

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ – „Health Promotion in Prisons“

Herausgegeben von H. Stöver, J. 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

Katja Thane

Kein Entkommen?!

Strukturelle Bedingungen
der intramuralen Gesundheitsversorgung
von DrogenkonsumentInnen

Band 29



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Umschlagfoto: Katja Thane

Oldenburg, 2015

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 978-3-8142-2318-6

Danksagung

Die vorliegende Arbeit ist die geringfügig überarbeitete Fassung meiner Dissertationsschrift, die im November 2013 vom Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen angenommen wurde. An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei all jenen bedanken, die mich beim Entstehen dieser Arbeit unterstützt haben, und ohne die diese Arbeit so nicht entstanden und vor allem nie abgeschlossen worden wäre. Ganz besonders danke ich meinen Betreuern Prof. Dr. Heino Stöver und Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch für die stete Ermutigung, Begleitung und viele Anregungen. Für zahlreiche Diskussionen, fruchtbare Reflexionen und kritische Anmerkungen danke ich zudem allen Mitgliedern der „Forschungswerkstatt“ unter der Betreuung von Henning Schmidt-Semisch an der Universität Bremen sowie insbesondere Nadine Ochmann, Dr. Monika Schlegel, Vedja Stegemann und Karin Strieker. Nicht zuletzt gebührt mein großer Dank FreundInnen und Familie für ihre Unterstützung jeglicher Art, ihre Geduld, den Rückhalt und ihr Da-Sein.

Inhalt

1	Einleitung	9
2	Zusammenhänge von Justizvollzug, Gesundheit und der Situation inhaftierter DrogenkonsumentInnen	15
2.1	Der Justizvollzug	15
2.1.1	Historische Entwicklungen	15
2.1.2	Ziele und Aufgaben des Strafvollzuges	20
2.1.3	Daten zum Justizvollzug	24
2.1.4	Die Lebenswelt Gefängnis	27
2.2	Gesundheit im Justizvollzug	44
2.2.1	Historische Betrachtungen	45
2.2.2	Auswirkungen des Strafvollzugs auf Gesundheit	47
2.2.3	Inhaftierte als gesundheitlich belastete Gruppe	55
2.3	Drogen und DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug	69
2.3.1	Daten zu inhaftierten DrogenkonsumentInnen	70
2.3.2	Drogenkonsum in Haft	73
2.3.3	Drogen im subkulturellen Gefüge des Justizvollzugs	76
2.3.4	Umgang des Justizvollzugs mit Drogen und DrogenkonsumentInnen	77
2.4	Frauen als Inhaftierte	82
2.4.1	Die Situation von Frauen im Justizvollzug	83
2.4.2	Soziale und gesundheitliche Problemlagen von inhaftierten Frauen	84
2.4.3	Drogenkonsumentinnen	88
2.5	Zusammenfassung	89
3	Gesundheitsversorgung im Justizvollzug	91
3.1	Struktur und Organisation	93
3.1.1	Rechtliche Grundlagen	96
3.1.2	Das Äquivalenzprinzip	97
3.1.3	Das Konzept Gesundheitsförderung im Gefängnis	100

3.1.4	Besonderheiten und Problembereiche der Gesundheitsversorgung in Haft	106
3.2	Internationale Richtlinien zur intramuralen Gesundheitsversorgung	118
3.3	Drogenhilfe im Strafvollzug	127
3.3.1	Drogenberatung	129
3.3.2	Abstinenzorientierte Ansätze	130
3.3.3	Entzugsbehandlung	132
3.3.4	Substitutionsbehandlung	133
3.3.5	Schadensminimierende Ansätze	142
3.3.6	Infektionskrankheiten: Prävention, Testen, Impfen und Behandlung	149
3.3.7	Informationen und Schulungen für Inhaftierte und Personal	152
3.3.8	Entlassungsvorbereitung und Übergangsmanagement	154
3.4	Zusammenfassung	156
4	Analyse der strukturellen Bedingungen – Widersprüchlichkeiten in der Umsetzung von Gesundheitsversorgung	159
4.1	Reformprozesse im Justizvollzug	162
4.2	Strafvollzug zwischen Risikoorientierung und Moral – Diskurse in Bezug auf die intramurale Gesundheitsversorgung	166
4.2.1	Funktionen und Funktionalisierungen von Strafvollzug	167
4.2.2	Managerialistische Risikoorientierung	171
4.2.3	Strafe und Vergeltung	177
4.2.4	Die totale und bürokratische Institution	182
4.2.5	Strafvollzugspolitik als Teil der Drogenpolitik	188
4.2.6	Das Scheitern des Resozialisierungsparadigmas	192
4.3	Der Advocacy-Koalitionsansatz als Analyserahmen	201
4.3.1	Die Grundlagen des Advocacy Koalitionsansatzes	202
4.3.2	Der Advocacy-Koalitionsansatz in der Drogenpolitik	206
4.3.3	Akteure und Koalitionen im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft	208
4.3.4	Das Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft	214
5	Fazit	225
	Abkürzungsverzeichnis	233
	Literaturverzeichnis	235

1 Einleitung

“Prison physicians and other officials believe that imprisonment offers little hope of effecting a cure for this condition [drug addiction, K.T.] and they strongly urge the removal of the drug addict from his present prison environment [...]” (*Rector 1929: 14*)

Die Auffassung, dass der Justizvollzug keine geeignete Maßnahme für DrogenkonsumentInnen darstellt, ist heute gängiges Wissen. Dennoch ist die Zahl der DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug seit den 1980ern enorm gestiegen und seit Jahren konstant hoch. Schätzungen gehen davon aus, dass rund 30% aller inhaftierten Männer sowie bis zu 50% der inhaftierten Frauen problematische DrogenkonsumentInnen sind (Jakob, Stöver und Pfeiffer-Gerschel 2013: 233). Die Kriminalisierung und folglich Inhaftierung von DrogenkonsumentInnen findet unausgesetzt statt. Die Situation und Versorgung von DrogenkonsumentInnen in Haft kann als ein Aspekt sozialer Ungleichheit begriffen werden. Die mit der Versorgung verbundenen Schwierigkeiten und Widersprüchlichkeiten werden auf unterschiedliche Weise thematisiert.

