa bei 40%: In 14 (meist osteuropäischen Ländern) besteht eine höhere Prävalenz, während sie in 12 (meist westeuropäischen) Ländern unter 30% liegt (WHO 2007).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| Lithauen 85.5%, N=1122 (Narkauskaitė, Juozulynas et al. 2007). In der Allgemeinbevölkerung liegen vergleichbare Werte bei 52%. |
| Polen 81%, N = 944 (Sieminska, Jassem et al. 2006) |
| Polen, Litauen, Estland und Ungarn zusammengenommen: 66% (N= 314)<br>Zusammengerechnet wurden 490 Insassen mithilfe von selbst ausfüllbaren Fragebögen untersucht. Die Verteilung auf die Länder sieht wie folgt aus: Estland 167, Ungarn 102, Litauen 107, Polen 114. 64.1% der Stichprobe waren Männer (N=314). Die Raucherraten unter Insassen in den einzelnen Ländern sind:<br>Polen 60.7%, Litauen 88.4%, Estland 82.1%, Ungarn 37.7%<br>(Stöver and Thane 2011). |
| Frankreich, eine statistische (DREES) Studie ergab (Sahajian, P et al. 2006)<br>1997: 79% (N=8728); 2003: 78% (N=6087) |
| Frankreich 83%, N= 1463 (Sahajian, P et al. 2006) |
| Frankreich, 90%, N= 210 (Sannier, Gignon et al. 2009) |
| Frankreich 78.5%, N=? (Dupont 2008) |
| Frankreich 98%, N= 893 2003–2006 (Pauly, Frauger et al. 2010) |
| Griechenland 91.8%, N= 353 (Lekka, Lee et al. 2007) |
| Griechenland 80%, N= 173 (Papadodima, Sakelliadis et al. 2010) |
| Italien, 67.5%, N=650 (Nobile 2011) |
| Italien, 77%, N= 1267 (Rezza, Scalia Tomba et al. 2005) |
| GB London, 78%, N= 78 (Heidari 2007) |
| GB Süd-West 60% bis 80% N= ? (Department of Health South West Regional 2007) |
| GB 89% (MacAskill 2008) |
| GB (Department of Health and HM Prison Service 2007) 78% bis 88% in einem Pilotprojekt im Gefängnis. In England & Wales, 78% der Verurteilten und 85% der Insassen in Untersuchungshaft rauchten (im Vergleich zur männlichen Allgemeinbevölkerung (26%) und zur unterprivilegierten männlichen Bevölkerung (zwischen 56% und 78%) außerhalb von Gefängnissen) |
| GB 80% sind Raucher, 22% in der Allgemeinbevölkerung (nosmokingday.org.uk 2011) |
| Schottland 79% N= ? (SPS 2008) |
| Schweiz: Im Jahr 2004 wurde in einem schweizer Untersuchungsgefängnis eine Studie durchgeführt, die aufzeigte, dass sich die Prävalenzdaten von Häftlingen mit guten Schlafgewohnheiten deutlich von denen unterschieden, die unter Schlaflosigkeit litten. 74% der schlafgestörten Patienten gegen 53% der Häftlinge mit guten Schlafgewohnheiten rauchten während der Haft (p=0.007) (Elger 2004). |

| |
|---|
| Schweiz, im Jahr 2010 83%, N = 470 (Etter & Ritter et al. wird noch veröffentlicht) |
| Schweiz, Welschschweiz 69.5% im Jahr 2005, N=1510 (Eytan, Haller et al. 2010) |
| Schweiz, Welschschweiz 61.5% im Jahr 2007, N= 2195 (Wolff, Sebo et al. 2011) |

*Deutschland*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die Prävalenzrate von männlichen Rauchern ist zwischen dem Jahr 2002 und 2005 von 32.6 % auf 31.7% gesunken (WHO 2007). Das Rauchen hat in der Allgemeinbevölkerung abgenommen. 32,8% der Männer (zwischen 18 und 64 Jahren) rauchen gemäß den Daten des(Suchtsurvey 2009 (DHS 2011).

Im Jahr 2006 rauchten 31% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 37% (WHO 2009).

Verfügbare Informationen sind in Hafteinrichtungen sehr gering:

| |
|---|
| 88% N= 217, (Tielking, Becker et al. 2003) |
| 36% N= ? (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) (U-Haft) |
| 64% N= ? (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) Strafhaft: Freiheitsstrafe |
| 85% geschätzte Daten beim Bundesministerium der Justiz (Lehman 2010) |

*Asien*

Vergleichsdaten für die Allgemeinbevölkerung sind nicht erhältlich für Taiwan. Für China wird über eine Prävalenzrate von 31%, für die Philippinen von 27% und für Japan von 25% berichtet (WHO 2009).

*Taiwan*

| |
|---|
| 92.8% N= 1129 (Lai, Chang et al. 2008) |
| N= 77, Durchschnittswert im Fagerström-Test 5.57 (Chang, Huang et al. 2010) |

#### 4.1.2.3 Frauen

Für Frauen liegen weniger Daten vor als für Männer.

*Kanada*

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 13% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 18% (WHO 2009).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| 95%, N= 40 in 2008 (Guyon, Brochu et al. 2010) |

*USA*

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 14% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 19% (WHO 2009).

In Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| 73%, N= 866 (Cropsey, Eldridge et al. 2004) |
| 42% bis 91% (Eldridge and Cropsey 2009) |
| 62.4%, N=101 (Cropsey, Crews et al. 2006) |
| 64% aktuelle oder ehemalige Raucherinnen, N=200 (Heng, Badner et al. 2006) |
| 24%, N=261, in einem rauchfreien Gefängnis (Khavjou, Clarke et al. 2007) |
| 90.7% in NYC (N=422); 41.7% in LA (N=503) in 1997 (Durrah 2005) |
| 62.2%, N=98 gewalttätige Frauen (Stuart, Meehan et al. 2006) |
| 66.7%, N=102 gewalttätige Frauen (Stuart, Moore et al. 2005) |
| 80% der Frauen, die an einer Studie zum weiblichen Zyklus teilnahmen (N=446) (Allsworth, Clarke et al. 2007) |

*Australien*

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 16% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 19% (WHO 2009).

Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| 81%, N= 5959 (Awofeso 2000) |
| 83%, N= 167 (Belcher, Butler et al. 2006) |
| 88%, N=72 (Holmwood, Marriott et al. 2008) |
| 82.9% der weiblichen Gefangenen, die an einer Gesundheitsumfrage teilnahmen (Queensland, N=212) waren Raucherinnen (Young, Waters et al. 2005). |

*Asien*

Japan: Eine Studie, die in einem rauchfreien Gefängnis durchgeführt wurde, zeigte Resultate hinsichtlich Rauchgewohnheiten vor der Inhaftierung auf. Der Prozentanteil der inhaftierten Raucherinnen vor der Menopause betrug 78%, während der Anteil der Postmenopause-Gruppe bei 45% lag. Prämenopausale weibliche Gefangene zeigten einen signifikant höheren Konsum in Bezug auf Zigaretten, Drogen und Alkohol (Nara and Igarashi 1998).

*Europa*

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die Raucherprävalenz unter erwachsenen Frauen in der WHO Region liegt etwa bei 18,2%: In 24 (meist osteuropäischen Ländern) besteht eine höhere Prävalenz, während sie in 8 (meist westeuropäischen) Ländern bei ungefähr 10% liegt (WHO 2007).

Hafteinrichtungen:

| |
|---|
| Litauen 82.1%, N=67 (Narkauskaitė, Juozulynas et al. 2007) 85.3% N= 71 (dieselbe Hafteinrichtung wurde im Jahr 2009 wieder erforscht). Vergleichsdaten in der Allgemeinbevölkerung liegen ungefähr bei 17% (Narkauskaite, Juozulynas et al. 2010) |
| Polen, Litauen, Estland und Ungarn zusammengenommen: 67% (N= 176)<br>Zusammengerechnet wurden 490 Insassen mithilfe von selbst ausfüllbaren Fragebögen untersucht. Die Verteilung auf die Länder sieht wie folgt aus: Estland 167, Ungarn 102, Litauen 107, Polen 114. 35.9% der Stichprobe waren Frauen (N=176).<br>Die Werte der weiblichen Insassen, die in den einzelnen Ländern rauchen sind:<br>Polen 63.3%, Litauen 86.8%, Estland 74.7%, Ungarn 16.0% (Stöver and Thane 2011) |
| Frankreich 63%, N= ? (Dupont 2008) |
| GB 85%, N= 502 (Plugge, Foster et al. 2009) |
| Nach einer Literaturstudie rauchen 66% der schwangeren Frauen, N= 838 (Knight and Plugge 2005) |

| |
|---|
| GB 34% bis 99% (2007) sind in Gefängnissen im Süd-Westen des Landes Raucherinnen (Department of Health South West Regional 2007) |
| Schweiz, Welschschweiz 59.2% im Jahr 2007, N=1510 (Eytan, Haller et al. 2010) |

*Deutschland*

In Deutschland hat die Prävalenzrate der Raucherinnen zwischen den Jahren 2002 und 2005 von 22,7 % auf 22,4% abgenommen (WHO 2007). Im Jahr 2006 rauchten 22% der weiblichen Bevölkerung in Deutschland täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 26% (WHO 2009). Gemäß nationalem „Suchtsurvey“, eine im Jahr 2009 durchgeführte Umfrage, rauchten 25,5% der Frauen (im Alter zwischen 18 und 64 Jahren) (DHS 2011).

Keine Daten sind für inhaftierte Frauen vorhanden.

#### 4.1.2.4 Jugendliche/Heranwachsende

Weltweit liegen nur wenige Daten zur Prävalenz des Rauchens bei jungen Gefangenen vor, was die geringe Forschung in dieser Population widerspiegelt. Ein weiterer Grund könnte das generelle Rauchverbot für junge Erwachsene in Haft und jugendliche Gefängnisinsassen sein.

*USA*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

18% der jungen Männer und 15,9% der jungen Frauen (zwischen 13 und 15 Jahren alt) rauchen (WHO 2009). Jugendliche und heranwachsende Inhaftierte weisen höhere Raucherprävalenzraten auf, als vergleichbare Gruppen in der Allgemeinbevölkerung.

| |
|---|
| 70.6% Lebenszeitprävalenz, 46.6% tägliche RaucherInnen, N= 4381 (Cropsey, Linker et al. 2008) |

*Australien*

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Unter Gymnasialschülerinnen und -schülern (17 Jahre alt) rauchten 19% der jungen Männer und 17% der jungen Frauen innerhalb der letzten Woche (www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-6-prevalence-of-smoking-secondary-students).

Innerhalb von Hafteinrichtungen mit totalem Rauchverbot rauchten

| |
|---|
| 58% (Belcher, Butler et al. 2006) |
| 6% regelmäßiger Raucher setzten ihren Konsum in Haft fort (Butler, Richmond et al. 2007) |

*Europa*

Vergleichbare Werte aus der Allgemeinbevölkerung können für jedes europäische Land auf der WHO-Webseite bezogen werden (http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2404). Für Deutschland ergibt sich im Allgemeinen eine Raucherprävalenz von 33% (33.7 bei jungen Frauen und 32.2% bei jungen Männern).

Daten über die Prävalenz des Rauchens unter jugendlichen Inhaftierten sind nicht erhältlich. Gleichwohl überprüften zwei in Irland (Lawrence and Welfare 2008) und England (Kipping, Martin et al. 2006) durchgeführte Studien die Auswirkungen einer rauchfreien Strategie in Jugendhaftanstalten.

#### 4.1.2.5 Bedienstete

Allgemein sind wenige Daten zum Raucherverhalten von Bediensteten in Haftanstalten vorhanden. In einigen Ländern sind die Prävalenzwerte von Bediensteten in Hafteinrichtungen entweder höher als die in der Bevölkerung oder sie sind annähernd gleich.

Die Datenlage ist jedoch zu prekär, um detaillierte Aussagen treffen zu können.

*Kanada/Quebec*

40% Raucher, N= 27 (Männer und Frauen) (Guyon, Brochu et al. 2010). Die Vergleichsprävalenz in der männlichen und weiblichen Allgemeinbevölkerung liegt bei 15%, damit ist sie im Vollzug 2,5 mal höher.

Im Jahr 2007 wurden in einer Studie in Quebec 1288 Gefängnisbedienstete mithilfe eines selbst ausfüllbaren Fragebogens in Bezug auf Drogenkonsum im Monat vor der Studie untersucht. Regelmäßige Raucher standen mit dem Konsum psychotroper Substanzen im Zusammenhang (PR=1.5, 95% CI 1.1–2.0) (Lavigne and Bourbonnais 2010).

*USA*

24% sind Raucher, 38% sind Ex-Raucher, N= 321 (Carpenter, Hughes et al. 2001).

Über ein Viertel der Justizvollzugsbeamten verwenden oder verwendeten Tabak (Patrick and Marsh 2001).

*Australien*

Die Prävalenz ist hoch (nicht spezifiziert). Es finden sich Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeitnehmer hier weniger dazu bereit sind Aktionen und Programme zur Raucherentwöhnung zu fördern (Baker, Ivers et al. 2006). Andere Daten, die aus einer Studie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Justizvollzugsbeamten in Neusüdwales hervorgehen, weisen darauf hin, dass 13% (N=30) der Befragten aktuelle Raucher sind. Die Rate ist von 44,3% im Jahr 1982 auf einen Wert gesunken, der tiefer als der der Allgemeinbevölkerung liegt (Vergleichswerte liegen bei 18,6%) (Bond 2007).

*Großbritannien*

17% Raucher, N= 144, 32% möchten das Rauchen aufgeben und 16% reduzieren (Department of Health South West Regional 2007).

*Schweiz*

Eine in der Deutschschweiz durchgeführte Studie belegte, dass 26% der Bediensteten Raucher sind (N=51). Der Anteil der ehemaligen Raucher unter den Bediensteten beträgt 39% verglichen mit 9% unter den Gefangenen ($p<0.001$) (Ritter, Etter et al. 2010).

#### 4.1.2.6 Entwicklung der Prävalenzen in den letzten Jahren

Studien über Raucherprävalenzen in Hafteinrichtungen reichen höchstens über 15 Jahre zurück. Die Daten sind demzufolge nicht ausreichend, um eine Evolution über die Jahre hinweg zu zeigen. Nur wenige Maßnahmen sind eingeleitet worden, um die Belastung durch Passivrauch abzubauen, was auf die geringe Priorität dieses Aspekts in den Gesundheitsförderungsmaßnahmen weist. Veränderungen können nur ansatzweise festgestellt werden.

In den USA lassen sich positive Veränderungen verzeichnen. Im Jahr 1997 war die Raucherprävalenz in Los Angeles bei inhaftierten Frauen geringer als

in New York City. Den Hintergrund für diesen Unterschied bildet die in Kalifornien frühzeitig eingeführte und erfolgreiche Tabakkontrollpolitik, die in den neunziger Jahren bereits existierte. Diese Politik bewährte sich bei inhaftierten Frauen, die Drogen missbrauchten (vgl. Ergebnisse in der vorstehenden Tabelle zur Raucherprävalenz unter weiblichen Gefangenen). In NYC wurden entsprechende Maßnahmen erst sehr spät eingeführt und können daher im Justizvollzug bisher nur geringe Erfolge verzeichnen (Durrah 2005).

Die allgemeine Raucherprävalenz australischer weiblicher und männlicher Gefangener betrug im Jahr 2001 79%, was zu den im Jahr 1996 gesammelten Daten von 77% passt. Es wurden nur wenige Fortschritte bei der Dezimierung der Raucher in Gefängnissen gemacht, während in der Allgemeinbevölkerung eine Reduzierung um 5 oder 7% im gleichen Zeitraum bewirkt werden konnte (Belcher, Butler et al. 2006) – ein Erfolg, der auf die Reduktion der Passivrauchbelastung in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen ist (Butler, Richmond et al. 2007; Butler and Stevens 2010).

Im Jahr 2008 berichtete der schottische Strafvollzug keine neuen Veränderungen in der Prävalenz: 80% (2004), 78% (2005 und 2006) (SPS 2008)

#### 4.1.2.7 Zusammenfassung der Prävalenzdaten

Die berichteten Prävalenzdaten über inhaftierte männliche Raucher variierten innerhalb der letzten 10 Jahre zwischen 36.8% und 82.5% in den USA, zwischen 48% und 90% in Australien und zwischen 66% und 98% in Europa. Die Prävalenzraten bei inhaftierten Frauen waren entweder komparabel oder höher. Für die Gruppen der Jugendlichen bzw. Heranwachsenden und Bediensteten waren kaum Daten vorhanden.

Allgemein lagen die Prävalenzraten von Raucherinnen und Rauchern bei der Gefängnispopulation ungefähr zwei bis vier Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung und sind bisher nicht zurückgegangen. Das lässt den Schluss zu, dass veränderte Nichtraucherschutz- und Tabakkontrollpolitiken in Haftheinrichtungen bisher mit unzureichender Wirkung geblieben sind. Aus den vorliegenden Studiendaten geht nicht hervor, wie lange ein solcher Prozess dauern würde.

### *4.1.3 Analyse der Prävalenzdaten*

Wie können die vorliegenden Ergebnisse der Prävalenz-Studien nunmehr interpretiert werden? Warum sind die Prävalenzen in Hafteinrichtungen im Vergleich zur Situation außerhalb der Gefängnisse so hoch?

Wir versuchen im Folgenden Faktoren zu identifizieren, die zu einer Klärung beitragen können. Grundsätzlich bietet sich an, im Spannungsfeld von individuellem Verhalten und institutionellen Verhältnissen nach Erklärungen zu suchen. Die spezifischen Charakteristika von Gefangenen und Umgebungsbedingungen müssen bei einer Umsetzung von WHO FCTC-Strategien (Strategien des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle – WHO Framework Convention on Tobacco Control) in geschlossenen Institutionen berücksichtigt werden (WHO (2009). WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Guidelines for implementation).

#### 4.1.3.1 Charakteristika von Gefangenen

Haftanstalten beherbergen viele vulnerable Gruppen, bei denen der Konsum von Psychotropika und insbesondere Tabak ohnehin weit verbreitet ist. Solche Gruppen setzen sich aus psychiatrischen Patienten oder Drogen- bzw. Tabakkonsumenten zusammen (Baker, Ivers et al. 2006), d. h. Gruppen, die gegenüber Rauchstopp-Strategien in Freiheit „resistent“ sind (Cropsey, Crews et al. 2006) (MacAskill 2008; Richmond, Butler et al. 2009). Insofern spiegeln Gefängnisse die epidemiologischen Rauchverhältnisse von sozialen Unterschichten, Drogenkonsumenten und anderen vulnerablen Gruppen überproportional wieder. Für die USA kann gesagt werden, dass 70% der Inhaftierten unterprivilegiert sind, 80% Drogen gebrauchen und 40% psychiatrische Störungen aufweisen (Chavez, Oto-Kent et al. 2005).

*Tabakabhängigkeit*[2]

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die oftmals wiederholte Versuche braucht, um eine langfristige Abstinenz zu erreichen.

Gefangene, die rauchen, weisen einen hohen Grad von Tabakabhängigkeit auf (Butler, Richmond et al. 2007) (Belcher, Butler et al. 2006), der mit einer

2 Wir beziehen uns auf die Unterscheidung von Tabak- und Nikotinabhängigkeit von K.O. Fagerström (2010): Präsentation auf dem Deutschen Suchtkongress 2010 in Tübingen/ Deutschland

geringen Wahrscheinlichkeit des Rauchstopps ohne intensive Interventionen korreliert. Die Rate selbst initiierter Rauchstopps unter Gefangenen ist gering (Cropsey, Eldridge et al. 2008).

In einer Studie, die in Polen durchgeführt wurde, zeigte die Mehrheit der Raucher einen hohen Grad von Tabakabhängigkeit auf. 50% rauchten 11 bis 20 Zigaretten pro Tag und 79% innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen (Sieminska, Jassem et al. 2006).

Eine Studie aus der Schweiz berichtet, dass Raucher (56% bis 75%, N = 470) 12–20 Zigaretten pro Tag rauchen und innerhalb von 5 bis 15 Minuten nach dem Aufstehen die erste Zigarette anzünden (Etter & Ritter et al wird noch veröffentlicht).

In einer Studie, die in Australien unter 30 männlichen Gefangenen durchgeführt wurde, wiesen Teilnehmer einen hohen Abhängigkeitsgrad und Tabakkonsum (alles handgedrehte Zigaretten) auf sowie ein für das Rauchen junges Initiierungsalter (Richmond, Butler et al. 2006).

*Tabakrauchen und Gesundheit*

Die Exposition gegenüber Passivrauch (SHS) kann ernsthafte Gesundheitsrisiken für Nichtraucher herbeiführen (das Risiko einer Herzerkrankung und Lungenkrebs steigt um 25% bis 30%) (US Department of Health 2006). Es gibt keine Grenze, unterhalb derer die Exposition gegenüber Passivrauch risikofrei ist und Maßnahmen wie die Trennung der Raucher von Nichtrauchern und die Installation spezieller Lüftungsanlagen sind entweder unzureichend oder oft nicht praktikabel (WHO 2007; WHO 2007; Proescholdbell, Foley et al. 2008; WHO 2009; US Department of Health 2010).

Passivrauch wurde von 34% der Raucher und von 53% der Nichtraucher unter den Gefangenen als Gesundheitsgefahr eingeschätzt (Belcher, Butler et al. 2006). Vielen Insassen war bewusst, dass Lungenkrebs und Herzerkrankungen durch das Rauchen und die Passivrauchbelastung verursacht werden (Kauffman, Ferketich et al. 2011).

In Polen waren sich Gefangene mit einer Sekundar- oder Hochschulbildung (28% der 164 befragten Personen) eher über die negativen Einflüsse des Tabakkonsums auf ihre Gesundheit bewusst als Gefangene mit einer Grundschulbildung (Sieminska, Jassem et al. 2006). Auch in Großbritannien sind die gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen des Rauchens unter den Häftlingen bekannt. Die Entlassung war für das Interesse an der Aufrechterhal-

tung der Gesundheit eine wichtige Motivation (Department of Health and HM Prison Service 2007). In der Deutschschweiz gehen 74% der Inhaftierten davon aus, dass Rauchen ihre Gesundheit gefährdet (Ritter, Etter et al. 2010).

In einer australischen Studie verfügten Insassen, die rauchten, über verhältnismäßig weniger Wissen in Bezug auf Tabak und dessen Gefahren (Awofeso 2000). Wissen über die gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchs, die Vorteile rauchfreier Umgebungen, einschließlich des Arbeitsplatzes, steht im Zusammenhang mit einem reduzierten Zigarettenkonsum (Durrah 2005).

Gesundheitliche Langzeitschäden und positive Nebeneffekte der Passivrauch-Reduktion werden in der Gesellschaft als wichtig erachtet und es wurde bereits erwiesen, dass an rauchfreien Arbeitsplätzen eine wesentliche Verbesserung der Atemwege festgestellt werden konnte (Proescholdbell, Foley et al. 2008). Es wurde eine Studie an 49 Häftlingen, die kurz vor ihrer Entlassung standen, durchgeführt. 67% gaben an, dass sich ihre Gesundheit nach der Einführung des Rauchverbots deutlich gebessert habe. Diese Auffassung stand mit dem Vorhaben das Rauchen bei der Entlassung aufzugeben im Zusammenhang und kann demzufolge als großer Motivationsfaktor und Interventionspunkt für Veränderungsansätze gesehen werden, da die Inhaftierung auch als eine Zeit für positive Verhaltensänderungen gegenüber Gesundheitsfragen betrachtet werden kann (Thibodeau, Jorenby et al. 2010).

Mundhygiene ist vom Rauchen direkt betroffen, denn Raucher haben eine schlechtere Mundgesundheit als Nichtraucher (Cropsey, Crews et al. 2006). In einer Studie, die unter älteren männlichen Insassen in Hong Kong durchgeführt wurde, hatten Raucher über mehr Folgen der Mundhygiene auf ihre Lebensqualität als Nichtraucher berichtet ($p<0.0I$) (McGrath 2002).

Weitere Erkrankungen, die durch das Rauchen verschlimmert oder gar ausgelöst werden können, sind Lungenerkrankungen (COPD), Herz-Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina) und Diabetis (Cropsey, Crews et al. 2006) (Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010; Thibodeau, Jorenby et al. 2010). In einer Studie, in der 866 weibliche Insassen über Tabakkonsum befragt wurden, berichteten 12,5% (von den 619 Raucherinnen) über Tabakinduzierte medizinische Probleme (keine genaue Angabe über die Art des Problems) (Cropsey, Eldridge et al. 2004). Eine Prävalenz-Studie über chronische Erkrankungen aus den USA zeigt, dass Häftlinge und Gefangene signifikant öfter an Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Asthma, Arthritis, Gebärmutterhalskrebs und Hepatitis leiden als nicht-institutionalisierte Er-

wachsene (Binswanger, Krueger et al. 2009). In einer Studie unter 4350 jungen Männern in den USA war eine vorherige Inhaftierung mit Bluthochdruck und linksventrikulärer Hypertrophie verbunden (Wang, Pletcher et al. 2009). Obwohl weitere Studien nötig sind, um diesen Zusammenhang zu untersuchen – vor allem, wenn dieser kausal ist – ist die Bedeutung der Raucherprävention erhöht. Es ist von höchster Wichtigkeit kardiovaskuläre Risikofaktoren in Hafteinrichtungen anzugehen.

Faktoren für HIV/HCV, HBV/HCV und HIV/HBV Koinfektionen wurden in einer männlichen Population in Italien untersucht. Rauchen und Drogenabhängigkeit standen mit diesen Koinfektionen im Zusammenhang (OR = 3.73; p = 0.033; OR = 1.42; p = 0.088; OR = 4.25; p = 0.053). 70% der Befragten (N = 1136) waren Raucher (La Torre, Miele et al. 2007).

In einer Studie unter 219 weiblichen Gefangenen war der Tabakkonsum ein Risikofaktor für HPV-Infektionen (multivariate Datenanalyse, OR 2.62, 95% CI 1.01–6.73). Die Autoren berichteten, dass dieser Zusammenhang in anderen Studien nicht schlüssig sei, dass aber Rauchgewohnheiten dazu beitragen können, Frauen zu erkennen, die weniger auf ihre Gesundheit achten und demzufolge eher sexuellen Risiken ausgesetzt sind (Gonzalez, Canals et al. 2008).

*Tabakrauchen und (multipler) Drogenkonsum*

Verschiedene Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Gebrauch anderer Drogen.

In einer australischen Studie, die unter 914 erwachsenen männlichen Insassen durchgeführt wurde, stand illegaler Drogenkonsum in engem Zusammenhang mit Tabakkonsum – etwa 90% der Häftlinge, die jemals Drogen injiziert oder Cannabis konsumiert hatten, waren ebenso Raucher. Ehemaliger Cannabis- oder Drogenkonsum waren unabhängige Prädiktoren der aktuellen Raucher. (Belcher, Butler et al. 2006). In einer französischen Studie waren 29% (N = 408 von insgesamt Teilnehmer n = 1410) der Probanden Gebraucher, Missbraucher oder abhängig von zwei der fünf Substanzen: Tabak, Alkohol, Cannabis, Drogen und weitere illegale Substanzen. Die häufigsten Verbindungen waren Tabak, Alkohol und Cannabis (Sahajian, P et al. 2006). Diese Ergebnisse ähneln denen einer statistischen Studie, die im Jahr 2003 unter Gefangenen durchgeführt wurde (n=6087): Ein Drittel betrieb missbräuchli-

ches Konsumverhalten oder war abhängig von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Pauly, Frauger et al. 2010).

Marihuana stellt einen Risikofaktor für das Rauchverhalten und für einen eventuellen Rückfall dar (Cropsey, Linker et al. 2008). Alkohol wird auch als wichtiger Auslöser für Rückfälle ins Rauchverhalten angesehen. In einer Studie an 944 männlichen Inhaftierten in Polen berichteten Personen, die nie geraucht haben über einen signifikant geringeren Alkoholkonsum und/oder Drogenkonsum als aktuelle Raucher. Von den Alkohol- und illegalen Drogenkonsumenten berichten 90% aktuell auch Zigaretten zu rauchen. Häftlinge, die Alkohol missbrauchen und eine hohe Nikotinabhängigkeit vorweisen, gehören zu der Gruppe, die keine Erfolgsquote bei Nikotinentwöhnungsprogrammen zu verzeichnen hat (Sieminska, Jassem et al. 2006). Die Adressierung des Rauchverhaltens wirkt sich nicht negativ auf andere medikamentöse Behandlungen aus (The national center on addiction and substance abuse at 2010).

In den USA wurden 49 Häftlinge (über drei Viertel Raucher) vor und einen Monat nach ihrer Entlassung untersucht. Ein Trend zum Alkoholkonsum im Zusammenhang mit dem Rauchen konnte bei der Entlassung beobachtet werden, aber die Ergebnisse waren unsignifikant (Thibodeau, Jorenby et al. 2010).

In einer australischen Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen, berichteten die Teilnehmer, dass sie mit dem Tabakkonsum im Gefängnis angefangen haben. Es handelte sich dabei um eine Drogenalternative zum Gebrauch von anderen Substanzen (Richmond, Butler et al. 2009).

In einer Studie, die unter Frauen in einem Gefängnis in Litauen durchgeführt wurde, stand das Rauchen mit dem Drogenkonsum im Zusammenhang: 64.5% der Raucherinnen und 26.6% der Nichtraucherinnen haben mindestens einmal in ihrem Leben Drogen ausprobiert. ($p<0.05$) (Narkauskaite, Juozulynas et al. 2010).

Im Jahr 1997 wurde eine Untersuchung an weiblichen Gefangenen in zwei US Amerikanischen Städten durchgeführt. Dabei kam heraus, dass die hohe Raucherprävalenz in beiden Gefängnissen nicht auf den Drogenkonsum zurückzuführen war. Der Drogengebrauch war in beiden Haftanstalten vergleichbar, die Zahl der Raucherinnen war in NYC jedoch um einiges höher als in Kalifornien, wo Anti-Rauch-Richtlinien erfolgreich auf drogenabhängige Frauen erweitert worden waren (Durrah 2005).

*Tabakrauchen und psychische Störungen*

Die Prävalenz von psychisch kranken Menschen ist im Gefängnis höher als in der Allgemeinbevölkerung und nimmt stetig zu. Zu den häufigsten Störungen gehören psychotische Erkrankungen, Depressionen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen. In einer Studie, die im größten Untersuchungsgefängnis der Schweiz durchgeführt wurde, stand das Rauchen vor allem mit Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang (Eytan, Haller et al. 2010).

Psychisch kranke oder Drogen gebrauchende Häftlinge nutzen Tabakkonsum häufig als Selbstbehandlung. Verschiedene biologische Faktoren, wie z.B. eine mögliche Verringerung der negativen Symptome, eine Verbesserung von Angst, Stress und Depressionen, ein verbesserter Stoffwechsel von antipsychotischen Medikamenten (Baker, Ivers et al. 2006) sowie verbesserte Wirkungen beim Konsum legaler und illegaler Drogen (Awofeso 2005) wurden beschrieben.

In einer Studie zur Untersuchung der Auswirkungen der Haft auf den Tabakkonsum unter 200 männlichen Gefangenen wurden ebenfalls Daten bezüglich „belastender Kindheitserfahrungen“ („adverse childhood experiences“ – ACEs, einschließlich sexuellen Missbrauchs und Störungen des Sozialverhaltens) erhoben. Die Antwortquote erhob sich auf ganze 97%. Allerdings ging der Autor davon aus, dass im Gegensatz zu Studien, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden, das vorliegende Ergebnis einer in der Größe begrenzten Untersuchungsprobe zur Schlussfolgerung eines klaren Zusammenhangs zwischen ACEs und Tabakkonsum unzureichend sei. Unbedeutende Trends deuteten auf das Vorhandensein einer solchen Korrelation hin (Kauffman 2010).

Das Rauchen hat Wechselwirkungen mit verschiedenen psychiatrischen Behandlungen, indem der Katabolismus dieser Medikamente durch die Leber beschleunigt wird. Konkret benötigen Patienten, die rauchen, höhere Dosierungen als Nichtraucher (Hofstetter, Rohner et al. 2010).

Eine Studie, die sich mit dem Konsum von Nikotin, Koffein und Alkohol der Benzodiazepingebraucher befasste, erwies eine positive Korrelation zwischen dem Konsum von Benzodiazepinen und Zigaretten. Der Tabakkonsum trat viel öfter in der Gruppe von Patienten auf, die einen hohen Benzodiazepingebrauch aufwiesen als bei Kontrollpersonen oder bei Patienten, die einen geringen Benzodiazepingebrauch zeigten. Die Autoren erklären dieses Ergeb-

nis durch den existierenden Antagonismus zwischen Benzodiazepinen und Nikotin. Die Wechselwirkung beider Substanzen kann zu einer Situation führen, die der Abstinenz entspricht und einen erhöhten Benzodiazepin- und Tabakkonsum zur Folge hat. Die Autoren erwähnen auch die längere Halbwertzeit von Benzodiazepin bei Nichtrauchern, die durch andere Studien belegt wurde. Sie kommen zum Schluss, dass Benzodiazepine für starke Raucher mit Vorsicht zu verschreiben sind (Lekka, Paschalis et al. 1997).

Jüngeres Alter und höhere Depressionswerte können in Griechenland Auskunft über die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten einer forensichen Population (N= 353) geben. Hier wurde eine Studie zur Identifizierung demographischer und klinischer Variablen zur Vorhersage des Rauchverhaltens im Gefängnis durchgeführt. Angst war kein unabhängiger Prädiktor für das Rauchen. Der Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Rauchverhalten wurde bereits untersucht, jedoch nicht spezifisch in Haftanstalten. Für die Allgemeinbevölkerung wurden die Zusammenhänge von Angst- und Depressionsstörungen bereits beschrieben. Dabei kam heraus, dass Raucher eher dazu neigten Ängste und affektive Störungsmuster zu zeigen als Nichtraucher. Das Rauchverhalten anzugehen setzt auch eine psychische Betreuung voraus (Lekka, Lee et al. 2007).

Einer aktuellen dänischen Studie zufolge steht das Rauchen mit einem erhöhten Risiko eine Depression zu entwickeln im Zusammenhang, was darauf hindeutet, dass Depressionen unter den Erkrankungen zu betrachten sind, die dem Tabakkonsum zuzuschreiben sind (Flensborg-Madsen, von Scholten et al. 2011).

Betreffende Ergebnisse und Strategien zur Raucherentwöhnung von psychisch kranken Häftlingen sind hilfreich und sollten beim Angehen der Passivrauchbelastung in Gefängnissen berücksichtigt werden (Ratschen, J. et al. 2009).

*Sozio-ökonomischer Hintergrund*

Häftlinge sind schulisch, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen (Hartwig, Stöver et al. 2008; Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010) (Lincoln, Tuthill et al. 2009) (Sieminska, Jassem et al. 2006; Pauly, Frauger et al. 2010) (Centre for clinical and academic workforce innovation 2007); ihre Gesundheitsversorgung ist mangelhaft (MacAskill 2008; Binswanger, Krueger et al.

2009), sie neigen zu riskanten Verhaltensweisen (O'Neill 2010) und sind tendenziell kränker (Kauffman, Ferketich et al. 2008).

Mit dem Rauchverhalten ist ein niedriger sozioökonomischer Status verbunden (Stuart, Meehan et al. 2006). Das Rauchen trägt zur sozialen Ausgrenzung, Armut und zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei. Die Wahrscheinlichkeit das Rauchen erfolgreich aufzugeben, ist für benachteiligte Raucher geringer als für privilegiertere Raucher (Bryant, Bonevski et al. 2010).

Häftlinge gehören zu mehr als nur einer marginalisierten Subgruppe der Bevölkerung; sie treffen meist mehrere Stigmata: psychische Krankheiten, sowie Alkohol und Drogen Missbrauch (Sieminska, Jassem et al. 2006). In Frankreich waren sie jünger und weniger gut integriert als Drogengebraucher, die Beratung auch außerhalb des Gefängnisses aufsuchten (Pauly, Frauger et al. 2010).

In einer französischen Studie unter inhaftierten Männern zeigten Raucher mit multiplem Stoffgebrauch proportional weniger Einkommen und berufliche Tätigkeit als Nichtraucher (Sahajian, P et al. 2006).

In einer Studie, die unter 30 männlichen Insassen in Australien durchgeführt wurde (über drei Viertel Raucher), kamen Teilnehmer aus niedrigen sozioökonomischen Familienverhältnissen, sie verfügten über eine beschränkte Ausbildung und waren während ihrer Kindheit oft institutionalisiert (Richmond, Butler et al. 2006).

Rauchgewohnheiten und Bildungsstand hängen zusammen. Diejenigen, die eine bessere Bildung genossen haben und regelmäßig Sport treiben rauchen weniger. Ebenso zeigt sich eine berufliche Beschäftigung vor der Inhaftierung und ein höheres Bildungsniveau als Prädiktor für eine geringere Wahrscheinlichkeit Zigaretten zu konsumieren. Insassen, die rauchen haben seltener einen Schulabschluss (Belcher, Butler et al. 2006). In einer Häftlingsstudie aus Polen (N=1122) hatten aktive Raucher einen niedrigeren Bildungsstand als die untersuchten Nichtraucher ($p<0.0001$) (Sieminska, Jassem et al. 2006), (Narkauskaitė, Juozulynas et al. 2007).

*Alter*

Allgemein kann man sagen, dass Haftanstalten mit jungen Menschen besetzt sind (in GB sind 95% der Männer jünger als 45 Jahre) (MacAskill 2008), obschon es immer öfter ältere Häftlinge mit chronischen Erkrankungen in der Gefängnispopulation gibt.

Jüngere Menschen haben vielleicht noch nicht unter sichtbaren Langzeitschädigungen des Rauchens zu leiden gehabt oder haben womöglich noch nicht lang genug gelebt, um Zeit zu haben mit dem Rauchen aufzuhören. In einer Studie, die in der Schweiz durchgeführt wurde, belief sich der Anteil der ehemaligen Raucher unter den Bediensteten auf 39% verglichen mit 9% unter den Gefangenen ($p<0.001$). Ein entscheidender Faktor könnte möglicherweise das Alter sein (mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren bei den Gefangenen und 46 Jahren bei den Bediensteten ($p<.001$) (Ritter, Etter et al. 2010).

In einer Australischen Studie unter 914 erwachsenen männlichen Insassen gaben 86% der unter 25-jährigen an, Raucher zu sein, gegenüber 64% der über 40-jährigen Häftlinge: Der Altersunterschied ist bedeutend (Belcher, Butler et al. 2006). In einer Querschnittstudie zum Thema Mundgesundheit und Tabakkonsum waren Ex-Raucher viel älter als Raucher oder Nichtraucher (Cropsey, Crews et al. 2006). Der Gebrauch jeglicher Substanzen nahm mit zunehmendem Alter ab (Sahajian, P et al. 2006).

Das Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln ist, wenn man in der Jugend gelegentlich geraucht hat höher, als wenn man in einer späteren Lebensphase damit begann (Scollo and Winstanley 2008). Dieses spezielle Risiko sollte in Betracht gezogen werden, wenn es um den Zugang zu Mitteln zum Rauchstopp geht sowie bei der Anpassung der Prävention zur Einschränkung des Übergangs vom Gelegenheitsrauchen zum festen Rauchen. Dabei sollten Präventionsbotschaften für Gelegenheitsraucher oder Nichtraucher entwickelt werden (Cropsey, Linker et al. 2008). Andere Risikofaktoren, die das Rauchen in einem jungen Alter anregen, sollten ebenfalls betrachtet werden: THC Gebrauch, Kameraden, die rauchen und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (Cropsey, Linker et al. 2008).

Zigarettenkonsum und Drogenentzug sollten gemeinsam in Betracht gezogen werden: Ein Abbau des Zigarettenkonsums nach einem Drogenentzug konnte mit einer Abnahme des Gebrauchs anderer Substanzen in Verbindung gebracht werden. Eine Studie aus den USA (die 429 jugendliche Straftäter über einen Zeitraum von 36 Monaten untersuchte) hat nachgewiesen, dass die Familie eine entscheidende Rolle spielt: Nur Behandlungen, welche die Familie miteinbezogen, konnten das Rauchverhalten beeinflussen, sodass der Zigarettenkonsum und das Begehen von Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum reduziert wurden. Drogenentzug wurde als Methode zur Förderung der Reduktion straffälligen Verhaltens in Betracht gezogen. Daher

könnten Grundsätze des Rechtssystems, die dazu beitragen würden Familien in diesen Prozess miteinzubeziehen, helfen die Effizienz eines solchen Vorgangs zu steigern (Chassin, Knight et al. 2009).

*Ethnische Unterschiede*

Unterschiede der Erfolgsraten in Bezug auf ethnischen Status wurden in den USA unter weiblichen Häftlingen untersucht, denn dort sind derartige Studien anhand der Bevölkerungsmerkmale gerechtfertigt. Der Artikel fasst die Hauptunterschiede schwarzer und weißer Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf das Rauchverhalten zusammen: Schwarze Frauen bevorzugen eher Menthol-Zigaretten, rauchen weniger aber dafür intensiver. Weiße Frauen hatten im Vergleich zu schwarzen öfter mit dem Rauchen aufgehört (Cropsey, Weaver et al. 2009). In früheren Studien des gleichen Autors war die Prävalenz bei weißen Raucherinnen höher als bei schwarzen Frauen, die weniger Zigaretten am Tag rauchten (Cropsey, Eldridge et al. 2004; Cropsey, Eldridge et al. 2006).

### *4.1.4 Charakteristika der Umgebungsbedingungen*

Nachstehend werden einige Aspekte des Rauchverhaltens im Zusammenhang mit der spezifischen Umgebung geschlossener Einrichtungen vorgelegt. Inwieweit beeinflussen die intrainstitutionellen Bedingungen eines Gefängnisses den Tabakkonsum?

Die Literatur verweist mehrheitlich auf den negativen Einfluss der Gefängnisumgebung auf das Rauchverhalten. Nur selten findet sich ein Bericht der auf die positiven Aspekte der institutionellen Umgebung verweist, bzw. Rückfall verhindernde Aspekte wie z. B. stressbedingte Rauchrückfälle (u. a. durch Haushaltsführung, Bedürfnisse der Kinder decken) oder den erschwerten Zugang zu Zigaretten benennt (Kiosks verkaufen nur 1 Mal pro Woche zum Beispiel) (Department of Health and HM Prison Service 2007).

Einige Personen erhöhen ihren Tabakkonsum oder fangen mit dem Rauchen während ihrer Haftzeit an (Belcher, Butler et al. 2006), (SPS 2006). Die Mehrheit berichtet über ein stärkeres Bedürfnis im Gefängnis zu rauchen (Sieminska, Jassem et al. 2006), wobei andere mit dem Rauchen aufhören oder ihren Zigarettenkonsum reduzieren. Die proportionale Mehrheit steigert allerdings seinen Konsum oder beginnt das Rauchen erst während der Haft (Cropsey, Eldridge et al. 2008) (Eldridge and Cropsey 2009).

In einer Studie unter 550 inhaftierten Frauen, die in den USA durchgeführt wurde, berichteten 14,2%, dass sie erst in Haft begonnen haben zu rauchen, 50,8% sagten, dass sie während ihrer Haftzeit mehr geraucht haben, 15,8% gaben an, im Gefängnis weniger Tabak konsumiert zu haben und 0,4% haben in Haft das Rauchen beendet. Allgemein wurde das Rauchen in Gefängnissen für riskanter gehalten (Cropsey, Eldridge et al. 2008).

Die Länge der Haftzeit scheint einen Einfluss auf die Raucherprävalenz zu haben, denn Raucherinnen und Raucher, die mehr als ein Jahr Haftzeit haben, schienen weniger zu rauchen. Die Untersuchungsgruppe, in der diese Tendenz beobachtet werden konnte, beinhaltete jedoch ältere Häftlinge, was auch zu diesem Ergebnis hat beitragen können (Belcher, Butler et al. 2006).

Das Verhalten bezieht sich auf die Rauchregelung innerhalb der Gefängnisse und wurde in den USA (N=200) in einer Einrichtung mit Innenverbot (Rauchen war außerhalb des Gebäudes erlaubt) untersucht. Im Vergleich zu Daten vor der Inhaftierung (76% waren Raucher) stieg die Anzahl der Raucher (auf 78,5%), wobei die effektive Zahl der gerauchten Zigaretten *per capita* erheblich zurückgegangen war. 22,2% der Nichtraucher haben mit dem Rauchen angefangen (rauchfreie Zigaretten oder beides). Ehemalige Raucher waren viel eher dazu geneigt, im Gefängnis mit dem Rauchen wieder anzufangen als, dass Nichtraucher in Versuchung gerieten mit dem Rauchen zu beginnen. Der Konsum von rauchfreien Zigaretten war gestiegen (Kauffman, Ferketich et al. 2011).

*Passivrauchen – Passivrauchbelastung*

Passivrauchen wurde als ein sehr ernstes Gesundheitsrisiko für Nichtraucher identifiziert (es steigert das Risiko für Herzkrankheiten und Krebs um 25% bis 30%), ohne dass es ein risikofreies Niveau in geschlossenen Räumen gebe. Die Trennung von Rauchern und Nichtrauchern sowie Ventilation sind ungenügende Maßnahmen, um Nichtraucher zu schützen (Proescholdbell, Foley et al. 2008).

Auf Grund der hohen Prävalenz von Tabakrauchern, Überbelegung, schlechter Belüftung und ungenügender Befolgung von Rauchverboten/-einschränkungen weist das Passivrauchen in Gefängnissen demzufolge ein bedeutend höheres Gesundheitsrisiko auf (Eldridge and Cropsey 2009) (Hammond and Emmons 2005; Guyon, Brochu et al. 2010).

Im Jahr 2006 wurden Haftanstalten in den USA als Orte mit dem höchsten Wert an Passivrauchaussetzung bezeichnet (Guyon, Brochu et al. 2010). Bei Überbelegung ist das Belüftungssystem überlastet und Insassen werden in Bereiche, die eigentlich nicht für eine Unterbringung geeignet sind, untergebracht (Hammond and Emmons 2005).

Zwei Hauptindikatoren werden zur Messung der Raumluftqualität verwendet: Der Nikotingehalt und der Feinstaub. Ersterer ist zur Passivrauchbelastung äußerst spezifisch, wobei Letzterer (obwohl weniger spezifisch) dazu dient, die Entwicklung der Raumluftqualität über einen bestimmten Zeitraum an einem gewissen Ort zu verfolgen.

Vor und nach Einführung eines Nichtraucherschutzes wurde die Passivrauchbelastung anhand von Luftproben in definierten Bereichen einer Haftein-richtung in den USA gemessen. Das Rauchverbot führte zur erheblichen Reduzierung der Rauchkonzentration in der Luft, jedoch ohne vollständige Beseitigung der Passivrauchbelastung. In besagter Studie waren die verbliebenen hohen Werte auf die geringe Effizienz der Raucheinschränkungen zurückzuführen (Hammond and Emmons 2005).

Eine andere Studie aus den USA unternahm eine Überprüfung der Feinstaubbelastung (Feinstaub 2.5 µm im Durchmesser (PM2.5 mit state TSI SidePak monitors) vor und nach der Einführung eines Rauchverbots. In manchen Bereichen, in denen Rauchen vor dem Verbot erlaubt war, wurde eine Reduktion der rauchbezogenen Luftschadstoffe von 77% beobachtet (Proescholdbell, Foley et al. 2008).

Ein drittes Beispiel der Auswirkung auf die Innenraumluft der Belastung mit Tabakrauchbestandteilen in US-amerikanischen Gefängnissen (Vermont) (unveröffentlichte Werte gemessen durch Hammond S & Emmons K) zeigte eine zehnfach höhere Belastung mit Tabakrauchbestandteilen als vorgegeben und akzeptabel (Carpenter, Hughes et al. 2001).

In Quebec berichteten zwischen 65% und 92% der Bediensteten (abhängig von ihrem Arbeitsplatz) darüber, während der Arbeitszeit Tabakrauch ausgesetzt zu sein. Diese Werte waren drei- bis viermal höher als die, denen die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt ist (Guyon, Brochu et al. 2010).

Eine Studie, die in der Schweiz durchgeführt wurde, erwies, dass ein partielles Rauchverbot zu einer signifikanten Reduktion der Nikotinkonzentration in der Raumluft führte, der Schutz war jedoch nicht vollständig gewährleistet,

da der Nikotinwert zehnfach über den Vergleichswerten außerhalb der Haftanstalten lag (Ritter/Huynh/Elger, 2011).

Nikotinmessapparaturen (Probennahmegeräte) können auch eingesetzt werden, um die Passivrauchbelastung für Individuen zu messen. Dies kann von Interesse für die Nichtraucher unter den Bediensteten sein und wurde in zwei schweizerischen Gefängnissen benutzt (Neuchâtel, Genf). Das Maß an Passivrauchen wird in Zigarettenäquivalente umgerechnet, die es einfacher machen, die Gesundheitsrisiken zu verstehen, als mit Resultaten, die in mg ausgedrückt sind (Huynh, Moix & Dubuis, 2008).

*Zugang zur Tabakentwöhnung*

Im Großen und Ganzen haben marginalisierte Menschen wie Häftlinge einen erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung (Centre for clinical and academic workforce innovation 2007) (O'Neill 2010) (Butler, Richmond et al. 2007). In einer umfangreichen epidemiologischen Studie unter Haftantretern in Frankreich hatten nur 53% der Gefangenen in den letzten 12 Monaten vor ihrer Inhaftierung ihren Hausarzt aufgesucht (Pauly, Frauger et al. 2010).

Es besteht ein hoher Bedarf an Raucherentwöhnungsprogrammen, die sich an überrepräsentierte Gesellschaftsgruppen im Gefängnis richten (Richmond, Butler et al. 2009). Wirksame Präventionsbotschaften und Raucherentwöhnungsprogramme haben die inhaftierten Subgruppen bisher noch nicht erreicht (Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010). Dennoch stellt eine Haftanstalt die Gelegenheit und der ideale Ort dar, um an solche Personengruppen zu gelangen und diese Ziele zu erreichen (MacAskill 2008; Thibodeau, Jorenby et al. 2010) (nosmokingday.org.uk 2011).

Während in den meisten Ländern im Laufe der letzten 5 bis 10 Jahre intensiv Anti-Raucher Strategien entwickelt wurden, konnte eine solche Bewegung in Gefängnissen bis jetzt noch nicht beobachtet werden (Sieminska, Jassem et al. 2006). Raucherentwöhnungsprogramme werden im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen als weniger wichtig angesehen. In den USA stehen zu diesem bestimmten Thema weniger Präventions- und Entwöhnungsressourcen zur Verfügung als für andere Substanzabhängigkeitsproblematiken. 63% von 500 Justizvollzugsanstalten erheben den Raucherstatus zum Haftantritt (The national center on addiction and substance abuse at 2010).

Der Zugang zu Entwöhnungsprogrammen ist eingeschränkt (Cropsey, McClure et al. 2010) (Cropsey, Jackson et al. 2010) (Lankenau 2001) (Kauffman, Ferketich et al. 2010). Nur 15,3% von weiblichen Insassen haben jemals in ihrem Leben das Ende ihres Raucherdaseins mit medizinischem Personal besprochen (Cropsey, Eldridge et al. 2004). In den USA bieten 35% der Gefängnisse mit einem vollständigen Rauchverbot Zugang zu Entwöhnungsprogrammen an (Eldridge and Cropsey 2009). Diese Programme sind jedoch meistens auf die Zeit der Umstellung auf die Nichtraucherschutzbestimmungen nach der Verbotseinführung beschränkt. Entwöhnungsprogramme waren im Jahr 2007 keine Priorität gewesen und ohne eine maßgebende Veränderung der Politik wird der Zugang zu solchen Programmen in Zukunft sogar noch schwieriger sein (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Einschränkungen des Tabakkonsums sind mit einer geringeren Entwöhnungshilfe verbunden. Rauchverbote können jedoch nicht zur Rechtfertigung des kleineren Entwöhnungsangebots verwendet werden, da Verbote keine Raucherentwöhnung fördern (Kauffman, Ferketich et al. 2011).

In Australien sind Gefängnisse keine Orte für staatliche Tabakstrategien (Awofeso 2002; Sieminska, Jassem et al. 2006). In einer Studie unter erwachsenen Häftlingen (N=914) gaben nur 13% an, eine Nikotinersatztherapie (NRT) genutzt zu haben, um mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum zu reduzieren und lediglich 3% haben Entwöhnungsprogramme in der Haftanstalt besucht. Die Autoren dieser Studie stellen daher die These auf, dass die geringen Raten mit der erschwerten Teilnahme an solchen Angeboten zusammenhängen (Belcher, Butler et al. 2006). Häftlinge müssen ihre Nikotinersatztherapie entweder aus eigener Tasche bezahlen (Baker, Ivers et al. 2006) oder haben keinen Zugang zu ihr (Foley, Proescholdbell et al. 2010). Die Möglichkeit Nikotinpflaster in der Cafeteria zu erwerben wurde zwar erwähnt, aber für einen höheren Preis als Zigaretten oder zu einem Preis, den sich die meisten Häftlinge nicht leisten können (Belcher, Butler et al. 2006).

In Polen haben Justizvollzugsanstalten Gefängnisse nicht in ihre nationale Strategie miteinbezogen. Institutionellen Raucherentwöhnungsprogrammen kam bisher nur wenig Aufmerksamkeit zugute. Es gibt keine Entwöhnungsprogramme, die sich an Gefangene richten (Sieminska, Jassem et al. 2006).

In einer Studie, die in der Schweiz in drei Haftanstalten für Männer durchgeführt wurde (N=470), berichteten 55% bis 92% der Raucher in einem Fragebogen, dass sie zu ihrem Rauchverhalten befragt wurden, aber nur eine Minderheit (19% bis 34%) erwähnte ärztliche Beratung oder Unterstützung zum

Rauchstopp erhalten zu haben (4% bis 29%) (Etter & Ritter et al. wird noch veröffentlicht).

Außerdem mangelt es an Beweisen bewährter Praxis für die Raucherentwöhnung in Haftanstalten (Butler, Richmond et al. 2007). Gefangene scheinen nur wenig Gebrauch von vorhandenen Behandlungsprogrammen zur Tabakentwöhnung zu machen. Beim Versuch mit dem Rauchen aufzuhören, verwenden Insassen meistens die Methode des „kalten Entzugs“ (29% in einer Studie unter 200 Männern), ohne an kostenlosen Gruppentherapien teilzunehmen oder NRT (auf eigene Kosten) zu nutzen. Diese Studie wurde in Haftanstalten durchgeführt, wo Gruppen der Narcotics Anonymous und der Anonymen Alkoholiker aktiv waren (Kauffman, Ferketich et al. 2011). Eine ähnliche Beobachtung wurde in einer forensischen Klinik in Deutschland gemacht, wo verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden: Nur 10% der Patienten nutzten die vorhandene Raucherentwöhnungsunterstützung (Hofstetter, Rohner et al. 2010).

*Verhaltensnormen und Kultur*

Rauchen hat im Gefängnis verschiedene Funktionen (Butler, Richmond et al. 2007) (Richmond, Butler et al. 2009; nosmokingday.org.uk 2011).

In Gefängnissen gehört rauchen zur Tagesordnung (Thibodeau, Jorenby et al. 2010), die Mehrheit der Inhaftierten raucht – eine Situation, die dem Trend der Außenwelt entgegensteuert, denn dort gehören Raucher zu einer Minderheit und fühlen sich für ihr (Rauch-)Verhalten stigmatisiert.

Das Teilen und Rauchen einer Zigarette vermittelt ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe. Wer nicht raucht, wird als Außenseiter betrachtet (Department of Health and HM Prison Service 2007).

*Bewältigung von Langeweile*

Zigaretten werden als Mittel zum Umgang mit Langeweile, Armut und Stress im Zusammenhang mit der Gefangenschaft beschrieben. Bei Angstgefühlen und Anspannung werden sie ebenfalls als beruhigend empfunden (Eldridge and Cropsey 2009) (Sieminska, Jassem et al. 2006; Douglas, Plugge et al. 2009; Papadodima, Sakelliadis et al. 2010) (MacAskill 2008; Richmond, Butler et al. 2009). Langeweile und Stress werden entweder durch das Setting selbst ausgelöst oder durch schlechte Nachrichten von Zuhause(Department of Health and HM Prison Service 2007). Das Rauchen wird weitgehend

geduldet, da es unter Gefangenen und Bediensteten als eine Art Befreiung von Stressgefühlen gilt (Awofeso 1999).

Ein Mangel an Aktivitäten und die Tatsache, dass Gefangene oft gezwungen sind stundenlang drinnen zu verbringen, könnte auch ein entscheidender Faktor sein (Department of Health and HM Prison Service 2007; Kauffman, Ferketich et al. 2008).

Folgende Faktoren im Zusammenhang mit Rauchen in Gefängnissen wurden aufgezählt: Stress, Sehnsucht nach Familie und Freunden, das Fehlen von Freiheit, Langeweile, Ängste, die das Verfahren und das Urteil betreffen (Sieminska, Jassem et al. 2006).

Einige dieser Faktoren beziehen sich auch auf Rückfälle ins Rauchverhalten während der Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm im Gefängnis, z. B. bei einer fristlosen Verlegung in eine andere Haftanstalt, Langeweile, verlängerter Aufenthalt in der Zelle sowie Stress, verbunden mit Besorgnis um die Familie und das Rechtsverfahren (Richmond, Butler et al. 2006).

*Instrumentalisierung von Zigaretten: Belohnung und Währung*

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen wurde auch der Währungs- und Belohnungsaspekt von Zigaretten untersucht. Teilnehmer berichteten über die Bedeutung von Zigaretten als „Barmittel“ und ihre Rolle bei der Bestrafung oder Belohnung durch Bedienstete. Die Relevanz der Zigarette als Mittel zum Selbstschutz vor Ärger mit anderen Gefangenen wurde ebenfalls erwähnt (Richmond, Butler et al. 2009).

Zigaretten, die genauso wichtig sind wie Fernsehen, wurden als Häftlings-management-Tool für Justizvollzugsbeamte beschrieben. Bei partiellem Rauchverbot können nichtkooperative Insassen für das Rauchen innerhalb einer Verbotszone bestraft werden, wohingegen die Taten derjenigen, die meistens kooperieren, mit Absicht übersehen werden (Patrick and Marsh 2001).

In der Zeit, zu der ein totales Rauchverbot innerhalb einer Haftanstalt eingeführt wurde, wurde den Häftlingen Lutscher und Süßigkeiten als Alternative und zur Umgewöhnung angeboten (Hammond and Emmons 2005) (Personal communication, Canada).

Zigaretten werden als Währung gebraucht, da in Haftanstalten kein Bargeld zu bekommen ist und auch die Arbeitslöhne unzureichend sind. Dies ist ein

Umstand, der als „grauer Markt“ bezeichnet wird. Man muss den „grauen Markt“ vom Schwarzmarkt unterscheiden, denn dieser entsteht, sofern in den Institutionen ein totales Rauchverbot herrscht und Zigaretten selber zu wertvollen, beim Schmuggel, der manchmal auch von den Justizvollzugsbeamten unterstützt wird, verwendeten Gegenstände werden (Lankenau 2001).

Auch Wetten werden in Gefängnissen geschlossen, mit Zigaretten als Einsatz (Belcher, Butler et al. 2006).

*Zigarettenkauf und Hausgeld*

Der Kauf von Tabakprodukten kann sich negativ auf das persönliche Budget auswirken. Auf Grund des geringeren Einkommens sind Tabakprodukte in Institutionen ohne Raucheinschränkung sogar teurer als auf dem regulären Markt (Kauffman, Ferketich et al. 2010). Diese Gegebenheit ist für Häftlinge ohne Einkommen oder in Anstalten mit allgemeinem Rauchverbot umso tragischer, denn dort sind die Preise der Tabakprodukte umso höher. Armut im Gefängnis geht mit anderen Risiken einher, z. B. sexuelle Ausbeutung für Zigaretten (Lankenau 2001).

Der Anteil des ausgegebenen Geldes an Zigaretten ist unbekannt. Es wird aber vermutet, dass dieser hoch ist, d. h. mindestens die Hälfte des wöchentlichen Einkommens wird für den Kauf von Tabak verwendet (Department of Health and HM Prison Service 2007).

*Tabakrauchen und Genuss*

Genuss ist ein wichtiger Faktor, der bei Überlegungen zum Drogengebrauch in Erwägung gezogen werden sollte. Dieser Faktor findet jedoch in der Debatte um Rauchgewohnheiten wenig Beachtung. Obwohl der Selbsthilfewert von Zigaretten anerkannt und durch mangelnde Entwöhnungsangebote im Gefängnis indirekt unterstützt wird, sind es eher Verhaltensweisen, die vom pathologischen Standpunkt her überprüft werden.

Haftanstalten sind Einrichtungen, wo Leute unter hohem Druck stehen und über wenig Entspannungsmöglichkeiten verfügen (Department of Health and HM Prison Service 2007). Im Vergleich zu einkommensschwachen Gruppen im Allgemeinen sind Haftanstalten Settings mit noch mehr Stressoren und noch weniger Möglichkeiten für Entspannung. Die Erschaffung von Entspannungs- und Spaßangeboten, die neue Vergnügen erzeugen, sollte deshalb in Entwöhnungsleitlinien miteinbezogen werden.

*Tabakrauchen und Gewalt*

Ein Zusammenhang von Rauchen und Gewalt wurde bereits beschrieben. Gewalttätige Frauen, die rauchen, neigen eher zum Alkoholmissbrauch und allgemeinen Gewaltdelikten und weisen eher Psychopathologien auf als gewalttätige Frauen, die nicht rauchen. Raucherinnen erzielten höheren Werte im Bereich Impulsivität, aggressives Verhalten und Vorstrafen. Die Gefahr Opfer von Gewalt zu sein war ebenfalls doppelt so hoch. Da ungesunde Verhaltenszüge sich oft ansammeln, kann man vermuten, dass das Rauchverhalten ein Gefahrenmarker für weitere in Betracht zu ziehende Probleme sein kann. Auf der anderen Seite sollten Gewalt-Programme Einzelpersonen nach Tabakkonsum untersuchen und ein Entwöhnungsprogramm vorschlagen (Stuart, Moore et al. 2005; Stuart, Meehan et al. 2006). Ähnlich wie bei Frauen berichten auch Männer, die rauchen über mehr ausgeübte Gewalt als Nichtraucher (Stuart, Moore et al. 2004).