Der Vollzug der Freiheitsstrafe hat das rechtlich verankerte Ziel, die Inhaftierten zu resozialisieren. Gleichzeitig dient der Vollzug der Freiheitsstrafe dem Schutz der Gesellschaft vor weiteren Straftaten (§ 2 StVollzG). Dieser Zielsetzung und Aufgabe, die dem Vollzug der Freiheitsstrafe zukommen, ist ein Zielkonflikt immanent. Die Ambiguität der Aufgaben und Ziele des Justizvollzugs zwischen Sicherheit und Resozialisierung, zwischen Strafe und Hilfe lässt sich nicht auflösen. Der gesetzlich und medial immer wieder propagierte Auftrag der Sicherheit der Gesellschaft ist dabei dominant und führt dazu, dass die Praxis des Gefängnislebens hierauf ausgerichtet ist. Daher werden alle wesentlichen Aspekte des Gefängnislebens dem Sicherheitsaspekt untergeordnet und Resozialisierungsbemühungen werden stets im

Hinblick auf Sicherheitsaspekte überprüft und eingeschränkt. Innerhalb dieses in sich widersprüchlichen Systems bewegt sich die intramurale Gesundheitsversorgung. Auch hier existiert eine Divergenz zwischen dem Anspruch und der Umsetzung. Ein wichtiges Prinzip ist hierbei das Äquivalenzprinzip, welches besagt, dass die Gesundheitsversorgung in Haft der Versorgung außerhalb der Anstalt gleichwertig sein soll. Die Gefängnisrealität bleibt jedoch hinter diesem Grundsatz zurück. So existiert in der intramuralen Gesundheitsversorgung keine freie Arztwahl, das medizinische Personal ist durch bestimmte Aufgaben und Funktionen als Justizpersonal in das ambivalente System des Justizvollzugs eingebunden und medizinische Maßnahmen werden gegebenenfalls eingeschränkt (vgl. die verschiedenen Beiträge in Keppler und Stöver 2009; sowie in Lehmann, Behrens und Drees 2014).

In besonderem Maße von den Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung betroffen ist die Gruppe der drogenkonsumierenden Inhaftierten. Neben der gesundheitlichen Vulnerabilität sind drogenkonsumierende Gefangene einer doppelten Stigmatisierung ausgesetzt, indem sie sowohl als kriminell als auch als krank etikettiert werden. Das bio-medizinisch geprägte Verständnis von Sucht erschwert zudem einen umfassenden und vorurteilsfreien Umgang mit KonsumentInnen. Notwendige bzw. extramural etablierte Angebote stehen nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung. Speziell schadensminimierende Maßnahmen wie zum Beispiel die Spritzenvergabe finden nicht statt. Auch die intramurale Substitutionsbehandlung steht weit hinter der Umsetzung in Freiheit zurück. Während in Freiheit knapp 50% der Opiatabhängigen substituiert werden, sind dies in Haft – mit großen regionalen Unterschieden – rund 5–10% (Keppler et al. 2010: 239). Neben dem Sicherheitsvorbehalt werden insbesondere das Abstinenzparadigma sowie mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen angeführt, um solche Defizite zu begründen. Da der Konsum von Drogen als ein strafbewährtes Handeln problematisiert wird, scheint es somit konsequent, dass der Justizvollzug keine akzeptierende Haltung gegenüber Drogenkonsum einnimmt. Der Umgang mit DrogenkonsumentInnen ist folglich grundsätzlich abstinenzorientiert und repressiv, auf den Konsum von Drogen kann der Justizvollzug demnach nur mit Bestrafungen und Beschränkungen reagieren.

Die „Ausschließung durch Einschließung“ der drogenkonsumierenden Gefangenen findet jedoch nur vorübergehend statt. Gefangene sind und bleiben Teil der Gesellschaft, demgemäß gilt Prison Health als Teil der Public Health (WHO Europe 2003). Vor diesem Hintergrund fordern internationale Richt-

linien eine bessere Umsetzung insbesondere von schadensminimierenden Ansätzen im Justizvollzug, da insbesondere die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis ein Problem darstellt. Eine Vielzahl empirischer Studien belegen die positiven Effekte und Umsetzungsmöglichkeiten solcher Ansätze (zur Übersicht s. WHO, UNAIDS und UNODC 2007a). Gleichwohl scheint die Implementierung von strukturellen Widerständen und Barrieren geprägt zu sein.