Unter Umständen eines vollständigen Rauchverbots wird aus Zigaretten ein illegales Gut. Es wurde über erhöhte Spannungen zwischen Insassen oder zwischen Insassen und Justizvollzugsbeamten berichtet (Lankenau 2001) (Patrick and Marsh 2001). Angst vor Gewalt statt einen Anstieg beobachteter Gewalttaten im Zusammenhang mit Verboten wurde ebenfalls beschrieben.

In einer Studie in Quebec (Guyon, Brochu et al. 2010) wurden ähnliche Befürchtungen von Gesundheitsbediensteten beschrieben. 85% des Gesundheitspersonals glaubte, dass nach der Einführung eines totalen Rauchverbots aggressive Verhaltensweisen und Gewalt in ländlichen Haftanstalten zunehmen würden. Leider gibt es keine Studie, die einen tatsächlichen Anstieg dokumentiert hat.

Die Sorge um ein Ansteigen von Gewaltakten nach der Einführung eines Rauchverbots scheint sich in den USA als unbegründet erwiesen zu haben. Eine Studie in 52 Maßregelungsanstalten konnte keine größeren Gewalttaten nach der Einführung von Nichtraucherschutzregeln feststellen (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Eine ähnliche Erfahrung wurde in Deutschland unter Häftlingen gemacht, die zum Maßregelvollzug in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (Hofstetter, Rohner et al. 2010).

Insassen, die an einer Fokusgruppenstudie in Australien teilnahmen, haben ebenfalls ihre Furcht vor Gewalt im Fall von Verboten zur Einschränkung des Zigarettenkonsums im Gefängnis ausgedrückt (Richmond, Butler et al. 2009).

Tabak ist der Hauptgrund für Streitigkeiten unter jungen Häftlingen gewesen. Aus einer irischen Studie unter Jugendlichen ging hervor, dass seit der Einführung des Nichtraucherschutzes im Jahr 2007, in Form eines totalen Rauchverbots, Mobbing und Drangsalierungen abgenommen haben, da Tabak als Währung nicht mehr zur Verfügung stand. (Lawrence and Welfare 2008).

Im Jahr 2005 wurde der Konsum jeglicher Tabakprodukte in einer Jugendhaftanstalt verboten. Unbedeutende Auseinandersetzungen zwischen Gefangenen wurden im Laufe des Monats nach der Einführung der neuen Vorschrift geschildert. Solche Auseinandersetzungen waren auf den Nikotinentzug zurückzuführen. Die Anzahl der Brandunfälle war gesunken (Kipping et al., 2006).

*Juristische Überlegungen*

Gefängnis-Administratoren müssen bedenken, dass Aufgrund der Entwicklung der Nichtraucherschutzgesetze außerhalb der Haftanstalten auch sie geeignete Maßnahmen einleiten müssen, um spätere Klagen zu vermeiden. Es wurde erwiesen, dass die Sorge einer Klage als Motivation dient, um Veränderungen und Nichtraucherschutzbestimmungen in Gefängnissen einzuführen (Butler, Richmond et al. 2007; Kauffman, Ferketich et al. 2010).

Der Bedarf an Schutz für hilflose Gesellschaftsmitglieder hat durch eingereichte Klagen zum Nichtraucherschutz erfolgreich an Anerkennung gewonnen. Denn auch ohne direkte medizinische Symptome, die durch die Aussetzung gegenüber Passivrauch verursacht werden, wurde der nicht ausgeübte Schutz der Nichtraucher als gefährlich und ungerecht betrachtet (Sweda 2004).

Kläger konnten Schutzmaßnahmen von der Exposition gegenüber Passivrauch und/oder finanzielle Entschädigung erfolgreich einklagen (Sweda 2001). Gefangenen mit vorbestehenden Erkrankungen wurden bessere Chancen auf Ansprüche eingeräumt (Vaughn and Del Carmen 1993).

Eine ähnliche Sachlage konnte in Kanada (Ontario) beobachtet werden, wo ein nichtrauchender Gefangener, der für den Nichtraucherschutz geklagt hat (Association and Foundation 2008), im Jahr 2005 einen Fall vor dem Bundesgericht gewonnen hatte.

In Folge der Klagen von Häftlingen wegen Passivrauchbelastung wurden zwei europäische Länder, d. h. Polen (Le Monde 2009) und Rumänien (AFP 2010), durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verurteilt.

### *4.1.5 Resultate zur Tabakentwöhnung*

Die folgenden Daten werden sortiert nach den Ländern dargestellt, in den die Städtestudien durchgeführt wurden.

#### 4.1.5.1 USA

*Männer*

In einer Studie über Motivationsfaktoren und anfängliche Veränderungsstadien einer männlichen Bevölkerung, die gezwungen wurde, das Rauchen durch ein Verbot zu beenden, erwogen 31,2% der Raucher eine Entwöhnung innerhalb von sechs Monaten (Contemplation/Absicht) und 68,8% der Raucher hatten noch keine Rauchentwöhnung in Erwägung gezogen (Precontemplation/Nachdenken) (KL. Cropsey & Kristeller, 2003).

33% der Teilnehmer einer Untersuchung unter männlichen Gefangenen in North Carolina gaben an, Interesse an einem Entwöhnungsprogramm zu haben und 50% wünschten eine kostenlose NRT (Proescholdbell et al., 2008).

In einer Studie, die unter 200 Männern in einer Haftanstalt mit partiellem Rauchverbot durchgeführt wurde, erwähnten 70% der Teilnehmer den Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören. Unter ihnen berichteten 63%, dass sie ihr Vorhaben (höchst-)wahrscheinlich innerhalb des nächsten Jahres umsetzen würden. 64,3% hatten vor ihrem Arrest versucht das Rauchen aufzugeben (mit einer Abstinenzdauer von mindestens 24 Stunden), unter ihnen verwendeten 77,2% die Methode des „kalten Entzugs“. 29% der Teilnehmer hatten auch einen Rauchstoppversuch während ihrer Haftzeit unternommen und verwendeten dafür meistens auch wieder die Methode des “kalten Entzugs”. 10,6% berichteten erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört zu haben (Abstinenzdauer unerwähnt) (Kauffman et al., 2011).

Rauchgewohnheiten können während der Haft unterbrochen werden, meist werden sie nach der Entlassung dann aber wieder aufgenommen (Chavez et al., 2005). Eine erzwungene Abstinenz ist keine Garantie für ein permanentes Nichtrauchen. Wenn ein vollständiges Rauchverbot nicht mit einer Entwöhnungsunterstützung kombiniert ist, sind Rückfallquoten besonders hoch (Eldridge & Cropsey, 2009).

Einen Monat nach Umsetzung eines Rauchverbots in einer Haftanstalt für Männer waren 24% der Raucher abstinent. Ergo hat die Mehrheit nach der Durchführung der Nichtraucherbestimmungen weitergeraucht. Langzeitge-

fangene, die in einem jungen Alter mit dem Rauchen begonnen haben, rauchten mehr Zigaretten am Tag und berichteten an intensiveren Entzugserscheinungen zu leiden (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In einer Studie bei 49 männlichen Gefangenen, die einen Monat vor ihrer Entlassung standen, stand die Frage der Einhaltung der vorgeschriebenen Verhaltensänderung im Mittelpunkt. Ein Monat nach der Entlassung waren 61% der befragten Personen immer noch abstinent, obwohl sie mit starken Rückfallauslösern konfrontiert waren (finanzielle und ökonomische Stressoren). Das Verlangen zu Rauchen vor dem Zeitpunkt der Entlassung stand im engen Zusammenhang mit einem Rückfall nach der Entlassung. Die Mehrheit gab an, mindestens einmal einen Ausstieg versucht zu haben und 80% berichteten, dass sie innerhalb der nächsten 60 Tage (nach dem Gespräch) aufhören oder abstinent bleiben wollen. In der Stichprobe nach der Entlassung war der Anteil derjenigen mit Drogenmissbrauch relativ gering. Während ihrer Haftzeit wurden 43% dieser Gruppe auf ihre Drogenabhängigkeit hin behandelt. Die Langzeitrückfallfaktoren sind unter ehemaligen Häftlingen unbekannt und erfordern daher weitere Untersuchungen (Thibodeau et al., 2010). In einer Studie, die in einer rauchfreien Einrichtung unter 141 männlichen Rauchern durchgeführt wurde, stand das Vorhaben künftig bei der Entlassung zu rauchen im Zusammenhang mit dem aktuellen Bedürfnis und Verlangen nach Zigaretten (Voglewede & Noel, 2004).
In einer vergleichbaren Studie, die unter 129 männlichen Insassen (vollständiges Rauchverbot) vor ihrer Entlassung durchgeführt wurde, betrug die Abstinenzquote für einen Tag 37.3%. 14% der Befragten hatten währen einem Monat mit dem Rauchen aufgehört und 2.3% der Teilnehmer hatten den Zigarettenkonsum für ein halbes Jahr aufgegeben. Alle Befragten litten unter chronischen psychiatrischen und medizinischen Belastungen (Hepatitis C, Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen) und mit dem Rauchen aufzuhören, wäre für ihre Gesundheit eine große Besserung gewesen. Diese Rückfallquoten sind mit denen von psychisch kranken und drogenabhängigen Patienten zu vergleichen. Obwohl nicht ausdrücklich danach gefragt wurde, wurde angenommen, dass die meisten Raucher keine Entwöhnung wünschten. In einer anderen Studie aus dem Jahr 1997 (Washington DC) gaben 69% der Befragten an, bereits einen Aufhörversuch unternommen zu haben und 78% der Teilnehmer berichteten, dass sie beabsichtigten mit dem Rauchen aufzuhören (Lincoln et al., 2009).

In Bezug auf die Rückfallraten der Gefangenen nach ihrer Entlassung schätzten medizinische Bedienstete (medizinische Leiter) ein, dass 75% bis 100% der Entlassenen mit dem Rauchen wieder anfingen (Chavez, reported by Lincoln et al., 2009).

*Frauen*

Weibliche Häftlinge interessieren sich für den Rauchstopp während ihrer Haftzeit. Ohne jegliche Interventionen sind Aufhörraten zwar gering, aber sofern eine hochmoderne Raucherentwöhnung angeboten wurde, konnten Teilnehmerinnen erfolgreich mit dem Rauchen aufhören. Die Prävalenzraten der Raucherentwöhnung waren vergleichbar mit Raten, die in Proben im Anschluss an ähnliche Raucherentwöhnungsinterventionen gezogen wurden (Cropsey, Eldridge et al. 2008).

In einer Studie unter 619 weiblichen Rauchern gaben 60,6% an, mindestens einmal ohne Erfolg versucht zu haben mit dem Rauchen aufzuhören. 49,9% wollten „unbedingt“ aufhören, aber das Maß an Selbstvertrauen in ihre eigene Fähigkeit den Rauchstopp durchzuziehen lag nur bei 24,5%. Zusammengefasst sagten 64,2% der Raucherinnen, dass sie an der Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm interessiert wären. Paradoxer Weise gaben nur 15,3% an, jemals mit medizinischem Personal über Rauchstopp gesprochen zu haben (Cropsey, Eldridge et al. 2004).

Unter weiblichen Häftlingen, die wegen Gewaltdelikten verurteilt worden waren, beschrieben 65% das Vorhaben innerhalb des nächsten Jahres das Rauchen zu beenden (Stuart, Meehan et al. 2006).

#### 4.1.5.2 Kanada

Zu Kanada liegen nur wenige Daten vor. In einer bundesweiten Studie aus dem Jahr 1995 bezeugten 60% der Häftlinge Interesse mit dem Rauchen aufzuhören (Guyon, Brochu et al. 2010).

#### 4.1.5.3 Australien

Gefangene sind gesundheitsbewusste Menschen: das Interesse den Tabakkonsum zu beenden ist hoch (Baker, Ivers et al. 2006). Eine Studie aus dem Jahr 1999 wies auf, dass ungefähr die Hälfte der rauchenden Insassen ihren Tabakkonsum aufgeben wollte. Die meisten unter ihnen waren jedoch mit

finanziellen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der teuren NRTNRT konfrontiert und hatten Mühe mit dem Stress umzugehen (Awofeso, 2003).

Eine Studie unter 914 erwachsenen Insassen ergab, dass über die Hälfte der aktuell rauchenden Männer (56%) und 36% der rauchenden Frauen während des letzten Jahres bereits versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum zumindest einzuschränken. Dreiviertel der Raucher bezeugten den Wunsch aufzuhören; 58% beabsichtigten tatsächlich mit dem Rauchen aufzuhören und 23% der Männer sowie 13% der Frauen hatten vor das Rauchen innerhalb der nächsten 3 Monate aufzugeben. 12% der Männer und 10% der Frauen hatten eine Entwöhnung erfolgreich durchgestanden, Vergleichswerte in der Allgemeinbevölkerung lagen zu diesem Zeitpunkt bei etwa 24% bzw. 25% (Belcher, Butler et al. 2006).

Das Programm „Quitters are Winners“ (QaW – Aufhörer sind Gewinner) wurde im Bezirk um Victoria herum evaluiert. 358 aktuell rauchende Gefangene nahmen an einem vollständigen Interview vor dem Kurs teil. Von denen, die den Kurs abgeschlossen hatten (N=181), waren bei einer Verlaufsuntersuchung nach einem Monat 25% der Teilnehmer immer noch rauchfrei und 14% drei Monate danach. 90% derjenigen, die weiter geraucht hatten, hatten bei einer Verlaufsuntersuchung nach einem Monat ihren Zigarettenkonsum reduziert, dies war auch der Fall für 72% der Teilnehmer an einer Verlaufsuntersuchung drei Monate danach. Teilnehmer berichteten auch, dass sie sich für zukünftige Ausstiegsversuche besser vorbereitet fühlten. Drei Monate nach Kursende beabsichtigten 23% der Teilnehmer innerhalb von 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören. 47% der Befragten hatten dies innerhalb der sechs darauffolgenden Monate vor und 30% der Personen dachten nicht daran, ihren Zigarettenkonsum in naher Zukunft aufzugeben. Diese Werte unterscheiden sich von den Werten, die einen Monat nach Ende des Kurses gemessen wurden mit 39% der Teilnehmer, die intendierten, das Rauchen innerhalb von 30 Tagen aufzugeben, 53% der Befragten, die dies innerhalb der darauffolgenden sechs Monate beabsichtigten und 8% der Personen, die nicht daran dachten, das Rauchen in naher Zukunft aufzugeben (McCarthy and Brewster 2009; Butler and Stevens 2010).

In einer Studie unter 30 männlichen Insassen, denen eine Raucherentwöhnungsunterstützung angeboten wurde, waren 22% der Teilnehmer nach sechs Monaten rauchfrei. Diejenigen, die mit dem Rauchen wieder anfingen, rauchten weniger und 95% unter ihnen waren immer noch bereit, erneut eine Entwöhnung anzugehen. Teilnehmer berichteten ebenfalls über andere für die

Gesundheit positive Auswirkungen, wie z. B. bessere Ernährungsgewohnheiten und mehr Sport. Daraus schlossen die Autoren, dass die Rauchentwöhnung in Gefängnissen erfolgreich und durchführbar sein kann. Verlegungen in andere Haftanstalten sollten bei der Ausführung eines Entwöhnungsprogramms in Betracht gezogen werden (Richmond, Butler et al. 2006).

#### 4.1.5.4 Europa

In Großbritannien äußerten zwei Drittel der rauchenden Häftlinge den Wunsch das Rauchen zu beenden, drei Viertel davon würden Unterstützung bei der Entwöhnung annehmen, sofern diese verfügbar wäre (MacAskill 2008).

In einer Studie aus dem Jahr 2007, die unter Gefängnisdirektoren in New South Wales durchgeführt wurde, kam heraus, dass 35% der Häftlinge das Rauchen aufgeben wollten und 22% beabsichtigten ihren Konsum zu reduzieren. Das Personal betreffend wollten 32% das Rauchen aufgeben und 16% ihren Zigarettenkonsum reduzieren (Department of Health South West Regional 2007). Je nach Ansatz (Einzelbetreuung oder Gruppenarbeit) in verschiedenen Gefängniskategorien (Kurzstrafe bis hin zu maximalen Sicherheitseinrichtungen) liegen Beispiele für Aufhörraten vier Wochen nach der Entwöhnung zwischen 25% und 82% (MacAskill 2008).

In Gefängnissen im Nordwesten betrug die durchschnittliche Aufhörrate nach vier Wochen 41% und in einigen Bereichen waren die Ergebnisse noch besser als in der Allgemeinbevölkerung (HM Prison service 2007). In GB geben Nationale Statistiken des NHS Auskunft über Aufhörraten bezüglich sämtlicher Einrichtungen, wo Betroffene Zugang zu NHS Tabak-Entwöhnungsprogrammen haben, diese Daten beziehen auch Gefängnisse mit ein. Im Jahr 2010 ist es 56% der Häftlinge gelungen das Rauchen aufzugeben. Dieser Wert war höher als der, welcher in Kliniken (48%) gewonnen wurde und vergleichbar mit dem, der in Militärstützpunkten generiert werden konnte (59%) (NHS 2010).

Für Polen wird berichtet, dass drei Viertel der Häftlinge in der Vergangenheit versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören Dies geschah sowohl in Freiheit (46%) als auch während der Haftzeit (54%). Lediglich 2% der Häftlinge ist es während der Haftdauer gelungen. Die Hauptgründe für den Aufhörversuch waren Sorgen um die Gesundheit, Entschlossenheit die eigene Schwäche zu bewältigen, der Wille Geld zu sparen und ein erschwerter Erwerb von Zigaretten (Sieminska, Jassem et al. 2006).

In Frankreich wurde im Jahr 2006 für den Zeitraum von einem Jahr ein Entwöhnungsprogramm für Häftlinge angeboten, die mit dem Rauchen aufhören wollten. Das Interesse war groß, aber eine unverzügliche Teilnahme an dem Programm war ziemlich gering (2,3% der 3217 Gefangenen beantragten während der Dokumentationszeit der Studie eine ärztliche Konsultation, um an dem Programm teilzunehmen). Dennoch war die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören da. 30% (N=73) der Teilnehmer haben ihren Konsum um 50% reduziert oder gar gänzlich aufgehört zu rauchen. 15% wurden innerhalb von 75 Tagen (durchschnittliche Zeitdauer) wieder rückfällig (Mittelwert). Nach der Entlassung aus der Haft wurde keine Verlaufsuntersuchung vorgeschlagen (Harcouet, Balanger et al. 2008; Harcouët, Balanger et al. 2008).

In einer Studie, die in Italien unter 650 männlichen Insassen durchgeführt wurde, nahmen nur 9% der Teilnehmer an Raucherpräventionsprogrammen teil (Nobile 2011). In einer weiteren Studie, die in drei Gefängnissen in der Schweiz durchgeführt wurde, haben 17% bis 50% der Teilnehmer während ihrem Gefängnisaufenthalt versucht mit dem Rauchen aufzuhören oder haben den Beschluss gefasst, innerhalb von 30 Tagen das Rauchen aufzugeben (6% bis 47%). Raucher hatten wenig Selbstvertrauen in ihre eigene Fähigkeit den Tabakkonsum zu beenden (33% to 57%) (Etter & Ritter et al., wird noch veröffentlicht).

#### 4.1.5.5 Zusammenfassung

Die Prävalenz des Rauchens ist hoch. Interesse und Versuche mit dem Rauchen aufzuhören sind vorhanden. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit Ergebnissen, die in anderen Raucherentwöhnungsprogrammen zusammengetragen wurden. Der Zugang zur Raucherentwöhnung ist jedoch eingeschränkt und entspricht durchaus nicht der vorhandenen Unterstützung in der Allgemeinbevölkerung.

### *4.1.6 Tabakkontrolle in Hafteinrichtungen*

Nachdem versucht wurde die Situation aus einer epidemiologischen Sicht heraus zu beschreiben und die Hauptmerkmale von Häftlingen und ihrer Umgebung herausgearbeitet wurden, soll im nächsten Schritt bestimmt werden, was getan werden kann und muss, um die Passivrauchbelastung zu senken. Bisher gibt es keine evidenzbasierten Interventionen, die an Insassen von Vollzugsanstalten angepasst sind (Butler, Richmond et al. 2007).

Zunächst betrachten wir den Aspekt der öffentlichen Gesundheit und entsprechende Empfehlungen (WHO, FCTC) Danach gehen wir darauf ein, wie diese in drei Ländern umgesetzt wurden und schließlich führen wir weitere Aspekte der angewendeten Strategien oder Regelwerke aus.

#### 4.1.6.1 Einleitung

In Haftanstalten sind die Menschen, die dort arbeiten und leben, permanentem Passivrauch ausgesetzt. Hauptziel der Tabakpräventionsstrategie ist die Reduktion von Passivrauch, gemäß der WHO-Richtlinien bezüglich dieses Sachverhalts (WHO 2007).

Wir gehen davon aus, dass die Notwendigkeit und die Vorteile der Einschränkung der Passivrauchbelastung für die Allgemeinbevölkerung ausführlich beschrieben wurden und dass die Notwendigkeit, diese Überlegungen auch für Insassen von Strafvollzugseinrichtungen anzustellen, außer Frage steht. Auch hier gilt es wieder, die außerhalb der Vollzugsanstalten entwickelten Strategien der öffentlichen Gesundheit auf Vollzugsanstalten auszuweiten.

Aufgrund der im Rahmen der Haftanstalt sich bietenden Möglichkeit einer Personengruppe, die in Freiheit schlechter erreichbar ist, eine Intervention anbieten zu können, ist es von großer Bedeutung den Tabakkonsum im Gefängnis anzugehen. Es besteht die Notwendigkeit Entwöhnungsprogramme, die Teilnehmern helfen werden, das Rauchen auf lange Sicht aufzugeben, zu erkennen und diese den Insassen anzubieten. Jedem sollte eine Entwöhnungshilfe zur Verfügung stehen (Global Smokefree Partnership 2009). Idee ist, die Haftdauer und die Struktur der Institution zu nutzen, um eine Verhaltensänderung zu unterstützen (Durrah 2005). Dies kann Vorteile für die Gesundheit der Raucher sowie deren Angehörigen außerhalb des Gefängnisses bieten, da viele der Gefangenen Familien mit kleinen Kindern haben (Lincoln, Tuthill et al. 2009). Familienangehörige äußern sich oft besorgt über das Rauchverhalten eines verwandten Häftlings und dies kann eine zusätzliche Motivation für den Häftling darstellen mit dem Rauchen aufzuhören. Das Rauchen aufzugeben kann motivierend sein und bietet den Vorteil Respekt seitens der Familie zu gewinnen, das Leben ohne Zigaretten zu genießen und sich etwas von dem gesparten Geld leisten zu können (Department of Health and HM Prison Service 2007).

Zwei Hauptänderungen sollten bei der Durchführung von Entwöhnungsprogrammen in Haftanstalten vorgenommen werden: (a) Schärfung des Be-

wusstseins für Gefängniskultur und Gefängnis spezifische Taktiken, die den Tabakkonsum anregen und (b) Erzielung der Verhaltensänderungen der Raucher durch die Vermittlung einer neuen Auffassung des Nichtraucherstatus, der gesellschaftlich als begehrenswert, lohnend und erzielbar betrachtet werden soll (Awofeso, 2003).

*Motive zur Veränderung*

Bestehen Veränderungsgründe aus Angst vor rechtlichen Folgen durch das Nichtraucher-Personal oder die Häftlinge oder vielmehr aus Bedenken hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit?

In den USA waren die Gründe für eine Politikdurchsetzung meistens auf die Gesundheit und Sicherheit der Gefangenen und Angestellten bezogen, sowie auf Beschwerden oder Klagen wegen Passivrauch-Exposition und Einhaltung der Rechtsvorschriften (Voglewede and Noel 2004; Kauffman, Ferketich et al. 2008). Die Senkung der Gesundheitskosten in Haftanstalten war ebenso ausschlaggebend (Cropsey, Eldridge et al. 2008) (Butler, Richmond et al. 2007). Das war berechtigt, denn Zigarettenrauch verursacht eine Vielzahl von Kosten, die durch eine effiziente Bestimmungsumsetzung gedrosselt werden können: Gesundheitsfürsorge, Versorgungskosten, sowie Produktivität der Angestellten und der Institution an sich (Patrick and Marsh 2001).

In Neuseeland war einer der Hauptgründe für die Durchsetzung von Richtlinien die Möglichkeit, dass Gefangene Brände verursachen zu reduzieren (stuff.co.nz 2011).

*Verantwortliche Schlüsselakteure*

Die Frage ist relevant für Gesundheitssysteme, in denen die Gesundheits- und Gefängnisbehörden sich auf zwei unterschiedliche Administrationen stützen, denn die Unklarheit hinsichtlich der Zuständigkeit für das Tabakproblem zwischen Gesundheits- und Gefängnisbehörden wurde als einer der Gründe für die weiterhin hohe Raucherprävalenz bei Häftlingen beschrieben (Butler, Richmond et al. 2007). Die Bedeutung der Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes in Gefängnissen durch ein multidisziplinäres Team wird von Hayton unterstrichen (World Health Organization and Europe. 2007).

In Australien (Neusüdwales) wird das Tabakkontrollprogramm (*Tobacco Control Program*) durch den Gesundheitsdienst der Haftanstalten sowie durch das Amt für Justizvollzug ausgearbeitet (Awofeso, Levy et al. 2001).

#### 4.1.6.2 Meilensteine der WHO-Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle (WHO FCTC)

Das von der WHO entwickelte Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (*Framework Convention on Tobacco Control* – WHO FCTC) trat im Jahr 2005 in Kraft und wurde (bis hin zum Januar 2011) von 172 Ländern der WHO Euro Region und der Europäischen Union einschließlich Deutschland (2004) ratifiziert (Gruning, Weishaar et al. 2011). Deutschland klassifizierte auch das Passivrauchen als kanzerogen.

Das Ziel der FCTC (Art 3) ist es einen Rahmen für Maßnahmen der Tabakkontrolle bereit zu stellen, um einen Schutz vor Konsum und Rauchexposition sicherzustellen. Das Rahmenwerk sollte auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene umgesetzt werden.

Alle Menschen müssen vor Passivrauch geschützt werden (Art 4 & 8) (WHO 2003) und in der Praxis gilt dies auch für Häftlinge und Bedienstete der Haftanstalten. So steht es in den Richtlinien des 8. Artikels der FTCT geschrieben: *„Besondere Berücksichtigung sollte Arbeitsplätzen gelten, die gleichzeitig Lebensort oder Wohnstätte für andere sind, zum Beispiel Haftanstalten, psychiatrische Einrichtungen oder Pflegeheime. Diese Orte stellen gleichzeitig auch Arbeitsorte für Personen dar, die vor Aussetzung gegenüber Passivrauch zu schützen sind“* (WHO 2009).

Weitere wichtige Aspekte hinsichtlich der Umsetzung von Artikel 8 sind:

- Geltungsbereich der Rechtsvorschriften: Es besteht eine Verpflichtung zum umfassenden Schutz, d. h. dass es in allen öffentlichen Räumen in Gebäuden, Arbeitsplätzen in Gebäuden, in allen öffentlichen Verkehrsmitteln verboten ist, Menschen dem Passivrauch auszusetzen, gesundheitliche oder rechtliche Argumente rechtfertigen keine Ausnahmen. Anderweitig begründete Ausnahm-en sollten gering sein. Sie sind ein provisorischer Schritt hin zum universellen Schutz.
- Aufklärung und Einbeziehung der Öffentlichkeit: Sensibilisierung für die Risiken der Passivrauchbelastung, um sicherzustellen, dass die Öffentlichkeit die Rechtsvorschriften versteht und unterstützt.
- Durchsetzung: Wirksame Rechtsvorschriften sollten sowohl betroffenen Unternehmen als auch einzelnen Rauchern rechtliche Verantwortung auferlegen und Verletzungen sanktionieren.

– Auswertung der Strategien über den Schlüsselindikator für Passivrauchen am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen (WHO 2009).

Im Jahr 2009 betrachtete ein Dokument aus einer Reihe von Arbeiten betreffend Probleme im Zusammenhang mit den Nichtraucherschutzbestimmungen, die weder durch das Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) noch durch dessen Richtlinien vollständig behoben werden konnten die Situation in Gefängnissen (Global Smokefree Partnership 2009).

Im Jahr 2007 empfahl die WHO (WHO 2007):

– 100% rauchfreie Umgebung, keine Belüftung: Tabakrauchfreiheit durch die Schaffung eines rauchfreien Umfeldes als einzig wirksame Strategie zur Reduktion der Tabakrauchexposition in Gebäuden auf ein vertretbares Maß und zur Erzielung eines angemessenen Schutzes vor den Gefahren der Passivrauchbelastung. Belüftung und Raucherbereiche, gleich ob belüftet oder unbelüftet, führen nicht dazu, dass die Exposition auf ein vertretbares Maß gesenkt wird und sind nicht empfehlenswert.

– Es sind Rechtsvorschriften vonnöten, die vorsehen, dass alle Arbeitsplätze in Gebäuden 100% rauchfrei sind und gleichen Schutz für alle gewährleisten. Freiwillige Auflagen sind inakzeptabel. Die Umsetzung der Gesetze in einem Rechtssystem hängt von dem rechtlichen Rahmen, den Traditionen und der Größe des Landes ab. Maßnahmen in regionalen Rechtssystemen gelten als wirksam und sind meist leichter um- und durchzusetzen als nationale Gesetze (Global, Smokefree et al. 2010).

– Rechtsvorschriften allein sind nicht ausreichend ihre Wirksamkeit erfordert eine richtige Umsetzung und angemessene Durchsetzung.

– Aufklärungsstrategien sollten zur Verfügung stehen und sind für die Reduzierung der Passivrauchbelastung im Privatbereich ausschlaggebend. Rechtsvorschriften für rauchfreie Arbeitsplätze erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass auch der private Bereich rauchfrei wird.

#### 4.1.6.3 Entwicklung von Tabakkontrollstrategien: Beispiele aus drei Ländern

Nachstehend zeigen wir drei Länderbeispiele und ihre Regelwerke auf. Leider fehlen diese oft (Chavez et al., 2005). Circa 50% der FCTC Mitgliedstaaten haben keine Mindestrichtlinien für Rauchfreiheit in öffentlichen

Räumen entwickelt. 15% der Länder der WHO Euro Region verfügen über Gesetze, die keine designierten Raucherräume in Gefängnissen erlauben; 56% erlauben solche Räume und 29% besitzen keine diesbezüglichen Gesetze (Maurer-Stender, 2010).

In vielen Ländern, insbesondere in den föderalistischen Staaten, werden Richtlinien auf einzelstaatlicher Ebene entschieden, soweit dies nicht institutionell geschieht. Daher kann es in einem Land sogar verschiedene Richtlinien geben. In anderen Ländern wiederum gelten die Rechtsvorschriften einheitlich und werden regelmäßig überprüft. In Neusüdwales beispielsweise haben alle Gefängnisdirektoren ihre Rauchvorschriften. Einige wurden durch eine spezielle Arbeitsgruppe und durch die Einbeziehung des Personals und der Häftlinge entwickelt (Department of Health South West Regional, 2007). In Australien besitzt jeder Einzelstaat sein eigenes Regelwerk, während in der Schweiz diesbezüglich nur geringe Einheitlichkeit besteht.

Gefängnisstrategien in Bezug auf das Rauchen sollten Teil eines nationalen Raucherentwöhnungsprogramms sein, dem sogar die höchste Priorität zu geben ist (Awofeso, 1999).

*Australien*

In australischen Gefängnissen gibt es keine einheitliche Gesundheitsfürsorgestrategie im Hinblick auf das Rauchen. In nur wenigen Gefängnissen gibt es umfassende Tabakentwöhnungsprogramme (Butler, Richmond et al. 2007) aber hier zeichnet sich schon eine Änderung ab (Awofeso 2003).

In Westaustralien wurde ein Raucherreduktionsprogramm für Gefängnisse entwickelt (Office of the Inspector 2008). Rauchen ist im Außenbereich von Gefängnissen sowie in Einzelzellen erlaubt, nicht jedoch in Gemeinschaftsräumen. Es gibt auch rauchfreie Einrichtungen. Andere Lösungen, wie die Beschränkung des Zigarettenkaufs oder besondere Ansätze für gemeinsame Zellen sind in Entwicklung.

Queensland Corrective Services hat eine Strategie entwickelt, die sowohl die Belange der Häftlinge als auch des Gefängnispersonals berücksichtigt. Dabei spielen Aufklärung und Kommunikation, Raucherentwöhnungsunterstützung, Preisfestsetzung und die Bereitstellung einer Nikotinersatztherapie (NRT) sowie Umgebungsbeschränkungen eine Rolle (beschränkte Anzahl an Bereichen, wo Häftlinge rauchen dürfen, Rauchen ist in allen Zellen untersagt).

Die Strategien der einzelnen Rechtssysteme wurden bei dem im August des Jahres 2010 stattfindenden Gipfeltreffen vorgestellt. Experten kamen auf nationaler Ebene zusammen, um einen Konsens zu finden, die Passivrauchbelastung in Hafteinrichtungen am besten anzugehen, d. h. wie der hohe Prozentsatz an Rauchern unter Häftlingen und die durch Tabak verursachten Schäden zu reduzieren sind. Ziel des Gipfeltreffens war, Erfahrungen, Behandlungsmodelle, Strategien und Forschungsergebnisse auszutauschen. Bei dem Gipfel einigte man sich auf dreizehn Empfehlungen (Butler and Stevens 2010).

Die Empfehlungen, die für Europa von besonderem Belang sind, sind nachstehend aufgeführt:

> „1. Entwicklung national vereinbarter Mindeststandards für das Management von Tabak in Gefängnissen.
>
> 3. Zwischen staatlichen und regionalen Strafvollzugsbehörden und den in Raucherentwöhnung und Tabakkontrolle eingebundenen Behörden ist ein verstärkter Austausch notwendig.
>
> 5. Bemühungen, die Raucherprävalenz unter Häftlingen zu reduzieren, müssen mit einer verstärkten Gesundheitsförderung und Präventionsaktionen in der Allgemeinbevölkerung einhergehen.
>
> 6. Eine umfassendere Unterstützung sollte den Häftlingen bei der Rauchentwöhnung zur Verfügung stehen, wobei der kostenlose Zugang zur Nikotinersatztherapie (NRT) auch dazu gehört.
>
> 7. Raucherentwöhnungsprogramme sollten die indigene, kulturelle und sprachliche Vielfalt sowie die Gruppe der Jugendlichen berücksichtigen.
>
> 8. Einführung von Peer-Unterstützungsprogrammen für Personal und Häftlinge.
>
> 9. Staatliche Unterstützung einschließlich finanzieller Unterstützung ist nötig, um die Raucherentwöhnung im Gefängnis zu verbessern.
>
> 11. Nationale Forschungszentren müssen ihre Forschung verstärkt auf das Rauchen unter Häftlingen lenken.
>
> 12. Nationale und staatliche Tabakstrategien/-programme sollten auch Gefängnisse einschließen.“

In Victoria wird die fortdauernde Unterstützung für Raucherentwöhnung aus Geldmitteln finanziert, die aus dem Verkauf von Tabakprodukten an Häft-

linge stammen. Tabakprodukte werden zu Großhandelspreisen ein- und zum empfohlenen Einzelhandelspreis verkauft. Der Gewinn ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Großhandelspreis und dem Einzelhandelspreis und wird wöchentlich in den Gefängnissen eingesammelt, sodann in die Treuhandfonds eingezahlt und für die Finanzierung von Raucherentwöhnungsprogrammen und Ressourcen verwendet (Butler & Stevens, 2010).

*Großbritannien*

Im Jahr 2003 wurden in einem Leitfaden, der sowohl an den Raucherentwöhnungsdienst des National Health Service (staatlicher Gesundheitsdienst – NHS) als auch an Gefängnisse gerichtet war, Raucherentwöhnungsdienste für Haftanstalten entwickelt. Dieser Leitfaden basierte auf einem Pilotprojekt des Gesundheitsministeriums zur Raucherentwöhnung in Gefängnissen. Er wurde unter Beachtung der nationalen Richtlinie zur Unterstützung der Raucherentwöhnung entwickelt und berücksichtigt zahlreiche Aspekte des Rauchens unter gefängnisspezifischen Bedingungen (Department of Health and HM Prison Service 2007).

Strafvollzugsverfügungen (*Prison Service Orders* – PSOs) sind langfristige zwingende Anweisungen für Gefängnisse. PSO 3200 bezeichnet die Raucherentwöhnung als eine Priorität zur Gesundheitsförderung in Gefängnissen (Prison Service Order 2007). Im Jahr 2007 erarbeitete sie die Anwendung der in England geltenden Gesetzgebung zur Rauchfreiheit in Gefängnissen. Alle Gefängnisse sollten über neue Raucherstrategien verfügen, die im Allgemeinen die Rauchfreiheit in allen Innenräumen erfordern. Eine Ausnahme hiervon bildeten Zellen, die von Rauchern über 18 Jahre belegt waren (Einzelzellen oder Raucher-Gemeinschaftszellen). Dadurch wurde das Anliegen eines zu 100 Prozent rauchfreien Umfeldes im Gefängnis unterminiert. Ferner ist eine Betreuung zur Raucherentwöhnung bereitzustellen. In der Richtlinie sind ausführlich verschiedene Orte und Situationen beschrieben (Mutter- und Kind-Abteilungen, Fahrzeuge), insbesondere ist eine Best-Practice-Checkliste für Gefängnisdirektoren und Bedienstete enthalten (HM Prison service 2007). Mehrere Gefängnisse haben rauchfreie Abteilungen eingeführt.

**Gesundheitskampagne zum „Nichtrauchertag“**

Die Kampagne wurde bislang in Gefängnissen nicht durchgeführt; konkrete Schritte und praktische Ideen, diese im Jahr 2011 umzusetzen, sind Gegenstand eines Leitfadens (nosmokingday.org.uk 2011).

**Gesundheitstrainer (*Health Trainers*)**

Bei der Raucherentwöhnung wurden Gesundheitstrainer eingesetzt. Diese werden aus den „schwer zu erreichenden“ Gruppen rekrutiert, mit denen sie arbeiten, wobei 51% der Gesundheitstrainer aus einer oder mehreren Zielgruppen kommen.

Im Zusammenhang mit dem Bewährungsdienst wurde ihre Rolle wie folgt definiert: *„Die Funktion des Gesundheitstrainers ist eine Kombination aus einer „wegweisenden“ Rolle – Arbeiten mit Klienten, um allgemein die Art ihrer Gesundheitsprobleme festzustellen und Rückgriff auf fundiertes Wissen, um sie an den passenden Gesundheitsdienst eines Gefängnisses oder einer anderen Gemeinschaft zu verweisen; und einer „gesundheitsfördernden /verhaltensändernden“ Rolle – Bewertung der Bereitschaft und Fähigkeit des Einzelnen gesünder zu leben, Arbeit mit Einzelpersonen, um Aktionspläne im Hinblick auf eine Verhaltensänderung zu entwerfen und sie bei der Zielerreichung zu unterstützen.“* Das Bewusstsein, die Fähigkeiten und die Unterstützung, die notwendig sind, um ein gesünderes Leben zu führen, können zur Verringerung der Gefahr erneut eine Straftat zu begehen beitragen. Die Raucherentwöhnung ist Teil eines Trainings, das die Motivation der Häftlinge erhöht, mit dem Rauchen aufzuhören (Centre for clinical and academic workforce innovation 2007). Im Jahr 2010 stieg die Zahl der Personen, die mit dem Rauchen aufhörten, um 10% an (O’Neill 2010). Sobald zusammen mit dem Gesundheitstrainer die Raucherentwöhnung als Ziel formuliert ist, wird dieses entweder direkt durch die Arbeit des Gesundheitstrainers mit dem Klienten oder durch dessen Verweisung an eine Sonderabteilung erreicht.

*Schweiz*

Wie in anderen föderalistischen Staaten, gibt es keine nationale Einheitlichkeit. Das gilt auch für die Gesundheit in Gefängnissen, denn hier liegt die Verantwortlichkeit auf Kantons und nicht auf föderalistischer Ebene. Das Rauchen in Gefängnissen unterliegt somit kantonalem Recht. Jeder Kanton und sogar jedes Gefängnis entwickelt seine eigenen Ansätze, was zu einer

großen Vielfalt der diesbezüglichen Strategien führt. Normalerweise ist das Rauchen in Einzelzellen, in von Rauchern geteilten Gemeinschaftszellen sowie in ausgewiesenen Raucherräumen erlaubt, Gemeinschaftsbereiche jedoch (Speisesäle, Sporthallen und Arbeitsplätze) sind größtenteils Nichtraucherbereiche. In den letzten drei bis fünf Jahren haben Gesetze ältere Rechtsvorschriften aufgehoben, die das Rauchen in Gemeinschaftsräumen erlaubten, jedoch, wegen der Brandgefahr, nicht in Zellen.

#### 4.1.6.4 Hindernisse für eine wirksame Tabakkontrolle

Wir haben verschiedene Faktoren erkannt, die eine wirksame Tabakkontrolle in Gefängnissen einschränkt. Diese Faktoren werden nachstehend kurz aufgetragen und in den entsprechenden Kapiteln des Dokuments vertieft.

*Hohe Prävalenz von Rauchern*

Die Tatsache, dass in Gefängnissen stark geraucht wird, führt zur Akzeptanz des Verhaltens (Baker, Ivers et al. 2006; MacAskill 2008). Eine Umgebung mit einer hohen Raucherprävalenz (und folglich einer hohen Passivrauchbelastung) erschwert das Durchmachen einer Rauchentwöhnung. In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen berichteten Teilnehmer, dass der Hauptbeitrag des Gefängnissystems zum Rauchen die hohe Anzahl von Rauchern sei (Richmond, Butler et al. 2009).

*Geringerer Stellenwert in der öffentlichen Gesundheitspflege:*

Tabakentwöhnungsprogramme haben einen geringeren Stellenwert als andere Gesundheits- oder Suchtprobleme (Kauffman, Ferketich et al. 2008) (Global Smokefree Partnership 2009). Es fehlt ebenfalls an einer nationalen Führungsrolle im Bereich Rauchen (Butler and Stevens 2010).

*Beschränkter Zugang zu Raucherentwöhnungsprogrammen*

(siehe Abschnitt 4.1.4: Zugang zur Tabakentwöhnung)

*Vertrauen der Häftlinge in ihre Fähigkeit den Tabakkonsum im Gefängnis zu reduzieren*

Eine angeführte Studie in den USA berichtete, dass 44% der Häftlinge der Meinung waren, es wäre nicht möglich, den Tabakkonsum in Justizvollzugs-

anstalten einzuschränken, auch nicht mit ausreichenden Mitteln (The national center on addiction and substance abuse at 2010).

*Die Ansicht der Gefangenen zur Wirksamkeit der Entwöhnungsunterstützung*

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen wurden Strategien zur Raucherentwöhnung während der Haft untersucht. Teilnehmer berichteten, dass die Nikotinersatztherapie nicht so wirksam wie die eigene Willenskraft sei. Statt zu rauchen, trieben Männer Sport (Richmond, Butler et al. 2009).

In Polen wurden Nikotinersatztherapien, einzelne therapeutische Sitzungen, pharmakologische Mittel (z. B. Antidepressiva), Gruppentherapiesitzungen und audiovisuelle Anti-Tabak Maßnahmen – Rundfunk oder Poster – von 24%, 21%, 21%, 19%, 5% bzw. 4% der Raucher als sehr wirksam eingestuft (Sieminska, Jassem et al. 2006).

Ergebnisse einer Studie, die in einer Haftanstalt in der Deutschschweiz im Jahr 2009 durchgeführt wurde, zeigen, dass die Einzeltherapie von 12,7%, die Gruppentherapie von 10,9% und Prämien/Anreize von 50% der Teilnehmer für wirksam gehalten werden. Eine Nikotinersatztherapie wurde als wenig wirksam (18,2%) oder unwirksam von 38,2% der Raucher (männliche Insassen, N=55) eingeschätzt (Ritter, Etter et al. 2010).

*Unterstützung des Rauchverbots durch Gefangene*

37% der Teilnehmer an einer Studie, an der 49 männliche in der Entlassungsvorbereitung befindliche Gefangene teilnahmen, waren für ein Rauchverbot (Thibodeau, Jorenby et al. 2010).

In einer in Kanada im Jahr 1995 auf Bundesebene durchgeführten Befragung sprachen sich 21% der Gefangenen für eine neue Gesetzgebung in Gefängnissen aus, die das Rauchen in den Gebäuden untersagt (Guyon, Brochu et al. 2010).

*Es mangelt an qualifizierten Experten* im Fachgebiet der Raucherentwöhnung und an Anerkennung bezüglich ihrer Verantwortung Betreuung bei der Rauchentwöhnung zu bieten (Baker, Ivers et al. 2006).

*Auffassungen von Behandlungsanbietern* (Bedienstete in Drogenbehandlungseinrichtungen), die mit Menschen arbeiten, die einige der Hauptmerkmale von Gefangenen besitzen: Bedienstete halten das Rauchen für ein per-

manentes Problem, das jedoch nicht so schlimm wie geistige Störungen oder andere Substanzabhängigkeiten sei; das Rauchen des Personals wird als Mittel zur Festigung der therapeutischen Beziehung betrachtet (Baker, Ivers et al. 2006).

*Zurückhaltung des Personals*

Das Personal ist zurückhaltend, was die Änderung der Regelwerke für Raucher anbelangt und beurteilt Beschränkungen für Gefangene positiver als Beschränkungen für sich selbst (Carpenter, Hughes et al. 2001). Nichtraucher stehen einem Verbot weniger ablehnend gegenüber (Foley, Proescholdbell et al. 2010). Eine in 52 amerikanischen Distrikten durchgeführte Studie zeigte, dass es in einem der Bundesstaaten aufgrund einer Blockade der Angestelltengewerkschaften keine Regelwerke gab (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Auch wenn dies statistisch irrelevant ist, so zeigt es doch den Einfluss, den Arbeitnehmer auf solche Fragen der öffentlichen Gesundheit haben können.

In einer Studie, die die Auswirkungen eines Rauchverbots nach seiner Einführung unter männlichen Gefangenen untersucht hat, rauchten 76% der Gefangenen nach Einführung des Verbots weiter. Das Personal, das gegen das Verbot war, hat wahrscheinlich zur geringen Durchsetzung und Unterstützung der Strategie beigetragen (Cropsey and Kristeller 2005).

In einer forensischen Klinik, wo verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, erzeugte die Durchführung eines vollständigen Rauchverbots Unzufriedenheit und Widerstand unter den Bediensteten (Hofstetter, Rohner et al. 2010). Die Auffassung des Personals hinsichtlich der Konsequenzen der Beschränkung: Gewalt oder Angst vor Verletzung anderer Regeln. Negative Auswirkungen werden von Rauchern sogar strenger beurteilt (Carpenter, Hughes et al. 2001).

#### 4.1.6.5 Jugendstrafanstalten

Die meisten Jugendstrafanstalten sind rauchfrei. In Großbritannien herrscht seit dem Jahr 2005 eine Nichtraucherschutzbestimmung für alle jungen Insassen (nosmokingday.org.uk 2011). In Frankreich dürfen inhaftierte Jugendliche unter 16 Jahren überhaupt nicht rauchen (weder in ihrer Zelle noch auf dem Gelände). Die Feststellung des Tabakkonsums ist bei der Aufnahme obligatorisch. Der Erwerb von Zigaretten ist strengstens untersagt und das

Rauchen steht unter Strafe, wobei Bemühungen mit dem Rauchen aufzuhören, berücksichtigt werden (French Governement 2007).

#### 4.1.6.6 Individuelle Ebene: Verhaltensänderung von Rauchern

Alle Gefängnisinsassen sollten Zugang zur individuellen Beratung und kostenlosen Raucherentwöhnung haben, unabhängig von der Art des Raucherschutzes und insbesondere bei Aufnahme und Entlassung des Klienten (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Individuelle, Raucher orientierte Beratung kann bei Erwachsenen zwei Hauptziele haben: Einschränkung des Rauchverhaltens und Entwöhnung. Für Jugendliche ist die Entwöhnung das allgemein angestrebte Ziel.

Folgend werden einige Beispiele für Bestimmungen dargestellt und es werden – sofern verfügbar – die Länder aufgezeigt, die diese Bestimmungen bereits umgesetzt haben.

*Rauchreduktion und -kontrolle*

Das Thema Rauchreduktion wurde in einer Studie unter amerikanischen Frauen aufgegriffen. Es wurde zwar nicht als Zielvorgabe, wie bei der vorhandenen Unterstützung zum kontrollierten Trinken dargestellt, aber als ein vorbereitender Schritt für die Entwöhnung. Die Untersuchungsgruppe, die selbst berichtet hat ihre Rauchgewohnheiten zu reduzieren, rauchte drei Wochen vor der Entwöhnung signifikant weniger und zeigte auch eine kurzfristige Verbesserung der Entwöhnungs-Rate in den Wochen danach. Die Ergebnisse konnten jedoch nicht bis zum Ende der Vergleichsperiode (Zwölf Monate) aufrecht erhalten werden. Tabakreduktion kann als erster Schritt vor der Beendigung oder schrittweisen Entwöhnung angesehen werden. Die Reduktion kann strukturiert (Reduktion pro Woche vorgegeben) oder unstrukturiert (Teilnehmer entscheiden selbst, um wie viel sie pro Woche reduzieren) vollzogen werden, bis die Raucher an einem Level angelangt sind, an dem sie aufhören können. Auch wenn die Ergebnisse über die positiven Einflüsse der Tabakreduktion und der Erfolg bei der Entwöhnung umstritten sind, mindern sie wenigstens nicht die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören. Die Reduktion des Rauchens wurde als hilfreich angesehen: Sie erhält die Motivation, erhöht die Selbstwirksamkeit und mindert die Nikotinabhängigkeit (Cropsey, Jackson et al. 2010).

In einer Studie unter Häftlingen in Australien hatten einige versucht ihr Verhalten zu mäßigen, indem sie von ihrer üblichen Zigarettenmarke zu einer Zigarettenmarke mit niedrigerem Teer- oder Nikotingehalt wechselten und indem sie die tägliche Tabakmenge reduzierten (Belcher, Butler et al. 2006).

Aus einer Studie, die in den USA unter 200 männlichen Insassen durchgeführt wurde, ging hervor, dass ein progressiver Abbau des Zigarettenkonsums eine Methode war, die von 10% der Häftlinge verwendet wurde, die versuchten mit dem Rauchen aufzuhören (29%) (Kauffman, Ferketich et al. 2011).

Wir finden, dass das Ziel der Tabakreduktion ein interessantes therapeutisches Ziel an sich darstellt, welches nicht unbedingt an den Kontext der totalen Rauchentwöhnung gebunden sein muss. Deshalb verweisen wir an dieser Stelle auf einen Link zu einem webgestützten Programm, welches der Eindämmung des Tabakkonsums dient und nach dem Vorbild des kontrollierten Trinkens entwickelt wurde: (www.kontrolliertes-rauchen.de/kontrolliertes-rauchen/de/3/0/kr/default.aspx).

Die geplante Reduktion hat im Vergleich zur ungeplanten Reduktion bessere Erfolgsquoten ergeben (Cinciripini et al., veröffentlicht in (Cropsey, Jackson et al. 2010). Dies lässt die Vermutung zu, dass die restriktive Umgebung in Haftanstalten eine gewisse Hilfestellung zur strukturierten Reduktion des Rauchens darstellt. Auf jeden Fall muss ein strukturierter Alltag in Betracht gezogen werden, um festzustellen, welche der Raucher als Erste sich zu einer Rauchentwöhnung entschließen.

*Unterstützung von Gefangenen bei der Tabakentwöhnung*

Da viele Gesetze und ihre Regelungen in manche Lebensbereiche von Menschen nicht vordringen, wie zum Beispiel in den privaten Bereich zu Hause, ist Bildung eine zentrale Lösung (WHO 2007). Dies ist zu berücksichtigen, wenn man Inhaftierte über das Rauchen aufklärt.

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen schlugen Teilnehmer verschiedene Strategien vor, die für die Raucherentwöhnung von Nutzen sein würden: Anreize und rauchfreie Bereiche (Richmond, Butler et al. 2009).

Teilnehmer einer Studie aus den USA fanden, dass ein Programm, welches den Menschen helfen würde nach der Entlassung aus dem Gefängnis nicht rückfällig zu werden, nützlich wäre (Cropsey, Weaver et al. 2009; Thibodeau, Jorenby et al. 2010). Dieser Vorschlag steht im Zusammenhang mit

dem Fakt, dass entlassene Häftlinge sowie einige andere Personengruppen nicht mit den allgemeinen Hilfsdiensten zur Raucherentwöhnung erreicht werden können. Der Zeitraum vor der Entlassung stellt eine wichtige Gelegenheit dar, um gezielt diese Personen bezüglich ihrer Tabakabstinenz vor ihrer Rückkehr in die Allgemeinbevölkerung zu erreichen und zu motivieren (Thibodeau, Jorenby et al. 2010).

Einige Beispiele entwickelter Entwöhnungsprogramme im Gefängnis enthalten:

**Informationen über das Rauchen**

Bei Haftantritt erhält jeder Insasse Informationen (schriftliche und Videos) und eine kurze Aufklärung über das Risiko des Rauchens sowie eine grundlegende Beratung über die Entwöhnung (Lincoln, Chavez et al. 2005), Infobroschüren und Plakate werden auch verwendet (Department of Health South West Regional 2007).

Zwei Broschüren sind für Gefangene in Großbritannien verfügbar:

- Mit dem Rauchen aufhören: Ein Raucherentwöhnungsleitfaden für Gefangene (www.gasp.org.uk/p-deciding-to-quit-a-stop-smoking-guide-for-prisoners.htm)
- Rauchen: ein Leitfaden um im Gefängnis Rauchfrei zu sein (www.hp-publications.nhs.uk/index.php?pID=vpub&publ_id=92)

**Individuelle Betreuung und Beratung**

- Nikotinersatztherapie (NRT), entweder im Zusammenhang mit betreuter Raucherentwöhnung oder als Kurzintervention um Entzugserscheinungen in gewissen Situationen wie bei Gerichtsterminen oder Einschlusszeiten in der Zelle zu lindern.
- NRT statt Zigaretten, die den Häftlingen bei Haftantritt kostenlos verteilt werden (Awofeso 2003).
- Pharmakotherapie (Varenicline, für Selbstzahler).
- Akupunktur, Yoga.
- Anreize: mehr sportliche Betätigung oder Obst (Department of Health South West Regional 2007). Das Belohnungssystem wurde mit 40 % der Insassen (Raucher und Ex-Raucher) als das Effektivste im Gefängnis bewertet, denn Gefängnisse sind charakterisiert durch die Entbehrung

herkömmlicher Freuden. Beispiele für Belohnungsvorschläge der Autoren waren zusätzlicher Ausgang und Sport sowie Alleinzeit mit dem Partner oder der Familie (Sieminska, Jassem et al. 2006).

**Einzelbetreuung/Kurzintervention** waren wirkungsvoller bei kurzen Haftstrafen oder in Untersuchungshaft (Maurer-Stender 2010).

### Quitters are Winners (QaW) – Aufhörer sind Gewinner

Dieses Programm ist an Gefangene gerichtet, die Interesse haben mit dem Rauchen aufzuhören. Es dauert zwölf Stunden und geht über einen Zeitraum von sechs Wochen; eine kürzere Laufzeit durch einen Intensivkurs ist auch möglich. Das Programm beinhaltet Aufklärung und gegenseitige Unterstützung, die durch geschulte Vollzugsbeamte oder externe Betreuer ermöglicht wird. Es kann in Gruppen oder Einzelsitzungen durchgeführt werden. Eine Evaluation des Programms hat gezeigt, dass Rauchentwöhnung im Gefängnis wirksam sein kann, um den Zigarettenkonsum zu reduzieren und für zukünftige Entwöhnungen besser vorbereitet zu sein (Butler and Stevens 2010).

### Rauchstopp-Rufnummer

Eine kostenlose Rauchstopp-Rufnummer für Häftlinge wurde in einem Zeitraum von sechs Monaten in Australien (2008–2009) erprobt. Häftlinge hatten die Gelegenheit mit einem geschulten Berater über ihren Ausstieg unabhängig von den vorgesehenen Entwöhnungsprogrammen zu diskutieren. Die durchschnittliche Anzahl der Anrufe war sehr gering (ein bis zwei Anrufe pro Tag während des ersten Monats und dann nur noch einen bis zwei pro Woche für die darauffolgenden acht bis zehn Wochen) (Butler and Stevens 2010).

### Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse in Haftanstalten

Gefangene haben weniger Gelegenheiten zu verstehen, warum die Raucherentwöhnung lohnend sein sollte. Darüber hinaus stehen ihnen weniger Unterhaltungsmöglichkeiten zur Verfügung (MacAskill 2008). Demzufolge sollten besondere Bedürfnisse in Betracht gezogen werden: Sportunterricht, zusätzliches Stress-Management, Zugang zu Personalberatern, zusätzliche Zwischensitzungen zur Unterstützung und Beratung, Zugang zu frischem Obst und Gemüse und anderen empfohlenen Snacks sowie Medikamente gegen kör-

perliche Nebenwirkungen (der Entwöhnung) wie Verstopfung, Geschwüre im Mund und Kopfschmerzen (Department of Health and HM Prison Service 2007).

Folgende besondere Aspekte sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden:

- Gender: In einer amerikanischen Studie unter 217 Insassen im Justizvollzug interessierten sich Männer eher für nicht pharmazeutische Ansätze, um mit dem Rauchen aufzuhören (Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010).
- Gewichtszunahme und begrenzte persönliche Mittel dies zu beeinflussen. Es wurde der Zusammenhang von Tabakkonsum und Gewichtszunahme bei weiblichen Häftlingen, die an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen haben untersucht. Im Allgemeinen stützen die Ergebnisse die vorstehende Beobachtung der Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung, aber auch die Tendenz, dass das gewonnene Gewicht im Laufe der Zeit wieder verloren wird (in circa einem Jahr). Die negativen Gesundheitsfolgen der Raucherentwöhnung sind in Haftanstalten sogar noch wahrscheinlicher, da zusätzliche Faktoren wie begrenzte Auswahlmöglichkeiten der Nahrungsmittel oder Trainingsmöglichkeiten die Gewichtszunahme verstärken können (Cropsey, McClure et al. 2010; Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010). Frauen haben eher Tendenz, sich um eine mögliche Gewichtszunahme zu sorgen und neigen eher dazu, nach einer Raucherentwöhnung zuzunehmen. Allerdings ist die Rückfallquote bedingt durch Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung bei Männern wahrscheinlicher. Für beide Geschlechtsgruppen müssen Unterstützungsmaßnahmen zur Gewichtsreduktion und Sportmöglichkeiten in Anti-Raucher-Strategien eingeplant werden. Ohne Berücksichtigung des Gewichtsfaktors könnte das Interesse an Entwöhnungsprogrammen schwinden. Die Kombination von Raucherentwöhnung und Gewichts-Interventionen könnte einen positiven Einfluss auf die Motivation und die Erfolgsquote einer Raucherentwöhnung haben (Cropsey, McClure et al. 2010; Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010). Bei der Unterstützung von Menschen, die sich eher auf unmittelbare Folgen und weniger auf Langzeiteffekte konzentrieren, sollte auch auf der Tatsache beharrt werden, dass sich die kurzfristige Gewichtszunahme im Laufe der Zeit relativiert. Auf der anderen Seite kann eine Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm sich auf die Gesundheit auch positiv auswirken, wie z. B. mit besseren Ernährungsgewohnheiten und mehr Sport (Richmond, Butler et al. 2006).

**Kombinierte pharmakologische und Verhaltensintervention** bezogen auf Stimmungs-Training in Gruppensitzungen und Pharmakotherapie (ergab eine Erfolgsquote von 30% ein Jahr nach einer Intervention in einer Personengruppe der Allgemeinbevölkerung), wurde unter einer Gruppe von weiblichen Gefangenen in den USA erprobt. Gruppensitzungen fanden über einen Zeitraum von zehn Wochen statt, mit einer Sitzung pro Woche. Mehr als 50% der Teilnehmer (N = 250) brachen den Kurs ab, was mit den Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung vergleichbar ist. Die Teilnehmer nahmen im Schnitt an 6,7 Sitzungen teil. Eine NRT wurde für die Studie kostenlos zur Verfügung gestellt und die Compliance unter den Frauen in Behandlung blieb hoch, nicht aber bei denen, die ausgestiegen waren. Doch im Großen und Ganzen wurden nur 43,3% der möglichen Nikotin-Dosierungen im Laufe der Behandlung verwendet. Der NRT-Gebrauch hing von der Teilnehmerzahl der Gruppe ab. Die Einhaltung der NRT erhöht die Abstinenzrate um den Zeitpunkt von 3 Monaten nach Beginn der Therapie, jedoch nicht später (nach 6 und 12 Monaten) (Cropsey, Eldridge et al. 2008).

Eine andere Mehrkomponenten-Raucherentwöhnungsunterstützung wurde 30 männlichen Insassen eines Hochsicherheitsgefängnisses in Australien angeboten. Gefangene, die unter Antidepressiva oder Psychopharmaka standen, wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Betreuung beinhaltete Bupropion, NRT (eine nachlassende Behandlung über einen Zeitraum von 8 Wochen) und zwei kurze kognitive Verhaltenstherapiesitzungen. Alle Teilnehmer berichteten über mindestens eine Entzugserscheinung (Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Husten). Die Autoren bestanden auf die Notwendigkeit Gefängnisbezogene Faktoren in Betracht zu ziehen, wie z. B. Überweisungen in andere Haftanstalten (Richmond, Butler et al. 2006).

**Gruppentherapeutische Ansätze** sind geeignet um mit stabileren Gefangenen zu arbeiten. Die Zahl der Teilnehmer ist variabel (Maurer-Stender 2010).

### Weitere Einbindung der Bediensteten in Hilfemaßnahmen

Die Raucherentwöhnung schließt zahlreiche Fachleute mit ein: Pflegepersonal, Sport Trainer, Vollzugsbeamte, Entwöhnungsberater, Gesundheitstrainer, Suchtarbeiter, externe Spezialisten in Zusammenarbeit mit Gefängnismitarbeitern und Apotheker (Maurer-Stender 2010) (HM Prison service 2007) (nosmokingday.org.uk 2011).