Seit den 1990er Jahren ist die Aufmerksamkeit auf das Thema intramurale Gesundheitsversorgung in Fachkreisen gestiegen, und zahlreiche nationale und internationale Kongresse und Publikationen thematisieren die intramurale Gesundheitsversorgung. Insbesondere gesundheitswissenschaftliche Aspekte – wie z. B. das Konzept der Gesundheitsförderung – sowie das Thema Menschenrechte der Gefangenen sind in den Fokus gerückt. Dies steht im Kontrast zu einer Kriminalpolitik, die sich vielfach in symbolischen und moralischen Dimensionen bewegt. Daher lohnt sich ein genauerer Blick auf diese Ambivalenzen. Der Blick auf „verdeckte Funktionen“ des Strafvollzugs ermöglicht es, die Rationalitäten der Gesundheitsversorgung und deren Defizite differenziert zu verdeutlichen. Hierbei ist die prohibitionistische Drogenpolitik ein wesentlicher Faktor, der über eine hegemoniale Problemdeutungsmacht verfügt. Im Sinne einer Risikoorientierung werden DrogenkonsumentInnen als Risikogruppe im Justizvollzug wahrgenommen und problematisiert.

Die verschiedenen hier skizzierten Widersprüchlichkeiten in der Situation von inhaftierten DrogenkonsumentInnen erfordern eine systematische Verknüpfung von strukturellen Defiziten und Umsetzungsbarrieren in der intramuralen Gesundheitsversorgung mit verschiedenen gesellschaftlichen und kriminologischen Diskursen. Die vorliegende Arbeit geht daher der Frage nach, welche Begründungszusammenhänge für eine „defizitäre“ Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen herangezogen werden können. Dazu wird zunächst die Frage bearbeitet, welche strukturellen Problembereiche, Defizite und Barrieren existieren, die eine adäquate gesundheitliche Versorgung von DrogenkonsumentInnen in Haft verhindern bzw. behindern.¹

1 Diese Arbeit bezieht sich grundsätzlich auf die Situation in Deutschland. Allerdings werden zur beispielhaften Verdeutlichung Entwicklungen und Argumentationen aus anderen Ländern Europas und z. T. Nordamerikas herangezogen. Zwar lassen die unterschiedlichen Rechtssysteme und gesellschaftlichen Strukturen keine direkten Vergleiche mit Deutschland zu, doch können Gemeinsamkeiten und Vergleiche helfen, die Situation in Deutschland einzuordnen. Zudem werden die Diskurse international geführt, und internationale Richtlinien sind auch für Deutschland relevant.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug zu analysieren und die darin liegenden strukturellen Bedingungen der Umsetzung im gesellschaftlichen und kriminologischen Diskurs zu verorten.

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Der erste Abschnitt erörtert grundlegende Dynamiken im Justizvollzug, die Zusammenhänge von Inhaftierung und Gesundheit, sowie die Situation von DrogenkonsumentInnen im Vollzug. Die wechselseitigen Einflüsse dieser Themen werden deutlich gemacht. Damit wird einerseits die Basis für die weitere Arbeit geschaffen, andererseits werden die widersprüchlichen Voraussetzungen und Bedingungen des Justizvollzugs und der intramuralen Gesundheitsversorgung analysiert.

Im Zentrum des zweiten Teiles steht die intramurale Gesundheitsversorgung. Hierbei wird neben der formalen Organisation in Deutschland auf internationale Leitlinien abgestellt, um hier Differenzen zur Situation in Deutschland herauszuarbeiten. Ein Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von drogenkonsumierenden Inhaftierten. Dabei werden insbesondere die strukturellen Schwierigkeiten und Defizite sowie deren mögliche Bearbeitung diskutiert. Zudem werden strukturelle und systemische Barrieren der Implementierung identifiziert. Die Lücken, die zwischen dem Anspruch verschiedener Richtlinien, Status Papers etc. und der Umsetzung dieser Richtlinien im Justizvollzug existieren, werden untersucht. Außerdem werden die Barrieren und Hürden, die der Umsetzung entgegenstehen, herausgearbeitet.

Der letzte Abschnitt schließlich liefert eine theoretische Auseinandersetzung mit den Barrieren der Umsetzung und ihrer Wirkungsweisen, indem gesellschaftliche und kriminologische Diskurse im Hinblick auf die defizitäre Umsetzung der Gesundheitsversorgung für inhaftierte DrogenkonsumentInnen analysiert werden. Die im dritten Kapitel dargestellten Defizite und Barrieren werden in ihren Ausprägungen und Deutungen erörtert und dabei in die weiteren Kontexte der Kriminalpolitik und Drogenpolitik eingebettet. Dabei wird u. a. vor dem Hintergrund einer managerialistischen Risikoorientierung (Feeley und Simon 1992) auf den Strafaspekt als implizite Funktion des Strafvollzugs eingegangen, sowie das Konzept der „Imaginary Penalties“ (Carlen 2008) für das Thema der intramuralen Gesundheitsversorgung nutzbar gemacht. Weiterhin wird als Analyserahmen der Advocacy-Koalitionsansatz (Sabatier und Weible 2007) angewendet, der von unterschiedlichen Interessenskoalitionen innerhalb des Politikfelds „Gesundheitsversorgung in Haft“ ausgeht. Da dieser Ansatz sich auf grundlegende Wertorientierungen

der beteiligten Akteursgruppen bezieht, erscheint er als Analyserahmen für das widersprüchliche und ideologiebesetzte Thema dieser Arbeit besonders geeignet. Es werden Strukturen und Veränderungen im politischen Aushandlungsprozess sowie Möglichkeiten und die Reformbereitschaft im Justizvollzug im Hinblick auf Gesundheitsversorgung analysiert.

Die intramurale Gesundheitsversorgung ist Teil eines gesellschaftlichen Diskurses über Strafe, Drogen und Gesundheit. Die Thematisierung und Problematisierung von Drogenkonsum und DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug erfolgt auf verschiedene Weise und auf verschiedenen Ebenen und ist geprägt von Widersprüchen. Sowohl auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene als auch auf der konkreten institutionellen Ebene des Strafvollzugs lassen sich unterschiedliche Schwerpunkte und Deutungsmuster ausmachen. Akteure und Akteursgruppen prägen mit ihren Interessen und Einflussmöglichkeiten die intramurale Gesundheitsversorgung, indem z. B. neue Ansätze erprobt werden oder Kooperationen ausgebaut werden. Gleichzeitig werden zumeist medial und öffentlich transportierte Perspektiven auf den Strafvollzug als strafende Institution erkennbar. Drogen und DrogenkonsumentInnen werden hier vielfach problematisiert, sowohl bezogen auf gesundheitliche Aspekte als auch auf gesellschaftliche Normen von Abstinenz und „Kriminalität“. Dem Strafvollzug wird hier eine gewisse Problembearbeitungskompetenz zugeschrieben, zugleich werden strukturimmanente Defizite deutlich. Die Frage, inwieweit der Justizvollzug reformierbar ist, wird kontrovers diskutiert. Während einerseits laufend Veränderungen initiiert und umgesetzt werden, stehen andererseits systemimmanente Strukturen und Zuschreibungen einer Reformorientierung entgegen. Solche Widersprüchlichkeiten, Problematisierungen und Aushandlungsprozesse sollen in der vorliegenden Arbeit hinterfragt werden.

2 Zusammenhänge von Justizvollzug, Gesundheit und der Situation inhaftierter DrogenkonsumentInnen

Im folgenden Kapitel werden grundlegende Aspekte der Institution Gefängnis dargestellt, sodann in einen Zusammenhang mit Gesundheit gebracht, um schließlich auf die Gruppe der DrogenkonsumentInnen im Speziellen einzugehen.

2.1 Der Justizvollzug

Überblicksartig werden im Folgenden historische Entwicklungen des Strafvollzuges dargestellt und die verschiedenen Strafzwecke und -ziele sowie das Vollzugsziel der Resozialisierung diskutiert. Daten zum Justizvollzug runden diese Einführung ab, bevor auf die Besonderheiten der Lebenswelt Justizvollzug eingegangen wird. Die vorliegende Arbeit bezieht sich grundsätzlich auf jede Art von Justizvollzug, da es um strukturelle Aspekte des Systems Justizvollzug geht. Dies schließt demnach Strafvollzug, Untersuchungshaft, Jugend- und Erwachsenenvollzug, offenen und geschlossenen Vollzug, Frauen- und Männerjustizvollzug, Sicherungsverwahrung und sozialtherapeutische Anstalten mit ein. Wird auf besondere Personengruppen oder Anstaltstypen eingegangen, wird darauf jeweils hingewiesen. Da der Strafvollzug für Männer den größten Teil des Justizvollzugs ausmacht und hierzu auch die umfangreichste Literatur zur Verfügung steht, beziehen sich viele Angaben hierauf.

2.1.1 Historische Entwicklungen

Die Freiheitsstrafe als Strafmaßnahme nahm ihren Anfang in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts, bis dahin diente das Einsperren von StraftäterInnen lediglich der Verwahrung bis zum Strafverfahren bzw. zur Ausführung von Leibes- und Todesstrafen (Laubenthal 2011: 49). Mit der Einführung der Freiheitsstrafe wurden erstmals auch Ziele der Besserung, Erziehung und sozialen Wiedereingliederung der Strafgefangenen artikuliert, bis dahin

herrschte der Strafgedanke in Form von Vergeltung und Unschädlichmachung vor (ebd.). Diese veränderte Funktionsbestimmung lässt sich mit der damaligen gesellschaftlichen und religiösen Situation erklären; ein vermehrtes Aufkommen von BettlerInnen erforderte neue Maßnahmen der Reaktion, ein calvinistisches Nützlichkeitsdenken forderte eine „Disziplinierung in Form von nützlicher Arbeit“ (Laubenthal 2011: 52), die zudem auch wirtschaftlich ausgenutzt werden konnte. Die ersten Strafvollzugseinrichtungen in dieser neuen Funktion entstanden in England (house of corrections) ab 1555 sowie in Holland (Amsterdamer Zuchthaus und Spinhuis) ab 1595 (vgl. ebd.). In Deutschland entstand das erste Zuchthaus nach Amsterdamer Vorbild in Bremen im Jahr 1608 (Bammann und Feest 2009). Diese Zuchthäuser hatten häufig noch die Mehrfachfunktion als „Irren-, Arbeits- und Armenhäuser“. Der Vergeltungsgedanke spielte auch weiterhin eine Rolle bei der Verhängung von Freiheitsentzug, insbesondere wenn dieser nicht mit „nützlicher Arbeit der Gefangenen“ verbunden war, sondern aufgrund der Zurückdrängung der Leib- und Lebensstrafen in Kerkern vollzogen wurde (Laubenthal 2011: 53). Zwar gilt das Gefängnis als Nachfolger der Körperstrafen und soll auf den Geist bzw. die Seele statt auf den Körper zielen, dennoch wird der Körper des Gefangenen in Mitleidenschaft gezogen und durch mangelhafte Nahrung, erzwungene sexuelle Enthaltsamkeit, Schläge und Isolation in Mitleidenschaft gezogen (Foucault 1994: 24), denn „Strafe lässt sich kaum von dem Zusatz körperlichen Schmerzes ablösen“ (Foucault 1994: 25). Foucault sah das Gefängnis nicht als Fortschritt gegenüber grausamer Folter, sondern als „Herzstück einer neuen Ökonomie der Macht“ (Krasmann 2007: 156). Die Macht, die bei den peinlichen Strafen noch sichtbar und öffentlich demonstriert wird, erhält andere, subtilere, weniger öffentliche Formen. Durch Disziplinierung soll diese Macht ausgeübt werden, wobei die Machtmittel anders eingesetzt werden als bei der peinlichen Körperstrafe (Foucault 1994: 37f.). Durch die von Jeremy Bentham entwickelten panoptischen Gefängnisbauten und noch mehr deren Grundgedanke der permanenten Überwachung bzw. Überwachungsmöglichkeit der Gefangenen wurden neue Formen der Disziplinierung geschaffen.