Es wurde über ein Beispiel eines multidisziplinären Raucherentwöhnungsprogramms (NRT, Gruppentherapie, individuelle Beratung), das unterschiedliche Fachleute in einer schottischen Jugendstrafanstalt miteinbezieht berichtet. Das Team bestand aus stationärem Gefängnispersonal, Krankenpfleger und Apotheker, die ihr Fachwissen zur Verfügung stellten (Shearin, Hepburn et al. 2002).

In einem Leitfaden zur Verringerung erneuter Straffälligkeit bringt der Aktionsplan Gefängnis und Bewährung im Hinblick auf sieben Aspekte zusammen: Unterkunft, Bildung, Ausbildung und Beschäftigung, geistige und körperliche Gesundheit, Drogen und Alkohol, Finanzen, Kinder und Familien. Der Verzicht auf das Rauchen steht mit vielen anderen Aspekten im Zusammenhang, auf welche das Aufgeben einen positiven Einfluss haben kann (National Offender Managment Service 2004).

## Personalschulung in Sachen Raucherentwöhnung

Eine Personalschulung ist unerlässlich, damit eine Raucherentwöhnung oder eine Tabakprävention angeboten werden kann. Gesundheitsfachleute für Raucherentwöhnungsinterventionen auszubilden, war Teil des NSW Tobacco Action Plans, der in Australien gemäß Empfehlungen der WHO (Evidenzbasierte Empfehlungen der WHO zur Behandlung der Tabakabhängigkeit. Kopenhagen: World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, 2001) durchgeführt wurde. Die Fähigkeit dieser Fachleute kurze Raucherentwöhnungsinterventionen zu führen, wurde per Videokonferenz angelernt (Mitchell, Hawkshaw et al. 2008 )

### *Unterstützung von Bediensteten bei der Tabakentwöhnung*

Mitarbeiterunterstützung wurde als wichtiger Punkt für die Umsetzung der Rauchverbote benannt. Raucher sind in der Regel weniger begeistert von den Rauchverboten im professionellen Setting, 50% bis 60% unterstützen es dennoch. 52% der Mitarbeiter waren jedoch für eine Regelung, die das Rauchen auf bestimmte Bereiche im Freien beschränkte (Carpenter, Hughes et al. 2001).

Nach der Umsetzung eines Rauchverbots in einem amerikanischen Gefängnis rauchten 76% der Häftlinge weiter. Dieses Ergebnis überraschte die Autoren, die es sich teilweise durch die geringe Unterstützung des Personals für die

Leitlinien durch das Personal erklärten – obwohl sie keine Angestellten befragt hatten (Cropsey and Kristeller 2005).

Im Jahr 2007 hat die WHO die Dringlichkeit betont, die Bedürfnisse von Bediensteten und Häftlingen in Bezug auf Tabak zu beachten. Schutzmaßnahmen gegen Passivrauch und Förderung der Entwöhnungsprogramme sollten für beide Personengruppen eingeführt werden (World Health Organization and Europe. 2007). Neben den verschiedenen Arten und Weisen Akzeptanz zu gewinnen und Strategien im Gefängnis durchzusetzen, benötigt das Gefängnispersonal ebenfalls eine adäquate und individuelle Unterstützung und Hilfestellung bei der Tabakentwöhnung. Die Bedeutung einer klaren Kommunikation über ein Rauchverbot (einschließlich Ausbildung des Personals im aktiven Nichtraucherschutz) wurde als Weg gesehen, den Schulterschluss für das Verbot zu erhöhen. Selbst wenn die Mitarbeiter selber in den Institutionen nicht rauchen dürfen, wurde Sorge über ihre Exposition gegenüber Passivrauch am Arbeitsplatz geäußert. Das Recht auf saubere Luft wurde erwähnt. (Foley, Proescholdbell et al. 2010).

In einigen europäischen Ländern ist es dem Personal noch erlaubt in bestimmten Orten innerhalb des Gebäudes zu rauchen (Hartwig, Stöver et al. 2008).

In Großbritannien dürfen Bedienstete während ihren Pausen in ausgewiesenen Bereichen rauchen, jedoch nicht in geschlossenen Räumen. Mitarbeiter, die das Rauchen aufgeben wollten, berichteten über einen Mangel an Unterstützung. Allerdings stehen folgende Hilfsmittel zur Verfügung: Information und Begleitung; Hinweise bezüglich Kontaktaufnahme mit dem staatlichen Gesundheitsdienst – NHS – oder dem Hausarzt; Überweisung an externe Rauchstoppdienste; kostenlose NRT und Betreuung durch Krankenpfleger; wöchentliche Support-Gruppen; Poster (Department of Health South West Regional 2007).

In einer Jugendstrafanstalt wurde im Jahr 2005 eine rauchfreie Leitlinie eingeführt. Dem Personal wurde Unterstützung zur Rauchentwöhnung angeboten, einschließlich Geldleistungen durch das Gefängnis für den Kauf von NRT (Pflaster und Pastillen). Dieser Anreiz wurde zwar als Impuls zur Rauchentwöhnung betrachtet, die entsprechende Rückwirkung jedoch eher als „gemischt“ beschrieben (Kipping, Martin et al. 2006).

In Frankreich ist die Betreuung bei der Raucherentwöhnung des Personals Bestandteil eines Präventionsplans für Bedienstete. In jeder Haftanstalt stellt

dieser Plan eine Komponente der gemeinsamen Zusammenarbeit zwischen der Personalabteilung, den Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Gewerkschaftern dar. Der Plan wird durch den betreuenden Arzt verwaltet und beinhaltet Informationen über Risiken im Zusammenhang mit dem Rauchen und über verfügbare Ressourcen für die Entwöhnung. Der Nikotinersatz ist in der Krankenversicherung des Personals (bis zu 50 Euro pro Jahr) enthalten. Allerdings ist die Verfassung eines solchen Plans nicht vorgeschrieben und wird von den jeweiligen Institutionen selbst entschieden (French Governement 2007).

In einer forensischen Klinik, in der verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, wurde den Bediensteten eine Unterstützung zur Tabakentwöhnung angeboten, aber nur 2% des Personals nutzten diese Unterstützung (Hofstetter, Rohner et al. 2010).

*Sozialmarketing*

Sozialmarketing ist die Verwendung von kommerziellem Marketing, welches zu Zwecken der Verhaltensänderung angepasst wurde. Es wurde in Raucherentwöhnungsprogrammen im Gefängnis eingesetzt, wo das Programm sich auf die individuellen Bedürfnisse der Konsumenten konzentrierte (Zugang zur Einzel- oder Gruppenberatung, pharmakologische Unterstützung, Zugang zur Beratung auch zwischen den jeweiligen Sitzungen, sowie zu verschiedenen Aktivitäten). Die Vorteile des Nichtrauchens sollten zu annehmbaren Kosten sinnvoll und erreichbar sein. In einer Studie, die in vier Gefängnissen in England und Wales durchgeführt wurde, erkannten Häftlinge gesundheitliche, finanzielle und emotionale Vorteile des Nichtrauchens (Gefühl der Erreichung externer Ziele, der Freiheit, der Kontrolle und Unabhängigkeit). Solche positive Belohnungen können möglicherweise eine stimulierenden Effekt auf die Erforschung weiterer Verbesserungen der Gesundheit und der Rehabilitation im Allgemeinen haben (MacAskill 2008).

Sozialmarketing war auch in Australien Teil einer Tabakkontrollstrategie. Es ist nötig sich nach den wesentlichen Werten des Zielpublikums zu richten und nicht nur nach Gesundheitswerten, wie es die meisten Raucherentwöhnungsprogramme der öffentlichen Gesundheit geneigt sind zu tun (Awofeso 2003).

#### 4.1.6.7 Auswirkungen auf die Umgebung

Raucheinschränkungen in Gebäuden bewirken eine Reduzierung des Rauchverhaltens und verstärken das Bedürfnis mit dem Rauchen aufzuhören. (Carpenter, Hughes et al. 2001; US Department of Health 2006). Allerdings fehlen evidenzbasierte Daten in Bezug auf die Folgen der Raucheinschränkungen innerhalb von Gefängnisgebäuden (Global Smokefree Partnership 2009). Gefängnisse werden für bedrückende Orte gehalten und es wird gefürchtet, dass eine zusätzliche Kontrolle des Zigarettenkonsums zu mehr Unruhe führen könnte (Awofeso 1999).

*Totalverbot (Rauchen ist drinnen und draußen verboten)*

Bei totalem Rauchverbot ist das Rauchen sowohl für Angestellte, als auch für Häftlinge in einer Einrichtung untersagt. Literaturberichte weisen kontroverse Meinungen bezüglich dieser Umsetzung auf. Es hat sich als effektiv erwiesen, die Exposition gegenüber Passivrauch zu reduzieren. Allerdings mit abgeschwächtem Erfolg und Akzeptanz im Gefängnis vor allem, wenn eine solche Einschränkung nicht mit einer Entwöhnungsbehandlung in Verbindung steht.

Kanada, USA, Großbritannien und Irland vertreten ein striktes Rauchverbot. In den letzten 20 Jahren gab es in den USA eine Bewegung hin zu restriktiven Richtlinien, mit einer Verdreifachung der Rauchverbote. Im Jahr 2007 gab es in 96% der Haftanstalten rauchfreie Wohnräume, 27% verboten das Rauchen innerhalb der Gebäude und 60% vertraten ein totales Verbot (Kauffman, Ferketich et al. 2008) (Eldridge and Cropsey 2009; Cropsey, Jones-Whaley et al. 2010). 90% der Einrichtungen vertreten Einschränkungen auf das Rauchverhalten (Foley, Proescholdbell et al. 2010).

In Kanada und den USA war die Entscheidung Gefängnisse rauchfrei zu gestalten auf Basis einer erleichterten Um- und Durchsetzung einer Richtlinie, die den Besitz oder die Verwendung von Tabak innerhalb einer Gefängnisanlage verbietet.

In drei Ländern der Europäischen WHO Region (Irland, Großbritannien und die Türkei) herrscht ein totales Rauchverbot in allen öffentlichen Räumen (Maurer-Stender 2010). In Großbritannien und Irland gilt dieses Verbot auch in Haftanstalten, wo das Rauchen in einigen Zellen ausnahmsweise erlaubt ist.

Zahlreiche negative Aspekte dominieren die Debatte vor allem, wenn ein Verbot nicht an zusätzliche Entwöhnungshilfen gekoppelt ist. Dies wird als eine verpasste Gelegenheit einer möglichen Verhaltensänderung betrachtet, die wichtige Vorteile für die Gesundheit mit sich bringen könnte und die Kosten der Krankenpflege während der Haft senken würde (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Aus anderen Berichten geht jedoch hervor, dass die Umsetzung eines Nichtraucherschutzes auf wenig Widerstand oder Gewaltausbrüche gestoßen ist, obwohl zu erwähnen ist, dass möglichen Schwierigkeiten weitgehend vorgegriffen wurde.

**Negative Auswirkungen**

Mangelhafte Einhaltung des Verbots: Insassen rauchen trotz Verbot weiter (76% der Insassen rauchen ein Monat nach Einführung der Vorschrift weiter). In einer rauchfreien Einrichtung in den USA, berichteten 24% der inhaftierten Personen, dass sie rauchen (Khavjou, Clarke et al. 2007).

Ein Verbot stellt nicht sicher, dass das Rauchen auch wirklich eingestellt wird; Gesundheitsrisiken können sich während der Haft sogar noch erhöhen (Lankenau 2001). Ein Verbot hindert Leute nicht daran zu rauchen, auch nicht Jahre nach seiner Einführung (Patrick and Marsh 2001). Ein Rauchverbot „heilt“ nicht Menschen von ihrer Abhängigkeit. 97% der Insassen aus einem rauchfreien Gefängnis fingen innerhalb von 6 Monaten nach ihrer Entlassung wieder mit dem Rauchen an (Lincoln, Tuthill et al. 2009). Kauffmann berichtet in seiner Studie, dass 76% der Häftlinge nach Entlassung aus einem rauchfreien Gefängnis wieder rückfällig geworden waren (Kauffman, Ferketich et al. 2008).

Zigaretten sind Bestandteil der Schmuggelwirtschaft (Cropsey, Eldridge et al. 2008) (Kauffman, Ferketich et al. 2008) (Lankenau 2001; Cropsey, Jackson et al. 2010) (Patrick and Marsh 2001). In Kanada protestierten Gefangene gegen das Vorhaben ein allgemeines Rauchverbot einzuführen, indem sie in einen Hungerstreik traten. Dies hing auch mit den hohen Zigarettenpreisen auf dem Schwarzmarkt zusammen (Spurgeon 2000).

Der Preis kann zunehmend hoch werden. Mitarbeiter sind auch am Zigarettenschmuggel beteiligt, obwohl sie nicht in Erwägung ziehen würden, andere Drogen zu schmuggeln (Patrick and Marsh 2001). Dort, wo Verbote herrschen, gibt es auch Verstöße und Sanktionen. Einige können Auswirkungen

auf den Ausbau der Rehabilitationskapazitäten haben (Eldridge and Cropsey 2009) (Lankenau 2001).

**Positive Auswirkungen**

Es wurde eine Abnahme der Passivrauchbelastung und der Anzahl ärztlicher Konsultationen festgestellt. Vorschriften können die Exposition gegenüber Passivrauch beschränken. Die Eindämmung der Passivrauchbelastung sollte jedoch mit Entwöhnungsprogrammen verbunden sein (Hammond and Emmons 2005; Proescholdbell, Foley et al. 2008).

Häftlinge können eine (manchmal deutliche) Verringerung des Tabakkonsums beschreiben, aber ohne merkliche Verbesserung des Gesundheitszustandes (Lankenau 2001). In einer globalen Bevölkerungsstudie wurde von einer kurzfristigen Verbesserung der selbst beschriebenen Symptome einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) berichtetet (Etter 2010).

Weitere Vorteile sind: Verringerte Brandgefahr und geringere Wartungskosten (Lincoln, Tuthill et al. 2009) (Patrick and Marsh 2001). In Bezug auf die Schadensminderung ist die Nachfrage nach Zigaretten dermaßen gestiegen, dass sie andere Drogen in den Schatten gestellt und deren Schmuggel eingeschränkt hat (Kauffman, Ferketich et al. 2008) (Patrick and Marsh 2001) (Lankenau 2001).

In Deutschland wurde in einer forensischen Klinik, in der verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, ein vollständiges Rauchverbot eingeführt. Die Verschreibung psychiatrischer Medikamente nahm während der sechs Monate nach der Einführung des Verbots um 25% ab. Aggressionen gegen Bedienstete fielen in den darauffolgenden drei Jahren um 60% (Hofstetter, Rohner et al. 2010).

Es ist realistischer den Beginn des Rauchens in einer rauchfreien Umgebung zu verhindern (Lincoln, Tuthill et al. 2009). In der Allgemeinbevölkerung reduziert die Gesetzgebung über rauchfreie Arbeitsplätze den Tabakkonsum während der Arbeit (je nach Studie und Strategie um 4% bis 10% oder sogar bis zu 39%) und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Arbeitnehmer dies auch Zuhause umsetzten.

*Partielles Verbot (Rauchen in gemeinsamen Räumen ist verboten)*

Rauchen ist in gewissen Außenbereichen erlaubt, innerhalb der Gebäude ist es jedoch untersagt. Aber auch dann wird das Verbot nicht immer beachtet. In einer amerikanischen Studie, die in zwei Einrichtungen durchgeführt wurde, wo das Rauchen nur draußen erlaubt war, berichteten 51,2% der Raucher auch drinnen zu rauchen. Unter ihnen behaupteten 34,1%, dass das jeden Tag vorkomme (freiwillig genannte Zahlen) (Kauffman, Ferketich et al. 2011). Diese Form von Rauchverbote wird weitgehend in Europa angewandt. Nichtraucherschutz Beschränkungen wurden in Bulgarien, Estland, Finnland, Lettland, Slowenien, Schweden und in den Niederlanden gemeldet (Hartwig, Stöver et al. 2008).

In Polen ist das Rauchen in geschlossenen Räumen nur in Einzelzellen, während Treffen mit Besuchern und auf Gehwegen im Freien erlaubt. Rauchen während der Arbeit ist verboten, dies gilt ebenfalls für Bereiche, in denen Nichtraucher dem Passivrauch ausgesetzt werden könnten (Sieminska, Jassem et al. 2006).

In Frankreich ist laut nationaler Gesetzgebung das Rauchen in Gefängnissen verboten (Loi Evin und dessen Anwendung (French Governement 2007) beziehungsweise ist das Rauchen überall verboten, außer in Zellen, die von volljährigen Häftlingen bewohnt werden, die bei ihrer Inhaftierung angeben Raucher zu sein.

In 79% der europäischen Länder, die an einer Erhebung der Europäischen Union teilgenommen haben, wurden Raucheinschränkungen in allen Gefängnissen umgesetzt (2008). Die Umfrage zeigte eine Vielzahl von rauchfreien Strategien: Gefangene dürfen nur in ihren Zellen rauchen (70% der Befragten); spezielle Raucherzimmer sind selten (14%); Nichtraucher unter den Gefangenen können beantragen in eine "Nichtraucher-Zelle" umzuziehen (60%) (Hartwig, Stöver et al. 2008).

*Tabakkauf durch den Gefangenen – Tabakausgabe durch die Anstalt*

Die kostenlose Verteilung von Tabak in den USA ist in den letzten 20 Jahren rückläufig, was mit der zunehmenden Tabakkontrollpolitik übereinstimmt. Heutzutage gibt es keinen „Sozialtabak“ mehr, auch nicht für bedürftige Insassen (Kauffman, Ferketich et al. 2008). Allerdings ist, so wie auch bei anderen Substanzen, die Kontrolle bzw. die Beschränkung des Zugangs zu Tabak, Teil der rechtlichen Maßnahmen gegen den Substanzgebrauch.

In den USA wurden wöchentliche Erwerbseinschränkungen zusammen mit einem Verbot beschrieben, das die Entgegennahme von Tabak, der von Freunden oder der Familie mitgebracht wird untersagt (Lankenau 2001). Die Art des vorhandenen Tabaks beeinflusst das Rauchverhalten (d. h. ein steigender Preis hat eine abnehmende Nachfrage zur Folge). Der Rückgang des täglichen Tabakkonsums war erheblicher in einem Gefängnis, wo nur Ultra Light-Zigaretten verfügbar waren, als in einer Einrichtung, in der billigere, handgedrehte Zigaretten ohne Filter gekauft werden konnten. Die Konsequenz des Zigarettenpreises kann sich in einer Hafteinrichtung sogar noch mehr auf das Rauchverhalten ausprägen, da aufgrund der niedrigeren Arbeitslöhne im Gefängnis der Zigarettenkauf verhältnismäßig teurer ist (Kauffman, Ferketich et al. 2011).

In Polen wurde die Versorgung mit Zigaretten reduziert (Sieminska, Jassem et al. 2006).

#### 4.1.6.8 Tabakkonsum und Schadensminderung

Bisher hat die Schadensminderung in Bezug auf den Tabakkonsum wenig Aufmerksamkeit erregt, da das Hauptziel die Rauchabstinenz war. Die Schadensminderung wurde als eine öffentliche Gesundheitsstrategie bezeichnet, um Schaden im Zusammenhang mit einem bestimmten Verhalten zu reduzieren oder zu minimieren, ohne Absicht das Verhalten an sich zu unterbinden (Human 2010). Derselbe Autor führt die Begriffsbestimmung der Amerikanischen Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit (American Public Health Association – APHA) an: „*Unter Schadensminderung versteht man Raucher zu unterstützen und zu befähigen ihr Krankheits- oder Todesrisiko im Zusammenhang mit Tabakkonsum zu mindern, indem sie zu weniger schädlichen Tabakprodukten wechseln. Dieser Wechsel kann kurz- oder langfristig, voll- oder unvollständig sein mit der Einsicht, dass jedes Mal wenn ein alternatives Tabakprodukt statt einer Zigarette konsumiert wird, das Krankheits- und Todesrisiko im Zusammenhang mit Tabak verringert wird.*“

Durch den Tabakkonsum wird weltweit am häufigsten Nikotin eingenommen (Royal College of physicians 2007). Eine Schadensminderungsstrategie für Raucher kann denjenigen behilflich sein, die nicht bereit oder nicht im Stande sind das Rauchen aufzugeben. Das Ziel einer solchen Strategie besteht darin, sich den für die Gesundheit schädlichen Auswirkungen der Karzinogene und anderen schädlichen Bestandteilen des Zigarettenrauchs weniger auszusetzen.

Je weniger geraucht wird, desto besser. Strategien können drei Zielsetzungen haben:

*„Die Erste dient lediglich der Aufrechterhaltung des Status Quo, dessen Bemühungen dem durch den Zigarettenkonsum verursachten Schaden vorzugreifen, ganz und gar auf Strategien beruhen, die eine vollständige Abstinenz des Nikotinkonsums erlangen. Die zweite Zielsetzung strebt an Nikotinprodukte, die für den Raucher eine akzeptable Alternative zum gerauchten Tabak darstellen (insbesondere bei Zigaretten), verhältnismäßig jedoch ein wesentlich geringeres Gesundheitsrisiko mit sich tragen, für Erwachsene genauso erhältlich wie Zigaretten zu machen. Die Dritte hat vor diese alternativen Nikotinprodukte für Erwachsene verhältnismäßig erhältlicher als Zigaretten zu machen*." Die letzte Zielsetzung ist mit finanziellen Aspekten verbunden, die für benachteiligte und vom Tabakkonsum äußerst abhängige Menschen wie Gefängnisinsassen eine wichtige Rolle spielen (Royal College of physicians 2007).

Wenn ein Raucher vom Zigarettenkonsum als Nikotinquelle zu anderen Nikotinquellen überwechselt, wie es bei der Schadensminderung in Bezug auf Drogenkonsum meistens der Fall ist, dann wird er weder rauchfrei noch von seiner Nikotinabhängigkeit geheilt. Jedoch ist der mit dem Tabakkonsum verbundene Schaden gemindert.

Eine jüngste Bewertung legt wissenschaftliche und medizinische Veröffentlichungen zur Schadensminderung im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum dar (Rodu, 2011).

Die Internationale Gesellschaft für Schadensminderung (International Harm Reduction Association) nennt einige Beispiele für Interventionen im Bereich Schadensminderung (http://www.ihra.net/tobacco-ham-reduction). Einige dieser Interventionen sind für Gefängniseinrichtungen relevant: Einschränkung des Tabakkonsums, langfristige NRT oder rauchfreier Tabak.

Global führen Raucherentwöhnungsprogramme zu geringerem Tabakkonsum und beinhalten in diesem Sinn eine Dimension der Schadensminderung (MacAskill and Eadie 2002; Harcouet, Balanger et al. 2008; Harcouët, Balanger et al. 2008; MacAskill 2008).

Schadensminderung bezogen auf Tabakkonsum wurde als Teil der öffentlichen Gesundheit dargestellt und sollte ergänzend zur Abstinenz (mit dem Rauchen überhaupt nicht anzufangen), zur Entwöhnung (Rauchstopp) und zur Verringerung der Risiken verbunden mit der Passivrauchbelastung (rauch-

freie öffentliche Räume) die vierte Säule der Prävention bilden. Dies hat für Gesundheitsfachleute konkrete Folgen: Sie sind verpflichtet die Öffentlichkeit über die Risiken im Zusammenhang mit den zahlreich erhältlichen Tabak- und Nikotinprodukten zu informieren, und ihr Hinweise hinsichtlich der Einschränkung und nicht nur der Abstinenz zu geben. Ziel ist als erster Schritt zu einer mehr oder weniger langfristigen Abstinenz Raucher zu beraten, die nicht im Stande oder nicht bereit sind mit dem Rauchen aufzuhören, damit sie zu weniger schädlichen Nikotinprodukten überwechseln. Demzufolge wird Nikotin nicht nur als Hilfsmittel zur Entwöhnung sondern auch als Arzneimittel zur Veränderung des Lebensstils betrachtet (Human 2010).

#### 4.1.6.9 Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Raucherprävalenz in Gefängnissen ist die Exposition gegenüber Passivrauch erheblich. Menschen (Gefangene und Bedienstete) sind daran interessiert, ihre Gewohnheiten zu ändern. Geschlossene Einrichtungen stellen eine Gelegenheit dar, Subgruppen der Bevölkerung, die normalerweise schwer zu erreichen sind, eine Raucherentwöhnung zur Verfügung zu stellen. In der Tat wird die Entwöhnung nur unzureichend unterstützt.

Es besteht keine Einheitlichkeit in Tabakkontrollstrategien. Die USA, Kanada, und Australien neigen zu einer allgemeinen Tendenz der Einführung vollständiger Rauchverbote. Europäische Länder scheinen eher partielle Verbote angenommen zu haben, unter welchen in Einzel- und Gemeinschaftszellen, die Raucher teilen, sowie in ausgewiesenen Räumen und Bereichen das Rauchen erlaubt ist, wohingegen Gemeinschaftsräume (Speisesäle, Sporteinrichtungen und Arbeitsplätze) weitgehend rauchfreie Bereiche sind.

## 4.2 Befragung der 16 Landesjustizministerien zur Praxis und Politik der Tabakprävention in ihren Gefängnissen

Mit dem Forschungsprojekt „Tabakprävention im Gefängnis“ war das Ziel verbunden, möglichst alle Ebenen, die an der Planung, Implementierung und Durchsetzung von Regelungen zum Nichtraucherschutz beteiligt sind, zu untersuchen. Neben der Befragung der Häftlinge und des Personals sowie den medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzten der Haftanstalten Deutschlands beinhaltet das Gesamtprojekt daher auch eine Untersuchung auf der Ebene der einzelnen Landesjustizministerien. Denn schließlich sind

diese für die gesetzliche Verankerung von Nichtraucherschutzregelungen im Strafvollzug zuständig.

### *4.2.1 Strategien zum Nichtraucherschutz in JVAs*

Sechs der elf Bundesländer verstehen die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz als Teil ihrer Strategie, um die Insassen und das Personal in den Gefängnissen vor den Folgen des Rauchens und Passivrauchens zu schützen. Zwei Bundesländer – Hessen und Niedersachsen – haben im Fragebogen diesbezüglich keine konkreten Strategien benannt.

In einzelnen Bundesländern sind, diesen Prozess begleitend, weitere Maßnahmen initiiert worden. So wurde in Mecklenburg-Vorpommern die Weiterbildung im Bereich Nichtraucherschutz, sowie die interne Kontrolle hinsichtlich der Einhaltung der erlassenen Regelungen intensiviert. In Thüringen gab es Empfehlungen seitens der Landesbehörden, die auf die gegenseitige Rücksichtnahme von Rauchern und Nichtrauchern zielten und Brandenburg etablierte Angebote zur Raucherentwöhnung. In dem letztgenannten Bundesland gab es darüber hinaus ministerienübergreifende Gespräche (z.B. mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie), um gemeinsam mit den Anstaltsleitungen Möglichkeiten und Lösungswege für einen optimierten Nichtraucherschutz zu finden.

In Mecklenburg-Vorpommern sind einzelne Ministerien des Landes zudem Mitglied des Aktionsbündnisses „MV-Rauchfrei“ und für Berlin gilt: „*Die Justizvollzugsanstalten und die Sozialen Dienste der Justiz haben sich bereits an dem Projekt ‚Rauchfrei 2000‘ beteiligt, welches gleichermaßen für die Gefangenen als auch für die Bediensteten gedacht war*.“

### *4.2.2 Gesetzliche Grundlagen*

In neun der elf an der Befragung teilnehmenden Bundesländer sind länderspezifische Nichtraucherschutzgesetze erlassen worden, die auch die rechtliche Grundlage für die Regelungen in den JVAs darstellen. Darüber hinaus kommen noch weitere Gesetze, Verordnungen oder Vereinbarungen zum Tragen:

- Gesundheitsschutzgesetz (Bayern)
- Justizvollzugsgesetzbuch (Baden-Württemberg)
- Jugendstrafvollzugsgesetz (Thüringen)

– Untersuchungshaftvollzugsgesetz und Anstaltsleitungen erlassenen Hausordnungen (Thüringen)
– Dienstvereinbarung über das betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung (Berlin)
– Arbeitsgesetz (NRW).

### *4.2.3 Gründe für die Einführung von Nichtraucherschutzregelungen*

Überwiegend werden rechtliche Vorschriften und Gesetze zum Nichtraucherschutz als die wesentlichen Beweggründe für die Einführung der Nichtraucherschutzregelungen genannt. Darüber hinaus sollte auf diesem Wege der Schutz der Nichtraucher, sowie der Gesundheitsschutz der Bediensteten und Gefangenen überhaupt vor den Gefahren des Passivrauchens verbessert werden. Auch die Verbesserung der Sauberkeit und der Raumluft wurden genannt.

In Mecklenburg-Vorpommern sieht man die Einführung gesetzlicher Regelungen als Folge eines Scheiterns von Vereinbarungen, die auf Freiwilligkeit beruhten: „*Ziel des Gesetzes ist ein wirksamer Schutz der Nichtraucher vor den Gefahren des Passivrauchens. Da dieses Ziel durch bisherige Regelungen, insbesondere durch freiwillige Ansätze nicht erreicht werden konnte, ist ein gesetzliches Verbot zum Schutz erforderlich*."

Aus Nordrhein-Westfalen wird zudem von Beschwerden seitens des Personals berichtet: „Von Beschäftigten wurde Klage darüber geführt, verrauchte Hafträume betreten zu müssen, dies wurde auch im Rahmen von Petitionen vorgetragen."

### *4.2.4 Erfahrungen im Zusammenhang mit der Einführung der Regelungen*

Überwiegend wird der Ablauf der Implementierung der Nichtraucherschutzregelungen als positiv bewertet. Zwar gab es beispielsweise in Brandenburg die Befürchtung, „[…] *dass bei der Umsetzung der Schutzbestimmungen massive Probleme auftreten würden. Diese Erwartung hat sich nicht bestätigt. Die Umsetzungsschwierigkeiten hielten sich im Rahmen der bei jeder Neuordnung auftretenden Probleme*."

Auch aus Mecklenburg-Vorpommern wird von einer breiten Akzeptanz der Nichtraucherschutzgesetze und einem gesteigerten Bewusstsein für die Notwendigkeit des Schutzes vor dem Passivrauchen sowohl bei den Bediensteten

wie den Gefangenen berichtet. Zudem wird erwähnt, dass es Aussteigern leichter fällt, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn in der Arbeitsumgebung weniger Tabak konsumiert wird.

Trotz dieser insgesamt positiven Rückmeldungen gab es in einigen Bundesländern durchaus Probleme während der Umsetzung der Maßnahmen. Aus Berlin heißt es: „*Anfänglich gestaltete sich die Umsetzung des Nichtraucherschutzgesetzes als schwierig. Die Notwendigkeit des Gesetzes war nur schwer vermittelbar*." Aus Mecklenburg-Vorpommern wird von vereinzelten Verstößen und entsprechenden Disziplinarmaßnahmen berichtet. In Rheinland-Pfalz betraf dies hauptsächlich die Arbeitsstätten der Gefangenen und in Thüringen werden die Freizeiträume genannt. Probleme während der Einführung der Regelungen wurden auch aus Nordrhein-Westfalen berichtet: „*Schwierigkeiten in der Anfangszeit, die darin bestanden, dass sich Gefangene mit dem Rauchverbot außerhalb des Haftraums nicht abfinden wollten, wurden geahndet bzw. durch Schaffung von weiteren Raucherbereichen aufgefangen.*"

Baden-Württemberg begründet die bei der Einführung der Nichtraucherschutzregelungen aufgetreten Probleme unter anderem mit der hohen Rauchprävalenz der Gefangenen und den baulichen Gegebenheiten. Offensichtlich ist es auch nicht immer möglich, Nichtraucher in Hafträumen mit nichtrauchenden Mithäftlingen unterzubringen (Bayern): „*In einzelnen Fällen ist es aus organisatorischen Gründen unausweichlich, dass nichtrauchende Gefangene in Gemeinschaftshafträumen mit Rauchern zusammen untergebracht werden.*"

### *4.2.5 Verantwortlichkeiten bzgl. der Umsetzung der Nichtraucherschutzbestimmungen*

In sieben Bundesländern obliegt die Umsetzung des Nichtraucherschutzes der Leitung der einzelnen JVAs. In Thüringen werden die Verantwortlichkeiten sogar noch weiter heruntergebrochen: „*Die Überwachung der Einhaltung des Nichtraucherschutzes der Bediensteten obliegt dem jeweiligen Dienstvorgesetzten. Das für die Gefangenen geltende Rauchverbot wird von den mit der Beaufsichtigung und Behandlung beauftragten Bediensteten überwacht*."

In den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Brandenburg erfolgt die Umsetzung der Nichtraucherschutzbestimmungen in Zusammenarbeit vom Justiz-

ministerium und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.

In Thüringen wird die besondere Rolle des Personalrates in Bezug auf den Nichtraucherschutz für die Bediensteten betont: „In den einzelnen Thüringer Justizvollzugseinrichtungen wurden jeweils zwischen den örtlichen Personalvertretungen und der betreffenden Anstaltsleitung Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz der Bediensteten getroffen […].“

### *4.2.6 Konkrete Regelungen zum Nichtraucherschutz in JVAs*

In der Mehrzahl der Bundesländer darf in den Haftanstalten im Freien – manchmal nur in bestimmten Bereichen, welche durch aufgestellte Aschenbecher gekennzeichnet sind – in den Hafträumen der Gefangenen und in besonders gekennzeichneten Raucherräumen geraucht werden.

Darüber hinaus gibt es noch weitere z. T. länderspezifische Regelungen. So werden Raucher und Nichtraucher in der Regel nicht zusammen in einer Zelle untergebracht. „*Bei der Belegung eines Haftraumes mit mehr als einer Person ist das Rauchen in diesem Haftraum nicht zulässig, wenn eine der in diesem Haftraum untergebrachten Personen Nichtraucherin oder Nichtraucher ist*.“ (Nordrhein-Westfalen).

In Baden-Württemberg besteht in allen von den Gefangenen gemeinschaftlich genutzten Räumen ein Rauchverbot. Dieses darf jedoch aufgehoben werden, sofern das Einverständnis aller Gefangenen vorliegt. Hingegen gilt in Thüringen ein generelles „[…] *Rauchverbot in allen gemeinschaftlich genutzten Räumen sowie auf Fluren, Wegen und in Treppenhäusern“* und aus Berlin heißt es: *„Bei der Belegung der Gemeinschaftsräume muss auf die Differenzierung von Nichtrauchern und Rauchern geachtet werden, wobei Nichtraucherschutz stets Vorrang hat*.“

In Baden-Württemberg sind darüber hinaus Rauchkabinen mit spezieller Lüftung eingerichtet worden und in Brandenburg dürfen auch in den Arbeitsbereichen nur in den dafür vorgesehenen Raucherräumen Tabakprodukte konsumiert werden.

### *4.2.7 Evaluation der Maßnahmen*

In acht der elf Bundesländer ist bisher noch nicht untersucht worden, ob die erlassenen Regelungen auch die intendierten Effekte zeigen. In Baden-Württemberg wird eine solche Evaluation zumindest für wünschenswert gehalten.

Hier wird seitens der Aufsichtsbehörden aber überprüft, ob die Umsetzung der Nichtraucherschutzregelungen auch entsprechend den Vorgaben erfolgt.

Aus Mecklenburg-Vorpommern wird darüber berichtet, dass eine Evaluation der Nichtraucherschutzregelungen vorgenommen wurde. Weitere Informationen hierzu finden sich hierzu im Fragebogen jedoch nicht. In Berlin werden im Justizvollzug im Rahmen der Dienstvereinbarung über das betriebliche Gesundheitsmanagement Evaluationen durchgeführt.

Aus Rheinland-Pfalz werden Zweifel an der Wirkung der Nichtraucherschutzbestimmungen geäußert – zumindest in Bezug auf die Gefangenen. Es konnte bisher kein Rückgang der Raucherraten unter den Inhaftierten festgestellt werden. Hingegen sei: „*Bei den Bediensteten […] ein Rückgang bzw. eine Reduktion des Rauchens gefühlt festzustellen.*“

### *4.2.8 Planungen bzgl. zukünftiger Maßnahmen zum Nichtraucherschutz*

Acht der elf Bundesländer sehen zum Zeitpunkt der Befragung keine Notwendigkeit, die bestehenden Regelungen zu überarbeiten oder auszuweiten. Die aktuell gültigen Maßnahmen werden als ausreichend erachtet. In Baden-Württemberg wird laut Fragebogen „*Die Umsetzung des Nichtraucherschutzes […] jedoch ständig einer kritischen Prüfung unterzogen*.“ In Brandenburg wird „*Im zweiten Halbjahr 2011 […] die Behandlungsleitlinie zum Umgang mit suchtgefährdeten und abhängigen Gefangenen neu konzipiert. In diesem Zusammenhang wird auch die Tabakprävention Beachtung finden.*“ Berlin beabsichtigt die Einführung von Kursen zur Unterstützung der Tabakentwöhnung. Entsprechende Rahmenvereinbarungen seien bereits abgeschlossen worden.

### *4.2.9 Zugang zu Tabakprodukten*

*Gefangene*

Die Gefangenen haben auf sehr unterschiedliche Weise Zugang zu Tabakprodukten. So können diese oftmals in den anstaltseigenen Verkaufsstätten erworben werden. Viele Gefangene erhalten ihre Rauchwaren auch durch Angehörige oder Freunde, sei es im Rahmen der regulären Besuche im Gefängnis – in den Besuchsbereichen sind oftmals Zigarettenautomaten aufgestellt – oder in Form von Paketen.

Der Umfang der in den anstaltseigenen Einkaufsstätten gekauften Rauchwaren ist in der Regel nicht beschränkt. Allerdings wird darauf geachtet, dass

die Menge der gekauften Rauchwaren nicht den Eigenbedarf des jeweiligen Häftlings übersteigt. In Hessen können Tabakprodukte nur noch über den Einkauf in der Haftanstalt bezogen werden. Die Abgabemenge ist zudem reglementiert. In Brandenburg wird darauf verwiesen, dass aufgrund des geringen Einkommens der Gefangenen der Umfang des Kaufs von Rauchwaren engen Grenzen unterworfen ist.

*Bedienstete*

Teile des Personals erwerben die Zigaretten bereits außerhalb der Anstalten. Vielen ist es aber auch möglich innerhalb der Haftanstalten – z. B. im Kantinen-, Verwaltungs- oder Besucherbereich – die Rauchwaren zu beziehen. In Rheinland-Pfalz besteht hingegen generell keine Möglichkeit für das Personal, Tabakprodukte innerhalb des Gefängnisses zu kaufen. In Schleswig-Holstein bestehen keine speziell auf die Bediensteten ausgerichteten Regelungen.

*Jugendliche*

Eine Reihe von Bundesländern betonen, dass Tabakprodukte von Jugendlichen unter 18 Jahren weder erworben noch konsumiert werden dürfen. Diese strengen Regelungen führen aber mitunter auch zu Problemen. So wird aus Bayern darüber berichtet, dass nikotinabhängige Jugendliche dann versuchen würden, sich von älteren Mitgefangenen – sei es in Form von Kauf- oder Tauschgeschäften als auch durch Diebstahl – die Rauchwaren zu beschaffen. Eine ähnliche Aussage findet sich auch aus Brandenburg: „Im Jugendstrafvollzug und auch im Jugendarrest können Gefangene, die noch nicht volljährig sind, keine Rauchwaren legal erwerben. Es besteht deshalb eine gewisse Gefahr, in Abhängigkeit von älteren Gefangenen mit subkulturellem Hintergrund zu geraten."

### *4.2.10 Forschungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei der Weiterentwicklung von Tabakprävention in Haftanstalten*

Acht der elf Bundesländer sehen durchaus weiteren Handlungsbedarf hinsichtlich der Tabakprävention in den Gefängnissen. Genannt wird in diesem Zusammenhang z. B. eine bessere Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des (Passiv-)Rauchens.

Des Weiteren sollte mehr Informationsmaterial für Kampagnen gegen den Einstieg in den Tabakkonsum zur Verfügung stehen und eine Aufklärung über Erfolg versprechende Ausstiegsprogramme erfolgen. Ein Bundesland

hält darüber hinaus Materialien für wünschenswert, welche bei der Gestaltung rauchfreier Lebensräume zu Hilfe genommen werden können. In einem weiteren werden kostenfreie Raucherentwöhnungsprogramme für Inhaftierte gefordert und ein Drittes bekundete das ausdrückliche Interesse, den Prozess der Umsetzung von Nichtraucherschutzmaßnahmen wissenschaftlich begleiten zu lassen. Insbesondere ein Ländervergleich sei in diesem Zusammenhang von großem Interesse. Hinsichtlich der Hilfeangebote werden darüber hinaus in einem Bundesland Raucherentwöhnungsprogramme für Jugendliche als besonders wichtig erachtet. Drei Bundesländer sehen derzeit keine Notwendigkeit, die Tabakprävention in den Gefängnissen weiterzuentwickeln bzw. auszubauen.

## 4.3 Befragung der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte der Haftanstalten Deutschlands

Ein Modul der Gesamtstudie beinhaltete eine Kurzbefragung der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte von Justizvollzugsanstalten in Deutschland. Mit dieser Befragung, die in Form eines kurzen schriftlichen Fragebogens durchgeführt wurde, sollten insbesondere die aktuell gültigen Nichtraucherschutzregelungen in den Gefängnissen sowie eine Einschätzung zu deren Befolgung erfasst werden. Darüber hinaus wurden die verfügbaren Hilfeangebote in den Haftanstalten und Planungen für eine Veränderung der bisher jeweils etablierten Regelungen erfragt. Diese genannten Inhalte sind jeweils getrennt für Gefangene und Bedienstete erhoben worden.

### *4.3.1 Jahr der Einführung der Nichtraucherschutzregelung*

Der Zeitpunkt der Einführung von Nichtraucherschutzregelungen variiert zwischen den verschiedenen Haftanstalten erheblich. Bei Betrachtung der Angaben für das Personal zeigt sich, dass vor dem Jahre 2007 etwa jede achte JVA entsprechende Regelungen erließ. In den Jahren 2007 und 2008 erreichte dieser Prozess seinen Höhepunkt. 61,6% gaben an, dass in einem dieser zwei Jahre die Maßnahmen zum Nichtraucherschutz eingeführt wurden. In etwa einem Viertel der Haftanstalten geschah dies in den Jahren 2009 oder 2010. Tabelle 5 macht darüber hinaus deutlich, dass die Regelungen zum Nichtraucherschutz für die Gefangenen und das Personal nahezu zeitgleich implementiert wurden. Die beiden diesbezüglichen Verteilungen wiechen nur gering voneinander ab.

Tab. 5 Jahr der Einführung der Nichtraucherschutzregelungen

| | Personal | | Gefangene | |
|---|---|---|---|---|
| | % | N | % | N |
| 1991–2006 | 12,4% | 9 | 9,8% | 7 |
| 2007 | 21,9% | 16 | 23,6% | 17 |
| 2008 | 39,7% | 29 | 37,5% | 27 |
| 2009 | 12,3% | 9 | 16,7% | 12 |
| 2010 | 13,7% | 10 | 12,5% | 9 |
| Gesamt | | 73 | | 72 |

### *4.3.2 Regelungen zum Nichtraucherschutz*

*Gefangene*

Im Kurzfragebogen sind eine Reihe von möglichen Nichtraucherschutzregelungen für Haftanstalten abgefragt worden. Tabelle 4.2 lässt sich entnehmen, dass in etwas mehr als drei Viertel aller Gefängnisse sich bemüht wird, in Gemeinschaftszellen Nichtraucher bzw. Raucher jeweils getrennt voneinander unterzubringen. Bestimmte rauchfreie Zellen – seien es Einzel- oder Gemeinschaftszellen – werden hingegen nur in vier von zehn JVAs vorgehalten. In etwa jedem zweiten Gefängnis wurden rauchfreie Zonen bzw. Abteilungen eingerichtet. In etwas weniger als jeder dritten Haftanstalt sind für die Tabakkonsumenten Raucherzonen außerhalb der Gefängnisgebäude eingerichtet worden. Zu 25% finden sich solche Raucherzonen auch innerhalb der Gebäude. In ebenfalls einem Viertel aller Gefängnisse besteht ein Rauchverbot in allen geschlossenen Räumen. Ein vollständiges Rauchverbot ist in jeder elften Haftanstalt erlassen worden. In fast einem Viertel der Haftanstalten gelten darüber hinaus noch andere Regelungen. Besonders häufig wird in diesem Zusammenhang genannt, dass die Gefangenen zwar noch innerhalb der Hafträume rauchen dürfen, in anderen Bereichen des Gefängnisses jedoch ein Rauchverbot besteht.

Die Frage, ob in naher Zukunft beabsichtigt ist, die Nichtraucherregelungen für die Gefangenen zu verändern, wird von lediglich zwei Haftanstalten (entspricht 2,5%) bejaht.

*Bedienstete*

Auch die Bediensteten sind von den Regelungen zum Nichtraucherschutz unmittelbar betroffen (siehe Tabelle 6). So ist es fast zwei Dritteln nicht gestattet, innerhalb der Gefängnisgebäude zu rauchen (63,0%). Stattdessen sind in 53% der Haftanstalten außerhalb der Gebäude entsprechenden Raucherzonen eingerichtet worden. Die Möglichkeit innerhalb der Gebäude an bestimmten Orten zu rauchen, gibt es in einem Drittel der JVAs. Zu 28,4% wird davon berichtet, dass explizit rauchfreie Zonen bzw. Abteilungen eingerichtet wurden. Totale Rauchverbote – also sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gefängnisgebäude – bestehen nur in jeder zehnten Haftanstalt.

Auch in Bezug auf das Personal sind in den JVAs in naher Zukunft nur in drei Haftanstalten (entspricht 3,8%) Veränderungen geplant.

Tab. 6 In den JVAs geltende Regelungen zum Schutz von Nichtrauchern

| | Personal | | Gefangene | |
|---|---|---|---|---|
| | % | N | % | N |
| Bestimmte rauchfreie Zonen/Abteilungen | 28,4% | 23 | 51,3% | 41 |
| Einrichtung von Raucherzonen in den Gebäuden | 32,1% | 26 | 25,0% | 20 |
| Einrichtung von Raucherzonen draußen | 53,1% | 43 | 30,0% | 24 |
| Rauchverbot in allen geschlossenen Räumen | 63,0% | 51 | 25,0% | 20 |
| Einrichtung rauchfreier Zellen | – | – | 40,0% | 32 |
| Bemühen, Nichtraucher nicht in Zellen mit Rauchern unterzubringen | – | – | 76,3% | 61 |
| Totales Rauchverbot in der Anstalt (drinnen und draußen) | 9,9% | 8 | 11,3% | 9 |
| Andere Regelungen | 8,6% | 7 | 23,8% | 19 |
| Gesamt | | 81 | | 80 |

### *4.3.3 Die Befolgung der Nichtraucherschutzregelungen und damit in Zusammenhang stehende Probleme*

*Gefangene*

Nach Ansicht der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte werden die Regelungen zum Nichtraucherschutz von den Gefangenen größtenteils eingehalten (56%). 38% berichten sogar von einer nahezu vollständigen Befolgung dieser Regelungen.

Befragt nach der Reaktion der Anstaltsleitung auf Übertretungen der Nichtraucherschutzregelungen geben 81,0% an, dass ein solches Verhalten entsprechend sanktioniert wird. In 14% der Haftanstalten wird hingegen nichts unternommen. In jeder zwanzigsten Haftanstalt äußerten die Befragten ihre Unkenntnis hinsichtlich möglicher Sanktionen. Offensichtlich gab es dort keine konkreten Vereinbarungen, wie auf die Nichtbefolgung der Regelungen zum Nichtraucherschutz reagiert werden soll.

In drei Viertel der Gefängnisse konnten die Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher ohne nennenswerte Schwierigkeiten umgesetzt werden (75,3%). Hingegen kam es in etwas weniger als einem Viertel der Gefängnisse nach Einführung der Regelungen zum Nichtraucherschutz zu Problemen (23,4%; unbekannt: 1,3%). Es wurde in diesem Zusammenhang von Verstößen gegen das Rauchverbot, von Arbeitsverweigerungen, Gereiztheit, geäußertem Unverständnis und Protest und vorgebrachten Beschwerden berichtet.

*Bedienstete*

Inwiefern die Regelungen zum Nichtraucherschutz durch das Personal eingehalten werden, ist im Rahmen dieser Kurzbefragung nicht erhoben worden. Jedoch sollte angegeben werden, ob die Nichtbefolgung dieser Maßnahmen zu Sanktionen gegenüber den Bediensteten führt. Ein Drittel der medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte bejaht solche Konsequenzen (32,5%). Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem Gespräche mit Vorgesetzten, Ermahnungen sowie die Androhung und Einleitung von Disziplinarverfahren. In der Hälfte der Anstalten ist keine konkrete Sanktion bei Verfehlungen gegen die Nichtraucherschutzregelungen vorgesehen und weiteren 17,5% der Antwortenden ist es nicht bekannt, ob ein solches Verhalten zu Konsequenzen führt.

Auch bei dem Personal ist die Einführung der Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher nicht ohne Probleme verlaufen. In etwas weniger als einem Viertel aller Haftanstalten war dies der Fall (23,8%). Berichtet wird in diesem Zusammenhang insbesondere von einer Missachtung der Regelungen und mangelndem Verständnis durch die Bediensteten. Vereinzelt wurden auch Auswirkungen auf die Arbeitsmoral genannt. In nahezu drei Viertel der Gefängnisse konnten die Regelungen jedoch ohne Probleme etabliert werden (73,8%). Zwei Antwortende (2,5%) konnten hierzu keine Angaben machen.

### *4.3.4 Klage über mangelnden Nichtraucherschutz*

Der Fall, dass sich Gefangene oder Bedienstete über einen unzureichenden Nichtraucherschutz beklagen, ist vergleichsweise selten. In Bezug auf die Insassen berichten lediglich 12,7% Antwortenden hiervon. 83,5% verneinen dies und 3,8% können hierzu keine Angaben machen.

Dass sich das Personal über mangelnde Maßnahmen des Nichtraucherschutzes beklagt, kommt offensichtlich nur vereinzelt vor. In nur 6,3% der an der Befragung teilnehmenden Haftanstalten ist dies schon einmal vorgekommen. Identisch ist der Anteil der Antwortenden, die zu dieser Frage keine Angaben machen konnten. Die verbleibenden 87,3% verneinen Klagen des Personals hinsichtlich eines unzureichenden Nichtraucherschutzes.

### *4.3.5 Rauchausstiegshilfen*

*Gefangene*

In sechs von zehn Haftanstalten werden den Häftlingen Hilfen zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum angeboten. Überwiegend handelt es sich hierbei um die Vergabe von Infomaterialien, um Einzelberatung, um Nikotinersatzpräparate sowie medizinisch unterstützte Rauchausstiegshilfen (siehe Tabelle 7). Gruppenangebote werden hingegen nur in jedem zehnten Gefängnis für die Insassen vorgehalten.

In mehr als zwei Drittel aller Haftanstalten, in denen Hilfen zur Beendigung des Rauchens angeboten werden, müssen die Gefangenen zumindest einen Teil der Kosten hierfür tragen (70,6%). Zwei Antwortende (5,9%) konnten hierzu keine gesicherten Antworten geben. In fast jedem vierten Gefängnis (23,5%) sind die für die Gefangenen bereitgestellten Hilfen kostenlos.

*Bedienstete*

Auch dem Personal werden von einer Vielzahl der JVAs Hilfen zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum angeboten. Insgesamt fällt deren Anteil mit 41,3% aber geringer aus, als bei den Gefangenen. In nahezu zwei Drittel der Hilfe anbietenden Gefängnisse werden Informations- und Aufklärungsmaterialien vorgehalten. Eine bedeutende Rolle spielt – anders als bei den Gefangenen – auch die Gruppenberatung bzw. -therapie (42,2%). Hingegen sind Angebote, die eine Einzelberatung, medizinisch unterstützte Rauchausstiegs-Hilfen oder Nikotinersatzpräparate beinhalten, nur sehr selten vorzufinden.

In etwas mehr als der Hälfte der Haftanstalten sind die dort vorgehaltenen Hilfemaßnahmen für die Mitarbeiter kostenlos (55,0%)[3]. In vier von zehn Gefängnissen müssen die Bediensteten hingegen zumindest einen Teil der Kosten selbst tragen.

Tab. 7 In den JVAs angebotene Hilfen zur Unterstützung von Abstinenzversuchen (Mehrfachantwort)

| | Personal | | Gefangene | |
|---|---|---|---|---|
| | % | N | % | N |
| Ausgabe von Informations- und Aufklärungsmaterial | 72,7% | 24 | 63,3% | 31 |
| Einzelberatung/-therapie | 15,2% | 5 | 49,0% | 24 |
| Gruppenberatung/-therapie | 42,4% | 14 | 10,2% | 5 |
| Medizinisch unterstützte Rauchausstiegs-Hilfen | 18,2% | 6 | 53,1% | 26 |
| Nikotinersatzpräparate | 9,1% | 3 | 46,9% | 23 |
| Andere | 21,2% | 7 | 18,4% | 9 |
| Gesamt | | 33 | | 49 |

### *4.3.6 Schätzung der Prävalenz des Rauchens*

Zum Abschluss der Befragung sind medizinischen Abteilungen bzw. Anstaltsärzte gebeten worden zu schätzen, wie hoch der Anteil der Raucher unter den Bediensteten und Gefangenen ist.

*Gefangene*

Im Mittel wird die Prävalenz des Tabakkonsums unter den Gefangenen auf 82% geschätzt. Die zugrunde liegenden Angaben schwanken zwischen 35% und 98%. In Tabelle 8 sind die verschiedenen Nennungen zu Kategorien zusammengeführt worden. Ihr ist zu entnehmen, dass in acht von zehn Haftanstalten eine Schätzung für die Rauchprävalenz vorgenommen wurde, die zwischen siebzig und neunundachtzig Prozent liegt. In weiteren 13,3% wird sogar davon ausgegangen, dass nahezu alle Häftlinge Tabakprodukte konsumieren. Lediglich in 6,7% der JVAs wird der Anteil der Raucher auf unter siebzig Prozent geschätzt.

3 Von den insgesamt 33 JVAs, die Hilfeangebote vorhalten, liegen nur aus 20 Informationen zur Kostenbeteiligung des Personals hierfür vor.

Tab. 8 Schätzung des Anteils der Raucher bei den Gefangenen (kategorisiert)

| | % | N |
|---|---|---|
| bis 69% | 6,7% | 5 |
| 70% bis 79% | 42,7% | 32 |
| 80% bis 89% | 37,3% | 28 |
| 90% bis 100% | 13,3% | 10 |
| Gesamt | 100,0% | 75 |

*Bedienstete*

Die Schätzung der Rauchprävalenz des Personals fällt mit 39% etwa halb so hoch aus, wie bei den Gefangenen (siehe Tabelle 9). Die Angaben schwanken jedoch sehr stark. So beträgt die minimale Schätzung 10% und die maximale 80%. Werden die einzelnen Nennungen zu Kategorien zusammengeführt, so zeigt sich, dass in jeder fünften Haftanstalt eine Prävalenz von bis zu fünfundzwanzig Prozent angenommen wird. Angaben zwischen sechsundzwanzig und vierzig Prozent finden sich zu 44,7% und in etwas mehr als einem Viertel wird eine Prävalenz zwischen einundvierzig und fünfzig Prozent angenommen. Einen darüber hinausgehenden Anteil von Rauchern unter allen Bediensteten ist für jede elfte JVA angegeben worden.

Tab. 9 Schätzung des Anteils der Raucher bei den Bediensteten (kategorisiert)

| | % | N |
|---|---|---|
| bis 25% | 19,7% | 15 |
| 26% bis 40% | 44,7% | 34 |
| 41% bis 50% | 26,3% | 20 |
| 51% und mehr | 9,2% | 7 |
| Gesamt | 100,0% | 76 |

## 4.4 Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Haftanstalten

Insgesamt haben sich 16 Haftanstalten bereit erklärt, die Befragung der Mitarbeiter zu unterstützen. Diese 16 teilnehmenden Haftanstalten verteilen sich auf neun verschiedene Bundesländer. Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass die entsprechenden Anteile jedoch erheblich variieren. Fast jeder vierte der insgesamt 704 ausgefüllten Fragebögen stammt von einem Mitarbeiter einer niedersächsischen JVA. Mit bereits deutlichem Abstand folgen Sachsen und

Berlin. Die Anteile aller anderen Bundesländer bewegen sich jeweils nur im einstelligen Bereich.

Tab. 10 Strukturelle Charakteristika der befragten Mitarbeiter in den Haftanstalten

| | | % | N |
|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | weiblich | 39,4% | 276 |
| | männlich | 60,6% | 424 |
| **Alter** | Bis 39 Jahre | 32,5% | 223 |
| | 40 bis 49 Jahre | 37,3% | 256 |
| | 50 Jahre und mehr | 30,2% | 207 |
| | Mittelwert | 44,0 (SD=9,3) | 688 |
| **Arbeitsbereich** | Allgemeiner Vollzugsdienst | 58,9% | 402 |
| | Fachdienst | 16,1% | 110 |
| | Gesundheit | 4,1% | 28 |
| | Verwaltung | 15,4% | 105 |
| | andere | 5,6% | 38 |
| **Dauer der Tätigkeit in Haftanstalt** | 1–5 Jahre | 24,0% | 155 |
| | 6–10 Jahre | 14,3% | 92 |
| | 11–20 Jahre | 35,0% | 226 |
| | 31 Jahre und länger | 26,7% | 172 |
| **Art der Haftanstalt** | Haftanstalt für männliche Erwachsene | 64,1% | 451 |
| | Haftanstalt für Frauen (inkl. Jugendhaft) | 21,7% | 153 |
| | Haftanstalt für männliche Jugendliche | 9,4% | 66 |
| | andere | 4,8% | 34 |
| **Bundesland** | Baden-Württemberg | 3,3% | 23 |
| | Bayern | 2,7% | 19 |
| | Berlin | 13,1% | 92 |
| | Hessen | 4,4% | 31 |
| | Mecklenburg-Vorpommern | 7,8% | 55 |
| | Niedersachsen | 38,9% | 274 |
| | Nordrhein-Westfalen | 4,5% | 32 |
| | Sachsen | 18,9% | 133 |
| | Thüringen | 6,4% | 45 |

Nahezu zwei Drittel (64,1%) der befragten Mitarbeiter sind in einer Männerhaftanstalt tätig. In einer Haftanstalt für Frauen arbeitet etwas mehr als ein Fünftel. Weitere 9,4% sind für inhaftierte Jugendliche und junge Erwachsene zuständig.

Sechs von zehn Mitarbeitern, sind männlichen Geschlechts. Ein Drittel aller Befragten ist nicht älter als 39 Jahre, 37,3% sind zwischen 40 und 49 Jahren alt und drei von zehn 50 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter liegt bei 44,0 Jahren.

Die Mehrheit des teilnehmenden Personals (58,9%) ist im allgemeinen Vollzugsdienst tätig. Im Fachdienst wie in der Verwaltung ist jeweils etwa jeder Sechste beschäftigt. Dem Bereich Gesundheit rechnen sich 4,1% aller Befragten zu und weitere 5,6% anderen, nicht näher bezeichneten Dienstbereichen.

Im Mittel arbeiten die Befragten seit 14,3 Jahren bereits im Gefängnis. Sowohl die Standardabweichung von SD=10,0 als auch der Blick auf die kategoriale Verteilung der Dienstdauer machen aber deutlich, dass die Dienstzugehörigkeit innerhalb der Stichprobe erheblich variiert. Während 38,3% angeben, bis zu zehn Jahre im Justizvollzug zu arbeiten, liegt der Anteil derer, die elf Jahre oder länger einer solchen Beschäftigung nachgehen bei 61,7%.

### *4.4.1 Passivrauchen*

Raucher gefährden nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die der Personen, welche dem Rauch der konsumierten Tabakprodukte ebenfalls ausgesetzt sind. Die gesundheitsschädigende Wirkung dieses sogenannten Passivrauchens gilt als belegt. Dass die Mitarbeiter in den Haftanstalten diesbezüglich besonders belastet sind, macht Tabelle 11 deutlich. Etwas mehr als zwei Drittel berichten hiervon; Männer mit 72,2% etwas häufiger als die Frauen. Diese Anteile liegen auf ähnlichem Niveau, wenn ausschließlich die Nichtraucher betrachtet werden. Im Vergleich zur gesamtdeutschen Bevölkerung, in der beispielsweise 15,9% der Nichtraucher während ihrer beruflichen Tätigkeit sich mit dem Rauch anderer Tabakkonsumenten konfrontiert sehen (Müller, Kraus et al. 2010), ist das Personal in den Haftanstalten ungleich stärker belastet.

Insgesamt nimmt der Anteil der Mitarbeiter, der dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt ist, mit dem Alter ab. Während beispielsweise acht von zehn der 18 bis 39-Jährigen hiervon berichten, liegt der Anteil in der ältesten Befragtengruppe zwanzig Prozentpunkte darunter. Auch in Bezug auf den

Arbeitsbereich der Befragten Mitarbeiter zeigt sich eine sehr unterschiedliche Passivrauchbelastung. Während drei Viertel des Personals im Vollzugsdienst und zwei Drittel der Fachdienstmitarbeiter hiervon berichten, sind es in der Verwaltung vergleichsweise geringe 26,7%.