Im Laufe des 18. Jahrhunderts wurde auch die Bedeutung von Arbeit als Technik der Besserung hervorgehoben (Klewin, Reinke und Sälter 2010: 19), die bis heute Bestandteil des Strafvollzuges ist. Aufgrund von enormen Missständen im Gefängniswesen wie etwa eine Verschlechterung der Bedingungen der Unterbringung oder die Bedeutungsverringerung des Besserungsgedankens, kam es ab dem 18. Jahrhundert zu Reformbestrebungen, die

wesentlich auf dem Werk „The State of the Prisons in England and Wales“ von John Howard aus dem Jahr 1777 basierten. Der darin entworfene Besserungsvollzug sah folgende Punkte vor (nach Laubenthal 2011: 54):

- „Einzelhaft zur Verhinderung gegenseitiger krimineller Ansteckung,
- Arbeitszwang verbunden mit der Zahlung von Arbeitslohn,
- Verpflichtung zur Rücklage eines Teils des Lohns für den Tag der Entlassung,
- Schaffung hygienischer Zustände in den Anstalten,
- Einführung eines Progressivsystems, in dem der Einzelne durch Wohlverhalten Vergünstigungen bis hin zu einer Verkürzung der Strafzeit erlangen konnte.“

Es kam zu den ersten Zellengefängnissen, die anfangs insbesondere in den USA Anklang und Verbreitung fanden, wo die Einzelhaft rund um die Uhr ohne Arbeit der Buße, Reue und religiösen Erneuerung und dem Gespräch mit Gott dienen sollte (vgl. Laubenthal 2011: 55). Das sogenannte Progressivsystem wurde insbesondere in England und Irland umgesetzt, während die Entwicklung des Strafvollzuges in den deutschen Staaten nicht einheitlich verlief und Reformen hin zu einem moderneren Vollzug im Sinne Howards teilweise nicht umgesetzt wurden (vgl. Laubenthal 2011: 56f.). Ein weiterer relevanter Punkt der verschiedenen Reformbemühungen war die Trennung der Insassen nach Geschlecht, dies wurde insbesondere mit der Ordnung der Anstalt begründet, und die „eingeschlechtliche und sexualitätsfreie Anstalt“ (Leukel 2010: 130f.) wurde nach und nach zur Norm. Die Separation der Geschlechter wurde sowohl für die Besserung der Inhaftierten als notwendig angesehen als auch als Disziplinierungsstrategie angewendet (a.a.O: 135f.), hingegen wurde dem Geschlecht der Inhaftierten für die konkrete Ausgestaltung und Zielsetzung des Vollzuges bis ins 20. Jahrhundert hinein keine große Bedeutung zugemessen (Leukel 2010: 141).

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die Freiheitsstrafe in vielen Ländern Westeuropas zur Regelstrafe. Bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wird am Strafvollzug kritisiert, dass der Strafaspekt zu wenig ausgeprägt sei, die Gefangenen zu wenig an Hunger und Kälte leiden würden, auch hier wird der körperliche Aspekt der Strafe deutlich (vgl. Foucault 1994: 25). Der Strafgedanke findet sich wieder in dem englischen Prinzip des „less eligibility“, welches bis ins 20. Jahrhundert hinein prägend war. Dieses Prinzip war das Leitmotiv der Gefängnisadministration und beinhaltet, dass die

besten Bedingungen im Gefängnis schlechter als die schlechtesten draußen zu sein haben (Scott 2007: 50).

Auf der Grundlage des ersten gesamtdeutschen Reichsstrafgesetzbuchs von 1871 wurde im deutschen Kaiserreich die Freiheitsstrafe in verschiedenen Formen vollstreckt; in Zuchthäusern, Gefängnissen und Festungshaft, diese Unterteilung nach der Gewichtigkeit des Vollzuges und Arbeitszwanges wurde 1969 abgeschafft (Bammann und Feest 2009: 7). Die Idee eines Behandlungs- und Erziehungsvollzuges gewann mehr und mehr an Bedeutung (vgl. Laubenthal 2011: 62). Mit der Einrichtung der ersten Jugendstrafanstalt auf europäischem Festland in Wittlich (heute Rheinland-Pfalz) im Jahr 1912 wurde eine Trennung von jugendlichen und erwachsenen Straftätern eingeführt, in der neben Arbeit auch der Progressionsgedanke als ein Erziehungsmittel eine Umsetzung fand (vgl. Strieker 2012). Der Erziehungsgedanke im Jugendstrafvollzug fand Ausdruck im Jugendgerichtsgesetz von 1923. Die Entwicklung des Strafvollzuges in Deutschland erfuhr jedoch nur wenige Jahre später im Nationalsozialismus einen Bruch. Hier wurde Strafe als Abschreckung und Sühne begriffen und der Strafvollzug fungierte als „rigider Vergeltungs- und Sicherungsvollzug“ (Laubenthal 2011: 65f.). Die Anzahl der Inhaftierten in Zuchthäusern, Vollzugsanstalten und Konzentrationslagern war enorm hoch und erfuhr zwischen 1934 und 1944 fast eine Verdoppelung (Klewin, Reinke und Sälter 2010: 10).