Tab. 11 Passivrauchaussetzung, Ort der Passivrauchaussetzung (Mehrfachantwort) und empfundene Belästigung durch Passivrauch

| | Geschlecht | | Alter | | | Arbeitsbereich | | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18–39 | 40–49 | 50–65 | VD | FD | VW | % | N |
| **Passivrauch ausgesetzt** | 72,2% | 61,6% | 79,4% | 64,7% | 59,4% | 77,4% | 66,4% | 26,7% | 67,9% | 704 |
| **Passivrauch in/im …** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | |
| *Zellen* | 86,3% | 74,1% | 87,0% | 79,0% | 78,0% | 92,3% | 58,9% | 60,7% | 81,8% | 478 |
| *Freizeitaktivitäten* | 23,9% | 17,1% | 24,9% | 22,2% | 17,1% | 25,4% | 12,3% | 10,7% | 21,5% | |
| *Büro* | 18,3% | 12,9% | 18,1% | 18,6% | 11,4% | 15,8% | 23,3% | 17,9% | 16,3% | |
| *Pausenraum* | 20,6% | 15,3% | 19,8% | 18,6% | 19,5% | 16,4% | 19,2% | 28,6% | 18,8% | |
| *Essraum* | 3,6% | 1,2% | 2,3% | 4,8% | 1,6% | 2,6% | ,0% | 14,3% | 2,9% | |
| *andere* | 33,0% | 37,6% | 34,5% | 40,7% | 26,0% | 32,8% | 41,1% | 35,7% | 34,9% | |
| **Belästigung durch Passivrauch** | | | | | | | | | | |
| *sehr stark* | 29,3% | 24,5% | 23,5% | 28,9% | 28,2% | 26,4% | 22,2% | 29,0% | 27,6% | 684 |
| *eher stark* | 28,1% | 21,9% | 24,4% | 24,9% | 27,2% | 25,4% | 25,0% | 29,0% | 25,6% | |
| *eher wenig* | 27,6% | 32,1% | 34,1% | 27,3% | 28,7% | 29,7% | 38,0% | 27,0% | 29,2% | |
| *gar nicht* | 15,1% | 21,5% | 18,0% | 18,9% | 15,8% | 18,5% | 14,8% | 15,0% | 17,5% | |

Die Mitarbeiter in den Haftanstalten, welche von einer Passivrauchbelastung berichteten, sind anschließend auch gefragt worden, an welchen Orten dies der Fall sei. 81,8% nannten in diesem Zusammenhang die Zellen der Gefangenen. Etwa ein Fünftel atmet den Rauch von anderen Tabakkonsumenten während der Freizeitaktivitäten bzw. im Pausenraum ein. Für jeden Sechsten trifft dies auch während des Aufenthaltes im Büro zu. Etwa ein Drittel benennt darüber hinaus noch andere Örtlichkeiten. Überwiegend betrifft dies weitere Aufenthaltsorte der Inhaftierten (TV-Raum; Flure, Hof).

Wird der Ort der Passivrauchaufnahme nach dem Geschlecht unterschieden, so sind die entsprechenden Anteile bei den Frauen zwar meistens geringer als bei den männlichen Mitarbeitern. Dennoch werden auch hier vor allem die

Gefangenenzellen genannt. Letzteres gilt auch hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen. Die 18 bis 39-Jährigen berichten mit einem Anteil von 87,0% jedoch etwas häufiger von der Passivrauchaufnahme in den Zellen, als die beiden anderen Altersgruppen. Nahezu alle Mitarbeiter des Vollzugsdienstes – mehr als neun von zehn – sind in den Zellen der Inhaftierten dem Passivrauch ausgesetzt. In der Verwaltung sowie bei den Fachdienstmitarbeitern sind jeweils sechs von zehn davon betroffen. Bzgl. der letztgenannten Gruppe liegt der Anteil „verqualmter" Büros mit 23,2% etwas höher als in den übrigen Arbeitsbereichen. Hingegen berichtet mehr als ein Viertel des Verwaltungspersonals von verrauchten Pausenräumen.

Die Intensität der empfundenen Belastung durch den Passivrauch variiert zwischen den Befragten erheblich. Mehr als ein Viertel gibt an, dass es sich dadurch stark belästigt fühlt. Ein weiteres Viertel benennt eine ‚eher starke" Belästigung. 29,2% empfinden den Passivrauch nur in geringem Maße als belastend und 17,5% haben damit überhaupt keine Probleme. Bemerkenswert ist, dass die männlichen Mitarbeiter zu 57,4% eine Belästigung durch den Passivrauch bejahen, die Frauen jedoch nur zu vergleichsweise geringen 46,4%. Mit Blick auf die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass der Grad der empfundenen Belastung durch das Passivrauchen mit dem Alter ansteigt. 47,9% der 18 bis 39-Jährigen, 53,8% der 40 bis 49-Jährigen und 55,4% der über 49-Jährigen berichten von einer als stark empfundenen Belästigung durch den Passivrauch. Gleichwohl mehr als drei Viertel der Mitarbeiter im Vollzugsdienst dem Passivrauch ausgesetzt sind, gibt nur etwa die Hälfte von ihnen an, sich daran stark zu stören. Bezüglich der Mitarbeiter in der Verwaltung zeigt sich ein hierzu konträres Bild. Der vergleichsweise geringen Passivrauchaussetzung steht der von allen Berufsgruppen höchste Anteil der empfundenen Belästigung durch das Rauchen Dritter gegenüber.

### *4.4.2 Rauchverbote*

Rauchverbote gelten neben der Beschränkung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten sowie ihrer Verteuerung zu den effektivsten Maßnahmen der Verhältnisprävention. Dies gilt sowohl für die Raucher selbst als auch im Besonderen für diejenigen, die dem Passivrauch ausgesetzt sind. Die vor einigen Jahren erlassenen Rauchverbote in Restaurants und Kneipen wurden dann auch in erster Linie mit dem Schutz des dort tätigen Personals vor den Schäden des Passivrauchens begründet.

In den Haftanstalten ist der Schutz der Bediensteten hingegen nicht so einfach zu gewährleisten. Das Rauchen ist unter den Gefangenen eher die Regel denn die Ausnahme. Da das Gefängnispersonal sich häufig in den Zellen aufhält – qua Tätigkeitsprofil aufhalten muss – ist es somit ständig dem Passivrauch ausgesetzt. Andererseits wäre ein Rauchverbot in den Zellen rechtlich problematisch, da es in gewisser Weise einen Eingriff in den Privatbereich des Gefangenen darstellt.

In Abbildung 1 sind eine Reihe von verschiedenen Szenarien der Umsetzung eines Rauchverbotes hinsichtlich ihrer Zustimmung durch die Mitarbeiter dargestellt. Zunächst einmal wird deutlich, dass bis auf wenige Ausnahmen das Personal nichtrauchenden Häftlingen das Recht auf eine rauchfreie Zelle zugesteht. Eine deutliche Mehrheit (70,3%) befürwortet des Weiteren auch ein Rauchverbot innerhalb der Haftanstalten, soweit hiervon nicht die Zellen der Gefangenen betroffen sind. Deutlich anderes stellt sich die Verteilung dar, wenn Szenarien betrachtet werden, die ein Rauchverbot innerhalb der Gefangenenzellen beinhalten. So stimmen nur etwas mehr als ein Drittel der befragten Mitarbeiter einem vollständigen Verbot des Konsums von Tabakprodukten innerhalb der Gefängnisgebäude zu. Nochmals deutlich geringer ist die Zustimmung für ein generelles Rauchverbot in den Haftanstalten (19,2%). In Anbetracht der Tatsache, dass, wie oben dargelegt, sich mehr als die Hälfte der Belegschaft durch den Passivrauch stark belästigt fühlt, ist die geringe Rate der Befürwortung eines umfassenden Rauchverbots schon überraschend.

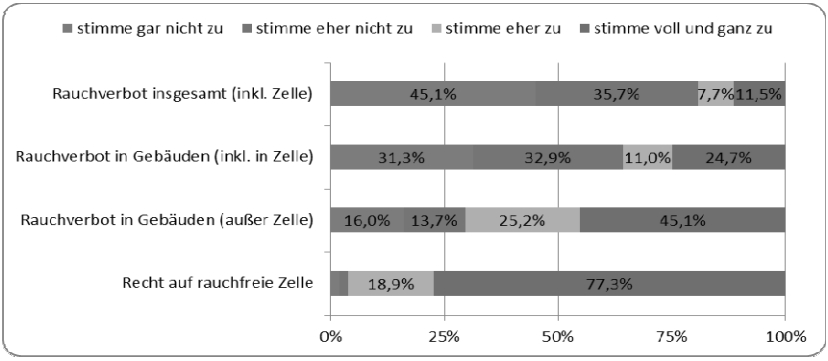


Abb. 1 Zustimmung zu verschiedenen Rauchverbotsszenarien im Gefängnis

Zielten die bisherigen Fragen auf die Zustimmung zu hypothetischen – d. h. bisher meist noch nicht realisierten Rauchverbotsmaßnahmen – so sind in den meisten Haftanstalten jedoch bereits eine Reihe von Maßnahmen zum Schutz vor dem Passivrauch umgesetzt worden (siehe Befragung der med. Personals). Diese beinhalten unter anderem Rauchverbote in bestimmten Bereichen der Haftanstalt. Die Mitarbeiter sind in Zusammenhang mit diesen Rauchverboten gefragt worden, welche Bedeutung sie persönlich deren Durchsetzung beimessen (siehe Abbildung 2). Mehr als vier von zehn geben an, dass sie dies als sehr bedeutsam empfinden. Ein weiteres Drittel als sehr bedeutsam. Etwa ein Fünftel des Personals steht solchen Maßnahmen hingegen eher ablehnend gegenüber.

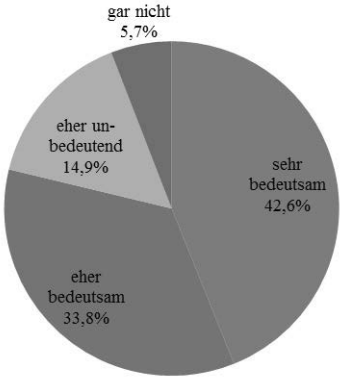


Abb. 2
Einschätzung der Mitarbeiter zur persönlichen Bedeutsamkeit der Rauchverbote in den Haftanstalten

Darüber hinaus sind die Bediensteten in den Haftanstalten gebeten worden anzugeben, inwieweit sich das Personal insgesamt an die Regelung hält (siehe Abbildung 3). Im Ergebnis stimmten mehr als drei Viertel der Aussage zu, dass das Personal den entsprechenden Anweisungen nachkommt. Von den Häftlingen scheinen die Rauchverbote hingegen – zumindest nach Auffassung des Personals – weniger befolgt zu werden. Lediglich 39,5% der Bediensteten stimmen der Aussage zu, dass die Insassen sich an die Rauchverbotsregelungen halten.

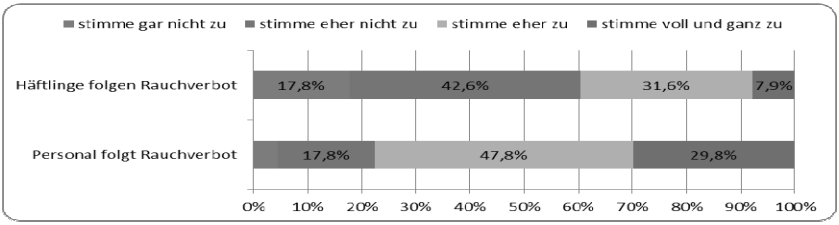


Abb. 3 Einschätzung der Mitarbeiter bzgl. der Befolgung der Rauchverbote durch das Personal und die Gefangenen

Diese zuletzt beschriebene Verteilung deckt sich mit den Antworten auf die Frage, wie häufig die Gefangenen die bestehenden Rauchverbote denn missachten würden (siehe Abbildung 4). Gerade einmal 3,8% der Mitarbeiter meinen, dass dies niemals der Fall sei. Die Hälfte der befragten Mitarbeiter gibt an, dass solche Übertretungen manchmal auftreten würden. Und weitere 45,1% berichten davon, dass den Rauchverboten häufig bzw. sehr häufig nicht Folge geleistet wird.

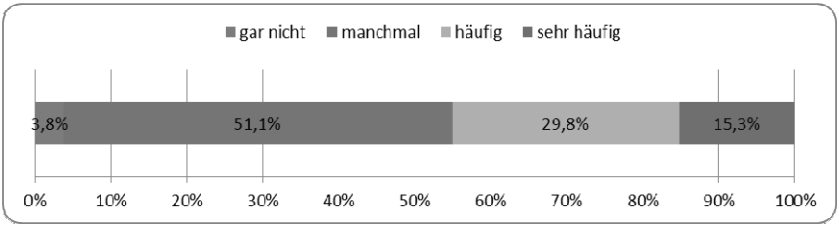


Abb. 4 Übertretungen des Rauchverbotes durch die Gefangenen

Die Reaktionen auf diese Übertretungen sind offensichtlich sehr unterschiedlich. Etwas weniger als ein Fünftel der Mitarbeiter antwortete, gar nicht oder nur in wenigen Ausnahmefällen dagegen vorzugehen (siehe Abbildung 5). Von einem Einschreiten in elf bis fünfzig Prozent aller Fälle berichten etwa etwa eben so viele und etwas mehr als ein Viertel der Mitarbeiter gibt an, dass sie zwischen 51% und 90% aller wahrgenommenen Verstöße sanktionieren. Etwas mehr als ein Drittel duldet generell keine Ausnahmen von den bestehenden Rauchverboten.

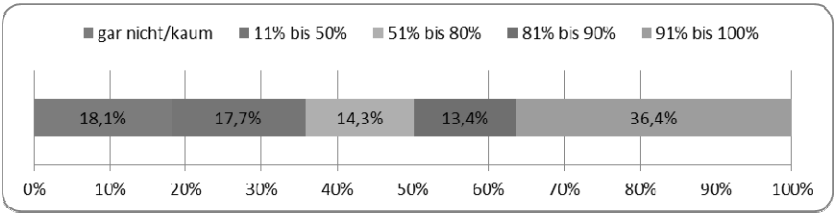


Abb. 5 Häufigkeit der Reaktion der Mitarbeiter auf Übertretungen des Rauchverbots durch die Gefangenen

### *4.4.3 Rauchverhalten*

Von allen Mitarbeitern der an dem Projekt teilnehmenden Haftanstalten geben 28,0% an, dass sie aktuell rauchen (siehe Tabelle 12). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der Anteil unter den weiblichen Bediensteten mit 31,2% höher liegt, als bei den Männern. Der Anteile der aktuellen Raucher unter den Bediensteten liegt somit in etwa auf dem Niveau der gesamtdeutschen Bevölkerung (Pabst, Piontek et al. 2010: 29,2%). Allerdings ist dort die Rauchprävalenz der Frauen mit 25,5% deutlich geringer als bei dem weiblichen Gefängnispersonal. Bei den männlichen Mitarbeitern verhält es sich hingegen genau umgekehrt (gesamtdeutsch: 32,8%; Personal: 25,5%).

*Lesebeispiel*: 13,4% des Personals reagieren zu 81% bis 90% auf Übertretungen. Mit anderen Worten: von 10 Übertretungen werden durch diese Mitarbeitergruppe 8–9 entsprechend sanktioniert.

Auch in Bezug auf die Altersgruppen zeigen sich Unterschiede im Rauchverhalten der Bediensteten. Die Prävalenz des Rauchens nimmt mit zunehmendem Alter ab. Während ein Drittel der 18 bis 39-Jährigen Tabakprodukte konsumiert, sind es bei den 40 bis 49-Jährigen 27,5%. Nochmals etwas geringer ist das Rauchen aktuell bei den über 50-Jährigen verbreitet. Bei Betrachtung der Arbeitsbereiche zeigt sich zwischen den Mitarbeitern im Vollzugsdienst und denen im Fachdienst nur eine geringe Differenz in der Rauchprävalenz. In der Verwaltung wird hingegen deutlich weniger geraucht. Nicht einmal jeder Fünfte berichtet hiervon.

Wird der Blick auf die Lifetimeprävalenz gerichtet, so geben jeweils etwa siebzig Prozent der männlichen wie weiblichen Bediensteten an, im Laufe Ihres

Lebens schon einmal geraucht zu haben. In Bezug auf die Remission zeigen sich jedoch recht deutliche Unterschiede. 43,7% der Männer haben den früheren Tabakkonsum mittlerweile eingestellt. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil 36,8%.[4] Ähnlich dem aktuellen Konsum, haben auch hinsichtlich der Lifetimeprävalenz die Mitarbeiter im Vollzugsdienst die höchsten Anteile (71,8%). Bei den Fachdiensten berichten genau zwei Drittel von Erfahrungen mit dem Rauchen und in der Verwaltung sind es sechs von zehn Befragten.

Die aktuellen Raucher konsumieren zu einem weit überwiegenden Teil täglich ihre Tabakprodukte. Die Anteile der gelegentlichen Raucher schwanken innerhalb der in Tabelle 12 einbezogenen Variablen zwischen einem und vier Prozent.

*Die nachfolgenden Ausführungen dieses Berichtsteils zu den Bediensteten beinhalten nur noch die Angaben der aktuellen Raucher.* Bis auf wenige Ausnahmen rauchen die Bediensteten Fertigzigaretten. Frauen mit einem Anteil von 91,7% bemerkenswert häufiger als das männliche Personal. Letztere greifen hingegen öfter zu losem Tabak (32,7%; Frauen: 22,6%) und zu anderen Tabakprodukten – vor allem Zigarren – (12,1%; Frauen: 3,6). Wird der Fokus auf die Altersgruppen gerichtet, so zeigt sich, dass der lose Tabak insbesondere von den 40 bis 49-Jährigen häufig konsumiert wird. Nahezu jeder Vierte berichtet hiervon. Bei den über 49-Jährigen spielt dieses Produkt hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Bezüglich der Fertigzigaretten finden sich keine nennenswerten altersbezogenen Unterschiede. Gleiches gilt, wenn nach den Arbeitsbereichen differenziert wird. Jeweils mehr als acht von zehn Mitarbeitern geben unabhängig von ihrem Tätigkeitsfeld an, industriell gefertigte Zigaretten zu konsumieren. Von dem Gebrauch selbst gedrehter Zigaretten berichten 32,1% der Mitarbeiter im Vollzugsdienst und 28,4% des Personals in der Verwaltung. Bei den Bediensteten im Fachdienst ist es etwa jeder Fünfte.

Im Mittel rauchen die Bediensteten 15,9 Zigaretten pro Tag – also etwas weniger als eine Schachtel Fertigzigaretten mit einem Inhalt von 19 Stück. Während die Männer einen durchschnittlichen Konsum von 16,4 Zigaretten angeben, sind es bei den Frauen 13,9 Zigaretten. Auch hinsichtlich der Altersgruppen finden sich Unterschiede in der Menge der konsumierten Zigaretten. Die jüngste Altersgruppe zeigt mit durchschnittlich 13,8 gerauchten

4 Da ältere Menschen aufgrund ihres längeren Lebens eine größere Wahrscheinlichkeit besitzen, jemals geraucht zu haben bzw. jemals mit dem Rauchen wieder aufgehört zu haben, werden die Ergebnisse der Lifetimeprävalenz und der Remission für die Altersgruppen nicht näher beschrieben.

Zigaretten pro Tag ein weniger intensives Rauchverhalten als die beiden Gruppen der älteren Bediensteten. Werden die aktuellen Raucher nach ihrem Arbeitsbereich unterschieden, so finden sich nur geringe Differenzen im täglichen Zigarettenkonsum.

Tab. 12 Prävalenz des Rauchens und Art und Anzahl der konsumierten Tabakprodukte

| | Geschlecht | | Alter | | | Arbeitsbereich | | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18-39 | 40-49 | 50-65 | VD | FD | VW | % | N |
| **Anteil Raucher** | 25,5% | 31,2% | 32,3% | 27,5% | 24,2% | 28,6% | 26,4% | 19,0% | 28,0% | 704 |
| **Rauchen letzte 30 Tage** | | | | | | | | | | |
| *Ja, (fast) jeden Tag* | 23,5% | 28,9% | 31,9% | 25,2% | 20,5% | 26,4% | 22,9% | 19,2% | 25,8% | 682 |
| *Ja, gelegentlich* | 2,7% | 3,4% | 1,9% | 3,2% | 3,9% | 3,1% | 3,7% | 1,0% | 3,1% | |
| *Nein, ich habe aber früher einmal geraucht* | 43,7% | 36,8% | 29,1% | 40,8% | 53,7% | 42,3% | 40,4% | 39,4% | 40,9% | |
| *Nein, ich habe noch nie geraucht* | 30,1% | 30,8% | 37,1% | 30,8% | 22,0% | 28,2% | 33,0% | 40,4% | 30,2% | |
| **konsumierte Tabakprodukte** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | |
| *Fertigzigaretten* | 81,3% | 91,7% | 84,7% | 84,3% | 89,6% | 87,7% | 82,1% | 84,2% | 86,1% | 194 |
| *selbstgedrehte/ selbstgefertigte Zigaretten* | 32,7% | 22,6% | 29,2% | 38,6% | 14,6% | 25,4% | 32,1% | 21,1% | 28,4% | |
| *andere* | 12,1% | 3,6% | 4,2% | 11,4% | 12,5% | 8,8% | 7,1% | 10,5% | 9,8% | |
| **Anzahl Zigaretten pro Tag** | 16,4 (8,0) | 13,9 (8,2) | 13,8 6,6) | 17,6 (15,3) | 16,2 9,5) | 15,1 (6,9) | 16,9 (12,9) | 16,5 (9,6) | 15,9 (11,2) | 185 |

VD=Vollzugsdienst; FD=Fachdienst; VW=Verwaltung

Neben der Anzahl der Zigaretten ist insbesondere die Zeitdauer bis zum ersten Anzünden einer Zigarette nach dem Aufstehen ein aussagekräftiger Indikator für eine bestehende Nikotinabhängigkeit. Tabelle 13 zeigt, dass bezogen auf die Gesamtgruppe ein Drittel der aktuellen Raucher innerhalb der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen sich eine Zigarette anzündet. Ein weiteres Drittel tut dies innerhalb von 30 bis 60 Minuten. Größere nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind diesbezüglich nicht zu erkennen. Gleiches gilt in Bezug auf die Altersgruppen. Anders stellt sich

die Situation bei Betrachtung der Arbeitsbereiche dar[5]. Berichten die Mitarbeiter im Vollzugsdienst zu 28,1% von einem morgendlichen Rauchen innerhalb der ersten 30 Minuten nach dem Erwachen, so liegt dieser Anteil bei den Kollegen im Fachdienst sechzehn Prozentpunkte darüber.

Die Mitarbeiter der Haftanstalten sind auch gefragt worden, inwieweit der Konsum von Tabakprodukten ihrer eigenen Gesundheit geschadet hat. Psychische Beschwerden (inkl. Unruhe oder Nervosität), welche von den Betroffenen dem Tabakkonsum zugeschrieben werden, sind nur zu geringen Anteilen benannt worden; von Männern und von Mitarbeitern des Vollzugsdienstes etwas häufiger als von Frauen respektive den Mitarbeitern anderer Arbeitsbereiche. Körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens werden von etwa jedem Zehnten der rauchenden Belegschaft bejaht. Die weiblichen Mitarbeiter berichten hiervon häufiger (15,5%) als die Männer (10,9%). Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Altersgruppen. Hat unter den 18 bis 49-Jährigen etwa jeder Zehnte körperliche Beschwerden, die auf das Rauchen zurückgeführt werden, so ist dies in der Altersgruppe der 50 bis 65-Jährigen bereits jeder Fünfte. Unterschiede in den Anteilen der körperlichen Beschwerden zeigen sich auch bei Betrachtung der Arbeitsbereiche. Berichten die Mitarbeiter in der Verwaltung hiervon nur zu vergleichsweise geringen 5,6%, so betragen die entsprechenden Anteile im Vollzugsdienst 14,9% und im Fachdienst 16,0%.

Aus der Suchtforschung ist bekannt, dass ein intensiver Tabakkonsum häufig Folge eines dauerhaft erhöhten Stresspegels ist. Unumstritten ist zudem, dass die Arbeit innerhalb eines Gefängnisses eine hohe mentale Belastung darstellt. So überrascht es nicht, dass fast ein Drittel der aktuell rauchenden Belegschaft angibt, aufgrund der beruflichen Tätigkeit mehr zu rauchen. Männer benennen dies mit 36,1% bemerkenswert häufiger, als die weiblichen Mitarbeiter (25,0%). Auch zwischen den Altersgruppen variiert der Anteil derer, die einen positiven Zusammenhang zwischen dem Rauchen und der eigenen beruflichen Situation sehen, deutlich. Am häufigsten wird dies von der mittleren Altersgruppe bejaht (38,3%). In der jüngsten Altersgruppe sind es bereits weniger als ein Drittel. Bei den älteren Mitarbeitern sehen hingegen

5 Die Verteilung der Raucher aus der Verwaltung ist zu dieser und den folgenden Variablen nicht mehr abgetragen worden, da bei einer Gesamtzahl von N=19 belastbare Aussagen nicht mehr möglich sind.

nur vergleichsweise geringe 25,0% eine Verbindung zwischen dem ausgeübten Beruf und der Zunahme des eigenen Rauchens.

Etwa ein Zehntel aller rauchenden Mitarbeiter gibt an, aufgrund der eigenen Tätigkeit im Gefängnis das Rauchen reduziert zu haben. Frauen mit 14,5% etwas häufiger als die Männer und die jüngeren Mitarbeiter mit 13,6% zu höheren Anteilen als die älteste Befragtengruppe (8,3%). Unterschiede finden sich auch, wenn nach dem Arbeitsbereich unterschieden wird. Während die Mitarbeiter des Vollzugsdienstes zu 10,8% von einer Verminderung des Rauchens aufgrund der eigenen Tätigkeit berichten, beträgt dieser Anteil für die Kollegen des Fachdienstes 14,8%.

Die neu eingeführten Nichtraucherschutzregelungen haben in den wenigen Jahren seit ihrer Einführung (in der Regel zwischen 2007–2009) schon Wirkung gezeigt. Dies wird aus den Angaben in den letzten Zeilen der Tabelle 13 deutlich. Abgebildet sind hier die Antworten auf die Frage, welche Bedeutung die in den Haftanstalten erlassenen Regelungen auf das eigene Rauchverhalten des Befragten hat. Genau ein Drittel aller aktuellen Raucher gibt an, dass es aufgrund der Regelungen insgesamt weniger rauchen würde. 28,0% haben zumindest am Arbeitsplatz das Rauchen reduziert oder sogar ganz eingestellt. Von keiner Änderung berichten 39,0%. Wird die Bedeutung der Rauchverbote getrennt für Männer und Frauen betrachtet, so zeigen sich keine nennenswerte Unterschiede. Hingegen finden sich zwischen den Altersgruppen durchaus relevante Differenzen im Antwortverhalten. Geben 29,7% der 18 bis 39-Jährigen an, insgesamt weniger zu rauchen, so sind es bei den 40 bis 49-Jährigen bereits 33,8% und 36,7% in der ältesten Befragtengruppe. In der letztgenannten Gruppe geben berichten zudem weitere 32,7%, aufgrund der erlassenen Regelungen zumindest am Arbeitsplatz weniger zu rauchen. In den beiden anderen Altersgruppen liegt dieser Anteil etwa sechs Prozentpunkte darunter. Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass die Maßnahmen zum Nichtraucherschutz mit zunehmendem Alter der Mitarbeiter an Bedeutung für deren Rauchverhalten gewinnen. Deren Relevanz unterscheidet sich auch zwischen den Arbeitsbereichen. Während 44,0% der Mitarbeiter des Fachdienstes aufgrund der Regelungen insgesamt weniger rauchen, beträgt dieser Anteil bei deren Kollegen vom Allgemeinen Vollzugsdienst vergleichsweise geringe 29,7%. Allerdings berichtet ein Drittel dieses letztgenannten Personenkreises davon, zumindest am Arbeitsplatz das Rauchen eingeschränkt zu haben. Bei den Mitarbeitern des Fachdienstes ist dieser Anteil mit 12,0% erheblich geringer.

Tab. 13 Tabelle 4.9: Gesundheitliche Beschwerden aufgrund des Rauchens, Bedeutung der Arbeit und der Nichtraucherschutzregelungen für das Rauchverhalten

| | Geschlecht | | Alter | | | Arbeitsbereich | | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18–39 | 40–49 | 50–65 | VD | FD | VW* | % | N |
| **psych. Beschwerden wegen des Rauchens** | 5,2% | 0% | 3,3% | 4,7% | 2,3% | 5,1% | 0,0% | 0,0% | 3,1% | 172 |
| **Körperliche Beschwerden wegen des Rauchens** | 10,9% | 15,5% | 11,2% | 9,3% | 20,4% | 14,9% | 16,0% | 5,6% | 11,5% | 155 |
| **Wann erste Zigarette** | | | | | | | | | | |
| *innerhalb von 5 Minuten* | 4,8% | 7,4% | 5,6% | 0,0% | 12,8% | 4,5% | 7,4% | | 5,9% | 186 |
| *innerhalb von 6 bis 30 Minuten* | 29,8% | 23,5% | 25,4% | 33,8% | 19,1% | 23,6% | 37,0% | | 27,4% | |
| *innerhalb von 30 bis 60 Minuten* | 31,7% | 33,3% | 35,2% | 29,2% | 34,0% | 36,4% | 25,9% | | 32,3% | |
| *Es dauert länger als 60 Minuten* | 33,7% | 35,8% | 33,8% | 36,9% | 34,0% | 35,5% | 29,6% | | 34,4% | |
| **Bedeutung der Arbeit für Rauchverhalten** | | | | | | | | | | |
| *Ja, ich rauche aufgrund meiner Tätigkeit mehr* | 36,4% | 25,0% | 31,8% | 38,3% | 25,0% | 34,0% | 18,5% | | 31,5% | 178 |
| *Ja, ich rauche aufgrund meiner Tätigkeit weniger.* | 8,1% | 14,5% | 13,6% | 10,0% | 8,3% | 10,4% | 14,8% | | 10,7% | |
| *Nein, es gibt keinen Zusammenhang.* | 55,6% | 60,5% | 54,5% | 51,7% | 66,7% | 55,7% | 66,7% | | 57,9% | |
| **Bedeutung des Rauchverbots für eigenes Rauchverhalten** | | | | | | | | | | |
| *Rauche weniger* | 34,3% | 32,5% | 29,7% | 33,8% | 36,7% | 29,9% | 44,0% | | 33,0% | 182 |
| *Rauche am Arbeitsplatz weniger/gar nicht mehr* | 27,5% | 29,9% | 26,6% | 26,2% | 32,7% | 33,6% | 12,0% | | 28,0% | |
| *Keine Änderung* | 38,2% | 37,7% | 43,8% | 40,0% | 30,6% | 36,4% | 44,0% | | 39,0% | |

VD=Vollzugsdienst; FD=Fachdienst; VW=Verwaltung

*) Für die drei zuletzt in dieser Tabelle aufgeführten Variablen sind die Ergebnisse für den Arbeitsbereich Verwaltung aufgrund der geringen Fallzahl in den einzelnen Antwortkategorien nicht dargestellt worden.

### *4.4.4 Reduktion des Tabakkonsums*

Etwas weniger als ein Drittel der aktuell rauchenden Mitarbeiter in den Haftanstalten hat in den zurückliegenden zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal (erfolglos) versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (siehe Tabelle 14); Männer mit einem Anteil von 30,2% zu etwas höheren Anteilen als die weiblichen Mitarbeiter (28,6%). Deutlichere Unterschiede zeigen sich bei Betrachtung der Altersgruppen. Während etwas mehr als ein Viertel der 40 bis 65-Jährigen von einem Abstinenzversuch berichtet, ist es in der jüngsten Gruppe mehr als jeder Dritte. Auch in Bezug auf die Arbeitsbereiche divergieren die Anteile. Während im Vollzugsdienst und in der Verwaltung jeweils mehr als ein Viertel der Befragten einen Rauchstoppversuch unternahm, beträgt der entsprechende Anteil unter den Mitarbeitern des Fachdienstes lediglich 17,9%.

Tab. 14 Tabelle 4.10: Frühere und zukünftite Rauchstoppversuche und die Einschätzung der Erfolgsaussichten eines Rauchstoppversuchs

| | Geschlecht | | Alter | | | Arbeitsbereich | | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18–39 | 40–49 | 50–65 | VD | FD | VW* | % | N |
| **Rauchstoppversuch in letzten 12 Monaten** | 30,2% | 28,6% | 35,7% | 27,5% | 26,0% | 28,9% | 17,9% | 26,3% | 30,6% | 193 |
| **Rauchstoppversuch die nächsten 6 Monate** | 34,9% | 25,0% | 33,8% | 33,0% | 23,0% | 27,2% | 29,6% | 31,6% | 30,1% | 189 |
| **Erfolg eines Rauchstoppversuches ist …** | | | | | | | | | | |
| *völlig sicher* | 10,1% | 10,1% | 11,5% | 7,7% | 11,6% | 10,1% | 13,6% | | 11,3% | 160 |
| *relativ sicher* | 32,6% | 24,6% | 24,6% | 36,5% | 27,9% | 28,3% | 31,8% | | 28,8% | |
| *unsicher* | 57,3% | 65,2% | 63,9% | 55,8% | 60,5% | 61,6% | 54,5% | | 60,0% | |

VD=Vollzugsdienst; FD=Fachdienst; VW=Verwaltung
*) Für die zuletzt in dieser Tabelle aufgeführten Variable sind die Ergebnisse für den Arbeitsbereich Verwaltung aufgrund der geringen Fallzahl in den einzelnen Antwortkategorien nicht dargestellt worden.

Diejenigen, die einen Rauchstoppversuch im letzten Jahr vor der Befragung bestätigten, sind darüber hinaus gefragt worden, mit welchen Mitteln sie versucht haben, diesen Prozess zu unterstützen (siehe Abbildung 6). Etwa die Hälfte dieses Personenkreises hat keine begleitenden Maßnahmen ergriffen. Bei den Frauen war dies mit 62,5% bemerkenswert häufiger der Fall, als bei den Männern (48,4%). 29,3% haben versucht, sich durch Sport abzulenken. Hier sind die anteilsbezogenen Nennungen der Männer mit 38,7% nahezu doppelt so hoch wie die der Frauen. Nikotinhaltige Ersatzprodukte (z.B. Nikotinpflaster) werden von 17,2% genannt und die Inanspruchnahme einer therapeutischen Beratung von 5,2%. Ach hier liegen die Angaben der männlichen Betroffenen jeweils über denen der Frauen.[6]

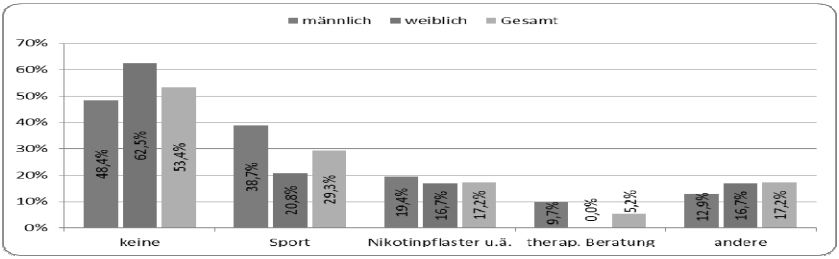


Abb. 6 Art der Unterstützung bei dem Versuch, das Rauchen innerhalb der zurückliegenden 12 Monate zu beenden (Mehrfachnennung möglich)

In den kommenden sechs Monaten nach der Befragung wollen insgesamt drei von zehn Befragten den Versuch unternehmen, das Rauchen einzustellen (siehe wiederum Tabelle 14). Der Anteil der Männer liegt mit 34,9% zehn Prozentpunkte über dem der Frauen. Auch die 18 bis 49-Jährigen zeigen diesbezüglich eine höhere Motivation als die Mitarbeiter in der ältesten Befragtengruppe. Hingegen sind die Differenzen im Antworthalten mit Blick auf die verschiedenen Arbeitsbereiche gering.

Unabhängig von dem konkreten Vorhaben eines Abstinenzversuches sind alle aktuell rauchenden Mitarbeiter gefragt worden, wie sicher sie sind, dass ein zukünftig beabsichtigter Abstinenzversuch auch erfolgreich sein würde. Genau sechs von zehn schätzen ihre eigenen Chancen als unsicher ein, etwa

6 Aufgrund der geringen Fallzahl in einzelnen Alters- bzw. Arbeitsbereichsgruppen ist auf die Darstellung und Beschreibung der unterstützenden Maßnahmen für diese beiden Variablen verzichtet worden.

28,8% als relativ sicher und nur etwas mehr als jeder Zehnte ist sich seiner Sache völlig sicher. Hinsichtlich des Geschlechts zeigen die Männer eine etwas größere Zuversicht als die weiblichen Mitarbeiter. Letzteres gilt ebenso für die 40 bis 49-Jährigen im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen und für die Mitarbeiter des Fachdienstes im Vergleich zu den Kollegen im Vollzugsdienst.

In Abbildung 7 sind mögliche Gründe für die Reduktion des Rauchens differenziert nach der Bedeutung, welche die Befragten ihnen beimessen, dargestellt. Die Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ zusammengenommen lässt sich festhalten, dass die Aussicht auf eine gesundheitliche Verbesserung für das rauchende Gefängnispersonal den größten Ansporn darstellt, den Tabakkonsum einzuschränken. Etwas Positives für sich selbst zu machen, benennen mehr als zwei Drittel als einen wichtigen Grund und 60,8% ist es wichtig, ein Vorbild für Andere (z.B. Kinder) sein zu können. Ebenfalls von mehr als der Hälfte aller Befragten wird der Geruchsverbesserung durch die Verminderung des Rauchens eine wichtige Bedeutung beigemessen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, durch die Einschränkung des Tabakkonsums Geld zu sparen. Gleichwohl ist es durchaus etwas überraschend, dass dem monetären Aspekt von allen im Fragebogen vorgegebenen Gründen die geringste Relevanz zugeschrieben wird.

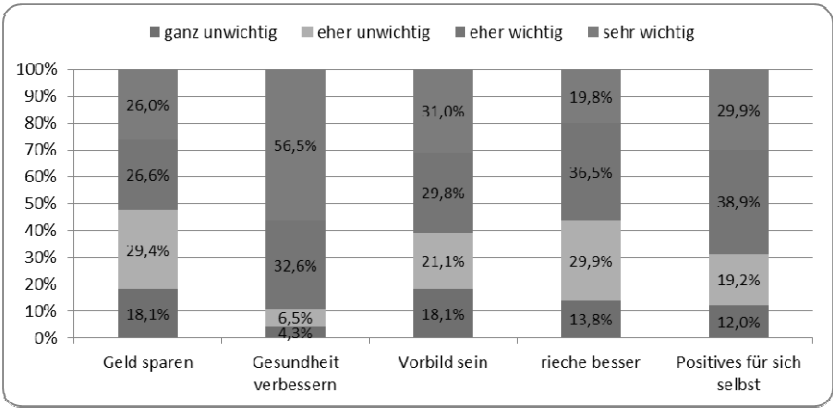


Abb. 7 Mögliche Gründe für die Reduktion des Rauchens

Werden die möglichen Gründe für eine Reduktion des Rauchens nach dem Geschlecht differenziert, so zeigen sich nur vereinzelt Unterschiede (siehe

Tabelle 15). So weisen mit 61,8% deutlich mehr Frauen als Männer (46,9%) dem Sparen von Geld eine wichtige Bedeutung zu. Auch die Verbesserung der Gesundheit wird von den Frauen häufiger genannt. Ein deutlicheres voneinander abweichendes Antwortverhalten findet sich in Bezug auf die verschiedenen Altersgruppen. Hier ist es durchweg so, dass die von den Befragten eingeschätzte Wichtigkeit der Gründe für die Rauchreduktion mit dem Alter abnimmt. Insbesondere bei den Gründen „Geld sparen“ und „Vorbild sein für Andere“ sind die Differenzen zwischen den Altersgruppen sehr ausgeprägt. Auch hinsichtlich der Arbeitsbereiche zeigt sich mit einer einzigen Ausnahme eine durchweg höhere Zustimmung der Mitarbeiter im Vollzugsdienst gegenüber den Kollegen im Fachdienst. Diese Ausnahme betrifft die Verbesserung des eigenen Geruchs, welche von den Mitarbeitern des letztgenannten Arbeitsbereiches mit 59,3% etwas wichtiger eingestuft wird, als von dem Personal im Vollzugsdienst.

Tab. 15 Mögliche Gründe für die Reduktion des Rauchens*

| | Geschlecht | | Alter | | | Arbeitsbereich | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18–39 | 40–49 | 50–65 | VD | FD |
| Geld zu sparen | 46,9% | 61,8% | 67,2% | 52,4% | 34,9% | 60,7% | 42,9% |
| Meine Gesundheit verbessern | 87,6% | 94,7% | 95,7% | 87,7% | 84,8% | 90,9% | 84,6% |
| Vorbild sein für Andere (z.B. Kinder) | 61,5% | 62,5% | 73,8% | 59,3% | 48,8% | 61,8% | 63,0% |
| Ich rieche besser | 57,6% | 54,8% | 63,1% | 52,6% | 50,0% | 55,0% | 59,3% |
| Etwas positives für mich selbst machen | 68,1% | 71,8% | 68,8% | 78,0% | 58,5% | 72,7% | 65,4% |

*) Abgebildet sind jeweils die addierten Anteile der Nennungen für die Antwortkategorien „eher wichtig“ und „ganz wichtig“.

Befragt nach den Umständen, welche die Mitarbeiter in den Haftanstalten daran hindern, die Intensität des Rauchens zu verringern, benennt jeder Zweite den Arbeitsstress (siehe Abbildung 8). 38,5% fehlt der Wille eine Reduzierung des Rauchens zu versuchen und 35,2% geben an, dass Ihnen dies aufgrund der eigenen Nikotinsucht nicht möglich ist. Etwas weniger als ein Drittel hat grundsätzlich kein Interesse an einer Einschränkung des Tabakkonsums und mehr als jeder Vierte gibt an, dass der Umgang mit anderen Rauchern ihn daran hindern würde. Jeweils etwas weniger als ein Fünftel verweist auf eine ungenügende Unterstützung, auf die Angst an Gewicht

zuzunehmen, auf mehrere erfolglose Versuche sowie die Angst vor Entzugserscheinungen.

Geht es nicht nur um eine Verringerung des Tabakkonsums, sondern um dessen konkrete Beendigung, so verschiebt sich die Rangfolge der vorgegebenen Bereiche, die ein solches Vorhaben behindern. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten zweifelt daran, einen ausreichend starken Willen zur Durchsetzung zu haben und jeweils vier von zehn geben an, dass die eigene Nikotinsucht bzw. die Angst der Gewichtszunahme sie daran hindern würde, das Rauchen einzustellen. Der Arbeitsstress hat im Vergleich zur oben berichteten Reduktion des Tabakkonsums an Bedeutung verloren. 29,5% sehen in ihm ein Hindernis für einen erfolgreichen Stopp des Rauchens. Die Zustimmungen zu den anderen Kategorien bewegen sich in etwa auf dem Niveau der – oben beschriebenen – Anteile für die Rauchreduktion.

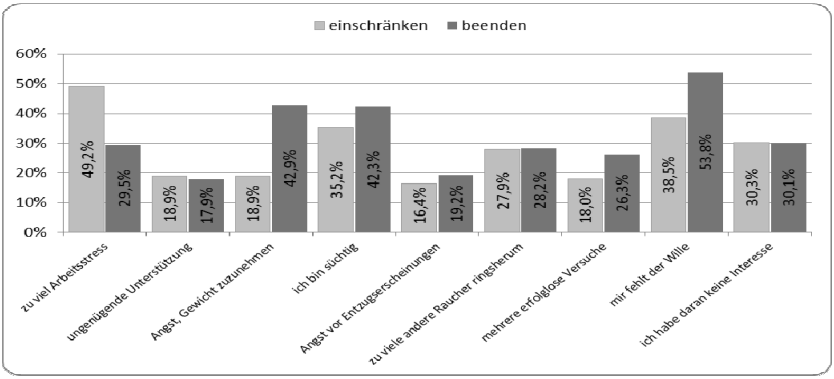


Abb. 8 Hindernisse beim Versuch das Rauchen einzuschränken bzw. zu beenden (Mehrfachnennung möglich)

Werden die Nennungen zu den Hindernissen einer Reduktion des Rauchens nach dem Geschlecht unterschieden (siehe Tabelle 16), so finden sich nennenswerte Unterschiede lediglich in Bezug auf die ungenügende Unterstützung, welche Männer mit 26,7% häufiger beklagen als die weiblichen Mitarbeiter (6,5%) sowie die Erfahrung mehrerer erfolgloser Abstinenzversuche (Männer: 22,7; Frauen: 10,9%). Auf die Frage, welche Bereiche die Beendigung des Rauchens behindern, benennt die Hälfte aller Frauen, jedoch nur ein Drittel der Männer die Angst vor einer Gewichtszunahme als bedeutsam. Auch die eigene Nikotinsucht wird von der Hälfte der Frauen in diesem Zu-

sammenhang als relevant erachtet (Männer: 33,6%). Hinsichtlich der anderen in Tabelle 16 aufgeführten Bereiche sind die Differenzen im Antwortverhalten vergleichsweise gering.

Die Nennungen von Hindernissen für eine Reduktion bzw. eine Beendigung des Rauchens divergieren auch zwischen den Altersgruppen. Die Differenzen in den Anteilen sind z. T. erheblich, jedoch oftmals nicht linear mit dem Alter steigend bzw. fallend. So geben beispielsweise weniger als die Hälfte der 18 bis 39-Jährigen als auch der 50 bis 65-Jährigen an, dass der Arbeitsstress sie daran hindern würde, das Rauchen zu reduzieren. In der mittleren Altersgruppe ist der entsprechende Anteil mit 56,8% ca. zehn Prozentpunkte höher. Ein deutlicher altersspezifischer Zusammenhang zeigt sich jedoch hinsichtlich der Bedeutung von vielen anderen Rauchern in der Umgebung der Befragten. Während vier von zehn der jüngsten Altersgruppe diesen Sachverhalt als bedeutsames Hindernis der Tabakkonsumreduktion sehen, sind dies in der nächsthöheren Altersgruppe nur noch 27,3% und bei den Ältesten 12,5%. Die letztgenannte Altersgruppe bekundet insgesamt das geringste Desinteresse an einer Veränderung des eigenen Rauchverhaltens (37,5%). In den beiden anderen Altersgruppen liegen diese Anteile jeweils zehn Prozentpunkte darunter[7].

Einen fehlenden Willen, auf den Tabakkonsum vollständig zu verzichten, ist – im Vergleich zur mittleren Altersgruppe – sowohl bei den jüngsten als auch bei den ältesten Arbeitnehmern häufiger vorzufinden. Eine lineare Altersbeziehung zeigt sich in Bezug auf die Angst für Entzugserscheinungen. Mit zunehmendem Alter nimmt deren Bedeutung rapide ab. Auch in vielen anderen Bereichen sind es in der Regel die Ältesten, welche die geringsten Zustimmungsraten aufweisen. So spielt der Arbeitsstress, die ungenügende Unterstützung oder die Angst, durch die Tabakabstinenz an Gewicht zuzunehmen, bei Ihnen jeweils eine bemerkenswert geringere Rolle als bei dem jüngeren Haftanstaltspersonal.

7 Aufgrund der wenigen noch verbliebenen Fälle in den Arbeitsbereichen Fachdienst und Verwaltung, wird in den nachfolgenden Ausführung auf die Differenzierung nach den Arbeitsbereichen verzichtet.

Tab. 16 Hindernisse beim Versuch das Rauchen einzuschränken bzw. zu beenden nach Geschlecht und Alter (Mehrfachnennung möglich)*

| | Geschlecht | | Alter | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18-39 | 40-49 | 50 -65 |
| zu viel Arbeitsstress | 49,3% (25,6%) | 50,0% (30,7%) | 44,4% (32,7%) | 56,8% (30,5%) | 46,9% (20,5%) |
| ungenügende Unterstützung | 26,7% (14,1%) | 6,5% (18,7%) | 20,0% (20,0%) | 18,2% (20,3%) | 18,8% (7,7%) |
| Angst, Gewicht zuzunehmen | 20,0% (34,6%) | 17,4% (49,3%) | 26,7% (47,3%) | 11,4% (44,1%) | 18,8% (33,3%) |
| ich bin süchtig | 33,3% (33,6%) | 37,0% (50,7%) | 37,8% (56,4%) | 27,3% (39,0%) | 40,6% (25,6%) |
| Angst vor Entzugs-erscheinungen | 18,7% (15,4%) | 13,0% (20,0%) | 17,8% (21,8%) | 11,4% (20,3%) | 21,9% (10,3%) |
| zu viele andere Raucher in meiner Umgebung | 28,0% (24,4%) | 26,1% (30,7%) | 40,0% (38,2%) | 27,3% (22,0%) | 12,5% (20,5%) |
| mehrere erfolglose Versuche | 22,7% (26,9%) | 10,9% (22,7%) | 15,6% (29,1%) | 22,7% (22,0%) | 15,6% (25,6%) |
| mir fehlt der Wille | 37,3% (50,0%) | 41,3% (56,0%) | 40,0% (54,5%) | 38,6% (27,6%) | 34,4% (46,2%) |
| ich habe daran keine Interesse | 32,0% (28,2%) | 28,3% (29,3%) | 26,7% (25,5%) | 27,3% (30,5%) | 37,5% (30,8%) |

*) Die Angaben in Klammern geben die Anteile bzgl. der Beendigung des Rauchens wieder, während die frei stehenden Werte die anteilsbezogenen Nennungen in Bezug auf die Reduktion des Rauchens wiedergeben.

Die aktuell rauchenden Mitarbeiter der Haftanstalten sind darüber hinaus gebeten worden einzuschätzen, für wie hilfreich sie verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung eines Abstinenzversuches empfinden. In Abbildung 9 sind die entsprechenden Anteile wiedergegeben. Schon ein oberflächlicher Blick auf die Verteilungen macht deutlich, dass die im Fragebogen vorgegebenen Hilfemöglichkeiten nur jeweils von einer Minderheit als sehr hilfreich angesehen werden. Den höchsten diesbezüglichen Anteil weist die Maßnahme „Belohnungen für Raucher, die aufgehört haben“ mit 34,6% auf. Es folgen Nikotinersatzpräparate, die Einzel- und die Gruppenberatung. Die Vergabe von Medikamenten und ein vollständiges Rauchverbot in der Haftanstalt werden nur von 15,8% resp. 12,7% der Befragten als sehr hilfreich eingestuft.

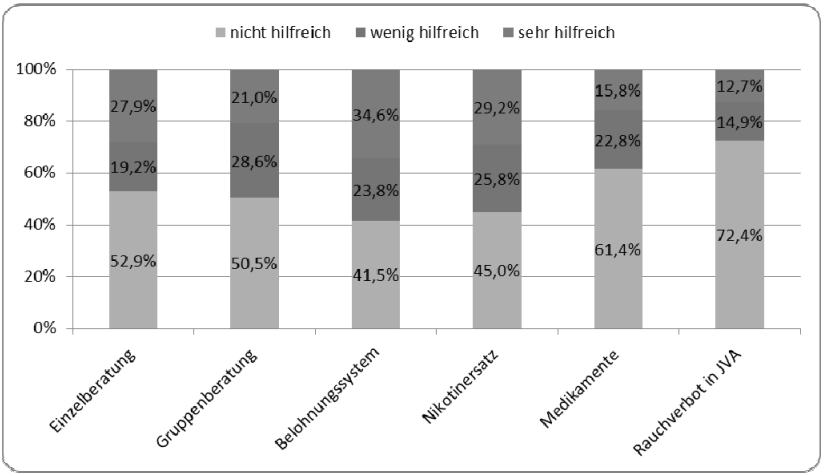


Abb. 9 Einschätzung der Wirkung von Maßnahmen zur Unterstützung eines Abstinenzversuches

Werden die Hilfemöglichkeiten nach dem Geschlecht unterschieden, so zeigen sich größere Differenzen in der Einschätzung des Hilfepotenzials lediglich in Bezug auf die Medikamentenvergabe und den Nikotinersatz (siehe Tabelle 17). Beides wird von den männlichen Befragten zu höheren Anteilen als sehr hilfreich bewertet.

Tab. 17 Einschätzung der Wirkung von Maßnahmen zur Unterstützung eines Abstinenzversuches*

| | Geschlecht | | Alter | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | m | w | 18-39 | 40-49 | 50 -65 |
| Einzelberatung | 29,3% | 27,9% | 31,1% | 17,6% | 42,9% |
| Gruppenberatung | 22,4% | 20,5% | 16,3% | 17,1% | 39,1% |
| Belohnungssystem | 34,7% | 36,4% | 47,5% | 26,3% | 24,1% |
| Nikotinersatz | 30,4% | 25,0% | 24,4% | 30,0% | 29,0% |
| Medikamente | 20,6% | 9,3% | 15,2% | 12,8% | 20,0% |
| Rauchverbot in JVA | 14,1% | 9,3% | 11,3% | 13,0% | 12,5% |

*) Abgebildet sind jeweils die Anteile der Nennungen für die Antwortkategorie „sehr hilfreich“.

Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich, dass die über 50-jährigen Raucher der Einzel- und Gruppenberatung eine erheblich größere Wirkung zuschrei-

ben, als die jüngeren Mitarbeiter. Gleiches gilt, wenn auch vom Betrag her nicht ganz so stark ausgeprägt, für die Medikamentenvergabe. Von dem jüngeren Personal wird hingegen besonders das Belohnungssystem für abstinent gewordene Raucher als sehr hilfreich benannt.

## 4.5 Befragung von Gefangenen in Haftanstalten

### *4.5.1 Beschreibung der Stichprobe*

Die Befragung der Gefangenen erfolgte in denselben Haftanstalten, in denen auch schon das Personal interviewt worden ist. Insgesamt nahmen 1.258 Personen daran teil. Für die nachfolgenden Darlegungen ist von der sonst üblichen Beschreibung der geschlechtsspezifischen Unterschiede etwas abgewichen worden. Statt des ausschließlichen Vergleichs von Frauen und Männern werden im Folgenden drei verschiedene Haftanstaltsarten miteinander verglichen:

- Frauenhaftanstalt: ausschließlich weibliche Gefangene jeglichen Alters[8],
- Jugendhaftanstalt: ausschließlich männliche Gefangene bis zu einem Lebensalter von einschließlich 24 Jahren,
- Männerhaftanstalt: ausschließlich männliche Gefangene jeglichen Alters.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Häftlinge ist in Haftanstalten für männliche Erwachsene untergebracht (71,1%; siehe Tabelle 18). Nahezu ein Fünftel befand sich zum Zeitpunkt der Inhaftierung in einer Haftanstalt für Frauen und fast jeder zehnte Fragebogen wurde von einem männlichen Gefangenen einer Jugendhaftanstalt ausgefüllt. Die Befragten sind im Mittel 34,9 Jahre alt (SD=11,6). Die größte Altersgruppe stellen die 25 bis 39-Jährigen. Mehr als die Hälfte der Stichprobe gab ein entsprechendes Alter an. Etwas weniger als ein Fünftel ist nicht älter als 24 Jahre. Im mittleren Alter – 40 bis 49 Jahre – sind ebenfalls etwa ein Fünftel aller befragten Personen und weitere 12,3% hat bereits ein Lebensalter von 50 Jahren erreicht bzw. überschritten.

Etwa ein Viertel der Gefangenen ist zum Zeitpunkt der Befragung weniger als ein halbes Jahr in Haft. Von einem Haftaufenthalt zwischen sechs und

8 Die Stichprobe beinhaltet 11 weibliche Personen, die in einer speziellen Haftanstalt für weibliche Jugendliche untergebracht sind. Aufgrund der geringen Fallzahl sind diese aber der Kategorie Frauenhaftanstalt zugewiesen worden.

23 Monaten berichten 45,0%. Fast ein Drittel der Stichprobe sitzt seit zwei Jahren oder noch länger im Gefängnis.

Etwas mehr als acht von zehn der Befragten gibt an, in Deutschland geboren zu sein. 17,9% benennen einen anderen Staat als ihr Geburtsland[9]. Diese letztgenannte Gruppe besteht zu etwas mehr als einem Drittel aus Personen, die aus Staaten der ehemaligen UdSSR stammen. Jeder zehnte von ihnen ist in der Türkei geboren und etwas mehr als jeder Elfte in Polen.

Die weit überwiegende Mehrheit der Gefangenen geht während ihres Haftaufenthaltes einer Beschäftigung nach. Zum Zeitpunkt der Befragung waren dies 73,8%.

Tab. 18 Soziodemografische und haftbezogene Charakteristika der Stichprobe

| | | Anteil | N |
|---|---|---|---|
| **Art der Haftanstalt** | Haftanstalt für männliche Erwachsene | 71,1% | 1258 |
| | Haftanstalt für Frauen (inkl. Jugendhaft) | 19,2% | |
| | Haftanstalt für männliche Jugendliche | 9,6% | |
| **Alter** | bis 24 Jahre | 18,1% | 1247 |
| | 25 bis 39 Jahre | 50,7% | |
| | 40 bis 49 Jahre | 18,8% | |
| | 50 Jahre und älter | 12,3% | |
| | MITTELWERT | 34,9 (SD=11,6) | 1247 |
| **Geburtsland** | Deutschland | 82,2% | 1248 |
| | Anderes Land | 17,8% | |
| **Dauer der Haft** | 1 bis <6 Monate | 24,2% | 1199 |
| | 6 bis <12 Monate | 22,9% | |
| | 1 bis <2 Jahre | 22,1% | |
| | 2 bis <5 Jahre | 21,5% | |
| | 5 Jahre und mehr | 9,3% | |
| **Arbeit in Haft** | | 73,8% | 1239 |

9 Laut ICPS (International Centre for Prison Studies) beträgt der Anteil der Ausländer an den Gefangenen in Deutschland 26.4%. Somit ist diese Gruppe in der vorliegenden Stichprobe unterrepräsentiert. Quelle: www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb country.php? country=139

Die Ergebnisse der Befragung werden auf den nachfolgenden Seiten immer sowohl für die gesamte Stichprobe, als auch differenziert nach der Haftanstaltsart, dem Alter und dem Geburtsland dargestellt. Die Tabelle 19 gibt für jede dieser drei Variablen jeweils die Verteilung zu den beiden anderen wieder. Auf diese Weise ist es möglich einzuschätzen, inwieweit Unterschiede in den Verteilungen der Kategorien einer Variable (z. B. die Rauchprävalenz in den verschiedenen Haftanstaltsarten) darauf zurückzuführen sind, dass andere bedeutsame Variablen (z. B. das Alter) innerhalb dieser Gruppen (Kategorien) ungleich verteilt sind. Die Ergebnisse der Tabelle 19 machen zum Beispiel deutlich, dass bei Vergleichen von Ergebnissen zwischen den Insassen von Frauen- und Männerhaftanstalten „mitgedacht" werden muss, dass die Frauen einen höheren Anteil sehr junger Häftlinge aufweisen. Vermeintliche geschlechtsspezifische Effekte können somit auch immer durch Alterseffekte konfundiert sein. Eine ähnliche Problematik zeigt sich in Bezug auf das Geburtsland. Denn obwohl das Durchschnittsalter der im Ausland geborenen Befragten und der Deutschstämmigen[10] sich kaum unterscheidet, liegt der Anteil der bis 24-Jährigen in der letztgenannten Gruppe fast doppelt so hoch wie in ersterer. Hinzu kommt, dass von diesen sehr jungen Gefangenen etwas mehr als die Hälfte auch in einer Jugendhaftanstalt untergebracht sind, während dies bei den im Ausland Geborenen nur für ein Drittel der Fall ist. Zu beachten ist bei den nachfolgenden Ergebnisinterpretationen darüber hinaus, des der Anteil der im Ausland geborenen Gefangenen sowohl bei den Insassen der Jugendhaftanstalt als auch in der jüngsten sowie ältesten Gefangenengruppe deutlich geringer ist, als in den Vergleichsgruppen.

10 Aus sprachlichen Gründen werden die in Deutschland geborenen Befragten im Folgenden oftmals auch als Deutschstämmige bezeichnet.

Tab. 19 Verteilung von Art der Haftanstalt, Alter und Geburtsland zueinander (spaltenweise Prozentuierung)

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | Bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land |
| **Art der JVA** | | | | | | | | | |
| Frauen | | | | 19,5% | 19,5% | 17,9% | 18,8% | 19,5% | 18,5% |
| Männer | | | | 27,0% | 80,5% | 82,1% | 81,2% | 69,5% | 78,4% |
| Jugend | | | | 53,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 11,0% | 3,2% |
| **Alter** | | | | | | | | | |
| bis 24 Jahre | 18,5% | 6,9% | 100,0% | | | | | 19,8% | 10,0% |
| 25 bis 39 Jahre | 51,7% | 57,3% | 0,0% | | | | | 48,6% | 60,5% |
| 40 bis 49 Jahre | 17,6% | 21,7% | 0,0% | | | | | 18,3% | 20,9% |
| 50 Jahre und älter | 12,2% | 14,1% | 0,0% | | | | | 13,2% | 8,6% |
| *Mittelwert* | 34,9 | 37,0 | 20,1 | | | | | 34,9 | 35,2 |
| **Geburtsland** | | | | | | | | | |
| Deutschland | 83,0% | 80,4% | 94,2% | 90,2% | 78,9 % | 80,3% | 87,7% | | |
| Ausland | 17,0% | 19,6% | 5,8% | 9,8% | 21,1 % | 19,7% | 12,3% | | |

### *4.5.2 Passivrauchen*

Mehr als drei Viertel der befragten Gefangenen sind dem Tabakrauch anderer Raucher ausgesetzt (siehe Tabelle 20). Während sich die Anteile der Insassen in den Frauen- und Männerhaftanstalten nicht unterscheiden, liegt der Anteil der Passivraucher in der Jugendhaftanstalt zehn Prozentpunkte darüber. Mit Blick auf die Altersgruppen bestätigt sich dieses Ergebnis. Die Gruppe der bis 24-jährigen berichtet mit 83,3% häufiger davon, dem Rauch anderer Häftlinge ausgesetzt zu sein als die anderen Altersgruppen. Wird die Passivrauchaussetzung nach dem Geburtsland unterschieden, so zeigt sich ein bemerkenswertes Ergebnis. Während etwa acht von zehn der in Deutschland geborenen Gefangenen hiervon berichten, liegt dieser Anteil bei den im Ausland geborenen Befragten bei nur 53,4%.

Mehr als drei Viertel aller Befragten, welche von einer Passivrauchaussetzung berichten, nennen die Häftlingszelle als einen Ort mit einer solchen Luftbelastung. Nahezu die Hälfte verweist auf die Arbeitsstätte und weiter

42,9% auf Örtlichkeiten, die der Freizeitgestaltung dienen. Etwa ein Drittel berichtet von verrauchten Pausenräumen. Die Toiletten und andere Bereiche werden von etwa jedem Fünften genannt.

Insbesondere in den Jugendhaftanstalten ist die Tabakrauchbelastung in den Zellen sehr hoch. 83,2% der dortigen Häftlinge berichten hiervon. Der Anteil in den Frauenhaftanstalten ist mit 79,1% aber nur unwesentlich geringer. Bemerkenswert sind darüber hinaus die berichteten Anteile des Passivrauchens während der Arbeit. Sind es bei den Frauen etwas mehr als ein Drittel, so liegt dieser Anteil in den Männerhaftanstalten bei etwas unter und in den Jugendhaftanstalten bereits über fünfzig Prozent. Die Insassen der Männerhaftanstalten geben darüber hinaus auch überdurchschnittlich häufig den Pausenraum und die Toiletten als rauchbelastete Räume an. Die Häftlinge in der Jugendhaftanstalt benennen zusätzlich noch vergleichsweise oft andere Orte der Passivrauchbelastung.

Mit Blick auf die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass die wahrgenommene Passivrauchaussetzung in den Zellen, bei der Arbeit und an den Orten der Freizeitgestaltung mit dem Alter abnimmt. Hingegen werden die Pausenräume und die Toiletten in der jüngsten Gruppe weniger häufig genannt, als von den Älteren. Die in Deutschland geborenen Gefangenen berichten zu 77,9% von rauchbelasteten Zellen. In der Gruppe der im Ausland geborenen Befragten liegt dieser Anteil bei 71,0%. Etwas deutlicher sind die Differenzen in den Anteilen in Bezug auf die Passivrauchbelastung an der Arbeitsstätte (47,4% vs. 35,5%). Die ausländischen Häftlinge benennen hingegen den Pausenraum häufiger als einen Ort, an welchem Sie dem Rauch von Mitgefangenen ausgesetzt sind (40,2% vs. 33,3%).

Obwohl mehr als drei Viertel aller Befragten von einer Rauchbelastung im Gefängnis berichten, fühlt sich nur eine Minderheit (18,8%) davon sehr stark bzw. stark belästigt. Ein weiteres Fünftel empfindet diesbezüglich lediglich eine geringe Belästigung. Somit haben mehr als die Hälfte aller Gefangenen keine Probleme mit verrauchten Umgebungen. Jedoch zeigen sich bemerkenswerte haftart- und altersspezifische Unterschiede. Während beispielsweise 70,0% der Frauen und 78,3% der Insassen der Jugendhaftanstalt sich an dem Rauch anderer Tabakkonsumenten überhaupt nicht stören, ist dieser Anteil bei den Befragten der Männerhaftanstalten mit 59,9% deutlich geringer. Mit Blick auf die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich eindrücklich, dass die empfundene Belästigung mit dem Alter ansteigt. So geben lediglich 8,9% der bis 24-Jährigen an, sich stark an dem Passivrauch zu stören, wäh-

rend dieser Anteil bei den über 49-Jährigen 28,4% beträgt. Der Grad der empfundenen Belästigung durch Passivrauch divergiert auch, wenn nach dem Geburtsland der Befragten unterschieden wird. Während fast ein Viertel der im Ausland geborenen Häftlinge sich stark bis sehr stark durch den Rauch von Mithäftlingen belästigt fühlt, beträgt dieser Anteil in der Gruppe der in Deutschland geborenen Insassen 16,4%.

Tab. 20 Passivrauchaussetzung und die Belästigung durch Passivrauch

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | % | N |
| **Passivrauch ausgesetzt** | 75,7% | 75,4% | 85,0% | 83,3% | 76,6% | 74,6% | 68,9% | 81,2% | 53,4% | | 1228 |
| **Ort der Passivrauchaussetzung** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | | |
| *Zellen* | 79,1% | 75,8% | 83,2% | 84,4% | 79,0% | 74,8% | 60,0% | 77,9% | 71,0% | 77,2% | 903 |
| *Arbeit* | 34,3% | 47,8% | 54,7% | 53,2% | 49,0% | 38,0% | 32,0% | 47,4% | 35,5% | 46,0% | |
| *Freizeitaktivitäten* | 43,0% | 42,5% | 45,3% | 42,8% | 41,7% | 44,8% | 46,0% | 43,1% | 41,1% | 42,9% | |
| *Pausenraum* | 29,1% | 38,7% | 11,6% | 22,5% | 39,7% | 30,7% | 32,0% | 33,3% | 40,2% | 34,0% | |
| *Toiletten* | 7,6% | 22,6% | 6,3% | 8,7% | 19,0% | 22,7% | 22,0% | 18,3% | 15,9% | 18,1% | |
| *andere* | 19,2% | 18,7% | 44,2% | 32,4% | 16,2% | 22,7% | 23,0% | 21,6% | 20,6% | 21,5% | |
| **Belästigung durch Passivrauch** | | | | | | | | | | | |
| *sehr stark* | 5,6% | 11,9% | 4,2% | 5,8% | 8,3% | 12,9% | 15,0% | 8,1% | 17,9% | 9,9% | 1220 |
| *eher stark* | 8,2% | 8,4% | 3,3% | 3,1% | 7,4% | 9,8% | 14,4% | 8,3% | 6,1% | 7,9% | |
| *eher wenig* | 16,3% | 19,8% | 14,2% | 16,1% | 21,3% | 15,2% | 17,6% | 18,2% | 21,2% | 18,6% | |
| *gar nicht* | 70,0% | 59,9% | 78,3% | 74,9% | 63,0% | 62,1% | 52,9% | 65,5% | 54,7% | 63,6% | |

### *4.5.3 Nichtraucherschutzregelungen*

Die weit überwiegende Mehrheit der Gefangenen ist der Auffassung, dass nichtrauchenden Mithäftlingen das Recht auf Unterbringung in einer rauchfreien Zelle eingeräumt werden sollte (siehe Tabelle 21). Berichtenswerte Unterschiede zeigen sich, unabhängig davon, ob das Geburtsland, die Altersgruppen oder die Haftanstaltsart betrachtet werden, kaum. Lediglich bei den jugendlichen Häftlingen ist die Zustimmung hierzu geringer ausgeprägt.

Im Rahmen der Befragung sind eine Reihe von verschiedenen Rauchverbotsszenarien skizziert worden, welche von den Gefangenen jeweils bewertet werden sollten. Dem ersten Szenario, einem Rauchverbot in geschlossenen Gebäuden mit Ausnahme der Zellen, stimmen etwas mehr als zwei Drittel zu. Bei den Insassen der Jugendhaftanstalt ist die Zustimmung hierzu mit 60,4% geringer ausgeprägt, als bei denen, die in Frauen- bzw. Männerhaftanstalten einsitzen (66,1% resp. 69,8%). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Verteilungen für die verschiedenen Altersklassen wider. Die Befürwortung einer solchen Nichtraucherschutzregelung ist in der jüngsten Altersgruppe am geringsten (60,1%). Sie steigt jedoch mit zunehmendem Alter deutlich an und erreicht bei den über 49-Jährigen einen Anteil von 83,2%.

Werden die Zellen der Gefangenen in die skizzierten Rauchverbotsszenarien einbezogen, dann sinkt die Zustimmung hierfür rapide. So stimmen lediglich 16,4% aller Befragten einem Rauchverbot in den Gebäuden – inklusive in den Zellen – zu. Von den Befragten der Jugendhaftanstalten ist es nicht einmal jeder Zehnte. Zwar steigt die Befürwortung einer solchen Maßnahme mit dem Alter bemerkenswert an, gleichwohl zeigt sich selbst bei den ältesten Befragten eine deutliche Mehrheit, die eine solche Maßnahme ablehnt. Wird nach dem Geburtsland unterschieden, so zeigen sich die im Ausland geborenen Befragten gegenüber einem vollständigen Rauchverbot innerhalb der Gefängnisgebäude mit einer Zustimmungsrate von 20,2% etwas aufgeschlossener als die deutschstämmigen Häftlinge (15,8%).

Eine Nichtraucherschutzregelung, die ein vollständiges Rauchverbot innerhalb des Gefängnisses – also auch in den Zellen und den Außenanlagen – beinhaltet, wird von den befragten Häftlingen noch deutlicher abgelehnt. Lediglich 9,9% würden eine solche Maßnahme befürworten. Wird nach der Art der Haftanstalt unterschieden, so zeigen sich diesbezüglich nur geringe Differenzen. Mit Ausnahme der über 49-Jährigen, bei denen die Zustimmung immerhin bei 20,6% liegt, finden sich die hohen Ablehnungsraten auch in den einzelnen Altersgruppen wieder. Differenziert nach dem Geburtsland sind es wiederum die im Ausland geborenen Insassen, welche auch zu einem vollständigen Rauchverbot eine leicht höhere Zustimmung zeigen (13,0%), als die deutschstämmigen Häftlinge (9,4%).

Die befragten Gefangenen sind darüber hinaus gebeten worden einzuschätzen, inwieweit die bestehenden Nichtraucherschutzregelungen innerhalb des Gefängnisses von den Häftlingen selbst als auch von dem Personal eingehalten werden. Nach Ansicht von nahezu drei Viertel der befragten Gefangenen

werden die Regelungen zum Nichtraucherschutz von dem Gefängnispersonal überwiegend eingehalten. Die entsprechenden Anteile divergieren zwischen Männer- und Frauenhaftanstalten nur geringfügig. Hingegen sind in der Jugendhaftanstalt nur 59,5% der Auffassung, dass die Bediensteten den Nichtraucherschutzregelungen nachkommen. Mit dem Alter steigen die entsprechenden Zustimmungsraten deutlich an; von 65,7% bei den bis 24-Jährigen auf bis zu 78,0% bei den über 49-Jährigen. Werden die Gefangenen nach ihrem Geburtsland unterschieden, so bescheinigen die in Deutschland geborenen Befragten dem Personal häufiger ein regelkonformes Verhalten (74,5%) als die im Ausland geborenen Häftlinge (67,4%).

Tab. 21 Zustimmung zu skizzierten Rauchverbotsszenarien und Einschätzung der Befolgung von bestehenden Nichtraucherschutzregelungen

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50 + | D | Ausland | % | N |
| **Rauchverbotsszenarien** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | | |
| *Recht auf rauchfreie Zelle* | 94,0% | 92,3% | 81,5% | 84,2 % | 94,2 % | 91,4 % | 92,4 % | 91,9 % | 90,6% | 91,7 % | 1168 |
| *Rauchverbot in Gebäuden (außer Zelle)* | 66,1% | 69,8% | 60,4% | 60,1 % | 65,2 % | 73,4 % | 83,2 % | 68,4 % | 68,1% | 68,3 % | 1159 |
| *Rauchverbot in Gebäuden (inkl. in Zelle)* | 17,8% | 17,4% | 7,0% | 9,5% | 13,8 % | 22,0 % | 28,1 % | 15,8 % | 20,2% | 16,4 % | 1163 |
| *Rauchverbot insgesamt (inkl. Zelle)* | 8,7% | 10,5% | 7,8% | 7,5% | 8,0% | 10,0 % | 20,6 % | 9,4% | 13,0% | 9,9% | 1179 |
| **Personal befolgt Rauchverbot** | 77,1% | 74,1% | 59,5% | 65,7 % | 74,0 % | 75,3 % | 78,0 % | 74,5 % | 67,4% | 73,4 % | 880 |
| **Häftlinge befolgen Rauchverbot** | 56,6% | 47,6% | 42,3% | 48,3 % | 48,6 % | 46,9 % | 54,0 % | 47,8 % | 54,4% | 48,9 % | 915 |

Die Bewertung des Verhaltens der Gefängnisinsassen bzgl. der erlassenen Nichtraucherschutzregelungen fällt deutlich zurückhaltender aus. Nur etwa die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage zu, dass die Gefangenen sich daran halten. In den Frauenhaftanstalten liegt der entsprechende Anteil etwa acht Prozentpunkte darüber, während er in der Jugendhaftanstalt mit 42,3% unter-

durchschnittlich ausfällt. Mit Blick auf die Altersgruppen zeigen sich bei den bis 49-Jährigen keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich die Gruppe der ältesten Gefangenen berichtet mit einem Anteil von 54,0% häufiger davon, dass den Nichtraucherschutzregelungen Folge geleistet wird. Einen ähnlich hohen Anteil weisen die im Ausland geborenen Befragten auf, während in der Vergleichsgruppe der entsprechende Anteil 47,8% beträgt.

### *4.5.4 Rauchverhalten*

#### 4.5.4.1 Prävalenz des Rauchens

Der Konsum von Tabakprodukten ist unter den Häftlingen sehr stark verbreitet. Insgesamt gaben 79,0% an, aktuell zu rauchen (siehe Tabelle 22). Die höchste Rauchprävalenz weisen die Insassen von Jugendhaftanstalten auf. Fast neun von zehn sind davon betroffen. Auch in den Frauenhaftanstalten wird überdurchschnittlich geraucht (82,6%). In den Männerhaftanstalten liegt der entsprechende Anteil etwa sechs Prozentpunkte darunter. Der sich schon andeutende Zusammenhang von Rauchverhalten und Alter wird bei Betrachtung der Rauchprävalenz der verschiedenen Altersgruppen bestätigt. Die meisten Raucher finden sich bei den bis 24-Jährigen (89,8%). Unter den 40- bis 49-Jährigen sind es hingegen bereits weniger als drei Viertel und in der ältesten Gefangenengruppe raucht etwas mehr als jeder Zweite. Differenziert nach dem Geburtsland, sind es die deutschstämmigen Gefangenen die mit einem Anteil von 80,6% häufiger angeben zu rauchen, als die im Ausland geborenen Insassen (72,1%).

Die Intensität des Rauchverhaltens der Gefangenen verdeutlichen die Angaben zum Tabakkonsum der letzten 30 Tage vor der Befragung. So geben drei Viertel aller Häftlinge an, täglich oder fast täglich zu rauchen. Dieser Anteil ist in den Jugend- und Frauenhaftanstalten mit 83,2% resp. 80,5% deutlich höher als bei den Insassen der Männerhaftanstalten (71,8%). In Bezug auf die Altersgruppen sinkt die Prävalenz täglichen Rauchens mit steigendem Alter erheblich; von 83,8% bei den bis 24-Jährigen auf 52,4% bei den über 49-Jährigen. Werden die Befragten nach dem Geburtsland differenziert, so geben mehr als drei Viertel der in Deutschland geborenen jedoch nur 65,2% der im Ausland zur Welt gekommenen Häftlinge an, täglich oder fast täglich zu rauchen.

Von einem gelegentlichen Konsum berichtet nur jeder zwanzigste Befragte. Ein leicht überdurchschnittlicher Anteil von jeweils etwa acht bis neun Pro-

zent findet sich bei den Insassen von Jugendhaftanstalten, den bis 24-Jährigen und den im Ausland geborenen Häftlingen.

Eine Remission, also die Beendigung eines früheren Tabakgebrauchs, bejaht etwa jeder Elfte. Den Insassen in den Männerhaftanstalten ist ein solch erfolgreicher Abstinenzversuch mit 10,6% häufiger gelungen, als den inhaftierten Frauen (3,9%) und den Insassen von Jugendhaftanstalten (5,3%). Hinsichtlich des Geburtslandes zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in den Anteilen.

Lediglich 11,2% aller befragten Gefangenen geben an, noch nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Bei den Befragten der Jugendhaftanstalten liegt dieser Anteil mit 2,7% erheblich darunter. D. h., die Lebenszeitprävalenz des Rauchens beträgt in dieser Gruppe 97,3%. Ein weiteres interessantes Ergebnis zeigt sich, wenn der Fokus auf die Altersgruppen gerichtet wird. Eigentlich wäre zu erwarten, dass diese mit dem Alter zunimmt, da die Wahrscheinlichkeit das Rauchen zu beginnen, mit zunehmender Lebensdauer steigt. Tabelle 24 macht jedoch deutlich, dass Prävalenz und Alter negativ miteinander korrelieren. Beträgt die Lebenszeitprävalenz bei den 25 bis 39-Jährigen noch 91,7%, so sinkt sie mit dem Alter stetig auf 76,2% in der ältesten Befragtengruppe. Auch bei Unterscheidung nach dem Geburtsort zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede. So geben die im Ausland geborenen Häftlinge mit 17,2% häufiger an, noch nie geraucht zu haben, als die deutschstämmigen Gefängnisinsassen (10,0%).

Im Mittel rauchen die Gefangenen seit 17,0 Jahren regelmäßig. Angesichts eines Durchschnittsalters der Gesamtstichprobe von 34,9 Jahre bedeutet dies, dass die Gefangenen mit durchschnittlich 17,9 Jahren angefangen haben, regelmäßig Tabakprodukte zu konsumieren. In der Jugendhaftanstalt – das Durchschnittsalter ist hier 20,1 Jahre – beträgt die Dauer des regelmäßigen Rauchens 7,4 Jahre. D. h., die jugendlichen Raucher haben im Mittel bereits mit 12,7 Jahren ein über den Probierkonsum hinausgehendes Rauchverhalten entwickelt[11].

11 Direkte inhaltliche Vergleiche zwischen den Haftanstaltsarten, den Altersgruppen bzw. dem Geburtsland hinsichtlich des Beginns des regelmäßigen Rauchen sind nicht zulässig, da die Altersverteilungen in den jeweiligen Teilgruppen z. T. erheblich variieren (siehe Tabelle 24). So ist schon aus wahrscheinlichkeitstheoretischen Überlegungen ein späteres Einstiegsalter von Teilgruppen mit einem höheren Durchschnittsalter zu erwarten.

#### 4.5.4.2 Konsumierte Tabakprodukte und deren wöchentliche Kosten

Die nachfolgenden Ausführungen dieses Berichtsteils zu den Gefangenen beinhalten nur noch die Angaben der aktuellen Raucher. Als Nächstes sollen die konsumierten Tabakprodukte näher betrachtet werden. Loser Tabak ist unter den Gefängnisinsassen sehr beliebt. Neun von zehn Rauchern geben an, die daraus selbst gefertigten Zigaretten aktuell zu konsumieren. Industriell gefertigte Zigaretten kaufen 60,1%. Etwa jeder zehnte Gefangene raucht Zigarren und weitere 7,8% Wasserpfeife. Hinsichtlich der selbst gedrehten Zigaretten unterscheiden sich die Anteile nach Haftanstaltsart und Altersgruppen kaum. Jedoch konsumieren im Ausland geborene Befragte weniger häufig losen Tabak (81,0%) als Deutschstämmige 91,7%. Fertigzigaretten sind insbesondere bei den jungen Gefangenen sehr beliebt. Mehr als zwei Drittel rauchen diese Produkte. Bei den über 39-Jährigen ist es nur jeder Zweite. Zigarren werden vor allem von männlichen Gefangenen deutscher Herkunft konsumiert. Der Gebrauch der Wasserpfeife ist insbesondere bei den jungen Gefangenen populär. Etwa jeder Sechste berichtet hiervon. Mit zunehmendem Alter sinken die entsprechenden Anteile rapide.

Im Durchschnitt rauchen die aktuell Tabak konsumierenden Gefangenen 21,6 Zigaretten pro Tag. Bei den Frauen sind es im Mittel zwei Zigaretten mehr pro Tag und bei den über 49-Jährigen zwei weniger. Ansonsten sind die Unterschiede zwischen den jeweiligen Vergleichsgruppen gering.

Die Menge der täglich gerauchten Zigaretten sowie die Art des Erwerbs der Tabakwaren spiegeln sich auch in den Angaben zu den Kosten für die Tabakprodukte wider. Pro Woche geben die rauchenden Gefangenen durchschnittlich 17,2 Euro hierfür aus. Bei den Insassen der Jugendhaftanstalten sind es 14,9 Euro. In Anbetracht der Tatsache, dass diese Gruppe sowohl viel Tabak von Personen außerhalb des Gefängnisses erhält als auch überdurchschnittlich häufig andere Waren gegen Tabakprodukte tauscht (siehe nachfolgenden Absatz), ist dieser Wert durchaus plausibel. Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich lediglich für die ältesten Befragten ein berichtenswertes unterdurchschnittliches Ergebnis bzgl. der wöchentlichen Ausgaben (15,4 Euro). Hingegen geben die im Ausland geborenen Insassen mit 18,2 Euro im Mittel ca. einen Euro mehr für Rauchwaren aus, als die deutschstämmigen Befragten.

Tab. 22 Aktuelles Rauchverhalten der Gefangenen (Teil I)

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | | N |
| **Anteil Raucher** | 82,6% | 76,8% | 88,4% | 89,8% | 83,4% | 73,2% | 57,1% | 80,6% | 72,1 % | 79,0% | 1258 |
| **Rauchen letzte 30 Tage** | | | | | | | | | | | |
| *Ja, (fast) jeden Tag* | 80,5% | 71,8% | 83,2% | 83,8% | 78,6% | 70,1% | 52,4% | 76,5% | 65,2% | 74,6% | |
| *Ja, gelegentlich* | 3,0% | 5,5% | 8,8% | 7,9% | 5,6% | 3,1% | 4,2% | 4,8% | 8,3% | 5,4% | |
| *Nein, ich habe aber früher einmal geraucht* | 3,9% | 10,6% | 5,3% | 3,7% | 7,5% | 10,3% | 19,6% | 8,7% | 9,3% | 8,8% | 1193 |
| *Nein, ich habe noch nie ge-raucht* | 12,6% | 12,0% | 2,7% | 4,6% | 8,3% | 16,5% | 23,8% | 10,0% | 17,2% | 11,2% | |
| **Dauer des regelmäßigen Rauchens** | 16,1 Jahre | 18,7 Jahre | 7,4 Jahre | 8,3 Jahre | 15,4 Jahre | 24,9 Jahre | 31,6 Jahre | 17,3 Jahre | 15,1 Jahre | 17,0 Jahre | |
| **Konsumierte Produkte** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | | |
| *Fertigzigaretten* | 59,9% | 60,2% | 68,9% | 71,0% | 63,4% | 48,5% | 50,6% | 61,2% | 60,1 % | 61,1% | |
| *selbstgedrehte/ selbstgefertigte Zigaretten* | 88,8% | 90,3% | 89,6% | 91,5% | 90,4% | 85,8% | 90,8% | 91,7% | 81,0 % | 89,9% | 982 |
| *Zigarren* | 6,1% | 12,1% | 15,1% | 11,0% | 11,1% | 10,1% | 13,8% | 12,5% | 4,4% | 11,2% | |
| *Wasserpfeife* | 4,1% | 7,7% | 16,0% | 16,0% | 7,5% | 3,0% | 1,1% | 8,6% | 3,8% | 7,8% | |
| *andere* | 3,0% | 3,5% | 4,7% | 3,5% | 4,0% | 2,4% | 3,4% | 4,0% | ,6% | 3,6% | |
| **Art des Zu-gangs zu Ta-bakprodukten** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | | |
| *Kauf in Haft* | 79,7% | 89,1% | 82,7% | 84,3% | 88,3% | 85,5% | 82,1% | 86,6% | 86,6 % | 86,5% | |
| *Geschenke von außen* | 29,2% | 30,2% | 35,6% | 36,0% | 30,4% | 24,7% | 31,0% | 31,8% | 24,8 % | 30,6% | 964 |
| *Im Austausch für andere Waren* | 14,6% | 13,9% | 29,8% | 22,3% | 17,3% | 8,4% | 6,0% | 16,0% | 14,6 % | 15,8% | |
| *anderes* | 24,0% | 15,6% | 7,7% | 14,7% | 16,4% | 19,3% | 14,3% | 17,0% | 12,7 % | 16,4% | |
| **Anzahl Ziga-retten pro Tag** | 23,7 (13,9) | 21,1 (11,3) | 20,5 (12,0) | 21,1 (11,7) | 21,8 (13,0) | 22,6 (10,1) | 19,5 (9,2) | 21,8 (12,1) | 20,4 (11,4 ) | 21,6 (12,0) | 962 |
| **Ausgaben für den Tabakkon-sum** | 17,8 (14,7) | 17,3 (16,5) | 14,9 (14,8) | 16,9 (14,2) | 17,6 (18,3) | 17,0 (12,0) | 15,4 (10,5) | 17,0 16,1) | 18,2 (15,5 ) | 17,2 16,0) | 926 |

Angaben in Klammern geben die Standardabweichung wieder.

#### 4.5.4.3 Art des Zugangs zu Tabakprodukten

Gefragt nach der Art des Erwerbs der Tabakprodukte berichten 86,5% von einem Kauf innerhalb des Gefängnisses. 30,6% erhalten zudem Tabak als Geschenk von anderen Personen außerhalb des Gefängnisses. Etwa jeder Sechste tauscht andere Waren gegen Rauchwaren. Hinsichtlich des Tabakkaufs in Haft zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede, wenn nach der Haftart, dem Alter oder dem Geburtsland differenziert wird. Von Geschenken in Form von Tabakprodukten, welche von Personen außerhalb des Gefängnisses überbracht werden, profitieren insbesondere die jungen Insassen. So berichten 35,6% der Jugendlichen in Jugendhaftanstalten hiervon. Bei den 40- bis 49-Jährigen ist es hingegen nur ein Viertel. Auch im Ausland geborene Befragte erhalten weniger häufig solche Geschenke (24,8%). Das Tauschen von anderen Waren gegen Tabakprodukte ist unter den Gefangenen in Jugendhaftanstalten am verbreitetsten. 29,8% praktizieren einen solchen Tauschhandel. In den Frauen- und Männerhaftanstalten ist es nur etwa jeder Siebte. Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich mit steigendem Alter eine deutliche Abnahme der Anteile dieser Art von Tauschgeschäften. Berichtet noch fast ein Viertel der bis 24-Jährigen hiervon, so sind es bei den über 49-Jährigen vergleichsweise geringe 6,0%.

#### 4.5.4.4 Ort des überwiegenden Tabakkonsums

Nahezu drei Viertel der aktuell rauchenden Gefangenen konsumieren die Tabakprodukte überwiegend in der eigenen Zelle (73,5%; siehe Tabelle 25). Die männlichen jungen Erwachsenen in den Jugendhaftanstalten berichten hiervon mit einem Anteil von 80,0% öfter, als die Frauen und die Insassen der Männerhaftanstalten (72,7% resp. 72,6%). Auch zwischen den Altersgruppen zeigen sich deutlich Unterschiede hinsichtlich des Rauchens in der Zelle. Die älteste und die jüngste Gruppe zeigen mit 82,1% resp. 77,9% bemerkenswert höhere Anteile als die 25- bis 49-Jährigen. Werden die Befragten nach ihrem Geburtsland unterschieden, so geben nahezu drei Viertel der Deutschstämmigen aber nur zwei Drittel der im Ausland geborenen Gefangenen an, vor allem in der eigenen Zelle Tabakprodukte zu konsumieren.

Etwa jeder Sechste raucht überwiegend im Freien. Die Insassen der Jugendhaftanstalten berichten hiervon mit lediglich 11,0% weit weniger häufig als die Frauen und die Befragten der Männerhaftanstalten (jeweils ca. siebzehn Prozent). Entsprechen die Anteile des Rauchens im Freien der über 39-Jährigen in etwa dem Durchschnitt aller Raucher, so nutzt fast ein Viertel der 25-

bis 39-Jährigen die Rauchmöglichkeiten außerhalb der Gefängnisgebäude als überwiegenden Ort des Konsums. Bei den bis 24-Jährigen hingegen ist es nur jeder Sechste. Die Freizeiträume werden nur von ganz wenigen als vornehmlichen Ort des Tabakgebrauchs genannt (1,6%). Für die Insassen in der Jugendhaftanstalt sowie für die ältesten Befragten finden sich überhaupt keine Nennungen. Einen berichtenswerten Unterschied zeigt sich jedoch hinsichtlich des Geburtslandes. 4,7% der im Ausland geborenen und aktuell rauchenden Gefangenen nutzen zum Rauchen überwiegend die Örtlichkeiten der Freizeitgestaltung. Bei den Deutschstämmigen ist es nur einer von hundert.

Auch der Arbeitsplatz ist nur für ganz wenige Gefangene der Ort, an dem hauptsächlich geraucht wird. Bei den ganz Jungen sowie den ältesten Befragten finden sich wiederum überhaupt keine Nennungen. Andere als die im Fragebogen vorgegebenen Orte des überwiegenden Konsums von Tabakprodukten geben 7,1% aller Befragten an.

#### 4.5.4.5 Verschuldung aufgrund des Tabakkonsums

Etwa ein Fünftel der aktuellen Raucher gibt an, sich wegen des Rauchens schon einmal verschuldet zu haben (siehe Tabelle 23). Insbesondere erwachsene Männer berichten hiervon überdurchschnittlich häufig (24,2%). Bei den Frauen und den Insassen in Jugendhaftanstalten sind die entsprechenden Anteile mit 14,2% resp. 17,9% deutlich geringer. Auch innerhalb der Altersgruppen variieren die Anteile derer, die sich schon einmal verschulden mussten, um an Tabakwaren zu gelangen, erheblich. Am stärksten hiervon betroffen sind die 25- bis 39-Jährigen, von denen jeder vierte von tabakbezogenen Schulden zu berichten weiß. Bei den 40- bis 49-Jährigen sind es 21,6% und in der jüngsten Altersgruppe 17,0%. Hingegen geben die über 49-Jährigen weit unterdurchschnittlich häufig an, in finanzielle Schwierigkeiten aufgrund des Rauchens gekommen zu sein (12,8%). Geringe Unterschiede in Bezug auf die Verschuldung zeigen sich auch, wenn nach dem Geburtsland unterschieden wird. Die Deutschstämmigen sind hiervon mit einem Anteil von 22,3% etwas häufiger betroffen als die im Ausland geborenen Gefangenen.

#### 4.5.4.6 Tabakprodukte als Tauschware

Der Tausch von Tabakprodukten gegen andere Waren ist in den deutschen Gefängnissen durchaus verbreitet (siehe Tabelle 23). Etwas mehr als jeder fünfte der aktuellen Raucher hat einen solchen Tauschhandel schon einmal vollzogen. Während die diesbezüglichen Anteile der Befragten in den Män-

ner- und Frauenhaftanstalten einen ähnlich hohen Wert aufweisen, liegt er für die Gruppe der Insassen aus den Jugendhaftanstalten nahezu doppelt so hoch (38,5%). Die Differenzierung nach dem Alter macht deutlich, dass diese Tauschgeschäfte mit steigendem Lebensalter an Bedeutung verlieren. Denn während noch 28,6% der bis 24-jährigen hiervon berichten, sind es bei den über 49-Jährigen nur noch 8,2%. Auch hinsichtlich des Geburtslandes zeigen sich Unterschiede. Während 22,6% der Deutschstämmigen daran teilnehmen, sind es in der Gruppe der im Ausland geborenen Gefangenen bemerkenswert geringere 15,8%.

Tab. 23 Aktuelles Rauchverhalten der Gefangenen (Teil II)

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | | N |
| **Ort des über-wiegenden Rauchens** | | | | | | | | | | | |
| *Zelle* | 72,7% | 72,6% | 80,0% | 77,9% | 70,0% | 74,3% | 82,1% | 74,5% | 67,7% | 73,5% | |
| *Im Freien* | 17,3% | 17,0% | 11,0% | 12,8% | 17,9% | 16,0% | 16,4% | 16,2% | 17,3% | 16,3% | |
| *In Freizeit-räumen* | 1,4% | 1,9% | 0,0% | 1,2% | 2,1% | 1,4% | 0,0% | 1,0% | 4,7% | 1,6% | |
| *Arbeitsplatz* | 1,4% | 1,7% | 0,0% | 0,0% | 1,9% | 2,8% | 0,0% | 1,6% | 0,8% | 1,5% | |
| *andere Orte* | 7,2% | 6,8% | 9,0% | 8,1% | 8,1% | 5,6% | 1,5% | 6,7% | 9,4% | 7,1% | |
| **Verschuldung wegen Tabak** | 14,2% | 24,2% | 17,9% | 17,0% | 24,5% | 21,6% | 12,8% | 22,3% | 18,2% | 21,5% | 976 |
| **Tausch von Tabak gegen andere Dinge** | 18,3% | 19,6% | 38,5% | 28,6% | 23,3% | 13,9% | 8,2% | 22,6% | 15,8% | 21,4% | 968 |

### 4.5.4.7 Gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund des Rauchens

Der intensive eigene Tabakkonsum sowie die hohe Passivrauchbelastung im Gefängnis führen bei vielen Gefangenen zu einer Verfestigung bzw. Neuausbildung von gesundheitlichen Schäden. So berichtet ein Viertel aller aktuellen Raucher von psychischen Beschwerden aufgrund des Rauchens (siehe Tabelle 24). 13,1% litten hierunter schon vor Beginn der Haft. Weitere 12,5% haben diese Beschwerden erst während ihres Haftaufenthaltes entwickelt. Insassen von Jugendhaftanstalten sind altersentsprechend hiervon zu geringeren Anteilen betroffen (4,7% resp. 9,3%). Differenziert nach Altersgruppen

sind es vor allem die 25- bis 39-Jährigen, die überdurchschnittlich häufig psychischen Beschwerden aufgrund des Rauchens beklagen. Hingegen ist in der Gruppe der über 49-Jährigen nur jeder Zehnte betroffen.

Bemerkenswerte Ergebnisse zeigen sich, wenn nach dem Geburtsland unterschieden wird. Leiden von den deutschstämmigen Befragten 23,8% an psychischen Beschwerden, die auf das Rauchen zurückgeführt werden, so sind es unter den im Ausland geborenen Gefangenen 35,3%. Fast jeder fünfte dieser letztgenannten Gruppe entwickelte diese gesundheitlichen Probleme erst während des Haftaufenthaltes.

Von körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens, wie z. B. anhaltender Husten, Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder der Lunge, sind bezogen auf alle Raucher 39,5% betroffen. 23,8% litten hierunter schon vor Haftantritt, weitere 15,8% entwickelten diese gesundheitlichen Probleme erst im Laufe des Haftaufenthaltes. Die Anteile derer, die bereits vor Haftantritt unter körperlichen Beeinträchtigungen aufgrund des Rauchens litten, unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Formen der Haftanstalten nur geringfügig. Dies ist insofern überraschend, da zu erwarten gewesen wäre, dass die sehr jungen Insassen der Jugendhaftanstalten diesbezüglich weniger häufig davon betroffen sind. Deutlicher fallen die Unterschiede aus, wenn nach den körperlichen Beschwerden gefragt wird, die erst während der Zeit der Inhaftierung entwickelt wurden. Der entsprechende Anteil der Insassen der Jugendhaftanstalt liegt mit 5,7% zehn Prozentpunkte unter dem aller Befragten. Auch die Frauen weisen mit 11,7% einen leicht unterdurchschnittlich hohen Anteil auf. Hingegen berichten die Gefangenen der Männerhaftanstalten vergleichsweise häufig von rauchbedingten körperlichen Beschwerden (18,6%). Mit Ausnahme der Altersgruppe der über 49-Jährigen nehmen die Beschwerden der Häftlinge mit dem Alter deutlich zu. Während die bis 24-Jährigen zu 22,5% von solchen gesundheitlichen schon vor Beginn der Haft berichten und weitere 8,8% diese während der Haft entwickelten, sind es bei den 25- bis 39-Jährigen bereits 24,0% resp. 15,0%. Die höchsten diesbezüglichen Anteile weisen jedoch die 40- bis 49-Jährigen auf. Mehr als die Hälfte ist von Husten, Herzbeschwerden u.a. betroffen, die auf das Rauchen zurückgeführt werden (vor Haft entwickelt: 27,1%; während Haft entwickelt: 25,0%). Überraschend und erklärungsbedürftig sind die im Vergleich zur nächstjüngeren Altersgruppe geringen Anteile rauchbedingter körperlicher Beschwerden bei den über 49-Jährigen. Vor Haftantritt waren hiervon 18,1% betroffen und weitere 16,7% entwickelten während der Haft entsprechende Probleme.

Wird nach dem Geburtsland differenziert, so zeigen sich die im Ausland geborenen Befragten mit einem Anteil von insgesamt 50,4% erheblich stärker gesundheitlich belastet als die deutschstämmigen Insassen. Insbesondere von erst in Haft entwickelten gesundheitlichen Problemen berichtet der erstgenannte Personenkreis mit einem Anteil von 28,6% deutlich häufiger (deutschstämmig: 13,3%).

Tab. 24 Psychische und körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | % | N |
| **psych. Beschwerden wegen des Rauchens** | | | | | | | | | | | |
| *ja, schon vor Beginn meiner der Haft* | 13,5% | 14,4% | 4,7% | 9,1% | 17,5% | 11,0% | 2,8% | 12,7% | 16,0% | 13,1% | |
| *ja, seitdem ich im Gefängnis bin* | 13,5% | 12,7% | 9,3% | 11,0% | 13,7% | 13,2% | 7,0% | 11,1% | 19,3% | 12,5% | 762 |
| *Nein, niemals* | 73,0% | 72,9% | 86,0% | 79,9% | 68,8% | 75,7% | 90,1% | 76,3% | 64,7% | 74,4% | |
| **Körperliche Beschwerden wegen des Rauchens** | | | | | | | | | | | |
| *ja, schon vor Beginn meiner der Haft* | 23,5% | 24,0% | 23,0% | 22,5% | 24,0% | 27,1% | 18,1% | 24,2% | 21,8% | 23,8% | |
| *ja, seitdem ich im Gefängnis bin* | 11,7% | 18,6% | 5,7% | 8,8% | 15,0% | 25,0% | 16,7% | 13,3% | 28,6% | 15,8% | 787 |
| *Nein, niemals* | 64,8% | 57,4% | 71,3% | 68,8% | 60,9% | 47,9% | 65,3% | 62,5% | 49,6% | 60,5% | |

#### 4.5.4.8 Zeitpunkt des Konsums der ersten Zigarette nach dem Aufstehen als Indikator einer Nikotinabhängigkeit

Ein bedeutsamer Indikator für eine bei Rauchern bestehende Nikotinsucht ist die Zeit bis zum Konsum der ersten Zigarette nach dem Aufstehen. Je geringer diese Dauer, desto höher die Wahrscheinlichkeit des Bestehens eines Suchtproblems. Tabelle 25 macht deutlich, dass drei Viertel der aktuell rauchenden Befragten innerhalb der ersten halben Stunde nach dem Aufstehen zur Zigarette oder andere Tabakprodukten greifen. Innerhalb der ersten fünf Minuten sind es immer noch 44,3%. Insbesondere dieser letztgenannte Personenkreis muss als höchst gefährdet hinsichtlich einer bestehenden Nikotinsucht angesehen werden. Differenziert nach der Haftanstaltsart zeigt sich ein bemerkenswertes Ergebnis. Den höchsten Anteil potenziell tabaksüchtiger Insassen weisen die Frauenhaftanstalten auf. Bei 53,3% von ihnen vergehen keine fünf Minuten bis zum Anzünden der ersten Zigarette. Weitere 30,3% rauchen innerhalb von

sechs bis dreißig Minuten. Auch bei den Befragten der Jugendhaftanstalten ist der Anteil derer, die sofort nach dem Aufstehen mit dem Rauchen beginnen, überdurchschnittlich hoch (49,5%). Etwas weniger als ein Drittel raucht in den ersten sechs bis dreißig Minuten des beginnenden Tages. Dem Verlangen, sofort nach dem Aufstehen zu rauchen, gehen in den Männerhaftanstalten mit einem Anteil von 40,8% weniger Personen nach, als in den beiden zuvor beschriebenen Gefangenengruppen. Zwar sind die Anteile derer die innerhalb der ersten sechs bis dreißig Minuten zur Zigarette greifen etwas über dem Mittel aller Befragten, gleichwohl ist die Suchtproblematik bei den erwachsenen Männern insgesamt geringer ausgeprägt als bei den Frauen. Mit Blick auf die Altersgruppen bestätigt sich, dass tabakbezogene Suchtprobleme insbesondere bei den jungen Gefangenen häufig auftreten. Nahezu jeder Zweite raucht innerhalb der ersten fünf Minuten nach dem Aufstehen. Leicht geringere diesbezügliche Anteile weisen die mittleren Altersgruppen auf. Hingegen berichten die über 49-Jährigen von einem solchem Verhalten zu bemerkenswert geringeren 36,1%. Jedoch weisen sie mit 38,0% den höchsten Anteil aller Altersgruppen auf, die in den ersten sechs bis dreißig Minuten mit dem Rauchen beginnen. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Geburtsland unterschieden wird. Während 35,0% der im Ausland geborenen Befragten davon berichten, keine fünf Minuten bis zum Anzünden der ersten Zigarette verstreichen zu lassen, sind es bei den Deutschstämmigen 46,1%. Bei Betrachtung der Kategorie „innerhalb von sechs bis dreißig Minuten“ liegt der Anteil in der letztgenannten Gruppe mit 30,9% aber vier Prozentpunkte unter dem der Insassen, die im Ausland geboren wurden.

Tab. 25 Zeitpunkt des Konsums der ersten Zigarette nach dem Aufstehen

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | | N |
| **Wann erste Zigarette** | | | | | | | | | | | |
| *innerhalb von 5 Minuten* | 53,1% | 40,8% | 49,5% | 48,3% | 43,6% | 45,8% | 36,1% | 46,1% | 35,0% | 44,3% | 967 |
| *innerhalb von 6 bis 30 Minuten* | 30,4% | 32,4% | 29,0% | 30,0% | 31,8% | 29,5% | 38,6% | 30,9% | 35,0% | 31,6% | |
| *innerhalb von 30 bis 60 Minuten* | 11,3% | 17,9% | 14,0% | 14,3% | 17,6% | 14,5% | 15,7% | 16,3% | 15,3% | 16,1% | |
| *Es dauert länger als 60 Minuten* | 5,2% | 8,9% | 7,5% | 7,4% | 7,0% | 10,2% | 9,6% | 6,7% | 14,6% | 8,0% | |

#### 4.5.4.9 Bedeutung der Inhaftierung für das Rauchverhalten

Gefragt nach der Bedeutung der Inhaftierung für das eigene Rauchverhalten, gibt mehr als die Hälfte an (56,2%), dass aufgrund des Haftaufenthaltes der Tabakkonsum zugenommen hat (siehe Tabelle 26). Etwa jeder elfte Gefangene raucht seit Haftantritt weniger und etwas mehr als ein Drittel sieht keinen Zusammenhang zwischen dem Gefängnisaufenthalt und der Intensität des eigenen Rauchens. Während sich die diesbezüglichen Anteile zwischen den Insassen der Frauen- und Männerhaftanstalten nur leicht unterscheiden – 61,3% der Frauen resp. 57,2% der Männer bejahen einen Zusammenhang – berichten die Befragten in den Jugendhaftanstalten deutlich weniger häufig (40,6%) davon, aufgrund der Inhaftierung mehr zu rauchen. Vielmehr gibt mehr als jeder Fünfte an, aufgrund dessen weniger häufig Tabakprodukte zu konsumieren.

Werden die Altersgruppen betrachtet, so erstaunt zunächst einmal dass – entgegen der gleichaltrigen Gruppe aus der Jugendhaftanstalt – mehr als die Hälfte aller bis 24-Jährigen einen Zusammenhang zwischen Haft und Rauchverhalten sieht. Hingegen verneinen 16,1% einen solchen Zusammenhang. Die höchste Zustimmung zu der erstgenannten Aussage zeigt sich in den Altersgruppen 25–39 Jahre (61,9%) und 40–49 Jahre (54,4%). Eine Reduktion des Rauchens wird von diesem Personenkreis nur zu geringen Anteilen benannt. Insgesamt die geringste Bedeutung der Haft für das Rauchen sehen die ältesten Befragten. 46,3% verneinen einen solche Beziehung. Nur etwas mehr als ein Drittel gibt an, seit dem Haftantritt intensiver Tabakprodukte zu konsumieren, während 15,9% das Rauchen in dieser Zeit reduzierten.

Bemerkenswerte Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Geburtsland unterschieden wird. Während etwas mehr als die Hälfte der deutschstämmigen Gefangenen eine Verbindung zwischen Inhaftierung und Intensivierung des Rauchens sehen, sind es bei den im Ausland geborenen Befragten fast drei Viertel (71,9%). Dem entsprechend liegt in der letztgenannten Gruppe der Anteil derer, die einen solchen Zusammenhang verneinen, bei vergleichsweise geringen 22,6% (Deutschstämmige: 37,1%).

Tab. 26 Bedeutung der Inhaftierung für das Rauchverhalten

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | | N |
| *rauche aufgrund der Inhaftierung mehr* | 61,3% | 57,2% | 40,6% | 52,1% | 61,9% | 54,4% | 37,8% | 53,4% | 71,9% | 56,2% | 962 |
| *rauche aufgrund der Inhaftierung weniger.* | 6,8% | 7,3% | 21,8% | 16,1% | 6,3% | 4,4% | 15,9% | 9,5% | 5,5% | 8,8% | |
| *es gibt keinen Zusammenhang* | 31,9% | 35,5% | 37,6% | 31,8% | 31,8% | 41,1% | 46,3% | 37,1% | 22,6% | 35,0% | |

#### 4.5.4.10 Gründe für die Steigerung des Tabakkonsums während der Haft

Im Fragebogen ist eine Vielzahl von möglichen Gründen genannt worden, die zu einer Intensivierung des Tabakkonsums führen können. Die Befragten sollten für jeden einzelnen Grund angeben, welche Bedeutung sie diesem in Bezug auf das eigene Rauchverhalten beimessen.

Jeweils acht von zehn geben an, dass Langeweile und Stress für die Steigerung des Rauchens von Relevanz sind (siehe Tabelle 27). Etwa sieben von zehn benennen als bedeutsame Gründe das Vermissen von Familienangehörigen oder Freunde sowie das „Eingesperrtsein“. Für fast zwei Drittel steht der Genuss im Vordergrund und etwas mehr als die Hälfte sieht die unklare Vollzugssituation als wichtigen Grund für die Zunahme des Rauchens an. Hingegen sind Schuldgefühle (35,3%) und Streit mit dem Gefängnispersonal (25,4%) oder den Mitgefangenen (27,8%) nur für eine Minderheit der Häftlinge von Relevanz.

Wird die Bedeutsamkeit der Gründe für die Steigerung des Rauchens in Haft nach der Haftanstaltsart unterschieden, so zeigen sich hinsichtlich der „Langeweile“ und des „Eingesperrtseins“ keine nennenswerten Differenzen. Jedoch benennen Frauen weit überdurchschnittlich „Stress“ als Tabakkonsum fördernd (92,1%); bei den Insassen der Jugendhaftanstalt sind es mit 71,4% erheblich weniger. Letztere betonen dafür weit häufiger als die Befragten der anderen beiden Vergleichsgruppen den Genuss beim Rauchen (75,0%). Schuldgefühle spielen bei diesen jungen Gefangenen hingegen nur für 13,0% eine Rolle. Der diesbezügliche Anteil der Frauen liegt mit 41,7% mehr als drei Mal so hoch. Die weiblichen Gefangenen sind es auch, die das Vermissen von Familien-

angehörigen und Freunden besonders häufig als einen bedeutsamen Grund für die Intensivierung des Rauchens benennen (83,6%). Bei den Insassen der Männerhaftanstalten liegt der entsprechende Anteil bei 70,1% und bei denen der Jugendhaftanstalt bei vergleichsweise geringen 58,2%. Auch in Bezug auf die unklare Vollzugssituation sowie dem Streit mit dem Personal oder den Mitgefangenen liegen die Anteile der Frauen jeweils über dem Durchschnitt.

Tab. 27 Gründe für die Steigerung des Tabakkonsums während der Inhaftierung (Mehrfachnennung möglich)

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Ausland | | N |
| Langeweile | 80,4% | 81,6% | 82,4% | 82,5% | 82,6% | 79,2% | 74,5% | 82,5% | 76,5% | 81,4% | 771 |
| Stress | 92,1% | 78,6% | 71,4% | 79,5% | 81,1% | 82,0% | 78,7% | 79,5% | 86,8% | 80,7% | 762 |
| Genuss | 66,7% | 62,4% | 75,0% | 69,8% | 60,6% | 69,7% | 69,8% | 66,7% | 53,7% | 64,8% | 698 |
| das Eingesperrtsein | 71,8% | 68,0% | 70,9% | 69,4% | 69,0% | 67,6% | 71,1% | 68,1% | 72,8% | 69,1% | 708 |
| Schuldgefühle | 41,7% | 36,9% | 13,0% | 24,5% | 39,2% | 37,8% | 32,4% | 31,2% | 53,6% | 35,3% | 624 |
| unklare Vollzugssituation | 58,1% | 54,9% | 39,7% | 45,9% | 55,4% | 62,7% | 45,0% | 51,6% | 64,0% | 53,8% | 665 |
| das Vermissen von Familie und Freunden | 83,6% | 70,1% | 58,2% | 69,5% | 73,8% | 70,2% | 65,4% | 70,6% | 76,7% | 71,7% | 750 |
| Streit mit dem Gefängnispersonal | 35,4% | 23,1% | 21,6% | 22,7% | 27,6% | 26,2% | 11,8% | 22,8% | 36,5% | 25,4% | 658 |
| Streit mit anderen Gefangenen | 44,2% | 24,1% | 19,4% | 22,0% | 30,9% | 27,9% | 17,1% | 26,4% | 33,3% | 27,8% | 662 |

Werden die Gründe einer Steigerung des Rauchens nach dem Alter differenziert, so variieren die Anteile zwar weit weniger stark als hinsichtlich der Haftanstaltsart, gleichwohl zeigen sich einige interessante Ergebnisse. So geben die über 49-Jährigen zu geringen Anteilen die Langeweile (74,5%), die unklare Vollzugssituation (45,0%) und den Streit mit dem Personal (11,8%) und den Mitgefangenen (17,1%) als einen bedeutsamen Grund an. Für die bis 24-Jährigen ist hingegen der vergleichsweise geringe Anteil derer, die Schuldgefühle als bedeutend für das eigene Rauchverhalten charakterisieren, auffällig (24,5%).

Mit Ausnahme von Langeweile und Genuss weisen die im Ausland geborenen Häftlinge jeweils höhere Anteile bei den Gründen für einen gesteigerten

Tabakkonsum in Haft auf als die deutschstämmigen Gefangenen. Besonders groß sind die Differenzen in Bezug auf die Schuldgefühle (deutschstämmig: 31,2%; Ausland: 53,6%), die unklare Vollzugssituation (deutschstämmig: 51,6%; Ausland: 64,0%) und den Streit mit dem Gefängnispersonal (deutschstämmig: 22,8%; Ausland: 36,5%).

### *4.5.5 Reduktion des Tabakkonsums*

#### 4.5.5.1 In Haft vollzogene Abstinenzversuche

Genau die Hälfte der aktuell rauchenden Gefangenen hat während des Haftaufenthaltes schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (siehe Tabelle 28). Bei den Männern war dies mit 55,8% (Jugendhaftanstalt) und 52,2% (Männerhaftanstalt) häufiger der Fall, als für die Frauen. Letztere berichten nur zu 37,2% von einem Abstinenzversuch. Ab dem vierzigsten Lebensjahr scheint die Motivation der Gefangenen, das Rauchen beenden zu wollen, abzunehmen. Denn während die 25- bis 39-Jährigen noch zu 52,7% einen solchen Versuch unternahmen, sind es in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen nur noch 44,6%. Bei den über 49-Jährigen fällt der entsprechende Anteil nochmals um sechs Prozentpunkte. Auch hinsichtlich des Geburtslandes zeigt sich eine deutliche Differenz in dem Anteil derer, die während der Haft bereits versuchten, dem Tabakkonsum zu entsagen. Es sind die im Ausland geborenen Gefangenen, die hiervon überdurchschnittlich berichten (57,3%).

Diejenigen, die einen Abstinenzversuch bejahten, sind gefragt worden, auf welche Art und Weise sie versuchten, diesen Prozess zu unterstützen. Etwas weniger als zwei Drittel (62,6%) griffen auf keine unterstützenden Maßnahmen zurück. 30,7% suchten Ablenkung durch sportliche Aktivitäten und etwa jeder Zehnte vermied den Kontakt zu anderen Rauchern. Die Nutzung von Nikotinpflaster oder ähnlichen Substituten sowie eine therapeutische Beratung wurde wurde nur jeweils von sehr wenigen benannt. Mit Blick auf die Haftanstaltsart wird deutlich, dass insbesondere in den Jugendhaftanstalten sportliche Aktivitäten zur Ablenkung genutzt wurden. Mehr als jeder Vierte, der in Haft bereits einen Abstinenzversuch unternahm, berichtet hiervon (43,1%). In der Männerhaftanstalt liegt dieser Anteil mit 30,3% schon deutlich darunter und fällt nochmals erheblich bei den Frauen (22,2%). Letztere berichten hingegen zu überdurchschnittlichen 13,9% davon, den Kontakt mit anderen Rauchern zu meiden oder Nikotinersatzpräparaten anzuwenden

(5,6%). In der Jugendhaftanstalt haben 10,3% schon einmal eine therapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Je älter die Gefangenen werden, desto häufiger verzichten sie bei ihrem Versuch das Rauchen zu beenden auf unterstützende Maßnahmen. Zwei Drittel der über 39-Jährigen verneinen jegliche Art von Hilfe. Bei den bis 24-Jährigen liegt dieser Anteil mit 55,6% bemerkenswert niedriger. Etwa ein Drittel der beiden jüngeren Altersgruppen trieb Sport, um sich abzulenken. In den beiden höheren Altersgruppen war es etwa jeder Fünfte. Nahezu jeder Zweite der im Ausland geborenen Gefangenen begleitete den Versuch der Beendigung des Rauchens durch unterstützende Maßnahmen (48,9%; Deutschstämmige: 34,5%). Insbesondere sportliche Aktivitäten (42,2%) und – schon mit einem deutlich geringeren Anteil – die Vermeidung des Kontakts mit anderen Rauchern (18,9%) wurden von ihnen häufiger benannt, als von den deutschstämmigen Insassen (Sport: 27,8%; kein Kontakt mit Rauchern: 9,4%).

Tab. 28 Abstinenzversuch während der Haft und Art der Unterstützung während eines Abstinenzversuches

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Ausland | | N |
| **Abstinenzversuch während der Haft** | 37,2% | 52,2% | 55,8% | 50,8% | 52,7% | 44,6% | 38,4% | 48,3% | 57,3% | 49,5% | 971 |
| **Art der Unterstützung bei Abstinenzversuch** | (Mehrfachnennung möglich) | | | | | | | | | | |
| *keine* | 68,1% | 63,9% | 48,3% | 55,6% | 63,1% | 67,1% | 68,8% | 65,5% | 51,1% | 62,6% | 476 |
| *Ablenkung durch Sport* | 22,2% | 30,3% | 43,1% | 35,4% | 33,6% | 19,2% | 18,8% | 27,8% | 42,2% | 30,7% | |
| *Vermeidung des Kontakts mit anderen Rauchern* | 13,9% | 11,0% | 8,6% | 6,1% | 12,2% | 15,1% | 9,4% | 9,4% | 18,9% | 11,1% | |
| *Nikotinpflaster und ähnliches* | 5,6% | 0,9% | 0,0% | 0,0% | 1,5% | 1,4% | 6,3% | 1,3% | 2,2% | 1,5% | |
| *therapeutische Beratung* | 1,4% | 1,2% | 10,3% | 7,1% | 1,5% | 0,0% | 0,0% | 2,9% | 0,0% | 2,3% | |
| *andere* | 16,7% | 11,0% | 13,8% | 13,1% | 12,5% | 12,3% | 6,3% | 10,9% | 17,8% | 12,2% | |

#### 4.5.5.2 Abstinenzversuch in den nächsten sechs Monaten

Exakt zwei Drittel der aktuell rauchenden Gefangenen verneinen die Frage, ob sie in den sechs Monaten nach Durchführung der Befragung einen Versuch unternehmen wollen, das Rauchen einzustellen (siehe Tabelle 29). Hingegen beabsichtigt ein Fünftel noch während der Haft eine solche Maßnahme und etwa jeder Siebte (14,3%) will damit erst nach der Haftentlassung beginnen.

Mit Blick auf die Haftanstaltsart sind es insbesondere die Insassen der Männerhaftanstalten, die im Vergleich zu den Frauen und den Jugendlichen häufiger planen, das Rauchen innerhalb eines halben Jahres zu beenden; 22,2% noch während der Haft und weitere 16,5% nach Haftentlassung. Für die Frauen betragen die entsprechenden Anteile nur jeweils 10,8%. Aus Sicht zukünftiger Präventionsarbeit ist zudem interessant, dass von den Insassen der Jugendhaftanstalt, die sich vorgenommen haben, das Rauchen innerhalb eines halben Jahres zu beenden, der überwiegende Teil dies noch während der Inhaftierung durchführen möchte.

Eine besonders ausgeprägte Motivation, das Rauchen zeitnah zu beenden, zeigen die mittleren Altersgruppen. 21,5% der 25- bis 39-Jährigen und 18,1% der 40- bis 49-Jährigen möchten dieses Vorhaben noch während ihres Haftaufenthaltes verwirklichen, 15,5% resp. 14,4% erst nach Entlassung aus der Haft. Im Gegensatz zu allen anderen Altersgruppen liegt bei den über 49-Jährigen der Anteil derer, die einen Abstinenzversuch erst nach Haftentlassung starten möchten, über dem Anteil der Personen, die vorhaben, dies noch während der Inhaftierung zu versuchen.

Die im Ausland geborenen Gefangenen zeigen sich stärker motiviert den Versuch zu starten das Rauchen zu beenden, als die deutschstämmigen Insassen. Plant die erstgenannte Gruppe zu 43,8% ein solches Vorhaben, so sind es in der letztgenannten vergleichsweise geringe 32,0%. Insgesamt beabsichtigt mehr als ein Viertel aller im Ausland geborenen Befragten noch während der Haft einen Abstinenzversuch. Weitere 16,3% nehmen sich dies für die Zeit nach der Entlassung vor. Bei den deutschstämmigen Häftlingen betragen die entsprechenden Anteile 18,0% resp. 14,0%.

#### 4.5.5.3 Einschätzung der Erfolgsaussichten eines Abstinenzversuchs

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum nur etwa ein Drittel aller rauchenden Gefangenen die Absicht äußerte, in naher Zukunft einen Versuch zu unternehmen, das Rauchen zu beenden, zeigt sich in der Verteilung der Ein-

schätzung der Erfolgsaussichten eines solchen Vorhabens (siehe Tabelle 29). Fast zwei Drittel geben an, dass sie diesbezüglich unsicher sind. Etwas weniger als ein Viertel ist sich zumindest „relativ sicher“ und lediglich 12,2% sind fest davon überzeugt, dass ein Abstinenzversuch erfolgreich sein würde. Die größte Zuversicht von allen Befragten äußerten die Männer. Jeweils etwa jeder Siebte in den Männer- und Jugendhaftanstalten äußerte sich entsprechend. Frauen sind hinsichtlich der eigenen Erfolgsaussichten weitaus skeptischer. Nur 4,8% sind sich völlig sicher, dass ein Abstinenzversuch gelingen würde. Auch in Bezug auf die Altersgruppen zeigen sich Unterschiede. Die höchsten Anteile der Kategorie „völlig sicher“ finden sich bei den 40- bis 49-Jährigen (18,6%) und den über 49-Jährigen (14,1%). Hingegen sind die Anteile derer, die sich relativ sicher sind in den beiden jüngeren Altersgruppen höher als bei den älteren Häftlingen.

Die im Ausland geborenen Gefangenen äußern sich mit einem Anteil von 18,6% bemerkenswert häufiger sehr zuversichtlich als die deutschstämmigen Befragten (11,1%). Die anteilsbezogenen Nennungen bzgl. der Kategorie „relativ sicher“ liegen hingegen für beide Gruppen bei 23,3%.

#### 4.5.5.4 Nachfrage des Gesundheitspersonals bzgl. des Wunsches nach Beendigung des Rauchens

Tab. 29 Frühere und zukünftige Versuche das Rauchen zu beenden

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Ausland | % | N |
| **Abstinenzversuch die nächsten 6 Monate** | | | | | | | | | | | |
| *nein* | 78,5% | 61,3% | 75,5% | 71,2% | 62,9% | 67,5% | 72,1% | 68,0% | 56,2% | 66,2% | 942 |
| *ja, noch während der Haft* | 10,8% | 22,2% | 17,6% | 17,8% | 21,5% | 18,1% | 12,8% | 18,0% | 27,5% | 19,4% | |
| *ja, aber erst nach der Haft* | 10,8% | 16,5% | 6,9% | 11,0% | 15,5% | 14,4% | 15,1% | 14,0% | 16,3% | 14,3% | |
| **Erfolg eines Abstinenzversuches wäre …** | | | | | | | | | | | |
| *völlig sicher* | 4,8% | 14,1% | 14,3% | 10,5% | 10,6% | 18,6% | 14,1% | 11,1% | 18,6% | 12,2% | 828 |
| *relativ sicher* | 22,0% | 24,0% | 20,2% | 25,1% | 24,3% | 20,0% | 18,3% | 23,3% | 23,3% | 23,2% | |
| *unsicher* | 73,2% | 62,0% | 65,5% | 64,3% | 65,1% | 61,4% | 67,6% | 65,6% | 58,1% | 64,6% | |
| **Nachfrage des Gesundheitspersonals bzgl. Rauchstopp** | 11,1% | 10,9% | 19,8% | 15,6% | 10,0% | 9,8% | 16,5% | 12,3% | 9,2% | 11,7% | 938 |

Nur etwa jeder zehnte der rauchenden Gefangenen kann sich erinnern, dass er von dem Gesundheitspersonal in den Gefängnissen gefragt worden ist, ob er mit dem Rauchen aufhören möchte (siehe Tabelle 29). In der Jugendhaftanstalt liegt dieser Anteil fast doppelt so hoch. Auch die Altersgruppe der über 49-Jährigen berichtet hiervon überdurchschnittlich häufig. Ansonsten zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede in den Verteilungen.

#### 4.5.5.5 Gründe für die Reduzierung des Tabakkonsums

Gefragt nach den Gründen, welche die Häftlinge dazu bewegen könnten, das Rauchen einzuschränken oder zu beenden, benennen fast zwei Drittel die Verbesserung der eigenen Gesundheit als sehr wichtig (siehe Abbildung 10). Ein weiteres Viertel misst diesem Grund eine „eher wichtige„ Bedeutung bei. Aber auch ein Vorbild zu sein für Andere (z. B. Kinder) oder „etwas Positives für sich selbst machen“ werden von drei Vierteln aller Befragten als sehr wichtige oder eher wichtige Beweggründe eingestuft. Eine kaum geringere Bedeutung hat das Sparen von Geld und auch die Verbesserung des eigenen Geruchs wird von noch weit mehr als der Hälfte aller befragten Gefangenen als wichtiger Grund für die Durchführung eines Abstinenzversuches genannt.