Nach dem zweiten Weltkrieg war weiterhin ein „sicherheitsorientierter Verwahrvollzug“ (Laubenthal 2011: 68) prägend. Ab den 1960er Jahren fanden vermehrt Reform- und Humanisierungsbestrebungen des Strafvollzuges in Deutschland statt, die eine Wendung vom „überkommenen Konzept eines Erziehungsvollzugs [...] zu einem human- und sozialwissenschaftlich orientierten Behandlungsvollzug“ (Laubenthal 2011: 68) bedeuteten. Der sogenannte Alternativentwurf eines Strafvollzugsgesetzes, der 1973 von einem Arbeitskreis aus Strafrechtsprofessoren vorgelegt wurde und auf Behandlung, Therapie, Ausbildung und soziale Hilfen fokussierte (Laubenthal 2011: 69), wurde jedoch nicht umgesetzt. 1977 trat das erste deutsche Strafvollzugsgesetz in Kraft.² Mit der Einführung des Strafvollzugsgesetzes wurde in Deutschland eine „vorsichtige Abkehr vom früheren Verwah- und Vergel-

2 Bis dahin wurden die Belange des Strafvollzuges über die Dienst- und Vollzugsordnung (DVollzO) geregelt, welche am 1.7.1962 in Kraft trat. Eine Untersuchungshaftvollzugsordnung existierte seit 1953 (Ohler 2007: 700). Eine gesetzliche Grundlage existierte bis 1977 nicht.

tungsvollzug“ (Alex und Feltes 2009: 90) hin zum Behandlungsvollzug vollzogen. Die Umsetzung des Gesetzes zeigte sich jedoch weniger fortschrittlich als dessen Inhalte, so etwa in den Aspekten offener Vollzug, Entlohnung oder Krankenversicherung.³ „Die Geschichte des Strafvollzuges in Deutschland [und anderswo, K.T.] ist geprägt von Unentschlossenheit und Unsicherheit über Zielsetzung und Funktion“ (Alex und Feltes 2009: 89). Je nach ideologischer Prägung war entweder der Erziehungs- und Besserungsgedanke oder der Sühne- und Abschreckungsgedanke vorherrschend (vgl. a.a.O.). Seit der Föderalismusreform 2006 liegt die Gesetzgebung zum Justizvollzug in Deutschland in der Verantwortung der Bundesländer, so dass diese jeweils eigene Strafvollzugsgesetze erlassen können. Zugleich werden erstmals auch der Jugendstrafvollzug sowie die Untersuchungshaft gesetzlich geregelt. Diese Föderalismusreform ist von vielen ExpertInnen aufgrund der erwarteten Unübersichtlichkeit und einem befürchteten „Wettbewerb der Schabigheit“ (Dünel 2010b: 7) als eine „grandiose Fehlentscheidung“ (Pollähne 2007: 553) abgelehnt worden. Ein Kritikpunkt ist die dadurch erhöhte Anfälligkeit für tagespolitische Streitigkeiten sowie die unterschiedlichen Bedingungen, denen (zukünftige) Inhaftierte ausgesetzt sind, je nachdem, in welchem Bundesland sie inhaftiert werden, also eine „justice by geography“ (ebd.).⁴ Eine Uneinheitlichkeit des Strafvollzugs zwischen den einzelnen Ländern bestand jedoch schon vor der Föderalismusreform, so beispielsweise in der Umsetzung von Disziplinarmaßnahmen und Lockerungen (Feest 2008: 12). Verschärft durch die Föderalismusreform ist die Entwicklung hin zu „beträchtlicher juristischer Komplexität“ (ebd.) zu beobachten. Als europäische Maßstäbe für den Justizvollzug gelten die „European Prison Rules (EPR)“ die jedoch keinen gesetzlichen Charakter besitzen (s. ausführlich Kap. 3.2).

3 In den knapp 40 Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes wurde weder der offene Vollzug zum Regelvollzug noch wurden die Gefangenen gesetzlich krankenversichert.

4 Ein prägnantes Beispiel ist die Entwicklung des Strafvollzugs in Hamburg. Ein eigenes Strafvollzugsgesetz wurde bereits 2007 unter CDU-Führung verabschiedet (Woynar 2010: 261). Hierin wurde der Sicherheitsaspekt als wichtiger als die Resozialisierungsidee erachtet. Der geschlossene Vollzug wurde als Regelvollzug festgelegt, Vollzugslockerungen eingeschränkt, sozialtherapeutische Anstalten geschlossen (ebd.). Unter der folgenden schwarz-grünen Regierung wurde das Gesetz überarbeitet, doch Veränderungen werden nur langsam umgesetzt (a.a.O.: 269f.).

2.1.2 *Ziele und Aufgaben des Strafvollzuges*

Die Diskussion um die Ziele, Zwecke, Aufgaben und Funktionen des Strafvollzuges ist wie bereits skizziert ebenso alt wie die Institution Gefängnis. Zunächst sollen hier die übergeordneten Strafzwecke und -ziele überblicksartig diskutiert werden, bevor auf die konkreten Aufgaben des Strafvollzugs eingegangen wird.