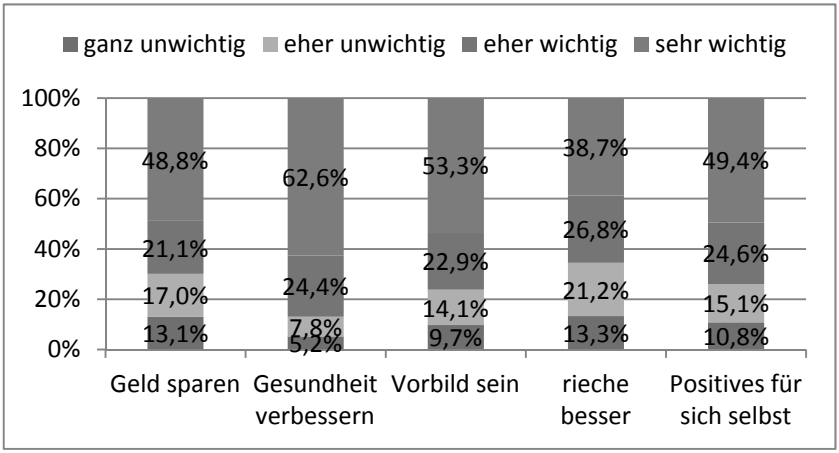


Abb. 10 Mögliche Gründe für die Reduktion des Rauchens

In der nachfolgenden Tabelle 30 sind Nennungen zu den Beweggründen eines Rauchreduktions- bzw. Abstinenzversuches differenziert nach Art der

Haftanstalt, Alter und Geburtsland differenziert, dargestellt. Abgetragen sind jeweils die aufsummierten Anteile der Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“. Hinsichtlich des Geld Sparens zeigen sich keine berichtenswerte Unterschiede. Anders verhält es sich in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheit. Dieser Grund wird von den Insassen der Männer- und – mit einem etwas geringeren Anteil – Frauenhaftanstalten häufiger als wichtig eingestuft, als von denen der Jugendhaftanstalten. Mit Blick auf das Geburtsland sind es die im Ausland geborenen Häftlinge, die mit einem Anteil von 92,3% der Gesundheitsverbesserung häufiger eine wichtige Bedeutung beimessen, als die Deutschstämmigen (85,9%).

Ein Vorbild zu sein für Andere wird insbesondere von den Frauen sehr häufig genannt. Deren Anteil liegt mit 86,2% mehr als zehn Prozentpunkte über dem der Insassen der Männerhaftanstalten und zwanzig Prozentpunkte über dem der Befragten in den Jugendhaftanstalten. Mit Blick auf die Alterskategorien zeigt sich, dass es insbesondere die mittleren Altersgruppen sind, die der Vorbildfunktion häufig eine wichtige Bedeutung beimessen. Die entsprechenden Anteile liegen jeweils bei etwa achtzig Prozent. Hingegen benennen nur etwas mehr als die Hälfte der über 49-Jährigen den Vorbildcharakter des Nichtrauchens als wichtigen Grund.

Für jeweils zwei Drittel der Insassen in den Frauen- und Männerhaftanstalten wäre die Geruchsverbesserung ein wichtiges Kriterium, das Rauchen einzuschränken oder zu beenden. Für die Häftlinge der Jugendhaftanstalten ist der diesbezügliche Anteil sieben bis acht Prozentpunkte geringer. Bei Betrachtung der Altersgruppen sind es die 40- bis 49-Jährigen, die zu einem vergleichsweise geringen Anteil, die Verbesserung des eigenen Geruchs für wichtig erachten (55,6%). Sie liegen somit 14 Prozentpunkte unter dem der 25- bis 39-Jährigen. Auch hinsichtlich des Geburtslandes zeigen sich Differenzen im Antwortverhalten. Die im Ausland geborenen Befragten weisen mit 71,8% einen sieben Prozentpunkte höheren Anteil auf, als die Deutschstämmigen.

Etwas Positives für sich selbst zu machen wäre für mehr als drei Viertel aller Insassen von Männerhaftanstalten ein Grund das Rauchen zu reduzieren oder gänzlich damit aufzuhören. Der Anteil der Frauen liegt mit 70,4% schon um etwas darunter. Eine nochmals erheblich geringere Zustimmung erfährt dieses Kriterium bei den Befragten der Jugendhaftanstalten. Während sich in Bezug auf die Altersgruppen – vom unterdurchschnittlichen Anteil der Jugendlichen abgesehen – keine inhaltlich bedeutsamen Unterschiede feststel-

len lassen, wäre für viele der im Ausland geborenen Häftlinge der Umstand, für sich selbst etwas Positives bewegen zu können ein wichtiger Grund für eine Reduzierung des Tabakkonsums (81,5%). Der entsprechende Anteil der deutschstämmigen Häftlinge beträgt 72,7%.

Tab. 30 Mögliche Gründe für die Reduzierung oder Beendigung des Rauchens

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | % | N |
| Geld zu sparen | 70,1% | 69,4% | 72,4% | 73,5% | 68,3% | 69,7% | 71,2% | 70,0% | 68,2% | 69,9% | 830 |
| Meine Gesundheit verbessern | 85,5% | 89,2% | 75,2% | 81,6% | 89,0% | 87,7% | 85,5% | 85,9% | 92,3% | 87,0% | 863 |
| Vorbild sein (z.B. Kinder) | 86,2% | 75,0% | 66,3% | 70,7% | 79,8% | 78,4% | 56,5% | 75,6% | 78,8% | 76,2% | 790 |
| Ich rieche besser | 66,5% | 66,2% | 58,9% | 61,9% | 69,5% | 55,6% | 68,8% | 64,4% | 71,8% | 65,5% | 754 |
| Etwas positives für mich selbst machen | 70,4% | 76,9% | 61,7% | 65,5% | 74,9% | 79,7% | 79,2% | 72,7% | 81,5% | 74,0% | 779 |

Die Tabelle gibt die Anteile der Befragten wieder, welche die genannten Gründe jeweils als „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ bewertet haben.

#### 4.5.5.6 Hindernisse auf dem Weg das Rauchen einzuschränken oder ganz zu beenden

Die Häftlinge sind im Rahmen der Befragung gebeten worden, die Bereiche zu benennen, die für sie persönlich ein Hindernis darstellen, das Rauchen einzuschränken bzw. zu beenden. In Abbildung 11 sind die entsprechenden Anteile dargestellt. Die Hindernisse einer Reduzierung des Rauchens in den Blick nehmend, wird deutlich, dass ein Übermaß an Stress von den Gefangenen am häufigsten genannt wird (62,9%). Etwas weniger als die Hälfte sieht die eigene Nikotinabhängigkeit als Hemmnis für einen weniger intensiven Tabakgebrauch und jeweils etwa vier von zehn benennen eine mangelnde Unterstützung, zu viele andere Raucher in der unmittelbaren Umgebung bzw. einen Mangel an Willen. Ebenfalls fast vierzig Prozent berichten von einem generell geringen Interesse an einer Reduzierung des Rauchens.

Drei von zehn Gefangenen sehen die frustrierende Erfahrung von früheren, erfolglosen Abstinenzversuchen als ein Motivationsproblem und ebenso viele schreckt die Angst vor einer Zunahme des Gewichts davon ab, weniger zu

rauchen. Etwa ein Fünftel hat Angst, innerhalb des Gefängnisses als Nichtraucher aufzufallen.

Wird der Fokus auf die möglichen Hindernisse der Beendigung des Rauchens gelenkt, dann zeigen sich nur in Bezug auf ausgewählte Sachverhalte berichtenswerte Abweichungen von den Anteilen der Nennungen für die Reduzierung des Rauchens. So spielt der Stress im Gefängnisalltag für den Abstinenzversuch mit einem Anteil von 35,2% eine deutlich geringere Rolle, als für die bloße Reduzierung. Auch die eigene Nikotinabhängigkeit wird in diesem Zusammenhang von weniger Häftlingen als Problem gesehen, ist aber gleichwohl zusammen mit dem Eingeständnis eines unzureichenden Willens an der Spitze der bedeutendsten Hindernisse für eine Beendigung des Rauchens. Hingegen wird die Erfahrung mehrerer erfolgloser Abstinenzversuche als Hindernis für eine Beendigung des Rauchens mit 39,1% bemerkenswert häufiger angegeben als hinsichtlich der Tabakkonsumreduzierung. Gleiches gilt – wenn auch etwas weniger deutlich – für die Angst, an Gewicht zuzunehmen (36,7%).

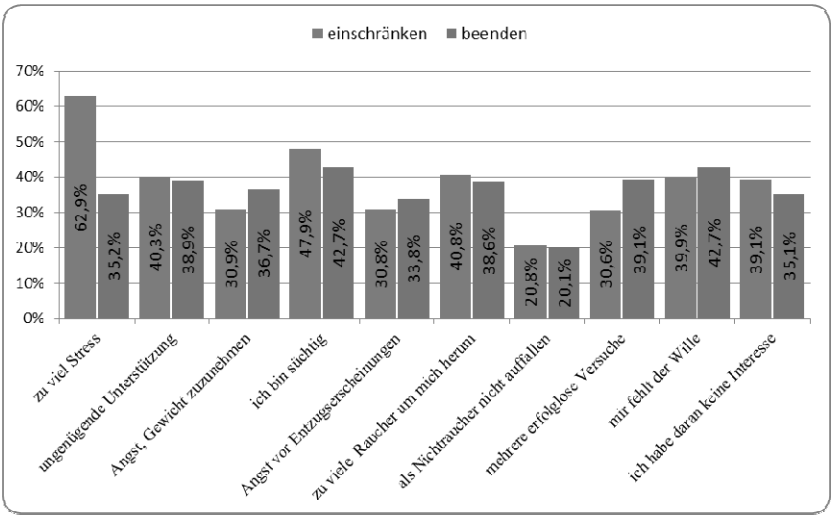


Abb. 11 Hindernisse für den Erfolg einer Tabakkonsumreduzierung bzw. -beendigung (Mehrfachnennung möglich)

In Tabelle 31 sind die Anteile der Nennungen für die Hindernisse einer Beendigung des Rauchens differenziert nach Haftanstaltsart, Alter und Geburtsland dargestellt. Zu viel Stress betonen überdurchschnittlich häufig die Insassen der Jugendhaftanstalten. Gleiches gilt – wenn die Altersgruppen in den Fokus genommen werden – für die 40- bis 49-Jährigen. Der Anteil bei den über 49-Jährigen beträgt hingegen nur 23,6%. Auch die im Ausland geborenen Befragten sehen überdurchschnittlich häufig ein Übermaß an Stress als ein Hemmnis für einen erfolgreichen Abstinenzversuch.

Die Angst, durch eine Beendigung des Rauchens an Gewicht zuzunehmen, äußern Frauen bemerkenswert häufiger (43,2%) als die männlichen Gefangenen (35,2%). Auch die älteren Gefangenen befürchten solche Auswirkungen der Abstinenz häufiger als die Jüngeren. Mit Blick auf das Geburtsland sind es die deutschstämmigen Befragten, deren diesbezüglicher Anteil mit 38,1% elf Prozentpunkte über dem der im Ausland geborenen Insassen liegt.

Zu viele andere Raucher in der Umgebung der Befragten bemängeln mit einem Anteil von 46,4% überdurchschnittlich häufig die Gefangenen der Jugendhaftanstalt. In der Altersgruppe der über 49-Jährigen, sehen vergleichsweise wenige (23,6%) darin ein Hindernis, mit dem Rauchen aufzuhören. Auch in der Gruppe der im Ausland geborenen Häftlinge liegt dieser Anteil mit 33,0% unter dem mittleren Anteil aller Befragten.

Die Angst, als Nichtraucher aufzufallen, wird von insgesamt jedem fünften Gefangenen geäußert. Während der entsprechende Anteil bei den Insassen der Jugendhaftanstalt mit 17,9% unterdurchschnittlich ausfällt, liegt er in der Gesamtgruppe der bis 24-Jährigen bei 24,1%. Womöglich sehen die jungen Männer, die nicht in einer Jugend-, sondern in einer Männerhaftanstalt untergebracht sind, dort ein größeres Problem darin sich als Nichtraucher behaupten zu können. Darüber hinaus ist mit Blick auf die Altersgruppen der geringe Anteil der über 49-Jährigen auffällig (9,1%). Auch die im Ausland geborenen Gefangenen sehen mit einem Anteil von 14,0% zu geringeren Anteilen ein Problem darin, sich als Nichtraucher im Gefängnisalltag zu bewegen (Deutschstämmige: 21,3%).

Die frustrierende Erfahrung mehrerer erfolglos unternommener Abstinenzversuche empfinden insbesondere die Insassen der Jugendhaftanstalt als ein bedeutsames Hindernis dafür, einen erneuten Versuch zur Beendigung des Rauchens zu wagen (46,4%). Für die Gefangenen in den Männerhaftanstalten beträgt dieser Anteil 41,5%. Bei den Frauen sind es mit einem Anteil von

28,0% erheblich weniger. Werden die Altersgruppen betrachtet, so zeigt sich mit steigendem Lebensalter eine abnehmende Bedeutung des hier betrachteten Sachverhaltes. Während 46,6% der bis 24-Jährigen die Erinnerung an frühere gescheiterte Versuche, das Rauchen einzustellen, als bedeutsam ansehen, liegt der entsprechende Anteil bei den über 49-Jährigen bei 30,9%.

Einen unzureichend ausgeprägten Willen, um einen Abstinenzversuch auch anzugehen und erfolgreich abzuschließen, gibt mehr als jeder zweite Insasse der Jugendhaftanstalten an (53,6%). In der Männerhaftanstalt sind es 44,0% und bei den Frauen deutlich geringere 34,1%. Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich kein stringent altersabhängiges Antwortverhalten. Während genau die Hälfte der bis 24-Jährigen und 44,8% der 40- bis 49-Jährigen von sich meinen, dass die Motivation zur Beendigung des Rauchens nicht ausreichend ist, sind es in den beiden anderen Altersgruppen jeweils vier von zehn der befragten Insassen.

Tab. 31 Hindernisse der erfolgreichen Durchführung eines Abstinenzversuches (Mehrfachnennung möglich)

| | Art der Haftanstalt | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Ausland | % | N |
| zu viel Stress | 34,1% | 35,1% | 39,3% | 32,8% | 35,4% | 42,9% | 23,6% | 34,3% | 40,0% | 35,2% | 627 |
| ungenügende Unterstützung | 37,1% | 39,9% | 35,7% | 37,1% | 38,6% | 41,9% | 40,0% | 39,5% | 36,0% | 38,9% | |
| Angst, Gewicht zuzunehmen | 43,2% | 35,3% | 32,1% | 38,8% | 32,9% | 41,9% | 47,3% | 38,1% | 27,0% | 36,7% | |
| ich bin süchtig | 35,6% | 43,7% | 51,8% | 47,4% | 42,9% | 47,6% | 23,6% | 44,4% | 33,0% | 42,7% | |
| Angst vor Entzugserscheinungen | 31,1% | 34,9% | 32,1% | 36,2% | 32,0% | 41,0% | 27,3% | 33,9% | 33,0% | 33,8% | |
| zu viele andere Raucher in meiner Umgebung | 38,6% | 37,6% | 46,4% | 41,4% | 40,3% | 38,1% | 23,6% | 39,8% | 33,0% | 38,6% | |
| ich will nicht auffallen als Nichtraucher | 18,2% | 21,0% | 17,9% | 24,1% | 20,9% | 19,0% | 9,1% | 21,3% | 14,0% | 20,1% | |
| mehrere erfolglose Versuche | 28,0% | 41,5% | 46,4% | 46,6% | 38,9% | 36,2% | 30,9% | 38,9% | 41,0% | 39,1% | |
| mir fehlt der Wille | 34,1% | 44,0% | 53,6% | 50,0% | 40,3% | 44,8% | 40,0% | 43,5% | 40,0% | 42,7% | |
| ich habe daran | 35,6% | 35,5% | 30,4% | 29,3% | 38,0% | 32,4% | 34,5% | 37,2% | 25,0% | 35,1% | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| keine Interesse | | | | | | | | | | | |

Dass ein Mangel an Willen zur Beendigung des Rauchens nicht zwangsläufig die Folge eines Desinteresses gegenüber dieser Thematik bedeuten muss, macht die letzte Zeile der Tabelle 31 deutlich. Denn im Vergleich zu den Frauen- und Männerhaftanstalten geben weniger der Insassen der Jugendhaftanstalten an, sie würden sich für einen Abstinenzversuch nicht interessieren. Gleiches gilt für die im Ausland geborenen Gefangenen, von denen nur ein Viertel das mangelnde Interesse als ein bedeutsames Hindernis für die Durchführung eines Abstinenzversuches sieht. Bei den deutschstämmigen beträgt dieser Anteil hingegen 37,2%.

### *4.5.6 Einschätzung der Bedeutung von Hilfemaßnahmen*

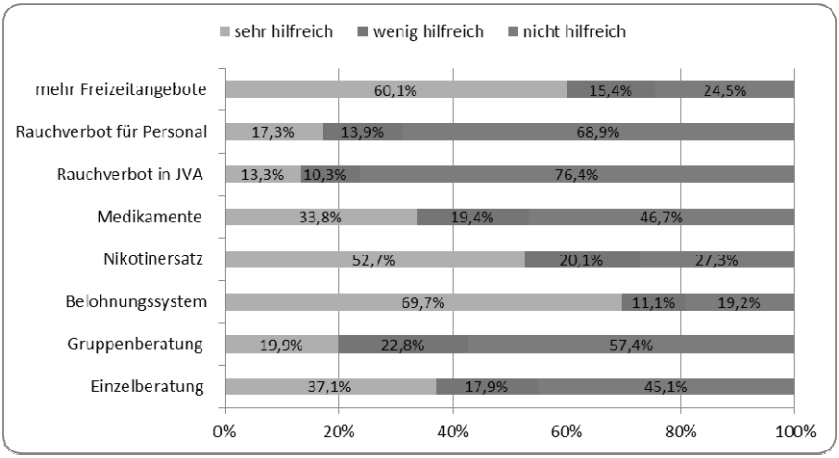


Abb. 12 Unterstützende Maßnahmen eines Abstinenzversuches

Zum Abschluss der Befragung sind die Gefangenen gebeten worden einzuschätzen, für wie hilfreich sie verschiedene, im Fragebogen vorgegebene Maßnahmen zur Unterstützung eines Abstinenzversuches einschätzen würden. Aus Abbildung 12 wird deutlich, dass die Einzelberatung mit einem Anteil von 37,1% zwar deutlich besser bewertet wird, als die Gruppenberatung (19,9%), gleichwohl sieht insgesamt nur eine Minderheit die klassischen Beratungsangebote als sehr hilfreich an. Während auch die Vergabe von Medikamenten nur von etwa einem Drittel der Befragten als bedeutsam ein-

gestuft wird, halten 52,7% Nikotinersatzpräparate für eine sehr hilfreiche unterstützende Maßnahme. In der Schaffung von mehr Freizeitangeboten in den Haftanstalten sehen sechs von zehn Gefangenen einen sehr wichtigen Beitrag zur Unterstützung des Versuchs, das Rauchen zu beenden. Nochmals zehn Prozentpunkte höher ist der Anteil derer, die sich von dem Aufbau eines Belohnungssystems für Personen, die versuchen das Rauchen einzustellen, viel versprechen. Hingegen sehen nur 17,3% ein Rauchverbot für das Gefängnispersonal und 13,3% ein völliges Rauchverbot in der Haftanstalt als sehr hilfreich an.

In Tabelle 32 sind die Einschätzungen des unterstützenden Effekts der verschiedenen Maßnahmen differenziert nach der Art der Haftanstalt, dem Alter und dem Geburtsland wiedergegeben. Dargestellt sind jeweils nur die Anteile der Kategorie „sehr hilfreich“. Die Einzelberatung wird insbesondere von den Insassen der Männerhaftanstalten häufiger als geeignetes Instrument benannt (43,5%). Der entsprechende Anteil der Frauen liegt mit 27,1% schon deutlich darunter und für die Jugendhaftanstalten fällt dieser nochmals um zehn Prozentpunkte. Die Zustimmung zur Einzelberatung steigt mit dem Alter. Bei den über 49-Jährigen liegt der Anteil hierfür mehr als doppelt so hoch, wie bei den bis 24-Jährigen. In Bezug auf die Gruppenberatung zeigt sich – allerdings auf nochmals geringerem Niveau – ein ähnliches Bild. Belohnungssysteme für Raucher werden durchweg als sehr hilfreich angesehen: von den Männern mehr als von den Frauen und von den ganz Jungen häufiger als von den Älteren. Auch die im Ausland geborenen Gefangenen sehen hierin überdurchschnittlich eine geeignete Maßnahme.

Bei den Nikotinersatzpräparaten sind es wiederum die männlichen Insassen, die den Einsatz eines solchen Substituts öfter als gewinnbringend erachten als die Frauen. Mit Blick auf die Altersklassen sind es die über 49-Jährigen, die ein solches Produkt als sehr hilfreich einschätzen. Auch die Einnahme von Medikamenten ist unter den älteren Befragten akzeptierter als bei den Jüngeren. Gleiches gilt für die Insassen in Männerhaftanstalten und für die im Ausland geborenen Häftlinge. Ein Rauchverbot in der Haftanstalt oder zumindest ein Rauchverbot für das Personal wird von den Gefangenen weitestgehend abgelehnt. Hingegen sehen insbesondere die Befragten in den Männerhaftanstalten die Ausweitung der Freizeitangebote als eine sehr hilfreiche Maßnahme, um die Gefangenen bei ihrem Versuch das Rauchen zu beenden, zu unterstützen. Frauen halten hiervon weniger. Der diesbezügliche Anteil liegt mit 46,4% deutlich unter dem der Gefangenen in den Männerhaft-

anstalten (64,7%). Auch die im Ausland geborenen Häftlinge messen einer solchen Maßnahme überdurchschnittlich oft eine Bedeutung bei.

Tab. 32 Anteile der als sehr hilfreich erachteten unterstützenden Maßnahmen eines Abstinenzversuches

| | Art der JVA | | | Alter | | | | Geburtsland | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frauen | Männer | Jugend | bis 24 | 25-39 | 40-49 | 50+ | D | Aus-land | % | N |
| *Einzelberatung* | 27,1% | 43,5% | 17,6% | 22,3% | 37,8% | 48,6% | 50,0% | 37,3% | 36,0% | 37,1% | 577 |
| *Gruppenberatung* | 11,6% | 24,7% | 6,3% | 8,0% | 21,6% | 27,7% | 27,3% | 18,8% | 25,0% | 19,9% | 544 |
| *Belohnungssystem* | 60,0% | 72,8% | 68,4% | 70,4% | 63,3% | 64,5% | 62,8% | 68,3% | 77,6% | 69,7% | 684 |
| *Nikotinersatz* | 46,3% | 54,6% | 54,1% | 50,0% | 52,0% | 53,8% | 62,8% | 52,0% | 55,9% | 52,7% | 653 |
| *Medikamente* | 28,8% | 36,1% | 30,4% | 29,3% | 35,1% | 34,4% | 37,5% | 33,5% | 37,3% | 33,8% | 582 |
| *Rauchverbot in JVA* | 11,6% | 14,0% | 12,7% | 13,9% | 14,4% | 8,9% | 13,9% | 13,2% | 14,4% | 13,3% | 622 |
| *Rauchverbot für Personal* | 10,3% | 19,7% | 14,3% | 14,1% | 18,9% | 14,6% | 22,6% | 17,2% | 18,1% | 17,3% | 591 |
| *mehr Freizeitangebote* | 46,4% | 64,7% | 57,1% | 58,1% | 62,9% | 55,7% | 51,4% | 58,4% | 67,5% | 60,1% | 682 |

## 4.6 Messung der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten unter Verwendung von MoNic-Badges

Mit dieser Teilstudie war das Ziel verbunden, die Belastung der Raumluft durch Zigarettenrauch zu messen. Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang der Vergleich zwischen Gefangenen und Bediensteten.

### *4.6.1 Ergebnisse*

Die Ergebnisse bestätigen, dass sowohl Gefangene als auch Bedienstete in erheblichem Maße dem Passivrauch ausgesetzt sind. Laut den Messungen mithilfe der MoNic Badges atmen die nichtrauchenden Gefangenen pro Tag passiv den Rauch einer ganzen Zigarette ein (siehe Tabelle 33). Hochgerechnet auf ein Inhaftierungsjahr sind dies fast zwanzig Schachteln Zigaretten. Auch die Bediensteten – insbesondere die im Vollzugsdienst – sind während ihrer Arbeit Belastungen der Atemluft ausgesetzt. Die Messungen zeigen eine ähnlich hohe Passivrauchbelastung wie für die Gefangenen.

Tab. 33 Messungen der Passivrauchbelastung von Gefangenen und Bediensteten (MoNic Badges)

| | Gefangene N=20 | Bedienstete N=28 |
|---|---|---|
| Anteil Männer | 100% | 82% |
| Alter | 46 | 45 |
| Zigaretten Äquivalent pro Tag* | 1<br>(0.6–1.4) | 1<br>(0.8–1.3) |

* Die Angaben in Klammern geben das Konfidenzintervall des Mittelwertes wieder.

Darüber hinaus sind zusätzlich standortbezogene Messungen in einer JVA durchgeführt worden. Die Ergebnisse in Tabelle 34 machen deutlich, dass die Passivrauchbelastung innerhalb der Haftanstalt erheblich variiert. Die entsprechenden Zigarettenäquivalente schwanken zwischen Null und 1,2 pro Tag. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass mit Ausnahme eines Büros, alle Bereiche der Haftanstalt Rauchbelastungen aufweisen. Dies bedeutet, dass Personen, die sich für längere Zeit in dieser JVA aufhalten, dem Risiko ausgesetzt sind, gesundheitliche Probleme aufgrund des Passivrauchs zu entwickeln.

Tab. 34 Passivrauchbelastung ausgewählter Standorte einer JVA

| Standort | Passivrauchbelastung in Zigaretten-Äquivalente pro 24 Stunden |
|---|---|
| Werkbetriebe Flur oben, vor der Küche/Essraum | 0.7 |
| Schulflur auf dem Schrank | 0.5 |
| F Flur | 0.4 |
| Büro Aufnahme | 0.5 |
| Flur Aufnahme | 1.2 |
| Büro Soz. Dienst A III | 0 |
| Büro A II | 0.5 |

## 4.7 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche

Konzentrierten sich die bisherigen Module dieser Studie auf die schriftliche Befragung von Länderjustizministerien, Anstaltsleitern sowie Gefangenen und Bediensteten sollen im Folgenden die Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen mit dem Personal und Inhaftierten vorgestellt werden. Dieser qualitative Teil des vorliegenden Forschungsprojekts ist von besonderer Bedeutung. Er ermöglicht die vorliegende Thematik breit und gleichzeitig tief gehend – bei entsprechender inhaltlicher Relevanz einzelner Redebeiträge – zu untersuchen und abzubilden.

Insbesondere Gefangene haben selten die Möglichkeit, Außenstehenden ihr Leben in Haft zum Zeitpunkt der Inhaftierung zu schildern. Somit besteht seitens der Forschung ein Defizit hinsichtlich des Wissens um die Verhältnisse, in der die Häftlinge ihr Leben gestalten, über die Dinge, die sie als störend oder gar ungerecht empfinden. Die Fokusgruppengespräche sollten ihnen den Raum geben, gerade aber hierüber – sofern es mit dem Thema Rauchen zu tun hat – zu berichten, um auf diesem Wege ganz neue Ansatzpunkte für eine effektive Tabakprävention in Haft zu erhalten. Ein ähnliches Interesse war mit der Durchführung von Fokusgruppengesprächen mit dem Personal der Haftanstalten verbunden.

Neben einer Vielzahl neuer Erkenntnisse haben die Gesprächsteilnehmer viele Ergebnisse der zuvor berichteten Teilstudien bestätigt. Insofern sind die Fokusgruppengespräche auch eine wichtige Form der Validierung und Vertiefung der bisherigen Befunde. Um diese Kongruenz zu verdeutlichen, sind die einzelnen Aussagen im Folgenden auch jeweils als Originalzitate dargestellt und nicht, wie sonst bei qualitativen Analysen üblich, zusammenfassend beschrieben worden. Diese Form der Darstellung hat darüber hinaus den Vorzug, dass sie es ermöglicht, einen sehr direkten Einblick in die Empfindungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen der Gefangenen und Bediensteten hinsichtlich des Themas Rauchen zu erhalten.

### *4.7.1 Prävalenz unter Gefangenen*

Die weiblichen Gefangenen schätzen den Anteil der Raucherinnen in Ihrer Haftanstalt als sehr hoch ein. Eine Fokusgruppenteilnehmerin meint, dass es

„Bestimmt 99,99 oder mehr.“ (Gef, R)[12] sind. Auf die Frage, ob sie eine Mitgefangene kennen würde, die Nichtraucherin ist, gibt sie zur Antwort: „Nee also eine wirkliche Nichtraucherin nicht. Aber eine die sehr, sehr wenig raucht.“ (Gef, R)

Nur wenig geringer ist die Prävalenzschätzung in Bezug auf die männlichen Insassen. Während die Gefangenen unter den Fokusgruppenteilnehmern schon meinen: „Minimum 80 Prozent sind Raucher.“ (Gef, NR), schätzen die Bediensteten für die männlichen Häftlinge die Tabakprävalenz noch etwas höher: „Also ich glaube maximal 5 Prozent Nichtraucher“ (Bed, ER); „Die Nichtraucher sind schon unter den Gefangenen eher die Exoten.“ (Bed, ER).

### *4.7.2 Rauchprävalenz des Personals*

Die Schätzungen zur Rauchprävalenz der Bediensteten in Männerhaftanstalten divergieren zwischen den verschiedenen Haftanstalten. Zudem wird von interessanten Entwicklungen im Laufe der zurückliegenden 15–20 Jahre berichtet.

„Ich würde sagen, hier rauchen 80% der Leute die im Schichtdienst arbeiten. In meiner Abteilung oben, das sind wir sind 15, 16 Beamte im mittleren Dienst, das sind die in der Uniform, die dann Schichtdienst auf Station machen […] also wenn ich da grad mal nachdenke sind es glaub ich 2 Beamte, die nicht rauchen.“ (Bed, NR).

„40 Prozent...Wo ich angefangen bin, also im Krankenhaus, waren es glaube ich 80 Prozent.“ (Bed, ER).

„Ja. Also das hat sich schon in den letzten Jahren stark reduziert.“ (Bed, ER).

Die Gefangenen schätzen den Anteil der rauchenden Bediensteten in Männerhaftanstalten ebenfalls sehr hoch ein: „Wie gesagt, 80 Prozent der Beamten rauchen selber.“ (Gef, ER).

Auch in Bezug auf die Bediensteten in der Frauenhaftanstalt liegen hohe Schätzungen zur Rauchprävalenz vor. Während von einem Gesprächsteilnehmer ein Anteil von 50% angenommen wird: „*Vielleicht ist es fifty-fifty.*“

12 Zur Charakterisierung der nachfolgenden Zitate werden folgende Abkürzungen verwendet: Bed: Bedienstete; Gef: Gefangene; R: Raucher; NR: Nichtraucher; ER: Ehemaliger Raucher, UN: Unbekannt
XXX=Institutionen oder Personen, die in den Gesprächen namentlich genannt wurden, sind zum Zweck der Anonymisierung mit drei X gekennzeichnet worden.

(Bed, R) berichtet ein anderer, dass innerhalb seiner Abteilung „[…] *bei sechs Leuten vier rauchen.*“ (Bed, R)

Ein anderer Bediensteter führt aus, dass insbesondere unter den jungen, weiblichen Bediensteten nur wenige Nichtraucher zu finden sind.

„Wir haben also unter den jungen mehr Raucher als unter den älteren Kollegen, wir haben ältere Raucher, die eben mal geraucht haben und aufgehört haben, aber die jungen Kollegen rauchen doch verstärkt. Die Mädchen rauchen mehr. […] Wir haben auch einen sehr hohen Anteil an weiblichen Bediensteten, auch im Jugendbereich jetzt hier und im Ausbildungsbereich, die rauchen da fast alle.“ (Bed, ER).

### *4.7.3 Rauchen als kommunikationsförderndes Moment*

Ein Teil der Bediensteten hebt den Zusammenhang von Kommunikation zwischen den Mitarbeitern der Haftanstalten und dem Rauchen hervor (dieser Aspekt ist sonst eher bei den Gefangenen erkennbar, siehe Teil Passivrauchaussetzung). Besonders bemerkenswert sind die Beiträge der Bediensteten, die erst kürzlich angefangen haben, zu rauchen. Sie äußern, dass sie sich aufgrund des Rauchens insgesamt besser integriert fühlen.

„Ich bin als Nichtraucherin hier angekommen und […] rauche erst seit 11 Monaten. Und ich merk halt wie schnell man dann auf einmal so Raucherfreundinnen findet. Und dann ist es aber auch so nett […] dass ich es fast schade finden würde, diese Kreise wieder zu verlassen, wenn ich jetzt aufhöre.“ (Bed, R).

„Aber wobei das ja immer so ist, dass, wo Leute zusammenstehen, die rauchen, das irgendwie gemütlicher ist. Denn […] einige, die nicht rauchen, dann ziemlich sich ausgeschlossen fühlen. Weil sie dann Mutterseelen alleine wären. Also gehen sie dahin wo die Raucher sind, komischer Weise. Das ist dann immer so.“ (Bed, R)

### *4.7.4 Fehlende Vorbildfunktion des Personals in Bezug auf das Rauchen*

Ein Bediensteter stellt in Frage, dass ein wirksamer Nichtraucherschutz für die Gefangenen möglich ist, solange die Bediensteten selbst während der Arbeit rauchen.

„Solange im Personal geraucht wird, wird auch von dieser Seite an die Gefangenen nichts weiter herangetragen. Wenn so ein paar einzelne Leute da

sind und denen was erzählen, das nützt dann nichts. Da muss eine gesamte Lebenseinstellung von den Beamten dann auch rüberkommen an die Gefangenen.“ (Bed, NR).

### *4.7.5 Toleranz gegenüber Rauchern*

„Also mein persönliches Gefühl ist, dass schon eine Toleranz da ist. Ich persönlich gehöre zu denen die mal geraucht haben, deshalb weiß ich ja, was das bedeutet, wenn man eine rauchen möchte.“ (Bed, ER).

„Also man persönlich greift ja auch niemanden an weil der mal was isst. Wenn ich rauchen möchte dann geh ich mal kurz raus, rauche eine. Das mache ich nun nicht pausenlos und ich greif hier niemand an der jetzt sich dahin setzt und was essen möchte.“ (Bed, R).

„Ich versteht das sowieso nicht, warum auf einmal so Jagd auf Raucher gemacht wird, das ist nicht nachvollziehbar […] ja ich fühle mich gejagt, also genau so benachteiligt wie der Nichtraucher, der in eine Raucherzone kommt, fühl ich mich, wenn ich eine Zigarette raushole und 20 Augenpaare schauen mich böse an. Der böse Raucher, warum verqualmst du die Luft, warum verpestest du alles? Das auch ich ein Recht auf mein Leben habe und entscheiden darf ob ich rauchen darf oder nicht, ist ja meine Entscheidung letztendlich, wenn wir jetzt nicht von Krankheit sprechen, von Sucht sprechen wollen, dann fühle ich mich da doch extrem eingeengt.“ (Gef, R).

### *4.7.6 Passivrauchaussetzung*

#### 4.7.6.1 Gefangene

Aufgrund der hohen Rauchprävalenz sind alle Gefangenen, ob Raucher oder Nichtraucher einer hohen Passivrauchbelastung ausgesetzt. Hinzu kommt, dass sich auch das Personal in den rauchbelasteten Räumen aufhalten muss. Diese Problematik ist den Gefangenen durchaus bewusst: „*Unser Chef muss manchmal wegen uns, keine Ahnung wie viel Zigaretten rauchen*.“ (Gef, R).

Da in vielen Haftanstalten die Gemeinschaftsräume nicht mehr zum Rauchen genutzt werden dürfen, sind diese für die Inhaftierten auch weniger attraktiv. Oftmals verlagern sich die Treffen und Gespräche von Gefangenen dann in die Zellen. Hier ist dann die Rauchbelastung aufgrund der geringen Größe und der schlechten Belüftung ungleich größer.

„Bezüglich der Inhaftierten hat sich's dahin gehend verändert, dass, da [sie] nicht […] in den Hafträumen rauchen dürfen, der Gruppenzusammenhang im Gruppenraum natürlich nicht mehr stattfindet. Also der Haftraum ist von einer begrenzten Größe, das heißt wenn da zwei, drei Frauen in einem Haftraum sind und rauchen, dann ist auch das Level erreicht. Manchmal sind auch ein paar mehr zusammen im Haftraum. Aber die müssen eben immer in den Haftraum gehen und da sie bei der Kommunikation auch noch rauchen möchten. Von daher hat sich schon was verändert." (Bed, R).

#### 4.7.6.2 Bedienstete

Auch das Personal ist vielfältigen Formen des Passivrauchs ausgesetzt. Sowohl von rauchenden Kollegen, als auch den rauchenden Gefangenen. Letztere Gruppe versucht aber durchaus, die Rauchbelastung der Bediensteten zu begrenzen:

„Meine Erfahrung ist, dass wenn ich zu den Frauen hingehe und mit denen etwas länger besprechen muss, wo ich aber trotzdem im Haftraum bleibe und die rauchen, dass sie manchmal von sich aus schon fragen: ‚Ist ihnen das unangenehm dass ich rauche?'. Wo ich dann sehr wohl weiß, dass sie das Recht haben, da zu rauchen, aber [trotzdem] sage, wenn es ihnen nichts ausmacht, wäre es schön, wenn sie nicht rauchen. Und bis jetzt hat das auch immer funktioniert. Also die Frauen haben dann immer von sich aus das auch sein gelassen, solange sie mit mir gesprochen haben. Also es ist auch eine gegenseitige Rücksichtnahme da." (Bed, ER).

Es wird die Vermutung geäußert, dass dieses Verhalten Ausdruck von Lernprozessen der Häftlinge sein könnte, welche vom Personal für andere Bereiche des Gefängnislebens durchaus schon wahrgenommen wurden.

„Es sind so Kleinigkeiten, die man auch so im Lernprozess vielleicht hinkriegen kann, sag ich mal. Wo man sagt, wer die Anstalt verlässt oder die Zelle verlässt, der macht sein Fenster auf und der macht seinen Fernseher aus. […] Da können wir ja so selbstverständlich sagen, er hat seinen Schlafraum zu lüften eben dann, wenn Bedienstete auch kommen." (Bed, UN).

### *4.7.7 Hafträume für Nichtraucher*

Nichtrauchende Gefangene werden in den Haftanstalten bevorzugt in dafür vorgesehene Einzelzellen untergebracht: „Also die Einzelhafträume […] wer-

den eben bevorzugt nur von Nichtrauchern belegt, da kommt auch nicht mal zwischenzeitlich ein Raucher drauf, das macht ja schon Sinn.“ (Bed, ER).

Ein weiterer Bediensteter berichtet, dass aufgrund der überwiegenden Unterbringung der Gefangenen in Einzelzellen, spezielle Nichtraucherzellen nicht mehr existieren würden. „Und dadurch dass wir ja jetzt auch hauptsächlich Einzelhafträume haben, […] gibt es keine Nichtraucherzellen in dem Sinne mehr. Und ja, die Gefangenen […] können dann ja weiter rauchen oder nicht rauchen.“ (Bed, ER).

Andererseits sehen sich einige Haftanstalten zuweilen nicht in der Lage, jeden neu zugeführten nichtrauchenden Häftling sofort in einer rauchfreien Zelle unterbringen zu können. Von mehreren Gefangenen gibt es entsprechende Äußerungen:

„Bei Ankunft ist es nicht immer so, dass zugleich eine Zelle frei ist für einen einzelnen Nichtraucher, so dass dann zumindest für die erste Nacht, […] man dann […] eine Nacht bis zum Folgemorgen, erst mal […] in einem Raucherhaftraum untergebracht [wird] und ich hab das quasi geschluckt, ich hab das einfach so hingenommen, obwohl ich weiß, dass ich dazu nicht verpflichtet bin.“ (Gef, NR).

„Also bei mir war das auch so. Ich kam auf eine Notgemeinschaft. Aber da hat mich allerdings der Beamte gefragt, ob ich das aushalten könnte, eine Nacht auf eine Zelle zu kommen, wo einer unter anderem auch starker Raucher war, alle paar Minuten wirklich […] und die Zelle war auch dem entsprechend verqualmt.“ (Gef, NR).

„Letztes Jahr wo ich in XXX war, also da bin ich ja neu hingekommen und da hatten die jetzt auch keine Einzelzelle frei und haben zu mir gesagt: ‚Wir haben da nur eine Doppelzelle.‘ Das war ein Raucher drauf. […] ich war zwei Tage da auf der Zelle, also ich mein, der hat dann zwar nicht mehr in der Zelle geraucht, aber immer auf Toilette. Aber das war dann auch unangenehm. […] Aber dann, wie gesagt, nach zwei Tagen als eine Einzelzelle frei wurde, dann hab ich die gleich bekommen.“ (Gef, NR)

Es finden sich in den Gesprächen mit den Gefangenen aber auch noch durchaus kritischere Töne.

„Die tun sich sogar schwer bei den Belegungen der Hafträume. Da wird teilweise nicht mal darauf Rücksicht genommen, dass ein Raucher mit einem Nichtraucher in ein Doppelhaftraum verbracht wird. Und sei es nur, es ist die

Ausnahme, wir haben keine andere Möglichkeit. Glaub ich, sind Sachen, das geht nicht.“ (Gef, ER).

„Jetzt bleibst du noch mal 5 Wochen länger drauf auf Zelle bevor was frei ist. Und dass ist schlimm. Das geht nicht. Also ich mein, wir werden ja sowieso immer nur als dumme Knackis abgestempelt.“ (Gef, ER)

„Und wenn so ein Gesetz schon erlassen wird, dann habe ich mich auch darum zu bemühen oder die Justiz sich darum zu bemühen, wer auch immer, dass es auch eingehalten wird. […] Aber wie wir gerade schon gesagt haben, das dauert drei, vier Wochen. […] Aus welchen Gründen auch immer.“ (Gef, R).

Auch geht es teilweise um organisatorisch-bauliche Sachzwänge, die Auswirkungen auf Bereitstellung bzw. Nutzung von Nichtraucherhafträumen haben.

„Ich hab auch Bescheid gesagt, ich hab gesagt, ich rauch nicht. Und es hieß, fang in der Küche an, auf der Station 6–11 gab es einen Nichtraucherhaftraum, dann hätte ich aber nicht in die Küche gekonnt. Ich wurde quasi vor die Wahl gestellt: Arbeit oder Rauchen.“ (Gef, NR).

Ein Gefangener kann aber durchaus auch von positiven Erfahrungen berichten. Als eine Verlegung auf eine andere Gefängnisstation anstand, hatte er darum gebeten, in eine Nichtraucherzelle verlegt zu werden.

„Und da hat jemand drauf Rücksicht genommen. Die haben gewartet bis eine Zelle frei wird. Da haben sie auch noch einen gefunden, der ist Nichtraucher und da haben sie uns zusammen auf eine Zelle verlegt. Auf eine Nichtraucherzelle. Wir sind zusammen jetzt und passt alles gut. Früher war das nicht möglich.“ (Gef, NR).

Ein Bediensteter verweist aber auch auf einen anderen Aspekt: sie zeigen auch noch andere Aspekte, wie z. B. den Missbrauch des Nichtraucherstatus, um Vorzüge wie z. B. eine Einzelzelle zu bekommen: „Wir haben ja noch nicht so viele Einzelhafträume und [...] da werden zwar einige Hafträume als Nichtraucherhafträume vorgehalten, das wird gemacht, aber es reicht nicht aus würde ich sagen und die Gefangenen kommen in eine Raucherbude… es wird halt auch ein bisschen als Vorwand genommen, oft, aber es wird auch schon wenn er sagt, ich bin Nichtraucher und es wird auch festgestellt, er raucht nicht... dann wird er dann beobachtet, ob er uns vielleicht nur einen Bären aufbinden will und dann ist das so und dann legen wir die auch nicht zusammen und legen die auch schnellstens auseinander. Das wird gewährleistet, doch doch, wenn die sich rühren.“ (Bed, NR)

Oftmals spielen bei der Zellenbelegung aber auch die sozialen Beziehungen der Gefangenen untereinander eine entscheidende Rolle.

„Aber du […] gehst mit dem Menschen in eine Zelle, mit dem du dich verstehst. Du gehst nicht danach, er raucht oder auch nicht. Du gehst ja jetzt nicht mit irgendeinem, mit dem du überhaupt nicht klar kommst, in eine Zelle nur weil der raucht.“ (Gef, R).

Dass der Verzicht auf eine rauchfreie Zelle durchaus einen bedeutsamen Risikofaktor für den Beginn des Rauchens darstellt, wird von einem Bediensteten ausgeführt.

„Da werden zwar einige Hafträume als Nichtraucherhafträume vorgehalten, das wird gemacht, aber es reicht nicht aus würde ich sagen, und die Gefangenen kommen in eine Raucherbude, rauchen nicht und wollen aber trotzdem in der Bude bleiben, weil sie sich mit den Gefangenen halt persönlich besser verstehen und dann sind sie diesen Dämpfen mit ausgesetzt und dann geht es halt los. […] so „nimm dir mal eine“. Würde ich sagen, dass die dann wieder in den Kreislauf Raucher halt reinkommen.“ (Bed, NR).

### *4.7.8 Raucherräume*

#### 4.7.8.1 Gefangene

Spezielle Räume für Raucher sind bisher nur in einem kleineren Teil der Haftanstalten eingerichtet worden. Die Gefangenen scheinen solche Räume zum Rauchen durchaus zu unterstützen, sehen jedoch auch die Schwierigkeiten, die es dbzgl. in den Haftanstalten gibt.

„Ich würde auch einen Raucherraum unterstützen […] auf jeden Fall.“ (Ged, ER)

„Dann stößt die Anstalt natürlich, wenn sie versucht umzuorganisieren, an Grenzen, weil eben baulich das eben so ist wie es ist und jetzt schon alles aus den Nähten platzt. Also da noch einen zusätzlichen Raum zu schaffen, ist auf Grund der Örtlichkeiten eben so nicht vorhanden.“ (Gef, R)

Die Raucherräume können aber durchaus auch eine Belastung für die Gefangenen wie die Bediensteten darstellen. So müssen Gefangene, die aufgrund gesundheitlicher Probleme bettlägerig sind, von dem Personal zu den Raucherräumen gebracht werden.

„So Raucherräume zu machen, die Patienten hin und her zu karren, teilweise im Bett liegend, mit infizierten Wunden und diese Dinge. Das ist schwer.“ (Bed, ER)

#### 4.7.8.2 Bedienstete

„Wir müssen ja auch bestimmte Sicherheitsgrundsätze wahren, wir können nicht alle rausgehen zum Rauchen, das geht nicht. […] wir haben also dort Raucherzimmer geschaffen, wo eben der Raucher hingehen kann und kann dort sein Zigarettchen rauchen und geht dann wieder zurück. Ist aber dort erreichbar über ein tragbares Telefon oder sein Funkgerät.“ (Bed, ER)

„Wir haben da auch Bereiche, die gar nicht verlassen werden dürfen und diese Bereiche sind seit Urzeiten eigentlich der angestimmte Raucherplatz, also die da drinnen sitzen, haben Verantwortung für den Gesamtbereich, sie können dort nicht raus, sie sind mit sich alleine, es ist also ein klassischer Raucherplatz, eigentlich, wenn man das zurück versetzt, sagen wir mal 1975, hätte man sich das ohne Rauchen gar nicht vorstellen können, und auch 2000 oder 99 noch nicht. […] aber wir haben es jetzt geschafft, diesen Raum umzugestalten, […] er ist eben ein raucherfreier Arbeitsplatz geworden und da sind wir unheimlich stolz drauf und das ist eigentlich von einem vergilbten, dunklen Arbeitsplatz zu einem sehr hellen, freundlichen, hoch modernen Arbeitsplatz gewandelt.“ (Bed, ER)

Offensichtlich sind aber für viele Bedienstete die Raucherräume wenig attraktiv gestaltet.

„Es gibt keine Sitzmöbel da drin, es gibt Stehmöglichkeiten, Aschenbecher und einen Stehtisch. Also wer dann da noch seinen Kaffee trinken möchte, muss den im Stehen konsumieren. […] Und der ist auch einsehbar durch eine Glaswand, also wenn man da draußen steht kann man […] sehen, wer das ist.“ (Bed, R).

Das Personal raucht dann häufig in leer stehenden Hafträumen oder zusammen mit den Gefangenen in deren Zellen.

„Also ich weiß, dass hier sogar Zellen frei gehalten werden oder die Beamten halten sich die Zellen so lange wie möglich als Raucherzelle. So was […] erleb ich dauernd, dass die Zelle bloß nicht belegt wird, weil man ja da rauchen kann als Beamter.“ (Gef, R).

„Wenn ein Bediensteter zu mir auf die Zelle kommt und eine Zigarette raucht und mit mir das Gespräch sucht dabei, das finde ich doch gemütlich, also das stört mich in keinster Weise.“ (Gef, R).

Das gemeinsame Rauchen von Bediensteten und Häftlingen wird von einem Teil des Personals aber durchaus auch kritisch hinterfragt.

„Für den Bediensteten, das ist meine Meinung, ist das ein Dienstraum. Das ist ein Arbeitsraum hier. Und die Diskussion kann ich also nicht nachvollziehen, ob der Bedienstete im Haftraum eines Gefangenen rauchen darf. Für mich stellt sich die Frage ehrlich nicht, weil für mich ist das ein Dienstraum, es ist für den Gefangenen vielleicht nur ein Zimmer, nur eine Wohnung, da darf er dann rauchen, aber für den Bediensteten ist das ein Dienstraum.“ (Bed, UN).

„Ein Bediensteter sollte eigentlich gar nicht mit den Gefangene zusammen rauchen. Das muss das Signal sein. Und diese Distanz halten schon die Meisten. Es gibt einige, die können das gar nicht. Distanz. Die duzen auch die Gefangenen, also so frech ist das manchmal auch von den Beamten. Also, der Bedienstete sollte überhaupt nicht diesen Vorgang zusammen mit dem Gefangenen machen. Der soll sich über seine Probleme mit dem Gefangenen unterhalten, was er gerade für ein Problem hat oder Behandlung machen, aber nicht zusammen Paffen.“ (Bed, UN).

### *4.7.9 Einhalten der Nichtraucherschutz Regelung*

In einem früheren Zitat klang schon an, dass der Nichtraucherschutz für Gefangene und Bedienstete nicht von einander losgelöst betrachtet werden kann.

„Es kommt alles zusammen, es geht nicht anders, wenn wir von Nichtraucherschutz für Bedienstete sprechen, sprechen wir automatisch auch über Nichtraucherschutz für Gefangene, weil der Bereich des Gefangenen, wo er nicht rauchen soll eingeschränkt wird, und damit Freiraum für den Bediensteten ist.“ (Bed, ER)

#### 4.7.9.1 Gefangene

Die Regelungen zum Nichtraucherschutz werden offensichtlich nicht immer auch eingehalten. So beschreibt ein Teilnehmer eines Fokusgruppengesprächs folgende Situation:

„Auf dem Flur dürfte eigentlich nicht geraucht werden aber, da hält sich auch keiner dran. Genau wie im Freizeitraum eigentlich Nichtraucherbereich wäre, weil es eine öffentliche Einrichtung ist, aber […] Da guckt auch keiner nach, also eigentlich wird überall geraucht.“ (Gef, R)

In Bezug auf mögliche Sanktionen bei der Übertretung der Nichtraucherschutzregelungen zeigt sich ein sehr unterschiedliches Verhalten des Personals.

„Das kommt immer drauf an, welcher Beamter auch gerade da ist. Der eine Beamte […] der sagt, so ja hier sofort aufhören, ausmachen. Und es gibt eben halt Beamte, die sagen hier zack auf Zelle, ausgeraucht, ich schließ dich ein. Also das ist immer unterschiedlich.“ (Gef, R)

„Das kommt dann wirklich drauf an, wie ist die Art und Weise des Verstoßes, war es jetzt einmalig, war es wiederholt? War es in einem Bereich der jetzt besonders gefährlich ist, wo ich rauche und Rauchverbot ist, oder ist es eben halt mal passiert, dass der Gefangene in Gedanken über den Flut gelaufen ist mit der Zigarette. Nein, ist ja nicht immer so, es ist ja nicht immer Bösartigkeit zu unterstellen. Und die disziplinarische Strafe die da ansteht, obliegt dann dem Abteilungsdienstleiter, ja.“ (Bed, ER)

Ein besonderes Problem mit Blick auf die Einhaltung der Nichtraucherschutzregelungen scheinen die Arbeitsstätten und die dazugehörigen Toiletten darzustellen. Hier gibt es Graubereiche des Tolerierens des Rauchens:

„Das ist der Punkt bei den Arbeitsbetrieben. Ich glaube auch, es wird eher von Rauchern toleriert, dass die mal ins Klo da gehen, als anders. Aber das, das ist ein ganz schwieriger Umdenkungsprozess, wie man da Regeln schaffen kann, das ist für mich eine Krux.“ (Bed, NR)

#### 4.7.9.2 Bedienstete

*Nach Einschätzung der Gefangenen halten sich aber auch viele Bedienstete nicht an die Vorgaben*: Nein, dafür sind immer viel zu viele Kippen auf dem Fußboden, auf dem Flur, wenn die Nachtschicht rum ist.“ (Gef, R).

„[…] ein Bediensteter, […] der darf dann halt auch auf dem Gang am Fenster rauchen. Also den Gefangenen wird es verboten und er steht zwei Meter weiter am Fenster und raucht. Also das ist problematisch find ich.“ (Gef, R).

„Also ich stelle fest, dass die Beamten sich teilweise selber nicht dran halten. Die Aschenbecher irgendwo im Beamtenraum unterm Schreibtisch stehen.

Also die rauchen da selber eigentlich gern. Muss man eigentlich so sagen. Ja und wenn wir irgendwo erwischt werden, dass wir halt im öffentlichen Raum rauchen, wir kriegen dafür dann Einschluss. Weil es halt nicht erlaubt ist.“ (Gef, R).

### *4.7.10 Wirkung des Nichtraucherschutzgesetzes*

Trotz der geschilderten Probleme hinsichtlich der Passivrauchbelastung und der Nichtbefolgung durch viele Gefangene und Bedienstete, sehen Insassen wie das Personal durchaus auch positive Entwicklungen aufgrund der eingeführten Nichtraucherschutzregelungen.

„Also was Positives, dass ist halt auch, nicht alle 10 Minuten eine Zigarette rauchen, sondern […] einen längeren Zeitraum nicht zu rauchen.“ (Gef, R)

Auf die Frage an die Bediensteten, ob durch die Nichtraucherschutzregelungen insgesamt weniger geraucht wird, antworten vier Mitarbeiter der Haftanstalten zustimmend:

„Ja. Auf jeden Fall.“ (Bed, ER)

„Definitiv“ (Bed, ER)

„Ja. Wie gesagt, man muss dann ja die Stationen verlassen, um dann an diesen Platz nach draußen zu kommen um da rauchen zu können. Weil man ja in den Gebäuden auch gar keine Raucherräume für Bedienstete jetzt hat. Von daher geht es ja auch nur draußen und dann überlegt man schon zweimal oder dreimal ob von Station 4 nach unten läuft, um eine Zigarette vielleicht im Regen zu rauchen.“ (Bed, ER)

„Also ich kann auch sagen, seit das Raucher oder Nichtraucherschutzgesetz draußen ist, habe ich auf Arbeit weniger geraucht.“ *(Bed, R)*

### *4.7.11 Die Bedeutung des Rauchens*

Das Rauchen wird von vielen Gefangenen als elementarer Bestandteil des Lebens in Haft verstanden.

„Ich rauche seitdem ich 13 bin. Und das ist für mich schon normal. Das ist, ich steh früh auf und rauche erst mal eine.“ (Gef, R)

„Ein normaler Gefangener raucht hier jede zwanzig Minuten oder halbe Stunde oder Stunde.“ (Gef, R)

Die Frage, ob das Rauchen noch Genuss darstellt, wird von den Gefangenen unterschiedlich beantwortet.

„Ich sehe es [Tabak] als Genussmittel halt auch. Genussmittel. Ja.“ (Gef, R)

„Genuss. Ja. Bei mir ist das schon nicht mehr so wichtig. Genuss. Weil genießen kann ich nur noch ein paar wenige Zigaretten am Tag. Die anderen sind halt so, ah die rauchst du weil du musst. Ich will eigentlich nicht aber ich rauch trotzdem […]“ (Gef, R)

„Ich denk nicht mal drüber nach. Die Leute sind draußen, man stellt sich dazu, man raucht eine mit.“ (Gef, R)

Einigen Gefangenen ist dabei durchaus bewusst, dass sie bereits nikotinabhängig sind.

„Das ist natürlich auch eine Droge, na klar. […] Ja dann ist es aber kein Genussmittel mehr, sondern ist schon eine Sucht.“ (Gef, R)

„Ich sehe dass auch bisschen mehr als eine psychische Gewohnheit das Rauchen. Das finde ich genauso eine Droge, wie alles andere auch.“ (Gef, R)

Ein Bediensteter meint hingegen:

„Rauchen ist eine rein psychologische Abhängigkeit, da braucht man keine Medikamente, nur einen festen Willen und jede Form von Schädigung sollte man primär ausschließen.“ (Bed, ER)

### *4.7.12 Die Bedeutung des Tabakkonsums für die Gefangenen*

#### 4.7.12.1 Tabak als Währung

„In der Aufnahme noch nicht so sehr. Also ich denke das ist erst später, wenn sie auf den Wohngruppen sind. […] Im Aufnahmebereich wo alle Frauen ankommen, sind sie noch respektiv unter Verschluss. Also da ist ja eine Stunde Hofgang und an zwei Tagen in der Woche Freizeitaufschluss. Aber immer nur für eine Station, wo die Kommunikation sehr gering ist. […] Also insofern ist das im Aufnahmebereich nicht so die Währung. Aber in den Wohngruppen schon sehr. Also da, wenn man sich einrichtet und sich kennt und alle dieselben Handlungs- und Spielräume haben, dann spielt das schon eher eine Rolle.“ (Bed, ER)

„Ich kann ja kein Bargeld hier haben, das ist verboten. […] Er hat eine Musik-CD. So die kann ich ihm ja nicht abkaufen. Schenken tut er sie mir nicht.

Also verkauft er sie mir und ich bezahl sie durch Tabak. Anders geht es ja auch hier nicht. Ich hab ja kein Geld.“ (Gef, NR)

„Ich wurde auch gefragt; ‚Du rauchst doch nicht, warum hast du Tabak?‘ Sag ich, das ist mein Bares. Aber die kann mir das nicht verbieten. Und so lange ich das nicht missbrauche, kann sie mir nichts tun. (Gef, NR)

„Tabak ist hier eine Währung. Das ist auch weiterhin so. Das ist einfach so. Das hat den Vorteil […], jeder kann es fast gebrauchen. Sie kriegen dasselbe Geld wieder und sie brauchen, sag ich mal, nicht anstatt Kaffee so was, […] Egal wo du hinkommst. Ich hab das ja, und wenn ich irgendwo hin komme, dass kann ja sein dass ich verlegt werde oder jemand anders, da haben sie immer die Möglichkeit mit dem Tabak kann ich alles bezahlen. Dementsprechend um an Lebensmittel zu kommen oder sonst was.“ (Gef, NR)

Auf die Frage, welchen Wert ein Päckchen Tabak denn habe, antworten die Gefangenen wie folgt:

„Ein T-Shirt, eine Hose. Ja ist so. Na Klar. Oder Kaffee gegen Tabak. Weil einige haben denn bisschen mehr Tabak eingekauft, denn fehlt denen aber der Kaffee.“ (Gef, R)

„Drogen werden auch eingetauscht. Gegen Tabak. […] Ich würde auch in armen Zeiten wenig Tabak gegen Süßigkeiten tauschen. Also. Ich weiß nicht, ein viertel Paket gegen eine Tafel Schokolade.“ (Gef, R)

Mitunter stellt die Abgabe von Tabakprodukten auch eine Entlohnung für besondere Dienste dar, welche für das Personal oder die Anstalt erbracht worden sind.

„Ja wenn ich privat Aufträge mache für meinen Chef so. […] krieg ich auch Tabak von denen. Ganz einfach. Sonst mach den Auftrag nicht.“ (Gef, R)

„Natürlich kann ich das sagen besondere Leistungen. Ich hab zum Beispiel unten ein Beamtenbüro was ich jeden Abend sauber mache. Da krieg ich im Monat 2 Päckchen Tabak für. Oder halt Gegenleistung Kaffee. Also dass kann ich mir aussuchen. Aber ich mag lieber Tabak. Weil Kaffee trinken doch nicht so viele und zum tauschen halt.“ (Gef, R)

„Wenn wir Freitag Nachmittag arbeiten oder Samstag rauskommen, dann gibt [es etwas] als Belohnung oder als Bonus. Jeder kriegt ein Päckchen Tabak.“ (Gef, NR)

„[…] da ist zum Beispiel über die Betriebe, wenn sie da in der Woche, die ganze Woche gearbeitet haben und nicht krank gefeiert haben, gab es für einen also für den normalen Arbeiter gab es einen Tabak pro Woche. Wer nicht krank war. Weil es ist ja so, dass sie die Arbeitskraft brauchten und viele haben da gar keine Lust zu gehabt und haben oft krank gemacht und dann ist dadurch die Krankheitsquote runter gegangen. Weil sie extra bezahlt worden sind. Das ist Nettobetrag, dass ist viel Geld im Gefängnis. Und Vorarbeiter haben dann zwei Tabak bekommen. Pro Woche. Und dann plus Kaffee und so was alles.“ (Gef, R)

#### 4.7.12.2 Suchtverlagerung

Mitunter stellt das Rauchen auch ein ausweichendes Konsumverhalten dar, weil andere psychoaktive Substanzen in den Haftanstalten nur schwer bzw. gar nicht erhältlich sind.

„Also ich muss ehrlich sagen, ich würde lieber einen Joint rauchen als eine Zigarette.“ (Gef, R)

„Dadurch das Alkohol und so fehlt eigentlich, ist das halt eine Flucht in eine Sucht auch irgendwo.“ (Bed, NR)

#### 4.7.12.3 Rauchen als Mittel zur Stressregulation

„[…] viele Leute sehe ich, dass ist meine persönliche Meinung, die draußen mit Sicherheit weniger rauchen wie hier. Weil hier haben sie ganz andere Stresssituationen.“ (Gef, NR)

„Ich finde das schon, dass ich im Stress mehr rauche. Aber was könnte mir da helfen? Anders, also dass ist ja nicht, ok jetzt hab ich Langeweile und probier mal so einen Kaugummi, sondern was kann denn einem tatsächlich helfen, wenn man bei Stress raucht?“ (Gef, R)

„Und wenn ich mir eine Zigarette anstecke […] das beruhigt mich im Moment.“ (Gef, R)

„Ich versteh auch die Raucher. Ich mein, ich bin selber seit anderthalb Jahren Nichtraucher, ich hab selbst geraucht früher. Zwar nicht unbedingt, weil mir das Rauchen schmeckt, sondern auch weil teilweise es auch hier diese Belastung, nervlich das geht einem [...].“ (Gef, ER)

„Sobald einer einen Brief bekommt, schlechte Nachricht vom Anwalt oder vom Richter und dann fängt man an: zack – zack – zack, schon 5 Zigaretten weg!“ (Gef, R)

#### 4.7.12.4 Rauchen aufgrund von Langeweile

„Geraucht wird mehr nach Einschluss, aus Langeweile, das ist pure Langeweile, dass man da raucht.“ (Gef, NR)

„Also am Wochenende merk ich es am meisten, dass ich ziemlich viel mehr rauche als eigentlich.“ (Gef, R)

„Da merk ich schon wenn ich nicht unbedingt einschlafe oder irgendwas Besonderes im Fernsehen gucke, fange ich schon an zu rauchen und rauche mehr Zigaretten als normal. Nicht so wegen des Suchtverhaltens, bei uns ist es die Langeweile, weil, was willst du auch alleine auf dem Raum machen bis du einschläfst.“ (Gef, R)

„Hier im Gefängnis hat das auch noch weitere Vorteile. Die Zeit geht rum.“ (Gef, R)

„Draußen hab ich aber Ablenkung. Keine Ahnung, draußen kann ich an die frische Luft gehen. Draußen hab ich mein Kind wo ich mich kümmern muss. Draußen hab ich ne Arbeit wo ich ... wirklich anspruchsvolle Arbeit. Nicht wie hier wo ich, sag ich mal nix.“ (Gef, R)

„Dann ist es auch wirklich schwierig hier im Einzelhaftraum, wenn du auch keine Ablenkung hast, weil so viel Langeweile – das ist halt auch Gewohnheit.“ (Gef, R)

„Ich denke, dass dann auch die Ablenkung im Großen zu niedrig ist hier drinnen vor allen Dingen. So wie man, ich weiß nicht draußen vielleicht spazieren gehen würde dann, am Tag, was auch immer genießen, das hat man hier ja nicht mehr. Das ist ja schon sehr eingeschränkt. Und ich selbst weiß auch, dass ich hier und da komischer Weise eine Zigarette gebe wenn ich eine im Fernsehen sehe. Wenn die da irgendwie rauchen denn… also das reicht bei mir auch schon. Aber ich denke wir haben hier auch wirklich, abgesehen von zu wenig Sportaktivitäten wirklich einfach viel zu viel wenig zu tun.“ (Gef, R)

### *4.7.13 Funktion des Tabaks für die Bediensteten*

Bei den Bediensteten erfüllt der Tabakkonsum in erster Linie die Funktion der Stressregulation.

„Ich hab den mal eine Zeit lang, um mich zu beruhigen, weil ich kein Diazepam einnehmen wollte, Zigarren geraucht. Weil ich musste auch meinen Puls wieder runter fahren.“ (Bed, R)

„Also ich rauche nur auf Arbeit. Das ist bei mir Stressbedingt.“ (Bed, R)

### *4.7.14 Möglichkeiten der Ablenkung vom Rauchen*

„Ja zum Beispiel mal Langzeitbesuch mit der Frau haben, mit der Frau zusammen sein oft. Die Frau braucht auch seine Bedürfnisse oder der Mann, der ist auch psychisch. Das ist alles psychisch ... Weil nicht jetzt unbedingt das Sex dabei oder so, mal in den Arm nehmen oder so oder zum Beispiel kommt das Enkelkind und rennt bei mir, den mal in den Arm nehmen und so.“ (Gef, R)

„Wenn man einen Spaziergang machen könnte, sich den Kopf frei laufen könnte.“ (Gef, R)

„Mach doch selbst Musik. Ich hab ein Keyboard und auch Klavier gestellt, […] ich tu seit Jahren Klavier spielen. Da hätte ich draußen nie Zeit gehabt für, auch nicht die Ruhe.“ (Gef, R)

„Meistens ist es so, wenn ich Stress mit der Anstalt hab, weil irgendetwas schief läuft, dann spiele ich meistens Musik. Dann Kopfhörer auf und sitze am Klavier und und und. Ich spiel dann selbst, das lenkt mich dermaßen ab, nach einer halben Stunde oder so hab ich schon vergessen weshalb ich mich aufgeregt hab. Und so macht es hier jeder anders aber entscheidend ist, dass jeder dieses Ventil für sich findet und abrufbereit hat. Dann kann ich also, ich muss jetzt nicht unbedingt zur Zigarette greifen, ich hab also andere Möglichkeiten das abzubauen. Aber die Zigarette ist natürlich der schnellste Weg. Also du sitzt am Tisch, liest den Brief – um mal wieder auf die Post zurückzukommen – und da hast eine Tasse Kaffee da und dann geht es auf einmal, je hektischer der Brief wird.“ (Gef, R)

Von den Nichtrauchern werden ähnliche Strategien benannt, um mit Stress umzugehen.

„Also wenn ich gestresst bin, dann habe ich jemand wo ich hingehen kann und mit dem ich reden kann oder Musik hören. Ich leg mich ins Bett und hör ne schöne ruhige Musik und das, weil ich persönlich, wenn ich Musik höre, versuche ich mich in das Lied hineinzuversetzen und den Sinn rauszusuchen und da kann man sich teilweise auch sehr bei entspannen. Aber da ist auch das Negative, wenn man zu aggressive Musik liebt, dann brodelt das. […] Ich habe eine Spielkonsole, ich kann Schach spielen, ich kann auch Autorennspiele und da so ein Zeug, ich hab das Glück, dass ich das also alles so zur Verfügung hab. Ich hab also viele Möglichkeiten, meinen Stress abzubauen.“ (Gef, NR)

„Meditationsgruppe“ (Gef, NR)

„So für 30 Minuten sich zurück ziehen und entweder Radio hören – ganz leise im Hintergrund – oder eben auch mal ganz ohne und dann so quasi weg bin – aber auch nicht einschlafe. Und diese 10 oder 15 Minuten und der Körper stellt sich drauf ein.“ (Gef, NR)

„Ich nehme jedes Angebot, was Sport betrifft, in Anspruch. Deswegen, Arbeit ist nicht so einfach, aber im Grunde alles was ich kann, nehme ich mit.“ (Gef, NR)

„Es gibt zum Beispiel Schokolade und so was. Das ist auch ein Genuss. Dass ist auch zum Beispiel abends, wenn man sich selber Essen macht, das ist auch schon Genuss.“ (Gef, NR)

„Ich koche gerne, ich koche fast jeden Tag. […] Aber es ist einfach was Besonderes wenn man sich eine besondere Pizza macht. Dass ist dann der Genuss. Ist dann für mich, ich nenn das mal Highlight. Dass ist ein Highlight für mich. Das ist einfach so. Highlight im Gefängnis.“ (Gef, NR)

„Sport ist ein Highlight hier.“ (Gef, NR)

### *4.7.15 Erwerb von Tabakprodukten*

#### 4.7.15.1 Ökonomische Aspekte

Tabakprodukte sind vergleichsweise teure Genussmittel. Dies stellt für die Gefangenen, die ja in der Regel nur über sehr begrenzte finanzielle Mittel verfügen, durchaus ein großes Problem dar.

„Bei 13 Euro im Monat, wenn sie jetzt nicht mehr haben, dann sind das 2 Schachteln Zigaretten und ein bisschen Süßigkeiten. Das war’s.“ (Bed, R)

„Wir verdienen 80 Euro im Monat. Das ist doch ein Witz. […] Wir sind hier moderne Sklaven.“ (Gef, R)

Um die Kosten für den Tabakkonsum in Grenzen zu halten, wird von den Gefangenen überwiegend loser Tabak verwendet. Gefragt nach der Rolle von Fertigzigaretten gaben zwei Teilnehmer der Fokusgruppengespräche folgende Antworten:

„Gar keine eigentlich. Kann man sich gar nicht leisten. Da ist Tabak günstiger.“ (Gef, R)

„Und Zigaretten ist Verschwendung, Zigarette ist halt schnell aufgeraucht und vom Paket Tabak hat man schon mehr. Und der ist auch stärker als eine Zigarette. Und viele Leute, die sich Tabak drehen, rauchen halt lieber die gedreht, weil der auch stärker ist, wenn man zieht, als eine Zigarette. Die ist viel zu leicht irgendwie für Tabakraucher.“ (Gef, R)

Verfügen Gefangene über keinerlei finanzielle Mittel mehr, dann kommt es auch vor, dass nicht vollständig aufgerauchte Zigaretten (Stummel) aufgelesen und der darin noch enthaltene Tabak verwendet wird.

„Und ich hab sogar solche gesehen, die sich im Freistellhof diese ausgetretenen, ausgedrückten Zigarettenstummel auflesen und die dann auseinander machen, auf einem Blatt und daraus neu drehen. (Gef, NR)

„Ja, die holen sich den Rest.“ (Gef, R)

„Die drehen sich ja auch [von den Stummeln aus] einem Aschenbecher noch Zigaretten. Also die können sich ja alle das gar nicht hier leisten.“ (Gef, R)

Die Hälfte der monatlich verfügbaren finanziellen Mittel – mitunter sogar noch mehr – werden für den Kauf von Tabakprodukten verwendet. Wenn kein Geld mehr zur Verfügung steht, dann werden Tauschgeschäfte getätigt oder Schulden aufgenommen.

„Bei 210 Euro, das geht mal mindestens 120/130 Euro für Zigaretten.“ (Gef, R)

„Ich hatte jetzt 160 Euro Einkauf frei und 5 Dosen Tabak. […] das sind dann schon mal 80 Euro.“ (Gef, R)

„Man kann das ja mal hoch rechnen. Wenn ich 80 Euro verdien, gehen 40 Euro für Tabak drauf.“ (Gef, R)

„Also wenn man jetzt von einem Nichtarbeiter ausgeht, da gibt es 32 Euro im Monat, da ... gehen 25 drauf für die Rauchutensilien – Tabak, Papiere, Hülsen oder so was.“ (Gef, R)

„So, das heißt also, die meisten die hier sind, die verbrauchen ihr gesamtes Geld nur für Tabak.“ (Gef, NR)

„Die kommen hier rein und haben keinen Einkauf, haben keinen der Pakete schickt, und da ist man ohne Arbeit, hat eigentlich nur 30 Euro Taschengeld hat aber nach dem ersten Monat schon 50 Euro Schulden. Da gibt es viele.“ (Gef, R)

Von einigen Gesprächsteilnehmern wird die Notwendigkeit zur Einteilung der finanziellen Mittel betont.

„Also man muss dazu sagen, wir haben manchmal im Monat, ich glaub 4 oder 5 Mal, also fast jede Woche Einkauf. Also wenn man ein bisschen mit seinem Geld umgehen kann, wenn ich immer nur so ein bisschen einkaufe.“ (Gef, R)

„Die meisten kaufen ja einmal am Montagsanfang, wenn der Haupteinkauf ist, oder meistens Mitte des Monats ist das ja und dann ist das Geld auch weg.“ (Gef, R)

„Das die damit besser umgehen, einteilen lassen.“ (Gef, R)

„Nicht immer alles gleich rausschmeißen für Unnötiges […] sondern nach und nach.“ (Gef, R)

#### 4.7.15.2 Beschränkung des Zugangs zu Tabakprodukten

Für viele rauchende Gefangene stellt die Verwehrung des Zugangs zu Rauchwaren ein großes Problem dar.

„Die sind den ersten Tag da und dann haben sie Pech gehabt, weil gerade Einkauf war […] und da geht das los.“ (Gef, R)

„Was ich auch problematisch finde, bei mir auf Station ist jetzt gerade der Fall, da hatten wir eine Disziplinarmaßnahme gekriegt, also Einkaufssperre und so weiter, und da haben sich auch viele keinen Tabak kaufen können und da gibt es Probleme im Moment, weil die werden quasi auf kalten Entzug gesetzt von jetzt auf gleich von der Anstalt und da wird auch keine Hilfe angeboten oder so. So, wenn ich starker Raucher bin, ich hab hier eine Gerichtsverhandlung und mir wird verboten auf Gericht zu rauchen, dann ist das

natürlich auch nervlich ein Problem, wenn ich dort auf Gericht sein muss und dann da nicht rauchen kann und einen kalten Entzug hab.“ (Gef, R)

„Aber wenn sie [die Gefangenen] dann aus dem Transportbus wieder in eine Transportzelle und wieder warten müssen, da haben wir halt kein Angebot. Oder es wird ja dann schon auch mit den Leuten rausgegangen wenn sie hier [JVK] länger warten müssen. Ja aber bei vielen ist dann die Zeit dafür zu lang. Und das wird dann halt nicht so regelmäßig rausgegangen. Und manche, die hier morgens von XXX aus herkommen und zum Arzt müssen, sind dann vielleicht fertig, müssen aber noch warten bis alle anderen wieder da sind und sind dann in der Transportzelle, denen wird natürlich die Zeit zu lang. Die dürfen keinen Tabak mitnehmen und die können dann halt auch nicht rauchen. Das ist dann natürlich ganz schwierig. Und dann werden natürlich illegal auch wieder Zigaretten eingeschmuggelt, dann wird auf dem Klo geraucht und dann gibt’s halt wieder Ärger.“ (Bed, ER)

#### 4.7.15.3 Geschäfte mit Tabakwaren und daraus entstehende Probleme

„Also ich leih ein Päckchen Tabak und er muss mir 2 zurück geben.“ (Gef, R)

„Also ich sage mal so, wer kein Tabak hat, da hilft man natürlich auch aus und wenn denn natürlich der Tabak knapp werden sollte bei demjenigen selber der ausgeholfen hat, dann kommt es schon zu Komplikationen wenn der andere denn seinen Tabak zurück will und selber nichts mehr hat. Also das ist dann schon. Da werden manche ziemlich aggressiv drüber.“ (Gef, R)

Das Eintreiben dieser Schulden ist, so berichten Gefangene, dann auch oftmals von Gewalt begleitet. Hinzu kommt, dass sich die Verschuldungssituation im Laufe der Zeit immer mehr verschärft.

„Ja das Problem ist aber das, wenn man borgt, irgendwann verdoppelt man es auch, irgendwann kann er nicht mehr zahlen. Und da sind eben die Leute irgendwann am Ende. […] Man nimmt ihm alles weg und es gibt jedes Mal eine Ohrfeige sage ich mal. Ja das ist auch wie ein Kreislauf sag ich mal. Der borgt sich dann woanders wieder was um den dann halt zu bezahlen und alles, das geht dann immer weiter. Der geht dann mit mehr Schulden hier aus dem Knast raus als was der draußen überhaupt hatte.“ (Gef, R)

Auch den Bediensteten bleiben die Probleme aufgrund des Tauschens und Borgens von Tabakprodukten nicht verborgen.

„Die verschulden sich. Das ist die Subkultur, die kann man nicht ausmerzen, das kriegt man auch nicht hin, Die verschulden sich, die machen entweder Dienste bei anderen, was weiß ich Bude sauber machen oder was weiß ich oder müssen dann das doppelte und dreifache zurückzahlen. Wie die das hinkriegen. […] aber man merkt es ja dann auch, dass dann auch manche plötzlich verlegt werden wollen, weil sie Probleme bekommen und das ist dann der Hintergrund dieser Geschichte, dass sie sich dann hoch verschuldet haben.“ (Bed, NR)

#### 4.7.15.4 Andere Zugangswege

„Und der Pfarrer ist hier auch die Institution. Ja er fragt sich manchmal ob sie nun wegen der Seelsorge kommen oder wegen des Tabaks.“ (Bed, R)

„Unser Anstaltsleiter hat angeboten alle die von hier nach XXX transportiert werden und Rauchwaren benötigen, denen wird die Pause gestärkt und die Rauchwaren aus der Kura, das ist ein Fond den die Anstalt inne hat. […] Da gibt es einen Aushang drüber, das den Leuten das dann gegeben wird, die möchten aber bitte ihre Zigaretten hierlassen und auch, wie gesagt, nicht im Bus rauchen während des Fahrens.“ (Gef, R)

„Aber dann mal so einen, weiß ich, von mir aus sollen sie Spendenfond gründen, dass sie, weiß ich, auch mal Spenden sammeln für die Raucher.“ (Gef, ER)

„Das sind ja dann immense Schulden. Manche Leute schleppen ihren kompletten Einkauf Ende des Monats rum. Den kompletten. Die kaufen für 80 Euro ein und müssen das schon an alle möglichen Leute abdrücken. Und haben dann wieder nix. Und damit solche Schulden erst gar nicht entstehen, dann sollen die Raucher […] das von dem Fond holen, die können das ja auch wieder abziehen das Geld. Das ist ja kein Problem. Die Leute, die müssten nur eine Person haben wo sie hingehen können und sagen, ey hör mal, gib mir mal ein Päckchen Tabak, das kannst du mir von meinem nächsten Lohn abziehen. […] Es gibt ja hier auch einen Beamten, der macht das auch. Der besorgt Tabak, ist ein XXX und verkauft den dann halt. […] Man unterschreibt da einen Zettel und […] Der zieht das dann vom nächsten Lohn wieder ab. Das ist ja auch legitim. Es sind nicht mal die Spenden, die müssen ja auch irgendwie bezahlt werden.“ (Gef, R)

### *4.7.16 Beginn des Rauchens durch Inhaftierung*

„Aber wie gesagt, eher wird im Gefängnis angefangen zu rauchen als aufzuhören, ist meine Erfahrung […] oder wieder angefangen. […] Meinetwegen jetzt, wir haben Inhaftierte, die sind 30 Jahre, die nie geraucht haben, da ist es selten, dass da einer anfängt, aber der schon mal geraucht hat und vielleicht noch nicht so lange weg ist davon, bei denen ist es sehr häufig, dass die wieder anfangen.“ (Bed, ER)

„Ich hab zum Beispiel Leute erlebt, die haben hier im Knast angefangen zu rauchen. 30, 35 Jahre. Weil die kommen rein, alle rauchen hier. Er ist im Stress, vielleicht denkt er das hilft mir. Oder wie auch immer. Wenn jetzt zum Beispiel er in einen raucherfreien Flur reingegangen wäre, wahrscheinlich […] wäre er auch Nichtraucher geblieben.“ (Gef, NR)

### *4.7.17 Geringe Relevanz der Tabakkonsumproblematik*

„Es wird ja sehr wenig gemacht sag ich mal. […] Es ist ja jetzt das Nichtraucherschutzgesetz, das ist ja auch umgesetzt worden, mehr oder weniger. Ich bin in mehreren Anstalten gewesen. […] Manche legen da mehr Wert drauf, manche weniger.“ (Gef, NR)

„Und wenn, dann ist es auch nicht so, im Nachtdienst wahrscheinlich mal wenn’s regnet, dass man da eher in einen Haftraum geht oder da wo es wirklich keinen anderen stört. Das ist jetzt nicht unser Hauptproblem.“ (Bed, NR)

„Ich glaub auch nicht, dass diejenigen, die hier rauchen, darüber ernsthaft nachdenken, dass sie morgen aufhören. Weil die erst mal andere Sorgen haben.“ (Gef, NR)

„Ich glaube das, der Tabak ist das kleinste Problem hier. […] Es ist nicht so das Zentrum hier. Und wenn sie heroinabhängig sind oder Kokain oder Tabletten schlucken und damit Probleme haben oder Tabletten und Methadon hier bunkern […] Dann ist das Rauchen […] zumindest auch so noch im legalen Bereich.“ (Bed, R)

„Ich denke in unserem Drogenbereich ist es nicht angezeigt. Also da gibt es ganz andere Auseinandersetzungen […] Aber nicht, also bei den cleanen Frauen, denke ich ist es genauso Thema wie es auch bei den Mitarbeiterinnen Thema sein könnte.“ (Bed, ER)

### *4.7.18 Rauchfreie Umgebung*

Rauchfreie Zellen, nicht verstreut, sondern zusammengelegt, werden von den Gefangenen als eine wesentliche Unterstützung bei dem Versuch, das Rauchen zu beenden, angesehen.

„Genauso einer raucht und entschließt sich jetzt nicht zu rauchen, also Nichtraucher zu werden, wird er wahrscheinlich auch einen Antrag stellen, dass er auf einen anderen Flur gehen wird. Weil er selber mehr Chancen sieht, mit der Sache Schluss zu machen.“ (Gef, NR)

„Wenn ich jetzt mit mehreren Leuten [zusammen bin] die Nichtraucher sind, komm ich gar nicht erst groß dann in die Versuchung. Es werden mir keine Zigaretten angeboten, weil nicht die Versuchung da ist, eine Zigarette zu nehmen. Das ist schon stark. Dann kommt man nicht so einfach dran. […] Ich als Raucher würde es gut finden, wenn ich sage, jetzt will ich aufhören, ich will auf den raucherfreien Flur, zack, dann geh ich dahin. Für einen Monat, zwei Monate. Dann hab ich das überstanden und sag ich so, jetzt kann ich wieder auf den normalen Flur gehen.“ (Gef, R)

Ein Gefangener berichtet von einem Haftaufenthalt in einer anderen Haftanstalt, in welche drogenfreie Flure eingerichtet wurden. Darauf Bezug nehmend sagt er: „Und ich frage mich, warum machen sie keinen raucherfreien Flur. […] Genau das gleiche für, ich schätze vielleicht nicht zehn Flure, aber einen Flur pro Anstalt. Dass ich als Nichtraucher diese Möglichkeit habe, dahin verlegt zu werden oder als Raucher, der Schluss machen möchte.“ (Gef, NR)

„Wenn sich nur in einem Gefängnis eine Räumlichkeit bietet, wo, weiß ich nicht, 10, 12, 15 Zellen sind, wo man dass anbieten kann für ganz Niedersachsen und dann einen Antrag drauf schreiben kann, ich möchte aufhören zu rauchen. Dann wird man dahin verlegt für, sag ich mal, einen Monat. Erstmal einen Monat. Das ist schon gut, um aufzuhören zu rauchen. Und dann vielleicht sind da ein, zwei Betreuer oder was, die mit denen noch mal extra das Thema bearbeiten. Wo dir geholfen wird beim aufhören, wo du nicht umgeben bist von Rauchern und wo du danach wieder zurück in dein ursprüngliches Gefängnis kannst.“ (Gef, R)

Die weiblichen Häftlinge äußern sich weitaus skeptischer bzgl. einer rauchfreien Gefängnisstation.

„Aber die spannende Frage wäre, würden sich soviel Frauen finden, um dieses Experiment mal anzugehen. Zu sagen, wir rauchen nicht mehr in der Zelle. Wir würden als Wohngemeinschaft sozusagen zusammen finden. […] Ich denke dass es zu viel Druck wäre. Was passiert denn mit denen, die doch in der Zelle rauchen? Wird denen der Tabak weg genommen, was auch immer. Das wäre eine zu große Befürchtung, um also mich daran jetzt teilnehmen zu lassen.“ (Gef, R)

„Das haut hier nicht hin. Also das kann ich mir gar nicht vorstellen.“(Gef, R)

„Glaub ich auch nicht.“ (Gef, R)

„Das haut nicht hin. Ja hier scheiterst ja schon an Banalitäten. Also dann kann ich mir nicht vorstellen, dass jemand sagt, wir machen jetzt hier eine Nichtraucherstation.“ (Gef, R)

### *4.7.19 Reduktion des Rauchens als Ziel*

„Also der Hausarbeiter von der Station XXX, der ist jetzt auch mit dem Sport angefangen. […] Der hat dann auch gesagt, vorher hat er dann mal irgendwie so 20 Zigaretten geraucht halt, und jetzt ist er mit Sport angefangen und jetzt ist es die Hälfte geworden […].“ (Gef, R)

„Kontrolliertes rauchen ist ganz schwer, aber im Grunde genommen ist schon eine gewisse Kontrolle alleine dadurch gegeben, dass du nicht im Büro rauchst. Früher hättest Du zehn geraucht und da rauchst du nur fünf.“ (Bed, ER)

### *4.7.20 Abstinenzversuche*

#### 4.7.20.1 Rückfälle nach Abstinenzversuch

„Ja wenn man des jetzt so, wie wir es hier gemacht haben, in der Anstalt, man hat dann auch irgendwo ein schlechtes Gewissen wenn dann eine rauchen geht. Weil man genau weiß, die gucken jetzt alle und guck’, hat er doch nicht geschafft. Also dass steckt da schon hinter.“ (Bed, ER)

„Und denn würde ich nicht im Kopf haben ah toll, ich hab 3 Tage nicht geraucht, das wäre bei mir genau das Gegenteil. Oh jetzt hast du 3 Tage nicht geraucht und am 4 Tag rauch ich wieder eine, wie doof.“ (Gef, R)

„Das wäre meine Befürchtung, dass wenn ich es vielleicht wirklich mal 2, 3 Wochen geschafft hätte, dann wieder durch irgendeine Dummheit anzufangen. Dann wäre alles umsonst gewesen. […] Ja in dem Moment natürlich

schon. Ist dann ja erniedrigend, wenn man es schafft und dann wieder anfängt. Allen erzählst du ja auch ah ich bin Nichtraucher geworden und dann fängst du wieder an.“ (Gef, R)

„Wie ich zu dem Entschluss kam. Einfach als logisches denken. Das kostet Geld, schadet der Gesundheit und dann verdient man hier nicht so viel. Da muss man natürlich aufhören. So. Jetzt sieht das aber so aus, dass du jede Menge Zeit hast. Und viel zu wenig zu tun. Deswegen versuchst du’s erst mal so aufzuhören. Ohne alles so, denkst ah schaff ich. Ja. Und dann bist du auf einer Zweimannbude mit einem Raucher. Versuchst es trotzdem und denkst dir egal, heute bin ich gut gelaunt, heute rauch ich nicht. Ja und dann bist du natürlich in dem Gefängnis noch 20, 25 andere Leute da und dann eine Stresssituation und schon kannst du es wieder vergessen. Und irgendwas und dann überlegst du wieder rauchen, schaffst vielleicht noch 10 Minuten aber dann rauchst du halt eine. Ja.“ (Gef, R)

#### 4.7.20.2 Reaktion der Mitgefangenen bzw. Kollegen auf Abstinenzversuche

Gefangene wie Bedienstet berichten, dass sie belächelt werden würden, wenn sie gegenüber Mithäftlingen erzählen, dass sie aktuell versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören.

„Die werden, also ich denk mal, wenn ich da oben jemand erzählen würde, ich hör auf zu rauchen, die würden mich auslachen. Ist wirklich so. […] Ich sag’s mal so. Also ich würde sagen, wenn ich aufhören würde zu rauchen, dann ist es mir scheißegal, was die anderen sagen. Dann zieh ich mein Leben durch. Das ist einfach so.“ (Gef, R)

„Fangen sie an zu lachen, alle. Ja aber, weil ich das schon so oft hier versucht habe.“ (Gef, R)

„Also mir wäre das wiederum egal was andere denn erzählen würden. So für mich, ich sehe für mich dann die rauchfreie Zeit die ich hatte und selbst wenn ich denn rückfällig werden würde, könnten alle anderen labern was sie mögen. Weil ich mir dann vor allen Dingen denke, sie haben das nicht geschafft, drei Tage nicht zu rauchen.“ *(Gef, R)*

„Ich glaube das ist noch nicht so ganz akzeptiert. Man zieht es schon manchmal auch noch so ein bisschen ins lächerliche. Und ich kann da auch von mir sprechen, also die Kollegen wo ich wusste das die an diesem Kurs teilgenommen, man hat dann schon auch so ein bisschen frotzelnd gefragt, na bist du

schon wieder angefangen zu rauchen oder wie kriegst du es hin oder hast ja auch schon zugenommen.“ (Bed, ER)

#### 4.7.20.3 Unterstützung des Abstinenzversuches seitens der Anstalt

„Und dann konkrete Hilfen. Ich weiß die wurden mir zum Beispiel nicht angeboten. Ich hab mich selber drum gekümmert.“ (Gef, R)

#### 4.7.20.4 Motivation hinsichtlich eines Abstinenzversuches

„Also was ich weiß ist, dass viele Frauen schon gerne aufhören wollen würden. Was hier natürlich aber auch schwer ist. Da halt jeder raucht und wenn man sich dann halt unterhält, es ist schon schwer.“ (Gef, R)

„Ja, ich denke der Wunsch ist auch wirklich da von vielen Frauen mit dem rauchen aufzuhören. Aber der Geist ist denn schwach.“ (Gef, R)

„Aufhören, ganz.“ (Gef, R)

„Ja ich denke auch, wenn schon, denn schon. Ja. Also bei mir ist der Wunsch auch schon wirklich lange im Kopf. Nur mit der Umsetzung haut es ja gar nicht hin.“ (Gef, R)

Bedienstete äußern hingegen Zweifel an der Motivation der Gefangenen, das Rauchen aufzugeben. Gleichzeitig bestehen diffuse Vorstellungen über Rauchregelungen in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen („Therapie statt Strafe“):

„Das ist auch ganz häufig bei Gefangenen, die eine Suchtmittelentwöhnungsbehandlung machen wollen, es wird ja in den Einrichtungen, ja eigentlich grundsätzlich halt auch eine Tabakentwöhnung mit angeboten. […] Die aber eine Anerkennung nach § 35 Betäubungsmittelgesetz hat. Also Therapie statt Strafe. Und aus Haft heraus nutzen es einfach viele Leute sozusagen um raus zu kommen. Die treten die Maßnahme dann auch gar nicht an. Also wie gesagt, die die Maßnahme antreten, die haben halt ganz große Schwierigkeiten sich an diese Regeln, gerade eben auch an das Nichtrauchen zu halten. Weil die dürfen auch nicht vor die Tür gehen und rauchen. Die dürfen gar nicht rauchen.“ (Bed, ER)

„Ich könnte mir da auch kaum einen vorstellen, der in der Zeit da an so einem rauchfrei Programm teilnehmen würde.“ (Bed, ER)

„Das glaube ich auch nicht. Da haben die ja auch ganz andere Interessen.“ (Bed, ER)

#### 4.7.20.5 Gründe für Durchführung von Abstinenzversuchen

„Geld sparen. An der Gesundheit was zu tun, denke ich.“ (Gef, R)

„Ich bin froh, dass ich jetzt wieder aufgehört hab zu rauchen. Ich bin 44 jetzt, bin also schon bisschen älter und bin der Meinung, ich mach mal Sport. Ich wollte auch irgendwas verändern. Weil für mich ist rauchen auch immer ein Stück wieder dahin wo ich hergekommen bin. Aus meiner Vergangenheit. Ich kann das ruhig zugeben, ich sitze hier unter anderem wegen Drogenhandel und Missbrauch und Besitz von Drogen. Ja also BTM. Und für mich ist dieser Schritt vom rauchen weg mit ein Schritt weg von diesen ganzen Drogen, von diesem alten Umfeld. Ich hab aufgehört, nicht weil ich es mir nicht leisten kann, ich hab aufgehört weil ich keine Lust mehr hatte.“ (Gef, ER)

„Das gehörte zu dem Drogen nehmen dazu. Und ich hab mir gesagt, also irgendwas muss ich jetzt ändern.“ (Gef, R)

„Also ich wollte aufhören nicht weil ich mir das nicht leisten konnte, sondern weil ich hab damals halt auch hier mit Sport angefangen und nicht wenig. Und dann wollte ich einfach bisschen mehr als nur fit sein. Ich wollte mit dem rauchen aufhören, ich wollte vielleicht auch ein bisschen länger leben. Jetzt hab ich, bin ich hier schon im Knast gelandet, verkürzt das Leben ja eh. Und ja dann wollt ich halt dass ich bisschen mehr Ausdauer hab, bisschen gesünder bin. Deswegen wollte ich aufhören halt.“ (Gef, R)

#### 4.7.20.6 Schwierigkeiten während des Abstinenzversuches

*Umgebung*

„Bloß, wie schon erwähnt wurde, du denkst nicht nach und wenn irgendwo eine Gruppe von Leuten in der Pause, bei der Arbeit steht und raucht, dann zündest du dir eine an und rauchst mit.“ (Gef, R)

„Also das schafft man einfach nicht. Vor allen Dingen nicht hier drinnen. Hier raucht wirklich jeder und denn, dass ist schwer.“ (Gef, R)

„Aber wenn du nur von Rauchern umgeben bist, dann kannst du weniger rauchen eigentlich vergessen.“ (Gef, NR)

„Was einen daran hindert aufzuhören zu rauchen? Ja. Mangelnde Unterstützung, wenn man es braucht. So. Rahmenbedingungen mit viel Stress, wenig Beschäftigung auch noch. Kannst dich erst mal mit wenig beschäftigen. Gibt's nicht viel womit du dich so beschäftigt halten kannst." (Gef, R)

*Kosten einer Tabakentwöhnung*

„Die meisten sind sowieso oder der größte Teil ist ja Mittellos. Wenn er dann noch so ein Pflaster bezahlen soll, dass ist ja auch nicht günstig. Ich glaube nicht, dass das einer machen wird." (Bed, ER)

„Wir haben bislang einen Gefangenen, der das selber bezahlt. Der wollte es von sich aus. Haben wir ein Privatrezept ausgestellt und dann ist der Kollege draußen in die Apotheke gegangen und hat das dann geholt." (Bed, R)

Ob die Möglichkeit besteht, die Entwöhnung kostenfrei für die Gefangenen (oder zu einem niedrigeren Preis) anzubieten, wissen die Bediensteten oftmals nicht.

„Und natürlich dann mehr Information über, ja kostenfreie Ersatzstoffe die man dann ja eventuell bekommen kann. Die man den Gefangenen anbieten kann. Ob man das über das normale Gesundheitsbudget mit reinnehmen könnte, wie viele dass dann noch in Anspruch nehmen, man weiß es nicht. Das sind viele Fragen eigentlich." (Bed, ER)

„Es fehlt eine Übersicht und dann haben wir auch nicht die Möglichkeit, solche Sachen eigentlich über den medizinischen Dienst zu bestellen. Weil es keinerlei Anweisung gibt, sollten Medikamente nicht bezahlt werden. [...] Das sind ja Medikamente. Aber die kriegen wir nicht bezahlt. Die dürfen wir auch nicht bestellen. Der Gefangene trägt die Kosten selber." (Bed, ER)

*Befürchtung, an Gewicht zuzunehmen*

„[…] in meiner Zeit hier hab ich so oder so schon zugenommen. Und dass ist nämlich auch. Wenn ich jetzt mit dem rauchen aufhören würde und ich würde noch mehr zunehmen, dann würde ich mich gar nicht mehr wohl fühlen." (Gef, R)

„Wenn ich nicht rauche, ich nehme zwangsläufig zu. Also ich habe selbst in diesen Monaten, habe ich zwei Kilo zugenommen. Und von daher, die Älteren werden sagen OK, ist schietegal. Aber die Jüngeren, glaube ich schon, dass die drauf achten auf die Figur." (Bed, R)

„Gewicht ist immer ein Thema. […] Aber auch bei beiden Gruppen. Also bei Bediensteten und Inhaftierten. Das ist durchgängig glaube ich ein Frauenthema. […] Auf jeden Fall ist das Thema. Viel mehr als Rauchen. (Bed, R)

#### 4.7.20.7 Abstinenzversuch als gemeinsame Verantwortung?

Eine zentrale Frage ist, ob man auf die Gefangenen und Bediensteten warten soll, bis sie sich von selbst melden, weil sie an einer Raucherentwöhnung interessiert sind oder ob man eher pro-aktiv an sie herangeht und sie stimuliert bzw. motiviert, bis sie bereit sind diesen Schritt (Tabakreduktion bzw. Rauchstopp) zu unternehmen.

*Gefangene*

Auf die Frage, ob die Häftlinge diejenigen sein sollten, die einen solchen Prozess initiieren:

„Ja doch, ärztliche Unterstützung ist schon da, wenn der Wille denn geäußert wird. Da muss natürlich der Inhaftierte zum Arzt gehen und sagen ‚Ich möchte aufhören zu rauchen, welche Hilfen sind drin?' Und dann ja. Wenn es ernst gemeint ist." (Gef, R)

Andere Häftlinge betonen aber auch die gemeinsame Verantwortung:

„Ja, aber ich glaub der Anfang ist immer man selbst. […] Also ich denk, wenn ich was möchte, muss ich mich auch ein bisschen darum kümmern. Aber dann erwarte ich natürlich auch von der Institution wo ich mich befinde, dass ich dann eventuell Unterstützung bekäme. Also so alles. Wenn wir jetzt Halsschmerzen haben oder so was müssen wir ja auch hingehen und nicht drauf hoffen dass wer durch Zufall vorbei läuft." (Gef, R)

„Und das muss unterstützt werden. Wenn das klappen würde, ich denke schon, denn würden sie mehr, also es würden mehr schaffen die wollen. Es muss nur der Grundsatz sein, er muss das wollen. Dass Unterstützung ist, muss man wirklich sagen, verschiedene Art und Weise. Ich weiß nicht ob das nur Pflaster oder Medikamente sind, die da helfen können." (Gef, R)

*Bedienstete*

„Es gibt allgemeine Angebote von der Gesundheitsberatung, auf die man dann verweisen kann. Aber die Initiative muss schon vom Raucher ausgehen.

Dann haben wir Gesundheitskoordinatoren, die können diese Hilfe dann vermitteln. Aber jetzt proaktiv hingehen, das gibt es nicht.“ (Bed, ER)

„Dass ja im Moment der Ist-Zustand einfach ist, ich muss erst mal eine unglaublich große Motivation mitbringen, um mich dann irgendwohin zu wenden.“ (Bed, R)

„Aber was ich begrüßen würde, hier in dieser Behörde beispielsweise ist ein aktives Angebot. Also nicht, dass ich jetzt schon diesen Leidensdruck in der Form haben muss, sondern dass ich vielleicht ein Stück weit sensibilisiert bin.[…] Also es wäre schön, das wäre vielleicht aber auch Luxus, wenn man mit den Fahnen wedeln würde. Aber was mir dabei auch persönlich wichtig wäre, ist einfach die Freiwilligkeit. Also dann, ich möchte das Angebot haben, aber ich möchte auch entscheiden ob ich es nutze oder nicht. Und das ist sicherlich auch ein Stück weit stimmungsabhängig.“ (Bed, R)

#### 4.7.20.8 Nachfragen des Personals hinsichtlich des Wunsches der Gefangenen nach Raucherausstiegsprogrammen

„Ich wollte gerade sagen, wann wird man auch mal so gefragt. Also: ‚Warum rauchst du, wieso, hast du nicht mal dran gedacht?‘ Also so eine Frage wurde mir hier noch nie gestellt. […] Hier wird eher nach Drogen gefragt als ob man raucht oder nicht raucht.“ (Gef, R)

„Da wird die ganze medizinische Vorgeschichte abgefragt und dann eben auch Angewohnheiten wie Drogensucht oder Medikamentensucht und ähnliches. Aber so über das Rauchen speziell wird eigentlich ganz, ganz wenig gesprochen.“ (Bed, ER)

„Wenn ich Hinweise gebe, dann muss ich aber auch handeln anschließend.“ (Bed, ER)

„Dann muss ich auch ein Angebot im Hintergrund haben.“ (Bed, ER)

„Als jetzt hier Gefangene mitbekommen haben, dass ein Nichtraucherkurs jetzt angeboten wurde, war das Interesse schon da. Die Kollegin konnte das jetzt aber halt zeitlich nicht hinbekommen, dass sie jetzt hier auch noch einen Kurs anbietet.“ (Bed, ER)

#### 4.7.20.9 Unterstützung beim Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören

Gefangenen und Bedienstete stellen dar, dass die Unterstützungsmaßnahmen ungenügend bzw. überhaupt nicht vorhanden sind.

„Aber dass man da überhaupt was für tut, das heißt also wenn ich jetzt zum Beispiel jetzt jemanden habe als Kollegen der hier unbedingt aufhören will zu rauchen, dann muss er es ganz allein machen. Hier ist sonst keine Hilfe, in keiner Weise. Also mir ist das wenigstens überhaupt nicht bekannt. […] In keinem Gefängnis wo ich war.“ (Gef, NR)

„Der hat 6 Wochen oder 7 Wochen versucht mal aufhören zu rauchen […]. Ob da jetzt ein Pflaster hilft, oder. Ich kann ihnen das ja nicht sagen. Aber ich sag mal, diese Unterstützung die fehlt komplett. Und finanziell konnte er sich das natürlich nie leisten.“ (Gef, R)

„Und dann konkrete Hilfen. Ich weiß, die wurden mir zum Beispiel nicht angeboten. Ich hab mich selber drum gekümmert. Jetzt hat mein Vater aufgehört zu rauchen nach jahrelangem Konsum. Er hat mit diesem besagten Medikament. […] Sagt er: ‚Damit hab ich aufgehört. So versuch das mal.‘ Alles klar, zum Doktor, ja. Musste ich halt selber bezahlen. Hat auch Monate gedauert, bis ich das überhaupt gekriegt hab.“ (Gef, R)

„Also wenn ich jetzt hier einen Arzt hätte, der dann auch mal die Stunde Freizeit in der Woche opfert und auch mal sagt, hier okay, ich halt dir mal einen Vortrag über die Risiken des Rauchens oder so was , das wird ja hier gar nicht gemacht.“ (Gef, R)

„Ärztliche Beratung findet hier nicht statt, was das rauchen betrifft. Ganz im Gegenteil. Ja, also ich mein, es wird auch nicht gefördert, aber es passiert nix. Stillstand. Null. Das einzige was passiert, wir durften ja damals noch in den Gruppenräumen rauchen und das wurde eingestellt, weil das rauchen in öffentlichen Anstalten eingeschränkt wurde.“ (Gef, R)

„Also ich bin auch ehrlich, ich bin auch noch nicht zu meiner Ärztin gegangen hier und hab gefragt ob es irgendwas gibt. Hier von wegen Nikotinpflaster oder Bonbons oder Kaugummis oder was es da auch alles gibt. Da die Justiz ja auch an jeder Ecke spart, kann ich mir nicht vorstellen, dass das überhaupt groß gefördert wird. Muss ich auch mal so sagen.“ (Gef, R)

„Und ja, ich würde mir einfach wünschen, dass es mehrere Frauen gibt, die auch den Mut dazu haben, das wirklich mal zu versuchen zu wollen. Ich weiß nicht was ich mir wünsche. […] vielleicht wirklich solche banalen Sachen wie Nikotinpflaster oder weiß ich nicht. Weil ich weiß ja gar nicht, ob das hilft. Also ich kann nicht sagen, was ich mir wünschen würde um überhaupt mit dem rauchen aufzuhören.“ (Gef, R)

„Therapieangebot gibt's schon mal gar nicht. Außer jetzt das, was Frau XXX angeboten hatte, den Nichtraucherkurs. […] Wenn Frau XXX diese Gruppe nicht gemacht hätte […] Wär nie was passiert." (Gef, ER)

Welche Angebote und Unterstützung vorgehalten werden, ist den Gefangenen meist nicht bekannt:

„Nikotinpflaster kann man hier wohl bekommen, hab ich mir sagen lassen, wenn man aufhören will zu rauchen. (Gef, R)

Auf die Frage des Interviewers, ob die Pflaster des kostenlos abgegeben werden würden, antworten die Gefangenen:

„Das weiß ich nicht." (Gef, R)

„Das glaub ich auch nicht. Also ich wüsste das nicht." (Gef, NR)

„Hab ich gehört so ein Gerücht." (Gef, R)

„Es gibt auch viele, die wissen auch gar nicht wie das geht. Dass müssen sie auch mal sehen. Das ist das Problem der Leute, ich will aufhören, aber ich weiß gar nicht wie das geht. So fängt das an. Wo kann ich mich überhaupt erkundigen darüber. Kann ich, hab ich Hilfe, gibt's Hilfe?" (Gef, NR)

#### 4.7.20.10 Rauchabstinenz als persönliche Entscheidung

„Rauchen ist eine persönliche Entscheidung. Und man kann nicht Ihnen die Pistole auf die Brust setzen und sagen […] hören sie jetzt auf, oder du wirst Krebs haben, du wirst das, das und das haben, bringt gar nichts. Weil es eine persönliche Entscheidung ist […] Ich bin überzeugt, persönlich überzeugt, der, der nicht will […] muss sagen: ich will nicht rauchen und dann raucht er auch nicht." (Bed, NR)

„Ich denk mal das ist eine Kopfsache, man muss wirklich wollen. Wenn man das nicht wirklich will, dann schafft man das auch nicht. Ganz einfach." (Gef, R)

„Das [Aufhören] ist eine Willenssache." (Gef, ER)

„Das ist einfach eine Willenssache. Das ist nicht, ich glaub, dass wäre nicht mal das Problem, da einfach jetzt aufzuhören. Nur ich will's im Moment einfach gar nicht." (Gef, R)

„Ja. Man ist immer für sich selbst verantwortlich. Entweder höre ich auf, wenn nicht, dann nicht. […] Also wenn ich massig bin und ich möchte abnehmen, dann fängt es vom Kopf an und da kann mir 100 Mal jemand eine

Hilfe anbieten, wenn ich das selber nicht möchte, dann ist es, dann ist es einfach im Kopf drin, dann funktioniert das einfach nicht.“ (Bed, R)

#### 4.7.20.11 Begleitung des Abstinenzversuches durch Dritte

„Aber wenn man gezielt drauf los geht beim medizinischen Dienst, dann bekommt man die entsprechende Beratung und auch die Schützenhilfe. Aktiv Hilfe leisten kann nur der Abteilungsbedienstete. Weil der ist jeden Tag vor Ort, der kann mit dir reden oder du kannst mit ihm reden. Und dann kann ich mir durchaus vorstellen, wenn du einen Nichtraucherbediensteten auf deiner Abteilung hast, dass der dir dann helfen kann, die Raucher werden das nicht so gut können.“ (Gef, R)

„Also ich denke mal das [Rauchstoppangebot] müsste schon eine Vertrauensperson dann machen, also einen von draußen nehmen […] einen Unabhängigen.“ (Gef, R)

### *4.7.21 Hilfeangebote*

#### 4.7.21.1 Hilfeangebote für Nikotinabhängigkeit im Vergleich zu anderen Suchterkrankungen

„Und wie gesagt, wir müssten uns von der Suchtberatung auch eher das überlegen. Wir unterstützen andere Gefangene ja auch, die auf Alkohol, Drogen und so weiter verzichten wollen. Und Tabak gehört dazu. Das haben wir früher […] nicht so gesehen als wir […] beide noch geraucht haben.“ (Bed, ER)

„[…] wenn ich ein Drogenproblem habe, dann wir mir hier geholfen. Es wird hier medikamentös geholfen, es wird hier unterstützt, alles. Wenn ich jetzt Nichtraucher werden will, […] werde ich aber nicht unterstützt.“ (Gef, NR)

„Die machen mehr für illegale Drogen als legale Drogen.“ (Gef, R)

#### 4.7.21.2 Gefangene: Wunsch, dass überhaupt etwas angeboten wird

„Also ich denk mal, dass ohne Hilfsmittel fällt es mir dann eben schwer aufzuhören. (Gef, R)

„Aber ich finde, wenn’s so ein Angebot gäbe und die Frauen könnten darauf zugreifen, dass wäre schon schön. Das wäre schon ein Anfang. Also wenigstens für die Frauen die halt Schwierigkeiten haben mit dem rauchen aufzuhören obwohl sie vielleicht gerne aufhören würden. […] vielleicht sollten sie wenigstens ein kleines Angebot haben. Nicht gleich ein großes oder was.

Doch denke ich schon dass das hilfreich wäre. Wenn man hier ein paar Monate sitzt und weiß, da gibt es etwas, was man mit dem Arzt noch besprechen kann, wär schon nicht schlecht. Vermutlich.“ (Gef, R)

„[…] wenn jetzt einer sagt: ‚Ich möchte jetzt gerne […] aufhören zu rauchen.‘ Wenn dass unterstützt werden würde anderweitig auch, bisschen mehr, dann lässt das schon, das wäre schon ein großer Schritt.“ (Gef, R)

#### 4.7.21.3 Hilfeangebote für Bedienstete

„Also im vergangenen Jahr hat unser stellvertretender Anstaltsleiter [darum] gebeten [dass wir]uns drum zu bemühen, dass es auch einen Nichtraucherkurs für Kollegen gibt. Dann haben wir hier draußen bei Suchtberatungsstellen angefragt, ob es da jemanden gibt der so etwas anbietet. Das hätte, ich glaube zweieinhalb Tausend Euro gekostet. Wir [waren] auch schon in Terminvorsprache gegangen und dann hatte halt der Gesundheitszirkel das nachher selber halt mit der Kollegin in der JVA XXX geregelt, dass sie das dann auch kostenfrei macht.“ (Bed, ER)

„Die hatten uns dann ja auch die Hinweise auf dieses rauchfrei.de gegeben, wo man ja auch übers Internet selber dieses, [Programm, um] mit dem rauchen aufzuhören, machen kann. Was ja auch begleitet wird. Also Informationen gab’s dann ja auch schon.“ (Bed, ER)

Einige Bedienstete wünschen sich insbesondere mehr Gruppenangebote.

„Also, man hat sich nachher noch zweimal getroffen. Und zum Abschluss sogar ein Abendessen in einer Gaststätte organisiert. Aber danach hat sich das ganz verloren. Und das ist wahrscheinlich dieses, dass man dann doch irgendwo wieder raucht. […] In einer Gruppe ist es einfacher, mit dem rauchen aufzuhören. Und man spricht ja untereinander […] sich Mut zu, aber nachher, wenn sich das alles so ein bisschen verliert, kommt man in diesen normalen Tagesrhythmus wieder und dann geht das los. Dann überlegt man. Muss man doch wieder eine rauchen. Aber gut, ich sag mal, allein schon dies, dass etwas reduziert wurde, das ist schon in Ordnung. Für mich jedenfalls.“ (Bed, R)

„Ich würde mir da gerne so eine Gemeinschaft wünschen, eine gemeinsame Motivation. […] Also das ist jetzt natürlich sehr visionär und sehr naiv. Das ist mir auch bewusst. Aber ja ich glaube es wäre einfach gut, wenn’s Angebote geben würde, so dass man öfter mal miteinander ins Gespräch kommt.

Ach nee guck mal hier gibt's doch ein Angebot, wollen wir das nicht gemeinsam nutzen." (Bed, R)

#### 4.7.21.4 Informationsangebot

Offensichtlich fehlen bisher Angebote, die auf die Vermittlung von Informationen in Zusammenhang mit dem Rauchen und der Raucherentwöhnung stehen.

„Also es gibt Veranstaltungen. Informationsveranstaltungen werden zum Teil auch durch externe Träger begleitet. Ob das jetzt die Aidshilfe ist oder kleine Kooperationspartner zu ausgesuchten Themen. Also wir hatten Zahnprophylaxe oder Ansteckungserkrankungen oder so was. […] Aber es gibt dann auch eine ganz bewusste Steuerung auf Gesundheitsthemen." (Bed, ER)

„Ich denke an einem Informationsabend oder wie auch immer, wie man das nennen mag, würden schon vermutlich mehr teilnehmen als wir jetzt vielleicht denken. Weil Information kostet erst mal nichts. Also ich denke, da werden wir vielleicht sogar noch überrascht." (Gef, R)

„Es gibt so viele Gesprächsrunden die sie hier machen. Da können sie auch eine machen zum Beispiel für den, der auf jeden Fall aufhören will [mit dem Rauchen], dass er dann entsprechend Hilfe bekommt." (Gef, NR)

#### 4.7.21.5 Sport

„[…] ich denke Sport ist schon eine ganz wichtige Sache, wenn ich aufhöre zu rauchen, dass ich regelmäßig Sport mache, das wäre schon nicht negativ für jemand." (Gef, NR)

Auf die Frage, ob Sport ein integraler Bestandteil der Angebote zur Raucherentwöhnung sein sollte, antworten die Bediensteten überwiegend zustimmend.

„Ganz bestimmt. Denn irgendwo müssen die ja die Energie loswerden und das können sie ja nur im sportlichen Bereich. Ganz bestimmt." (Bed, NR)

„[…] also mir hat das damals geholfen, ich habe durch den Sport aufgehört. Sicherlich hab ich schon immer Sport gemacht, aber in der Zeit wo ich das Rauchen aufgegeben habe, vermehrt. Vermehrt natürlich Laufen, weil man dann einfach sich soweit auspowert und sagt, jetzt hat die Lunge kein Bedürfnis zu rauchen, weil ich mich jetzt erst erholen muss. […] In Anstalten, die jetzt einen Sportplatz haben, ist das sicherlich schöner zu machen, da kann man wirklich laufen gehen." (Bed, ER)

#### 4.7.21.6 Medikamente, Nikotinersatz

Das Personal ist in einigen Haftanstalten offensichtlich durchaus befugt, Nikotinersatzpräparate für die Gefangenen zu verschreiben. Deren Wirkung wird jedoch sehr skeptisch beurteilt.

„Bringt gar nichts.“ (Bed, NR)

„[…] da kann natürlich auch Missbrauch mit getrieben werden. Mit diesen Pflastern. Wenn sie zu viel Nikotin über dies Pflaster nehmen, ich weiß ja nicht genau, wie es läuft.“ (Bed, ER)

#### 4.7.21.7 Belohnungen als Anreiz, das Rauchen zu beenden

„Wenn man, denk ich mal irgendwann hier in der Haftanstalt noch mal so ein Angebot installieren würde. Ich denke mal, dass man da schon Vereinbarungen treffen könnte, dass man dieser Gruppe dann auch noch eine Stunde extra Sport anbietet.“ (Bed, ER)

„Also wenn man denen grillen anbietet, da haben die viel mehr von, glaube ich.“ (Bed, NR)

Belohnungen für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum werden aber durchaus auch von aktuell rauchenden Bediensteten befürwortet.

„[…] wenn man da irgendwelche finanzielle Anreize schafft, denke ich wäre das der einzige Weg, der überhaupt gangbar ist in dem Bereich. […] Ja das [zusätzliche Urlaubstage] sind natürlich gute Belohnungsmöglichkeiten, […] Also da, da muss man sich Gedanken drüber machen.“ (Bed, R)

### *4.7.22 Fortbildung*

„Ja, wichtig wäre vielleicht, dass wenn man in der Suchtberatung sitzt, wie gesagt, irgendwelche Lehrgänge besuchen kann, in denen man es dann vielleicht mal selber den Leuten erzählen kann. Wie das geht. Das wäre für mich eigentlich eine gute Sache.“ (BedL1, ER)

„Genauso wie jetzt, ich weiß nicht mit den Nikotinpflastern: Wird dann unmittelbar Nikotin abgegeben? Oder in welchen Zeiträumen?“ (BedL3, ER)

Auf die Frage des Interviewers, ob die JVA-interne Suchtberatung, ausgestattet mit mehr Mitteln als bisher, Nichtraucherkurse oder Reduktionskurse für Gefangene anbieten könnte, antworten die Bediensteten:

„Normaler Weise kein Problem. […] Wäre auch wünschenswert. Man müsste natürlich das Personal ausbilden.“ (Bed, ER)

„Ja. Das Know how muss man dann halt schon bekommen. Schulungen.“ (Bed, ER)

#### *4.7.23 Justizvollzugskrankenhaus (JVK)*

Zur Zeit ist es in den meisten JVK erlaubt, in den Zimmern zu rauchen. Somit besteht auch hier eine hohe Passivrauchbelastung. So berichtet ein Gefangener von einem Krankenhausaufenthalt, bei dem er zu Beginn auf ein Zimmer verlegt wurde, auf dem „[…] dann 3 Stück [Mitgefangene] schon drauf waren und die haben geraucht halt. Und die sagten zu mir ach wir rauchen ganz wenig, ich so, nee. Ich geh überall drauf, aber nicht wo Raucher sind halt. […] Ich mag das halt nicht. Also es riecht in den Klamotten, ich kann nachts nicht schlafen, weil ich das Nikotin in der Nase hab. Und dann haben sie gesagt, ja dann haben wir noch eine andere Lösung, wir haben nur noch ein Nichtraucher, aber der ist Extremschnarcher. Da hab ich gesagt, packen sie mich lieber da drauf, aber nicht bei den Rauchern. Haben sie mich da zwar hingepackt halt. Ich konnte da halt nicht schlafen, aber ich hatte dann wenigstens auf jeden Fall kein Nikotin in der Nase gehabt halt. Also dass ist mir so im Krankenhaus passiert.“ (GEF, NR)

Auch die Möglichkeit, ein vollkommen rauchfreies Krankenhaus zu etablieren, wurde in den Fokusgruppengesprächen diskutiert. Es gab hierzu überwiegend ablehnende Äußerungen.

„[…] sie kommen in die Klinik, sie dürfen nicht mehr rauchen. Das geht gar nicht.“ (Gef, R)

Beim medizinischen Personal besteht offenbar die Befürchtung, dass sich stark rauchende Gefangene nicht mehr behandeln lassen, wenn sie im Krankenhaus keine Möglichkeit haben, zu Rauchen.

„Aber generell die Methode das rauchen einzustellen und einfach zu sagen es wird nicht geraucht, wie in jedem anderen Krankenhaus, da […] sehe [ich] eine Menge an Aufgaben, weil vielleicht die Führung der Person, der Inhaftierten schwieriger werden könnte. Und es könnte auch zu Impulsausbrüchen kommen weil, die sind ja teilweise etwas anders gestrickt als wir. […] Aber viele elektive Raucher mit Leistenbruch oder mit Metall Entfernung oder was auch immer […] Die kommen nicht. Die hängen an ihrem Rauchen. (Bed, ER)

Es gibt aber seitens des Personals durchaus auch positive Einstellungen gegenüber einem rauchfreien Justizvollzugskrankenhaus. Angemahnt wird jedoch eine größere Unterstützung sowohl im Krankenhaus selbst als auch in den eigentlichen Haftanstalten.

„Aber grundsätzlich, um noch mal darauf zurück zu kommen, im Krankenhaus, wenn die unterstützt werden und wenn denen geholfen wird, könnte ich mir das durchaus vorstellen und sagen, dass das machbar ist.“ (Bed, ER)

„Ich sag mal […] Patienten sollten dann schon mal eine Raucherentwöhnung in ihrer Anstalt machen. Wenn ich hier manchmal sehe, wie die hier mit schwarzen Fingerkuppen kommen, in den Betten rauchen, geistig noch gar nicht voll da sind“. (Bed, ER)

#### *4.7.24 Jugendliche*

Dieses Thema nahm in den Fokusgruppengesprächen insgesamt nur wenig Raum ein, da keines dieser Treffen in einer Jugendanstalt durchgeführt wurde. Jugendliche werden aber auch in Anstalten für Erwachsene inhaftiert, wo es dann schwierig ist, das Rauchverbot, für diese Gruppe durchzusetzen.

„Sind ja einige unter 18. Das ist natürlich ein Problem. Man versucht drauf zu achten, aber man ist ja nicht permanent auf Station. […] dann können die unter 18-Jährigen da im Haftraum bei den Erwachsenen sich ihre Zigaretten holen und rauchen, wie auch immer. […] Also ist schwierig.“ (Bed, R)

## 4.8 Erfahrungsaustausch und Vernetzung

Tabakprävention in Gefängnissen kann nur begrenzt aus sich selbst heraus entwickelt werden. Daher sollte Kontakt zu Netzwerken und Spezialisten gesucht werden, um die langjährigen praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Ausgestaltung der Nichtraucherschutzregelungen in Deutschland zu nutzen. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes haben wir eine Reihe von Kontakten geknüpft, um somit die Aufmerksamkeit auf das bis dahin in der Tabakprävention noch etwas unterversorgte Setting ‚Haft“ zu lenken. Ein intensiverer Austausch fand insbesondere mit den nachfolgend aufgeführten Personen und Institutionen statt.

– In Gießen (Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Land Hessen) wurde am 26.5.2011 mit Dr. Hofstetter und Frau Rohner über deren An-

satz eines totalen Rauchverbotes in Haftanstalten (siehe hierzu auch: Hofstetter, Rohner et al. 2010) diskutiert.

- Dieses Modell eines totalen Rauchverbots im Maßregelvollzug wurde auch mit Dr. Joachim Witzel (Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe (Sachsen-Anhalt) diskutiert.
- Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.: Teilnahme an der 12. Frühjahrs-Tagung „Tabakentwöhnung: Von Forschungsprojekten zur Versorgungssituation in der Praxis?“
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V.: Das Modell des Netzes ist für die Gefängnisse und insbesondere für Justizvollzugskrankenhäuser sehr wertvoll (http://www.dnrfk.de)
- FACT – Frauen aktiv contra Tabak (http://www.fact-antitabak.de/vorstand.html)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Das vorliegende Forschungsprojekt wurde vorgestellt. Eine weitere Zusammenarbeit und insbesondere die Teilnahme an der 9. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle in Heidelberg (November 2011) hat stattgefunden.
- Aktionsbündnis Nichtrauchen (www.aktionsbuendnis-nichtrauchen.de)

# 5 Diskussion der Ergebnisse

## 5.1 Zusammenfassende Darlegung und Bewertung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Gesamtstudie ist es, aus ihren Ergebnissen empirisch fundierte Empfehlungen für eine effektive Tabakprävention abzuleiten. Da international nur sehr wenige und auf Deutschland bezogen gar keine entsprechenden Forschungsbefunde vorliegen, ist diese Studie sehr breit angelegt gewesen. Ausgehend von einer Analyse der internationalen Literatur wurden Landesjustizministerien, Anstaltsleiter, Gefangene und Bedienstete schriftlich befragt. Darüber hinaus sind vertiefende Fokusgruppengespräche geführt und Messungen zur Passivrauchbelastung vorgenommen worden. Aus der großen Fülle der Einzelergebnisse dieser Teilstudien sollen im Folgenden die diskutiert werden, auf deren Grundlage sich Empfehlungen zur Tabakprävention explizit ableiten lassen.