2.1.2.1 *Strafziele und -zwecke*

Es lassen sich verschiedene Strafzwecke unterscheiden, die jeweils zu unterschiedlichen Zeiten ihre Konjunktur hatten und haben. Die Strafzwecke werden üblicherweise in general- und spezialpräventive Zwecke eingeteilt, die entweder auf die Allgemeinheit oder die TäterInnen zielen. Grundsätzlich können diese Strafzwecke unterteilt werden in solche der klassischen Theorien der Vergeltung (von Unrecht und Schuld) und Sühne (der TäterInnen), sowie die modernen Ansätze der Besserung (der Verurteilten) und Abschreckung (der anderen) (Hassemer 2010: 3). Absolute Straftheorien wiederum sind dem Prinzip der Gerechtigkeit verpflichtet, hier ergibt sich die Frage nach der Schwere der Schuld und der dazu angemessenen Strafe (Mathiesen 1989: 136). Weiterhin kennzeichnet die „symbolische Wiederherstellung der gesellschaftlichen Ordnung“ (Klewin, Reinke und Sälter 2010: 15, s. auch Foucault 1994: 64f.) als Strafzweck sowohl das Gefängnis als auch die Körperstrafen des Mittelalters. Nach Foucault gehört das Gefängnis demnach zu „einem Set von Disziplinartechniken und -einrichtungen, die auf der Vorstellung von einer Produktion funktionierender Menschen basieren und mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft prominent geworden sind“ (Klewin, Reinke und Sälter 2010: 21).

VertreterInnen der Generalprävention gehen von einem moralbildenden, normverdeutlichenden und abschreckenden Einfluss auf die Allgemeinheit aus (Kunz 2004: 315f.), sie haben also nicht den Gefangenen sondern die Allgemeinbevölkerung als Zielgruppe im Blick. Forschung zur generalpräventiven Wirksamkeit des Strafvollzugs kommt zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die Strafschwere (also das verhängte Strafmaß) zeige kaum generalpräventive Wirkung, während die Entdeckungswahrscheinlichkeit eher Wirkung zeige und überwiegend die moralbildende Wirkung zur Rechtstreue beitrage (vgl. zur Übersicht Kunz 2004: 318f.). Darüber hinaus argumentiert Mathiesen, dass Generalprävention eine zutiefst moralische Frage sei, da einige wenige (zumeist arme und deklassierte) Menschen speziellen Leiden

ausgesetzt werden, um andere Menschen davon abzubringen, ähnliche Handlungen zu begehen (Mathiesen 1989: 76). Auch Hassemer sieht Gefahren in dem Präventionsparadigma: „Prävention verschafft der Strafe heute nicht nur deren Sinn, sie macht sie zugleich zu einem bedrohlichen Instrument“ (Hassemer 2010: 5), indem das Strafmaß sich demnach nicht an einer Verhältnismäßigkeit (bezogen auf die Tat) orientieren könne, sondern „Strafen so lange und so nachdrücklich erlaubt sein, bis das irdische Ziel der Prävention erreicht ist: die Besserung des Verurteilten, die Abschreckung der Anderen“ (Hassemer 2010: 6). Somit werde durch die Generalprävention das Strafrecht zu einem „Demonstrationsstrafrecht“ mit nur noch symbolischer Funktion (Calliess 2001). Eine Metaanalyse zur Wirkung der Abschreckung lasse den „vorsichtigen Schluss zu, dass die Ergebnisse eher die Abschreckungshypothese bestätigen als sie ablehnen“ (Entorf 2010: 18), es wird dem Strafrecht also eine gewisse, wenn auch nicht ausgeprägte, Abschreckungswirkung bescheinigt.

Die spezialpräventiven Theorien gehen von einer Wirkung auf den einzelnen Gefangenen aus, der durch Rehabilitation von weiteren Straftaten absieht. Hierzu kritisiert Mathiesen (1989: 54), dass die gesellschaftlichen, strukturellen Bedingungen des Straffälligwerdens außer Acht gelassen werden. Auch würde sich bezüglich Arbeit, Bildung und moralischer Beeinflussung der Gefangenen „die Moral der herrschenden Klasse widerspiegeln“ (Mathiesen 1989: 54). Ein weiterer Kritikpunkt an spezialpräventiven Ansätzen ist, dass „aus der Abschreckungsperspektive betrachtet kriminalpolitische Restriktivität kontraproduktiv wirkt“ (Mathiesen 1989: 120), da es hohe Treffsicherheitsprobleme bezüglich Rückfälligkeit gibt (a.a.O. 117), also die Frage nach der Prognose aufgeworfen wird. Dabei ist das Strafrecht vergangenheitsorientiert und die Unschädlichmachung durch Herausnahme aus der Gesellschaft bezieht sich auf die Zukunft (a.a.O.: 102).

Kunz analysiert die verschiedenen Strafrechtsmodelle vor dem Hintergrund der jeweiligen Gesellschaftsstruktur. Das „Resozialisierungsstrafrecht“ der wohlfahrtsstaatlichen Phase ist inzwischen durch die neoliberalen Veränderungen seit Ende der 1980er Jahre in ein „kontrollorientiertes Präventionsstrafrecht“ (Kunz 2010: 16) übergegangen, die älteren Bezüge zum Tat- sowie Täterstrafrecht treten in den Hintergrund.⁵ Damit sei das Strafrecht vermehrt

5 Ähnlich argumentiert Garland mit seiner These, „dass die heutigen Strategien der Verbrechenskontrolle eine gewisse Übereinstimmung mit den Strukturen der spätmodernen Gesellschaft aufweisen und in gewisser Weise zu ihnen ‚passen‘“ (Garland 2008: 356).

symbolisch geworden, durch das die „Befindlichkeit der Gesellschaft [...] visualisiert“ (ebd.) werde. Es gehe um „situative Risikobeherrschung“ (a.a.O.: 18). Zudem sei die derzeitige Phase gekennzeichnet von einer „hektischen Betriebsamkeit der Strafgesetzgebung, welche ohne externes Expertenwissen behördenintern vorbereitet wird und in alle Lebensbereiche ausuft“ (Kunz 2010: 19). Die unterschiedlichen Strafrechtstheorien spiegeln also die jeweiligen Gesellschaftsstrukturen und deren Veränderungen wieder. Zugleich existieren die unterschiedlichen Strafzwecke nebeneinander und miteinander und beeinflussen die Praxis des Strafvollzugs.