### *5.1.1 Passivrauchaussetzung*

Die Gefangenen verbringen die überwiegende Zeit ihrer Inhaftierung in geschlossenen Räumen. Aufgrund der hohen Anteile von Rauchern unter ihnen ist die Passivrauchbelastung entsprechend hoch. Laut den Ergebnissen der Teilstudie MoNic Badges atmen die Gefangenen pro Tag passiv den Rauch einer ganzen Zigarette ein. Hochgerechnet auf ein Inhaftierungsjahr sind dies fast zwanzig Schachteln Zigaretten. Insbesondere für Nichtraucher stellt dies – so zeigen die Fokusgruppen – eine erhebliche Belastung dar. Auch deshalb, weil in den Haftanstalten oftmals keine Möglichkeit geschaffen wird bzw. sofort geschaffen werden kann, nichtrauchende Insassen getrennt von Rauchern unterzubringen. Hinzu kommt, dass sich die Gefangenen zu großen Teilen nicht an die erlassenen Rauchverbote – z.B. in den Gemeinschaftsräumen oder den Fluren – halten und zudem an den Arbeitsstätten sehr viel geraucht wird.

Auch die Bediensteten – insbesondere die im Vollzugsdienst – sind während ihrer Arbeit erheblichen Belastungen der Atemluft ausgesetzt. Die MoNic

Badges zeigen eine ähnlich hohe Passivrauchbelastung wie bei den Gefangenen. Der Aufenthalt in verrauchten Hafträumen ist alltäglich. In einigen Haftanstalten wurden bereits Regeln für die Gefangenen zum Lüften der Hafträume beim Verlassen etabliert. Offensichtlich nehmen rauchende Häftlinge auch vereinzelt Rücksicht und beenden den Tabakkonsum während des Aufenthalts des Personals in der Zelle. Insgesamt ist die Belastung der Bediensteten aber außerordentlich hoch. Darüber hinaus gelten in Gemeinschaftsräumen nicht immer entsprechende Rauchverbote.

### *5.1.2 Zugang zu Tabakprodukten*

Tabakprodukte werden seitens der Gefangenen überwiegend in den anstaltseigenen Verkaufsstätten erworben. Ein Teil erhält die Rauchwaren auch als Geschenk von Personen außerhalb der Gefängnisse oder im Tausch gegen andere Waren. In einigen Haftanstalten wird die Höhe des Einkaufs reglementiert. Oftmals setzen die prekären finanziellen Verhältnisse der Insassen dem Erwerb von Rauchwaren enge Grenzen. Die Erschwerung des Zugangs zu Tabakprodukten gilt als eine effektive verhältnispräventive Maßnahme in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung. Für den Haftbereich ist diese Erkenntnis sicher nicht eins zu eins übertragbar. Dagegen sprechen der hohe Anteil aktuell nikotinabhängiger Personen und die fehlenden Möglichkeiten, auf andere Genussmittel bzw. Ablenkungen zurückzugreifen. In den Fokusgruppengesprächen wurde aber davon berichtet, dass z. T. Tabak als Vergütung bzw. Belohnung von der Haftanstalt an die Gefangenen abgegeben wird. Hier gilt es seitens der Anstalten zu überlegen, ob nicht auch andere Formen der Gratifikation möglich sind.

### *5.1.3 Befolgung der Nichtraucherschutzregelungen*

Die erlassenen Regelungen zum Nichtraucherschutz werden von Gefangenen oftmals nicht befolgt. Gleichzeitig wird dieses Verhalten seitens der Haftanstalten nicht immer sanktioniert. Somit verpufft die intendierte Wirkung dieser Regelungen. Auch bei den Bediensteten gibt es Verfehlungen, gleichwohl kommen sie zu weit höheren Anteilen den Forderungen zum Nichtraucherschutz nach. Dass die erlassenen Rauchverbote, sofern sie denn durchgesetzt werden, durchaus zu einer Reduktion des Rauchens führen, wird sowohl in der Prävalenzbefragung der Bediensteten als auch in den Fokusgruppengesprächen deutlich. Anzunehmen ist, dass Gleiches auch in Bezug auf die Gefangenen gilt, insbesondere dann, wenn diese Maßnahmen flankiert wer-

den durch ein modellhaftes Verhalten des Personals. Das Rauchen im Beisein von Gefangenen, z. T. zusammen mit den Gefangenen oder in leer stehenden Hafträumen erscheint in diesem Zusammenhang eher kontraproduktiv.

### *5.1.4 Akzeptanz von Regelungen zum Nichtraucherschutz*

Sowohl die Gefangenen als auch die Bediensteten stehen dem Nichtraucherschutz insgesamt aufgeschlossen gegenüber. So wird die Einrichtung von speziellen Raucherräumen bzw. -plätzen bei gleichzeitigem Rauchverbot in den sonstigen Haftgebäuden überwiegend akzeptiert. Fast ausnahmslos wird auch der Einrichtung von Nichtraucherzellen zugestimmt. In den Fokusgruppengesprächen wurden diese von einigen Gefangenen regelrecht eingefordert.

Auf Ablehnung stoßen hingegen Maßnahmen, die ein Rauchverbot innerhalb der Hafträume beinhalten. Aufgrund der sehr beschränkten Bewegungsfreiheit der Gefangenen ist ein solches Antwortverhalten der Gefangenen durchaus verständlich. Auch die Bediensteten scheinen dies so zu sehen. Denn trotz der hohen Anteile derer, die sich durch den Rauch in den Zellen belästigt fühlen, ist die Zustimmung zu einem Rauchverbot in den Gefangenenzellen gering.

### *5.1.5 Beweggründe des Rauchens*

Die Gründe für das Rauchen der Häftlinge sind sehr vielfältig. Einen großen Einfluss haben sicher die frühere Sozialisation sowie die Lebensgestaltung vor der Inhaftierung. Gleichwohl benennen die Gefangenen auch eine Reihe von Umständen, die dazu führen, dass während des Haftaufenthaltes mehr geraucht wird. An erster Stelle werden hier Stress und Langeweile genannt. Eine effektive Tabakprävention in Haft wird nur möglich sein, wenn es gelingt, das Ausmaß des Stressempfindens zu mindern, sowie Möglichkeiten der Beschäftigung zu schaffen. Sportliche Aktivitäten werden in diesem Zusammenhang als probates Mittel häufig benannt. Die entsprechenden Angebote sollten in den Haftanstalten – sofern dies möglich ist – ausgeweitet werden. In den Fokusgruppengesprächen wurde zudem mehrfach auf die Stress regulierende Funktion des Musik-Machens verwiesen. Ingesamt klingt in den Teilstudien durch, dass die Angebote zur Freizeitgestaltung im Vergleich zur Verfügung stehenden Zeit der Gefangenen sehr unzureichend sind.

### *5.1.6 Unterstützung und Hilfeangebote*

Der Wunsch, das Rauchen zu beenden, ist bei den rauchenden Häftlingen durchaus vorhanden. So hat jeder zweite von ihnen während der Haft bereits versucht mit dem Rauchen aufzuhören und ein Drittel will dies in naher Zukunft versuchen. Hinsichtlich des Erfolgs sind die Häftlinge jedoch mehrheitlich unsicher und begründen dies mit der eigenen Nikotinabhängigkeit, mangelndem Willen, der Angst, an Gewicht zuzunehmen, der ständigen Präsenz von Rauchern und einer ungenügenden Unterstützung. Während die erstgenannten Bereiche auch von vielen Rauchern der Allgemeinbevölkerung genannt werden, haben die beiden Letztgenannten für die Personen in Haft eine besondere Relevanz. Aufgrund der hohen Rauchprävalenz bei gleichzeitigem Aufenthalt dieser Gruppe auf sehr kleinem Raum sind Raucher allgegenwärtig. Da bis auf wenige Ausnahmen bisher auch keine rauchfreien Stationen in den Haftanstalten existieren, sind Personen, die das Rauchen beendet haben, selbst wenn sie in Nichtraucherzellen untergebracht sind, permanent mit rauchenden Mithäftlingen in Kontakt. Ein Ausstieg aus der Nikotinsucht wird hierdurch erheblich erschwert.

Ein ebenso großes Problem ist die mangelnde Unterstützung eines Abstinenzversuches. Lediglich 9% der aktuell rauchenden Gefangenen sind vom Gesundheitsdienst der Haftanstalt schon einmal gefragt worden, ob sie ihr Rauchen reduzieren möchten. Starten die Gefangenen einen solchen Versuch, dann meist ohne begleitende Maßnahmen. Aus der Prävalenzbefragung wird deutlich, dass Beratungsangebote kaum vorgehalten werden. Auch haben die Betroffenen in der Regel keinen Zugang zu Nikotinersatzpräparaten oder entsprechenden Medikamenten. Ein solcher ist – wenn überhaupt – nur dann möglich, wenn die Gefangenen selbst die Kosten hierfür übernehmen. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Bediensteten oftmals nur über ein unzureichendes Wissen hinsichtlich der Möglichkeiten der Unterstützung von Abstinenzversuchen verfügen. Insgesamt verfestigt sich somit der Eindruck, dass die Insassen von Haftanstalten mit ihrer Nikotinsucht und ihren Versuchen, diese zu überwinden, meist allein gelassen werden.

Gleichwohl sich die Situation bei den Bediensteten etwas besser darstellt, sind die Angebote auch hier nicht ausreichend. So wird berichtet, dass nur vereinzelt Infoveranstaltungen zum Thema Rauchen veranstaltet wurden. Ein auf Nachhaltigkeit angelegtes Gesamtkonzept zur Tabakprävention ist nicht erkennbar.

### *5.1.7 Strategien der Bundesländer hinsichtlich einer effektiven Tabakprävention in den Haftanstalten*

Die Ergebnisse der Befragung der Leiter von deutschen Haftanstalten zeigen sehr deutlich, wie unterschiedlich die Maßnahmen zum Nichtraucherschutz umgesetzt werden. Während einige Haftanstalten seit Einführung der Nichtraucherschutzgesetzte beispielsweise die Rauchverbotszonen ausgeweitet haben und entsprechende Verfehlungen seitens der Gefangenen wie der Bediensteten sanktionieren, verfestigt sich bei anderen der Eindruck eines nur halbherzigen Vorgehens. Hierin spiegelt sich offenbar die Bedeutung, welche diese Thematik für die Verantwortlichen auf der Ebene der Bundesländer hat. Befragt nach ihrer Strategie der Tabakprävention in Haft verweist die Mehrzahl der zuständigen Justizministerien lediglich auf die bestehenden allgemeingültigen Nichtraucherschutzgesetze. Ein konkret auf die Strukturen und Erfordernisse der Haftanstalten zugeschnittenes Regelwerk fehlt in der Regel. Hinzu kommt, dass die Umsetzung der sich aus dem Nichtraucherschutzgesetz ergebenen Präventionsmaßnahmen in der Verantwortung der Anstaltsleiter liegt. Mit Ausnahme eines Bundeslandes wird jedoch nicht davon berichtet, dass eine entsprechende Prüfung erfolgt. Somit sind Art und Umfang der Tabakprävention in den Haftanstalten zu großen Teilen davon abhängig, welche Bedeutung ihr seitens der Anstaltsleitung beigemessen wird.

### *5.1.8 Geschlechtsspezifische Ergebnisse*

Die Ergebnisse der Gefangenen- wie der Bedienstetenbefragung zeigen eine höhere Rauchprävalenz bei den Frauen. In den Fokusgruppengesprächen wurde von den Teilnehmern ebenfalls berichtet, dass Nichtraucherinnen unter den weiblichen Gefangenen die Ausnahme darstellen und dass auch insbesondere das jüngere weibliche Personal zu hohen Anteilen Tabakprodukte konsumiert.

Ein bedeutsamer Indikator für eine bei Rauchern bestehende Nikotinsucht ist die Zeit bis zum Konsum der ersten Zigarette nach dem Aufstehen. Innerhalb der ersten fünf Minuten greift etwas mehr als die Hälfte der weiblichen Gefangenen bereits zur Zigarette (53%; Männer: 41%). Diese Frauen müssen als höchst gefährdet hinsichtlich einer bestehenden Nikotinsucht angesehen werden. Gleichzeitig sehen mit einem Anteil von 36% bemerkenswert weniger inhaftierte Frauen (36%) als Männer (44%) das eigene Suchtverhalten als ein bedeutsames Hindernis, um das Rauchen erfolgreich zu beenden.

Befragt nach den Gründen für den intensiven Tabakkonsum nennen die weiblichen Insassen im Vergleich zu den männlichen Gefangenen häufiger Stress, das Vermissen von Familie oder Freunden sowie Streitigkeiten mit dem Personal oder Mitgefangenen.

Stress ist offensichtlich auf für viele der weiblichen Bediensteten ein Faktor, der das Rauchen fördert. So geben 36% von ihnen an, dass sie aufgrund ihrer Tätigkeit im Gefängnis mehr rauchen würden, als in der Zeit davor (Männer: 25%). Weibliche Gefangene berichten zu geringeren Anteilen von früheren wie zukünftig geplanten Abstinenzversuchen, als die inhaftierten Männer. Hiermit korrespondiert, dass die Erfolgsaussichten eines solchen Vorhabens von den Frauen schlechter eingeschätzt werden als von den männlichen Gefangenen. Sowohl in der Gefangenen- wie der Bedienstetenbefragung äußern viele Frauen die Befürchtung, dass die Beendigung des Rauchens eine Zunahme des Körpergewichts zur Folge hat. Auch in den Fokusgruppengesprächen machten die weiblichen Teilnehmer deutlich, dass aus Angst vor einer Gewichtszunahme wenig Motivation besteht, den Tabakkonsum einzustellen.

Die Ergebnisse zeigen, dass geschlechtsspezifische Konzepte der Tabakprävention sowohl für Gefangene als auch für Bedienstete entwickelt werden müssen. Sowohl die Gründe für das Rauchen als auch die Wahrnehmung der Veränderungsmöglichkeit dieses Verhaltens sind stark geschlechtsspezifisch unterschiedlich geprägt. Veränderungsmotivationen müssen gestärkt werden mit passgenauen Informationen, Trainings und weiteren Angeboten. Dies trifft insbesondere auf die Problematik einer befürchteten Gewichtszunahme zu. Neben den o. g. Unterstützungen sind hier flankierend insbesondere Bewegungs- und Ernährungsangebote zu entwickeln. Weibliche Gefangene und Bedienstete zeigen auch Gemeinsamkeiten im Stressempfinden in der Haftanstalt. Stärker untersucht werden müsste – und auch dies kann Teil der Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung sein – welche Strukturen, Organisationselemente als stressauslösend bzw. -fördernd von beiden Gruppen angesehen werden.

### *5.1.9 Jugendspezifische Ergebnisse*

Die Jugendlichen (bis einschließlich 24 Jahre) zeigen mit 90% die höchste Rauchprävalenz aller Inhaftierten. 84% von ihnen rauchen (fast) täglich. Dementsprechend ist diese Gefangenengruppe auch besonders häufig dem Rauch anderer Tabakkonsumenten ausgesetzt (83%). Als eine starke Belästigung wird dies jedoch nur von wenigen empfunden (9%). Überwiegend wer-

den die Rauchwaren in den Verkaufstätten der Haftanstalten erworben. Etwas mehr als jeder Dritte erhält die Zigaretten jedoch auch von Angehörigen, Freunden oder Bekannten. Erwartungsgemäß zeigt diese junge Klientel zu geringeren Anteilen gesundheitliche Probleme aufgrund des Rauchens. Jedoch berichtet fast jeder Zweite davon, innerhalb der ersten fünf Minuten nach dem Aufstehen die erste Zigarette des Tages zu rauchen. Mit anderen Worten: Die Hälfte der inhaftierten Jugendlichen muss als potenziell tabakabhängig eingeschätzt werden. In Bezug auf die Gründe für eine Steigerung des Tabakkonsums unterscheiden sich die jugendlichen Insassen nicht von ihren älteren Mitgefangenen: Stress und Langeweile werden besonders häufig genannt. Ebenfalls jeder zweite aktuell rauchende inhaftierte Jugendliche hat während seiner Inhaftierung schon versucht, das Rauchen zu beenden. Einen erneuten Versuch wollen hingegen lediglich 29% wagen. Als Grund hierfür werden überdurchschnittlich häufig eine unzureichende Motivation, die Nikotinabhängigkeit und die frustrierenden Erfahrungen früherer erfolgloser Versuche genannt.

Die Gruppe der Jugendlichen stellt eine besondere Herausforderung für die Tabakprävention dar. Sie befinden sich in aller Regel noch in der „honeymoon-Phase“ des Tabakgebrauchs, d. h., es sind subjektiv überwiegend noch keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen spürbar. Einen Ansatzpunkt könnten die doch weitverbreiteten Versuche der Raucheinschränkung bzw. -entwöhnung darstellen: Immerhin 50% haben Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt. Daran – in jugendspezifischer Form – anzuknüpfen, könnten erste Schritte einer Unterstützung des Versuchs, das Rauchen einzuschränken oder zu beenden, sein. Auch bei den Jugendlichen stellt die während des Haftaufenthaltes erlebte Langeweile und der Stress ein großes und für die Tabakprävention bedeutsames Problem dar: Hier müssten die strukturellen Gegebenheiten näher untersucht werden, um eine Basis für Veränderungen zu erhalten.

### *5.1.10 Spezifische Ergebnisse für im Ausland geborene Gefangene*

Die im Ausland geborenen Gefangenen rauchen zu geringeren Anteilen (72%) als die gebürtigen Deutschen (81%). Noch etwas größer sind die Differenzen zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf den (fast) täglichen Konsum. Während mehr als drei Viertel der deutschstämmigen Insassen davon berichten, sind es in der Vergleichsgruppe 65%. Die letztgenannte Gruppe

weist auch einen höheren Anteil an Personen auf, die noch niemals in ihrem Leben geraucht haben (17%; Deutschstämmige: 10%).

Werden nur die aktuellen Raucher betrachtet, so zeigt sich, dass die im Ausland geborenen Gefangenen wesentlich häufiger von psychischen und körperlichen Beschwerden als Folge des Tabakkonsums berichten (35% bzw. 50%) als die gebürtigen Deutschen (24% bzw. 38%). Auch geben sie mit einem Anteil von 72% wesentlich häufiger an, aufgrund der Inhaftierung aktuell mehr zu rauchen (Deutschstämmige: 53%). Als Gründe hierfür werden überdurchschnittlich häufig Stress, das Vermissen von Familie und Freunden, die unklare Vollzugssituation und Schuldgefühle genannt. 57% der im Ausland geborenen aktuell rauchenden Gefangenen haben während der Haft einen Versuch unternommen, das Rauchen zu beenden (Deutschstämmige: 48%). Etwa jeder Vierte dieses Personenkreises trieb Sport zur Unterstützung dieses Vorhabens (Deutschstämmige: 28%). Von der Absicht, in naher Zukunft einen (weiteren) Abstinenzversuch zu unternehmen, berichten 44% (Deutschstämmige: 32%).

Gefragt nach den Gründen des Rauchens sind es vor allem die Bereiche Verbesserung der Gesundheit, etwas Positives für sich selbst zu machen, sowie die Verbesserung des eigenen Geruchs die von den im Ausland geborenen Häftlingen überdurchschnittlich benannt werden. In diesem Zusammenhang als hilfreich wird jeweils von mehr als der Hälfte dieser Gefangenengruppe ein Belohnungssystem für Nichtraucher, mehr Freizeitangebote und Nikotinpräparate angesehen. Als Hindernis für eine erfolgreiche Durchführung dieses Vorhabens benennen hingegen 40% den Stress in den Haftanstalten (Deutschstämmige: 34%).

Für die im Ausland geborenen Gefangenen bieten sich viele besondere Anknüpfungspunkte einer Tabakpräventionspolitik: Da die Prävalenzen des Rauchens insgesamt und des täglichen Gebrauchs im Besonderen signifikant geringer sind als bei den Deutschstämmigen, gibt es eine größere Gruppe von nichtrauchenden Gefangenen, die in gewisser Weise Vorbildfunktion haben könnten. Das Bild eines nichtrauchenden Mitgefangenen ist durchaus präsenter und verbreiteter in dieser Gruppe, als etwa bei der Gruppe der Jugendlichen (s.o.). Mehr als die Hälfte der im Ausland geborenen Gefangenen hat bereits Entwöhnungserfahrungen gemacht. Auch hier bieten sich Anknüpfungspunkte für eine erneute Motivation zur Rauchveränderung.

## 5.2 Strategie zum Nichtraucherschutz in deutschen Gefängnissen

Die Ziele dieser Strategie bestehen darin, das Leben und Arbeiten von Gefangenen und Bediensteten unter gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen zu verbessern, insbesondere:

- die Passivrauchaussetzung zu verringern,
- Versuche, das Rauchen zu reduzieren oder zu beenden, zu unterstützen und
- die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten und Anstaltsleitungen zu optimieren.

Die zu formulierende Nichtraucherschutzstrategie fußt im Wesentlichen auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Darüber hinaus sind aber auch international gültige Rahmenbedingungen für den Nichtraucherschutz (WHO und FCTC) sowie andere, meist internationale Forschungsbefunde einbezogen worden.

Ein erster Entwurf der Strategie ist mit den Verantwortlichen der Haftanstalt Detmold diskutiert worden[1]. Diese sehr hilfreichen Anmerkungen aus der Praxis sind dann in eine zweite Fassung der Strategie eingeflossen, welche anschließend nochmals in einer Expertenrunde (z. B. mit Anstaltsleitern, Vertretern des Deutschen Netzes für Rauchfreie Krankenhäuser) im Rahmen zweier Arbeitsgruppen diskutiert und überarbeitet wurde. Diese Arbeitsgruppen haben sich jeweils während einer Konferenz zusammengefunden:

- Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, Heidelberg 2011 (Titel der Arbeitsgruppe: Überlegungen zu einer Tabakpräventionsstrategie für Gefängnisse)
- Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft – Genf 1.–3. Februar 2012 (Tabakprävention in Totalen Institutionen: Wie kann ein für alle Beteiligten akzeptabler. Weg effektiver Tabakprävention gefunden werden?).

Die finale Strategie umfasst Empfehlungen zur Tabakprävention sowohl für die Gefangenen wie das Gefängnispersonal. Sie beinhaltet sechs Module:

---

1 Auch in anderen Haftanstalten gab es Gespräche zwischen dem dortigen Personal und den Forschern des ISFF hinsichtlich der Weiterentwicklung und den Möglichkeiten der konkreten Umsetzung der Nichtraucherstrategie vor Ort. So ist neben der bereits erwähnten JVA Detmold auch die JVA Lingen zweimal aufgesucht worden. Jeweils einmal besucht wurden die JVA Untermaßfeld und die Frauenhaftanstalt Berlin.

1. Allgemeine Prinzipien der Strategie
2. Regelungen zum Nichtraucherschutz
3. Gesundheitsaufklärung und Fortbildungen
4. Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder zur Reduzierung des Rauchens
5. Aufbau von Netzwerken mit Einrichtungen der Tabakprävention sowie Monitoring und Evaluation
6. Checkliste

### *5.2.1 Allgemeine Prinzipien der Strategie*

- Rauchen ist nur in bestimmten ausgewiesenen Zonen möglich, um einen effizienten Nichtraucherschutz im Rahmen des Landes-Nichtraucherschutzgesetzes zu erreichen. Der Haftraum ist als privater Lebensbereich anzuerkennen. Rauchen sollte nicht zulässig sein, wenn mehrere Personen sich in ein und demselben Raum befinden und unter ihnen auch Nichtraucher sind (Breitkopf Helmut and Stollmann Frank 2010). Isolierte Maßnahmen sind ungenügend. So sollten Regelungen zum Nichtraucherschutz nicht ohne begleitende zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Therapie- und Beratungsangebote sowie die Weiterbildung des Personals eingeführt werden.
- Effektiver Nichtraucherschutz in Haft muss mit einer Vielfalt von Maßnahmen das Rauchen streng reglementieren, ohne aber Raucher zu diskriminieren oder strengeren Regelungen als der Allgemeinbevölkerung zu unterwerfen.
- Soweit wie möglich, sollten die Nichtraucherschutzregelungen und -angebote denen für die Allgemeinbevölkerung entsprechen. Dies ermöglicht eine breite Akzeptanz aller Akteure und bereitet die Gefangenen nach ihrer Entlassung auf die Veränderungen außerhalb der Haftanstalt vor. Insofern sind Bemühungen zur Akzeptanz des Nichtraucherschutzes auch als Teil einer gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu verstehen.
- Die Nichtraucherschutzregelungen sollten im Leitbild der Anstalt verankert werden.
- Personen, die in der Haftanstalt als „Gesundheits-Verantwortliche“ bestimmt oder beauftragt sind, sollten die Möglichkeit haben, sich weiterzubilden. Sie sollen dadurch befähigt werden, die Nichtraucherschutzkonzepte kompetent umzusetzen und die Beratungs- und Therapieangebote sowohl für Gefangene als auch für Bedienstete selbst weiterzuentwickeln.

- Tabakprävention ist als Teil betrieblicher Gesundheitsförderung zu betrachten und anzugehen. Sie ist eine Querschnittsaufgabe und erfordert abgestimmte Vorgehensweisen und klar definierte Verantwortlichkeiten zwischen Gesundheitsdiensten, Personalrat, Gefangenenvertretung und Anstaltsleitung.
- Tabakprodukte werden häufig in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert. Tabakprävention sollte somit in den Haftanstalten Teil eines umfassenden Suchtkonzeptes sein.
- Kampagnen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, sollten auch in den Haftanstalten durchgeführt werden. Vorstellbar sind in diesem Zusammenhang beispielsweise Aktionen zum Weltnichtrauchertag (31. Mai, siehe Website http://www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de/index.php?article_id=105), die das Rauchen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit von Häftlingen und Bediensteten rücken.

### *5.2.2 Konkrete Regelungen zum Nichtraucherschutz*

- Die Hausordnungen sollten auf den Nichtraucherschutz hin überprüft werden.
- Nichtraucher sollten keinen Haftraum mit Rauchern teilen müssen. Dies schließt die Unterbringung von Gefangenen während der Erstaufnahme explizit ein.
- Es ist ferner darauf hinzuwirken, zukünftig Nichtraucherflure einzurichten.
- Die Regelungen zum Rauchen an den Arbeitsstätten – insbesondere das Verhalten während der Pausen – sollten vereinheitlicht werden. Anzustreben ist, dass – gemäß den Regelungen für die Allgemeinbevölkerung – in den Arbeitsbereichen und Toiletten nicht geraucht wird.

### *5.2.3 Gesundheitsaufklärung und Fortbildungen*

- Den Gefangenen und Bediensteten sollten Information zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung zur Verfügung gestellt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hält hierzu ein Reihe von Informationsbroschüren bereit (www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens). Besonders zu empfehlen sind das Faltblatt "Die Sucht und Ihre Stoffe – Nikotin" (Bestellnummer: 34008002; www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=976) sowie das "rauchfrei – Startpaket" (Bestellnummer: 31350100; www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/rauchfrei-startpaket). Wertvolle Informationen lassen

sich zudem der Webseite www.rauchfrei-info.de entnehmen, welche ebenfalls von der BZgA betrieben wird.
- Zwar bieten die Bundesländer Aus- und Fortbildungen für Bedienstete im Justizvollzug an. Der Konsum von Tabakprodukten wird hierbei jedoch nur selten thematisiert. Interessierte Bedienstete und Gesundheitsfachleute haben aber die Möglichkeit selbst nach entsprechenden Fortbildungsangeboten zu suchen. Informationen befinden sich auf der Website „rauchfrei plus“ (http://www.dnrfk.de/termine0).

### *5.2.4 Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder Reduzierung des Rauchens*

*Gefangene:*

- Bei den Gefangenen sollte das Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen in allen Stadien der Inhaftierung zwischen Zugang und Entlassung regelmäßig angesprochen und eine Statusabfrage (Raucher oder Nichtraucher) vorgenommen werden.
- Die Haftanstalten sollten Angebote zur Tabakentwöhnung bzw. Tabakkonsumreduzierung vorhalten. Anzustreben ist, dass diese den Häftlingen kostenfrei angeboten werden. Bei begrenzten Ressourcen ist aber auch eine Eigenbeteiligung der Betroffenen, z. B. bei medikamentengestützten Hilfen, vertretbar.

*Bedienstete:*

- Die Regelungen zum Nichtraucherschutz sollten den Bediensteten schon während des ersten Arbeitstages in einer Haftanstalt mitgeteilt werden.
- Die Motivation zur Tabakreduktion/-entwöhnung bei Bediensteten sollte regelmäßig überprüft werden.
- Raucherentwöhnungskurse sollten den Bediensteten von einer dafür ausgebildeten Person angeboten werden.
- Bedienste sollten nicht mit den Gefangenen gemeinsam rauchen. Insbesondere der gemeinschaftliche Tabakkonsum in den Zellen der Gefangenen sollte unterbunden werden.
- Sofern Hafträume von Rauchern belegt werden, sollten für Gespräche zwischen Gefangenen und Bediensteten andere Räumlichkeiten genutzt werden (Breitkopf Helmut and Stollmann Frank 2010).
- Die Räume sollten vor Zellenrevisionen und anderen dienstlichen Angelegenheiten gründlich gelüftet werden. Wenn möglich, ist mit den Ge-

fangenen eine Vereinbarung zu treffen, dass während der Anwesenheit der Bediensteten nicht geraucht wird (siehe Beispiel in Irland; (NIPS 2007).

- Das Rauchen sollte nur im Freien und während der Arbeitspausen gestattet sein. Lediglich für Bedienstete, die das Gefängnisgebäude aus Sicherheitsgründen nicht verlassen dürfen, ist die Einrichtung eines Raucherraumes unter Umständen sinnvoll.
- Zur Steigerung der Motivation das Rauchen aufzugeben bzw. damit gar nicht erst zu beginnen, sollten Nichtraucher eine Gratifikation – z. B. in Form eines zusätzlichen halben Tags Urlaub – erhalten.
- Weitere Informationen befinden sich in zwei Broschüren der BZgA mit den Titeln: „Rauchfrei am Arbeitsplatz – Informationen für rauchende und nichtrauchende Beschäftigte“ (Bestellnummer: 31041000) und „Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe“ (Bestellnummer: 31040000) sowie auf den Webseiten: www.bzga.de/infomaterialien/ foerderung-des-nichtrauchens
  www.anbieter-raucherberatung.de

### *5.2.5 Aufbau von Netzwerken mit Einrichtungen der Tabakprävention sowie Monitoring und Evaluation*

- Es sollten Kooperationen mit Institutionen und Einrichtungen, die spezielle Angebote zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung vorhalten auf kommunaler Ebene wie auch auf der Ebene der Bundesländer hergestellt werden.
- Für die Justizvollzugskrankenhäuser wäre eine Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen sinnvoll (DNRfK; www.dnrfk.de).
- Die Durchsetzung der Nichtraucherschutzregelungen in den Gefängnissen sollte kontrolliert werden.
- Die Einhaltung der Nichtraucherschutzregelungen sowohl der Bediensteten als auch der Gefangenen sollte beobachtet werden.
- Eine Evaluation der Nichtraucherschutzregelungen ist ebenso anzuraten, wie eine Verschränkung mit den kommunalen bzw. regionalen Gesundheitsberichterstattungen.

### *5.2.6 Check-Liste*

Diese Check-Liste dient der Überprüfung der Praxis des Nichtraucherschutzes in den Anstalten. Sie soll eine Einschätzung dahin gehend ermöglichen, welche Empfehlungen der o. g. Strategie bereits umgesetzt wurden („Ja“-Antworten) und welche noch einer intensiveren Aufmerksamkeit bedürfen („Nein“-Antworten).

**a. Fragen zum Nichtraucherschutz der Gefangenen**

*Regelungen zum Nichtraucherschutz*

Besprechen wir den Nichtraucherschutz für Gefangene gemeinsam mit dem medizinischen Dienst?

☐ Ja ☐ Nein

Besprechen wir den Nichtraucherschutz für Gefangene gemeinsam mit der Gefangenenvertretung?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es eine zuständige Person für den Nichtraucherschutz oder die Gesundheitsförderung?

☐ Ja ☐ Nein

Suchen wir professionelle Hilfe bei der Optimierung des Nichtraucherschutzes?

☐ Ja ☐ Nein

Haben wir eine Nichtraucherschutzregelung?

☐ Ja ☐ Nein

Wird unsere Nichtraucherschutzregelung eingehalten?

☐ Ja ☐ Nein

Haben die nichtrauchenden Gefangenen systematischen, schnellen Zugang zu einer Nichtraucherzelle?

☐ Ja ☐ Nein

Sind die Arbeitsbereiche rauchfrei?

☐ Ja ☐ Nein

Sind die Toiletten rauchfrei?

☐ Ja ☐ Nein

Sind die Pausenräume rauchfrei?

☐ Ja ☐ Nein

*Gesundheitsaufklärung*

Sind uns Bestelladressen für Informationen zur Tabakprävention bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Werden Informationen zur Tabakprävention regelmäßig und pro-aktiv verteilt?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Gefangene als weitere Vermittler von Informationen bzw. Materialien einbezogen?

☐ Ja ☐ Nein

*Fortbildung*

Ist das Personal (Gesundheit, Betreuung oder Vollzug) für Gesundheitsaufklärung zum Thema Tabak ausgebildet?

☐ Ja ☐ Nein

Ist das Gesundheitspersonal für Tabakentwöhnung oder -einschränkung ausgebildet?

☐ Ja ☐ Nein

Ist die zuständige Person für den Nichtraucherschutz ausgebildet?

☐ Ja ☐ Nein

*Individuelle Hilfen zum Rauchstopp oder zur Reduzierung des Rauchens*

Sind Angebote zur Tabakentwöhnung bzw. zur Reduktion des Rauchens leicht zugänglich?

☐ Ja ☐ Nein

Werden die Gefangenen regelmäßig zum Rauchstopp oder Einschränkung angesprochen? ☐ Ja ☐ Nein

**b. Fragen zum Nichtraucherschutz für Bedienstete**

*Regelungen zum Nichtraucherschutz*

Besprechen wir den Nichtraucherschutz für Bedienstete gemeinsam mit dem medizinischen Dienst?

☐ Ja ☐ Nein

Besprechen wir den Nichtraucherschutz für Bedienstete gemeinsam mit dem Personalrat? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es eine zuständige Person für den Nichtraucherschutz?

☐ Ja ☐ Nein

Suchen wir professionelle Hilfe bei der Optimierung des Nichtraucherschutzes?

☐ Ja ☐ Nein

Wird unsere Nichtraucherschutzregelung eingehalten?

☐ Ja ☐ Nein

Sind die Bediensteten vor dem Passivrauch außerhalb des Haftraums geschützt?

☐ Ja ☐ Nein

Ist sichergestellt, dass das Personal innerhalb der Haftanstalten keine Tabakprodukte käuflich erwerben kann?

☐ Ja ☐ Nein

Dürfen die Bediensteten nur draußen im Freien rauchen?

☐ Ja ☐ Nein

Dürfen die Bediensteten nur während der Pausen rauchen?

☐ Ja ☐ Nein

*Gesundheitsaufklärung*

Sind uns die Bestelladressen für Informationen zur Tabakprävention bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Werden Informationen zur Tabakprävention regelmäßig und pro-aktiv verteilt?

☐ Ja ☐ Nein

*Fortbildung*

Wird das Thema Tabak in den Fortbildungen angesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

Ist der für den Nichtraucherschutz zuständige Mitarbeiter entsprechend qualifiziert worden?

☐ Ja ☐ Nein

*Individuelle Hilfe im Falle eines Abstinenzversuches*

Ist gesichert, dass Mitarbeiter, die das Rauchen reduzieren oder ganz einstellen wollen, auch leichten Zugang zu den dafür vorgehaltenen Hilfeangeboten haben?

☐ Ja ☐ Nein

Werden die Bedienstete regelmäßig auf ihr Rauchverhalten und ihre Motivation zur Reduzierung des Rauchens angesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

## Literaturverzeichnis


AFP (2010). Tabagisme passif et promiscuité en détention: la CEDH condamne la Roumanie.

Allsworth, J. E., J. Clarke, et al. (2007). The influence of stress on the menstrual cycle among newly incarcerated women. *Womens Health Issues* **17**(4): 202-209.

Association, N.-S. R. and S. a. H. A. Foundation (2008). Smoke-free Prisons.

Awofeso, N. (1999). Controlling tobacco use within prisons. Int J Tuberc Lung Dis 3(6): 547-548.

Awofeso, N. (2002). Reducing smoking prevalence in Australian prisons: a review of policy options. Appl Health Econ Health Policy 1(4): 211-218.

Awofeso, N. (2003). Implementing smoking cessation programmes in prison settings. Addiction Research and Theory 11(2): 119-130.

Awofeso, N. (2005). Why fund smoking cessation programmes in prisons? BMJ 330: 852.

Awofeso, N., T. Irwin, et al. (2008). Using positive deviance techniques to improve smoking cessation outcomes in New South Wales prison settings. Health Promot J Austr 19(1): 72-73.

Awofeso, N., M. Levy, et al. (2001). Managing a tobacco control program in New South Wales correctional centres, 1999-2001. N S W Public Health Bull 12(7): 193-195.

Awofeso, N., R. Testaz, S. Wyper and S. Morris (2000). Smoking prevalence in New South Wales correctional facilities. Tob Control 10(1): 84-85.

Baker, A., R. G. Ivers, et al. (2006). Where there's smoke, there's fire: high prevalence of smoking among some sub-populations and recommendations for intervention. *Drug Alcohol Rev* **25**(1): 85-96.

Belcher, J. M., T. Butler, et al. (2006). Smoking and its correlates in an Australian prisoner population. *Drug Alcohol Rev* **25**(4): 343-348.

Binswanger, I. A., P. M. Krueger, et al. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health* **63**(11): 912-919.

Bond, L. (2007). The health, wellbeing and work satisfaction of New South Wales' correctional officers: a pilot study of randomly selected correctional officers in one NSW prison.

Breitkopf Helmut and Stollmann Frank (2010). *Nichtraucherschutzrecht*, Kommunal- und Schul-Verlag.

Bryant, J., B. Bonevski, et al. (2010). Delivering smoking cessation support to disadvantaged groups: a qualitative study of the potential of community welfare organizations. *Health Educ Res* **25**(6): 979-990.

Butler, T., R. Richmond, et al. (2007). Should smoking be banned in prisons? *Tob Control* **16**(5): 291-293.

Butler, T. and C. Stevens (2010). National summit on tobacco smoking in prisons, National Drug Research Institute (Curtin University).

Carpenter, M. J., J. R. Hughes, et al. (2001). Smoking in correctional facilities: a survey of employees. *Tob Control* **10**(1): 38-42.

Centre for clinical and academic workforce innovation (2007). A Guide to Implementing the New Futures Health Trainer Role across the Criminal Justice System.

Chang, C., C. Huang, et al. (2010). The impact of implementing smoking bans among incarcerated substances users: a qualitative study. *Eval Health Prof* **33**(4): 473-479.

Chassin, L., G. Knight, et al. (2009). Substance use treatment outcomes in a sample of male serious juvenile offenders. *J Subst Abuse Treat* **36**(2): 183-194.

Chavez, R., D. Oto-Kent, et al. (2005). Tobacco policy, cessation, and education in correctional facilities. Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care and National Network on Tobacco Prevention and Poverty.

Cropsey, K., K. Crews, et al. (2006). Relationship between smoking status and oral health in a prison population. *Journal of Correctional Healh care* **12**(4): 240-248.

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

Cropsey, K., G. D. Eldridge, et al. (2004). Smoking among female prisoners: an ignored public health epidemic. *Addict Behav* **29**(2): 425-431.

Cropsey, K., L. McClure, et al. (2010). The impact of quitting smoking on weight amon women prisoners participating in a smoking cessation intervention. *Am J Public Health* **100**: 1442-1448.

Cropsey, K. L., G. D. Eldridge, et al. (2006). Expired carbon monoxide levels in self-reported smokers and nonsmokers in prison. *Nicotine Tob Res* **8**(5): 653-659.

Cropsey, K. L., D. O. Jackson, et al. (2010). Impact of self-initiated pre-quit smoking reduction on cessation rates: Results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Addict Behav*.

Cropsey, K. L., D. O. Jackson, et al. (2011). Impact of self-initiated pre-quit smoking reduction on cessation rates: results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Addict Behav* **36**(1-2): 73-78.

Cropsey, K. L., S. Jones-Whaley, et al. (2010). Smoking characteristics of community corrections clients. *Nicotine Tob Res* **12**(1): 53-58.

Cropsey, K. L. and J. L. Kristeller (2005). The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addict Behav* **30**(3): 589-594.

Cropsey, K. L., J. A. Linker, et al. (2008). An analysis of racial and sex differences for smoking among adolescents in a juvenile correctional center. *Drug Alcohol Depend* **92**(1-3): 156-163.

Cropsey, K. L., M. F. Weaver, et al. (2009). Differential success rates in racial groups: results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Nicotine Tob Res* **11**(6): 690-697.

Department of Health and HM Prison Service (2007). Department of Health and HM Prison Service, Acquitted – Best practice guidance for developing smoking cessation services in prisons. London, from Retrieved 23. April 2010 from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand statistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005383.

Department of Health South West Regional, P. H. G. (2007) Implementation of Smoke Free Prison Service Instruction: Survey of Prisons in the South West Region. Final Results (Report by Mary-Ann McKibben).

DHS (2011). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Pressemitteilung.

Douglas, N., E. Plugge, et al. (2009). The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? *J Epidemiol Community Health* **63**(9): 749-754.

Dupont, P. (2008). [Is it possible to help prisoners to quit smoking?]. *Rev Med Interne* **29**(5): 355-356.

Durrah, T. L. (2005). Correlates of daily smoking among female arrestees in New York City and Los Angeles, 1997. *Am J Public Health* **95**(10): 1788-1792.

Eldridge, G. D. and K. L. Cropsey (2009). Smoking bans and restrictions in U.S. prisons and jails: consequences for incarcerated women. *Am J Prev Med* **37**(2 Suppl): S179-180.

Elger, B. S. (2004). Management and evolution of insomnia complaints among non-substance-misusers in a Swiss remand prison. *Swiss Med Wkly* **134**(33-34): 486-499.

Etter, J. F. (2010). Short-term change in self-reported COPD symptoms after smoking cessation in an internet sample. *Eur Respir J* **35**(6): 1249-1255.

Eytan, A., D. M. Haller, et al. (2010). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *Int J Law Psychiatry* **34**(1): 13-19.

Flensborg-Madsen, T., M. B. von Scholten, et al. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *J Psychiatr Res* **45**(2): 143-149.

Foley, K. L., S. Proescholdbell, et al. (2010). Implementation and enforcement of tobacco bans in two prisons in North Carolina: a qualitative inquiry. *J Correct Health Care* **16**(2): 98-105.

French Governement (2007). Circulaire interministérielle du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire (DHOS/O2/DAP no 2007-157)

Global, Smokefree, et al. (2010). Article 8 Status Report.

Global Smokefree Partnership (2009). FCTC Article 8-plus Series Reducing Tobacco Smoke Exposure in Prisons.

Gonzalez, C., J. Canals, et al. (2008). Prevalence and determinants of high-risk human papillomavirus (HPV) infection and cervical cytological abnormalities in imprisoned women. *Epidemiol Infect* **136**(2): 215-221.

Gruning, T., H. Weishaar, et al. (2011). Tobacco industry attempts to influence and use the German government to undermine the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tob Control*.

Guyon, L., S. Brochu, et al. (2010). Interdiction de fumer en établissement de détention québécois. *Institut national de santé publique du Québec*.

Hammond, S. K. and K. M. Emmons (2005). Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions. *J Expo Anal Environ Epidemiol* **15**(3): 205-211.

Harcouët, L., S. Balanger, et al. (2008). La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris–La Santé

Tobacco reduction in a prison of France. *La Revue de médecine interne*

Harcouet, L., S. Balanger, et al. (2008). [Tobacco reduction in a prison of France]. *Rev Med Interne* **29**(5): 357-363.

Hartwig, C., H. Stöver, et al. (2008). Report on tobacco smoking in prison, Final report Work Package 7, Drug Policy and harm reduction, Universität Bremen.

Heidari, E., Dickinson C, Wilson R, Fiske J (2007). Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal* **202(2)**: E5.

Heng, C., V. Badner, et al. (2006). Relationship of Cigarette Smoking to Dental Caries in a Population of Female Inmates. *Journal of Correctional Healh care* **12**(3): 164-174.

HM Prison service (2007). SMOKE FREE LEGISLATION: PRISON SERVICE APPLICATION : Retrieved 3rd May 2010 from http:// psi. hmprisonservice.gov.uk/PSI_2007_2009_smoke_free_legislation.doc.

Hofstetter, V., A. Rohner, et al. (2010). Die Umsetzung eines Rauchverbots im Maßregelvollzug. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*: 423-427.

Hofstetter, V., A. Rohner, et al. (2010). Die Umsetzung eines Rauchverbots im Maßregelvollzug. Ist dies möglich, sinnvoll und legal? *Sucht* **56**(6): 423-427.

Holmwood, C., M. Marriott, et al. (2008). Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvment Screening Test). *Int Journal of Prisoner Health* **4**(4): 198-207.

Human, D. (2010). *Wise Nicotine*.

Kauffman, R. M. (2010) Smoking and tobacco in Ohio prisons. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* **70(9-B).** 5464

Kauffman, R. M., A. K. Ferketich, et al. (2010). Measuring tobacco use in a prison population. *Nicotine Tob Res* **12**(6): 582-588.

Kauffman, R. M., A. K. Ferketich, et al. (2011). Tobacco Use by Male Prisoners Under an Indoor Smoking Ban. *Nicotine Tob Res*.

Kauffman, R. M., A. K. Ferketich, et al. (2008). Tobacco policy in American prisons, 2007. *Tob Control* **17**(5): 357-360.

Khavjou, O. A., J. Clarke, et al. (2007). A captive audience: bringing the WISEWOMAN program to South Dakota prisoners. *Womens Health Issues* **17**(4): 193-201.

Kipping, R. R., J. Martin, et al. (2006). UK experience of smoke-free young offenders institute. *BMJ* **332**(7533): 120.

Knight, M. and E. Plugge (2005). Risk factors for adverse perinatal outcomes in imprisoned pregnant women: a systematic review. *BMC Public Health* **5**: 111.

La Torre, G., L. Miele, et al. (2007). Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners. *BMC Infect Dis* **7**: 100.

Lai, S. W., W. L. Chang, et al. (2008). Assessment of health status among incarcerated men. *Am J Med Sci* **335**(6): 465-468.

Lankenau, S. E. (2001). Smoke 'Em If You Got 'Em: Cigarette Black Markets in U.S. Prisons and Jails. *Prison J* **81**(2): 142-161.

Lavigne, E. and R. Bourbonnais (2010). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. *Int J Law Psychiatry* **33**(2): 122-129.

Lawrence, S. and H. Welfare (2008). The effects of the introduction of the no-smoking policy at HMYOI Warren Hill on bullying behaviour. *Int J Prison Health* **4**(3): 134-145.

Le Monde (2009). La Pologne condamnée à Strasbourg pour sa surpopulation carcérale endémique.

Lehman, M. (2010). Drogenkonsum in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands. Was wir „wirklich" wissen. *DBDD Workshop Drogen&Haft 19. November 2010*. Berlin.

Lekka, N., C. Paschalis, et al. (1997). Nicotine, caffeine and alcohol use in high- and low-dose benzodiazepine users. *Drug and alcohol Dependence* **45**: 207-212.

Lekka, N. P., K. H. Lee, et al. (2007). Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population. *Depress Anxiety* **24**(5): 325-330.

Lincoln, T., R. S. Chavez, et al. (2005). US experience of smoke-free prisons. *BMJ* **331**(7530): 1473.

Lincoln, T., R. W. Tuthill, et al. (2009). Resumption of smoking after release from a tobacco-free correctional facility. *J Correct Health Care* **15**(3): 190-196.

MacAskill, S. (2008). Social marketing with challenging target groups: Smoking cessation in prisons in England and Wales. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing* **13(3)**(Special issue: Social marketing): 251-261.

MacAskill, S. and D. Eadie (2002). Evaluation of a pilot project on smoking cessation in prisons, Final report, The University of Strathclyde. Retrieved 3rd March 2010, http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4034349.pdf.

Maurer-Stender, K. (2010). Tobacco Control situation in the WHO European Region and possible joint cooperation between tobacco control and prison health. *WHO* Copenhagen.

McCarthy, M. and J. Brewster (2009). Evaluation of ‘Quitters are Winners’ – a prison-based cessation course. *CBRC RESEARCH PAPER SERIES* **38**.

McGrath, C. (2002). Oral health behind bars: a study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerodontology* **19**(2): 109-114.

Mitchell, N., B. Hawkshaw, et al. (2008 ). Enabling the NSW Health workforce to provide evidence-based smoking-cessation advice through competency-based training delivered via video conferencing. *New South Wales Public Health Bulletin* **19**(4): 56–59

Müller, S., L. Kraus, et al. (2010). Changes in Exposure to Secondhand Smoke and Smoking Behavior in the General Population After the Introduction of New Smoke-Free Laws in Germany. *SUCHT* **56**(5): 373-384.

Nara, K. and M. Igarashi (1998). Relationship of prison life style to blood pressure, serum lipids and obesity in women prisoners in Japan. *Ind Health* **36**(1): 1-7.

Narkauskaitè, L., A. Juozulynas, et al. (2007). The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. *Med Sci Monit* **13**(3): CR131-135.

Narkauskaite, L., A. Juozulynas, et al. (2010). Prevalence of psychoactive substances use in a Lithuanian women's prison revisited after 5 years. *Med Sci Monit* **16**(11): PH91-96.

National Offender Managment Service (2004). Reducing Re-offending National Action Plan (NOMS July 2004).

NHS (2010). NHS Experimental Statistics on Quit Rates by Setting.

NIPS (2007). Smoking Policy. Belfast, Northern Ireland Prison Service (NIPS). Retrieved 14th 2010 April from http://www.niprisonservice.gov.uk/module.cfm/opt/2015/area/Publications/page/publications/archive / true/year/2009/month/2013/cid/2010/cid/2019.

nosmokingday.org.uk (2011). Prison Guide.

O’Neill, B. (2010). Health Trainers in the Criminal Justice System A Strategy for Offender Health in the South West.

Office of the Inspector, o. c. s. (2008). Issue paper Smoking in prison. Retrieved April 24th from http://www.custodialinspector.wa.gov.au/go/publications-and-resources/issues-papers.

Pabst, A., D. Piontek, et al. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *SUCHT* **56**(5): 327-336.

Papadodima, S. A., E. I. Sakelliadis, et al. (2010). Smoking in prison: a hierarchical approach at the crossroad of personality and childhood events. *Eur J Public Health* **20**(4): 470-474.

Patrick, S. and R. Marsh (2001). Current tobacco policies in U.S. adult male prisons. *The Social Science Journal* **38**: 27-37.

Pauly, V., E. Frauger, et al. (2010). Analysis of addictive behaviours among new prisoners in France using the OPPIDUM program

Evaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance]. *L'Encéphale* **36**: 122-131.

Plugge, E. H., C. E. Foster, et al. (2009). Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: the impact of imprisonment. *Health Promot Int* **24**(4): 334-343.

Prison Service Order (2007). Prison Service Order 3200 – Health promotion.

Proescholdbell, S. K., K. L. Foley, et al. (2008). Indoor air quality in prisons before and after implementation of a smoking ban law. *Tob Control* **17**(2): 123-127.

Ratschen, E., B. J., et al. (2009). Smoke-free policy in acute mental health wards: avoiding the pitfalls. *General Hospital Psychiatry*.

Rezza, G., G. Scalia Tomba, et al. (2005). [Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons]. *Ann Ist Super Sanita* **41**(2): 239-245.

Richmond, R., T. Butler, et al. (2009). Tobacco in prisons: a focus group study. *Tob Control* **18**(3): 176-182.

Richmond, R. L., T. Butler, et al. (2006). Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention. *Aust N Z J Public Health* **30**(5): 474-478.

Ritter, C., J. Etter, et al. (2010). Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis – Konkretes Beispiel einer Strafanstalt – Schweiz. *Congress Gesundheit in Haft*. Hambourg.

Ritter, C., C. K. Huynh, et al. (2011). Exposure to tobacco smoke before and after a partial smoking ban in prison: indoors air quality measures. *Tob Control*.

Ritter, C., H. Stöver, et al. (2011). Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J Public Health Policy* **32**(1): 32-45.

Royal College of physicians (2007). Harm reduction in nicotine addiction Helping people who can't quit, A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.

Sahajian, F., L. P, et al. (2006). Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Sante Publique* **18(2)**: 223-234.

Sannier, O., M. Gignon, et al. (2009). [Obstructive lung diseases in a French prison: results of systematic screening]. *Rev Pneumol Clin* **65**(1): 1-8.

Scollo, M. and M. Winstanley (2008). *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria.

Shearin, P., K. Hepburn, et al. (2002). Smoking cessation programme in a young offenders institution. *International Journal of Pharmacy Practice* **10**: R84.

Sieminska, A., E. Jassem, et al. (2006). Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. *BMC Public Health* **6**: 181.

SPS (2006). 9th prisoner survey 2006. Edingburgh, Scottish Prison Service (SPS).

SPS (2008) SPS (2008) 11th prisoner survey. Edingburgh, Scottish Prison Service (SPS). Retrieved 14th May 2010 from http://www.sps.gov.uk/default.aspx?documentid=21190703-e21190707b21190704-21190704abc-bc21190783-21190744b21190705d21190700f21190706f21190769

Spurgeon, D. (2000). Canadian prisoners strike over smoking ban. *BMJ* **321**(7258): 402.

Stöver, H. and K. Thane (2011). Towards a continuum of care in the EU criminal justice system. A survey of prisoners' needs in four countries

*(Estonia, Hungary, Lithuania, Poland)*. Oldenburg, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Stuart, G. L., J. Meehan, et al. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, violence and psychopathology among arrested domestically violent men. *Am J Addict* **15**(3): 256-257.

Stuart, G. L., J. Meehan, et al. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, intimate partner violence, and substance abuse among arrested violent women. *Am J Addict* **15**(5): 396-399.

Stuart, G. L., T. M. Moore, et al. (2004). Cigarette smoking and substance use among men court-referred to domestic violence treatment programs. *Am J Addict* **13**(3): 319-320.

Stuart, G. L., T. M. Moore, et al. (2005). Cigarette smoking, alcohol use and psychiatric functioning among women arrested for domestic violence. *Am J Addict* **14**(2): 188-190.

stuff.co.nz (2011). Fewer prison fires since smoking ban-Corrections.

Sweda, E. (2004). Lawsuits and secondhand smoke. *Tob Control* **13**: i61-i66.

Sweda, E. L., Jr. (2001). Litigation on behalf of victims of exposure to environmental tobacco smoke. The experience from the USA. *Eur J Public Health* **11**(2): 201-205.

The national center on addiction and substance abuse at, C. U. (2010). Substance abuse and America's Prison population.

Thibodeau, L., D. E. Jorenby, et al. (2010). Prerelease intent predicts smoking behavior postrelease following a prison smoking ban. *Nicotine Tob Res* **12**(2): 152-158.

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

US Department of Health, a. H. S. (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. *Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health*. Atlanta, GA**:** Retrieved 13th 2010 December from http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/executivesummary.pdf.

US Department of Health, a. H. S. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. *Public Health Service Office of the Surgeon General* Rockville, MD.

Vaughn, M. and R. Del Carmen (1993). Smoke free prisons: Policy dilemmas and constitutional issues. *Journal of Criminal Justice* **21**: 151-171.

Voglewede, J. P. and N. E. Noel (2004). Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addict Behav* **29**(2): 343-348.

Wang, E. A., M. Pletcher, et al. (2009). Incarceration, incident hypertension, and access to health care: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *Arch Intern Med* **169**(7): 687-693.

WHO (2003). WHO Framework convention on tobacco control.

WHO (2007). THE EUROPEAN TOBACCO CONTROL REPORT 2007. Geneva, World Health Organization. .

WHO (2007). Protection from exposure to second hand smoke, Policy recommendations.

WHO (2009). WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Guidelines for implementation, Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13.

WHO (2009). WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2009, Implementing smoke-free environments.

Wolff, H., P. Sebo, et al. (2011). Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* **11**(1): 245.

World Health Organization and R. O. f. Europe. (2007). Health in prisons – A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization.

Young, M., B. Waters, et al. (2005). Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. *Aust N Z J Public Health* **29**(4): 324-327.

***Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“***
Hrsg. von Heino Stöver und Jutta Jacob

**Band 1: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1996. – 190 S. – ISBN 3-8142-0566-9 – € 12.80

**Band 2: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Zwischenbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1997. – 418 S. – ISBN 3-8142-0596-0 – € 12.80

**Band 3: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Abschlußbericht. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg. Vergriffen

**Band 4: Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen:** ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafollzug. – Jutta Jacob, Heino Stöver (Hrsg.). – Oldenburg 1998. – 248 S. – ISBN 3-8142-0617-7 – € 12.80

**Band 5: Healthy Prisons.** Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. – Heino Stöver. – Oldenburg 2000. – 498 S. – ISBN 3-8142-0720-3 € 13.90

**Band 6: AIDS- und Hepatitis-Viren:** Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. – Karlheinz Keppler. – Oldenburg 2001. – 137 S. – ISBN 3-8142-0778-5 – € 7.70

**Band 7: Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit:** 10 Jahre Substitution im Bremer Strafvollzug. – Anja Schultze. – Oldenburg 2001. – 270 S. – ISBN 3-8142-0779-3 – € 10.20

**Band 8: Drug and HIV AIDS services in European prisons** / Heino Stöver. – Oldenburg 2002. – 248 S., Literaturverz. – ISBN 3-8142-0818-8 – € 10.00

**Band 9: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug:** eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. – Knut Tielking, Susanne Becker, Heino Stöver. – Oldenburg 2003. – 244 S. – ISBN 3-8142-0885-4 – € 8.80

**Band 10: Gesundheitsförderung in totalen Institutionen am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt.** – Heiner Bögemann. – Oldenburg 2004. – 350 S. – ISBN 3-8142-0917-6 – € 18.00

**Band 11: Substitution Treatment in European Prisons. A studyof policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries.** – Heino Stöver, Laetitia Hennebel, Joris Casselman. – 515 S. – ISBN 3-8142-0925-7 – € 25.00 (vergriffen)

**Band 12: Female drug users in European prisons. Approaches to a scarcely –noticed prison population.** – Heike Zurhold, Christian Haasen, Heino Stöver. – Oldenburg 2005. – 260 S. – ISBN 3-8142-0990-7 – € 12.00

**Band 13: Tätowierungen im Strafvollzug:** Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen. – Kai Bammann, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 192 S. – ISBN 3-8142-2025-0 – € 12.80

**Band 14: Provisions for amphetamine type stimulant users in European prisons.** Tom Decorte. – Oldenburg 2006. – 216 S. – ISBN 978-3-8142-2051-2 € 25.00

**Band 15: Juveniles in secure settings:** services for problematic drug and alcohol users. – Morag MacDonald, Susie Atherton, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 221 S. – ISBN 978-3-8142-2061-1 – € 25.00

**Band 16: Harm reduction in European prisons:** a compilation of models of best practice. – Heino Stöver, Morag MacDonald, Susie Atherton. – Oldenburg 2007. – 183 S. – ISBN 978-3-8142-2090-1 – € 25.00

**Band 17: Opioid substitution treatment in custodial settings:** a practical guide. – Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver. – Oldenburg 2008. – 91 S. Spiralheftung. – ISBN 978-3-8142-2117-5 – € 10.00

**Band 18: Bildung & Qualifizierung im Gefängnis:** Lösungsbeispiele aus der Praxis. – Kai Bammann. – Oldenburg 2008. – 191 S.
ISBN 978-3-8142-2118-2 – € 15.80. Vergriffen

**Band 19: Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug.** Kathleen Schwarz, Heino Stöver. – Oldenburg 2010. – 190 S.
ISBN 978-3-8142-2213-4 – € 15.80

**Band 20: Towards a Continuum of Care in the EU Criminal Justice System. A survey of prisoners' needs in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland).** Heino Stöver, Katja Thane – Oldenburg 2011. – 313 S. – ISBN 978-3-8142-2233-2 – € 19,80

**Band 21: Glücksspielbezogene Probleme unter den Gefangenen im Hamburger Justizvollzug**. – Heike Zurhold, Jens Kalke, Uwe Verthein – Oldenburg 2011. – 144 S. – ISBN 978-3-8142-2248-6 – € 15,00

**Band 22: Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug**. – Simone Eder. – Oldenburg 2012. – 329 S. – ISBN 978-3-8142-2268-4 – € 19,80

**Band 23: Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen – ein Literatur Review. Tobacco Use and Control in Detention Facilities – a Literature Review.** – Catherine Ritter. – Oldenburg 2012. – 179 S. – ISBN 978-3-8142-2266-0 – € 14,80

**Band 24: Safer Prescribing of Medications in Adult Detention.** – Michael Levy, Heino Stöver. – Oldenburg 2013. – 168 S. – ISBN 978-3-8142-2292-9 – € 15,80

**Band 25: Tabakprävention in Gefängnissen.** – H. Stöver, C. Ritter, S. Buth. – ISBN 978-3-8142-2293-6 – In Vorbereitung

**Band 26: Soziale Arbeit in Haft.** Eine Analyse aus sozialarbeiterischer Sicht. – Jeanette Pohl. – Oldenburg 2013.– 201 S. – ISBN 978-3-8142-2294-3 – € 16,80

**Band 27: Access to treatment for drug users within the criminal justice system in European countries –** systematic literature review, existing harm reduction initiatives in prisons, and models of good practice (ACCESS) . – Heino Stöver, HeikeZurhold. – Oldenburg 2014. – 200 S. – ISBN 978-3-8142-2295-0 – € 18,80