2.1.2.2 Resozialisierung als Aufgabe des Strafvollzuges

Das deutsche Strafvollzugsgesetz von 1977 nennt als Ziel des Strafvollzuges die Befähigung der Gefangenen, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 StVollG), welches allgemein mit „Resozialisierung“ umschrieben wird. Zudem dient der Strafvollzug dem Schutz der Allgemeinheit (§ 2 StVollG). Im Zuge der Föderalismusreform 2006 wurde die Zuständigkeit der Strafvollzugsgesetzgebung allein den Ländern überlassen. Seitdem haben einige Bundesländer in ihren Landesstrafvollzugsgesetzen die Ziele anders gewichtet, indem der Schutz der Allgemeinheit gleichwertig mit der Resozialisierung genannt wird (z. B. Niedersachsen, § 5 NJVollzG) bzw. als erstes genannt wird (z. B. Bayern, Artikel 2 Bayerisches Strafvollzugsgesetz – BayStVollzG). Der Aspekt der individuellen Strafe ist gesetzlich also nicht vorgesehen, dennoch ist er wirksam und bedeutsam, da Strafvollzug immer auch Leidzufügung (Christie 1986) bedeutet.

Die wissenschaftliche Diskussion bezüglich der Resozialisierungsmöglichkeiten im Strafvollzug reichen vom „nothing works“ (Martinson 1974, zit. nach Alex und Feltes 2009: 90) zum „something works“ oder der „prison works“-These der 1990er Jahre (Kury 1999). Dem Behandlungs- und Resozialisierungsgedanken kam seit den 1960er Jahren eine verstärkte Bedeutung zu, dieser nährte die Hoffnung, die Rückfallquoten deutlich zu senken. Zugleich betrachteten viele der Verantwortlichen und im Vollzug Tätigen Behandlungsprogramme mit Skepsis und Ablehnung (Kury 1999: 252). Ein solches „behandlungsfeindliches Klima“ (a.a.O.: 259) sowie eine „zunehmende Punitivität auf seiten der Strafverfolgungsorgane, aber vor allem auch in der Bevölkerung“ (a.a.O.: 258) würden den Erfolg von Behandlungsmaß-

nahmen erschweren.⁶ Evaluationsstudien deuten darauf hin, dass einige Behandlungsprogramme durchaus positive Wirkungen haben können, abhängig von dem jeweiligen Programm (a.a.O.: 266), jedoch Programme außerhalb des Strafvollzugs wirksamer sind (a.a.O.: 267). Gratz konstatiert ein „maybe something works very little“ (Gratz 2008: 86) bezogen auf die Evaluation einzelner Maßnahmen wie beispielsweise den Freigang (ebd.). Preusker konstatiert eine deutliche Verbesserung des Verhältnisses zwischen Gefangenen und Bediensteten durch eine zunehmende Individualisierung im Umgang mit Gefangenen seit den 1970er Jahren (Preusker 2001: 14), dies könne als Erfolg des „Behandlungsvollzuges“ gesehen werden.

KritikerInnen negieren den Behandlungsbegriff im Kontext des Strafvollzuges und sprechen von einer „De-Sozialisierung“ (Feest 1990, zit. nach Alex und Feltes 2009: 90, ähnlich auch Mathiesen 1989: 59) oder „Entsozialisierung“ (Radbruch, zit. n. Hohmeier 1977: 440), da es im Strafvollzug nur darum gehen kann, die schädlichen Folgen des Vollzuges abzumildern. Baratta weist daraufhin, dass ExpertInnen die Möglichkeit der Resozialisierung fast zeitgleich mit den Reformen des Strafvollzuges in den 1970er Jahren sahen, die verstärkt auf Resozialisierung als Vollzugsziel setzten (Baratta 2001: 1). Die Erkenntnis, dass „Gefängnis nicht resozialisieren, sondern nur neutralisieren kann“ (Baratta 2001: 2), nennt Baratta einen „realistischen Standpunkt“, während ein „idealistischer Standpunkt“ die Möglichkeit der Resozialisierung trotz aller Mängel für möglich hält (a.a.O.). „Die soziale Reintegration des Verurteilten läßt sich nicht *mit* der Gefängnisstrafe erreichen; sie muß vielmehr *trotz* der Gefängnisstrafe ermöglicht werden“ (Baratta 2001: 4, Hervorh. im Original). Daraus folgert er, so wenig Gefängnis wie möglich zu realisieren, da „ein nicht-existierendes Gefängnis zweifellos das beste“ sei (a.a.O.). So tendiert das System Gefängnis dazu, den

6 Welche gegensätzlichen Folgen bei Resozialisierungsintentionen entstehen können, zeigt ein Entwicklung aus England: In England wird ein Privilegiensystem nach dem Progressionsmodell angewendet, das „Incentives and Earned Privileges Scheme“ (IEPS), welches drei Stadien vorsieht, die die Inhaftierten durchlaufen können, und die jeweils nächste Stufe ist mit mehr Privilegien und besseren Haftbedingungen ausgestattet. Von den Inhaftierten wird dieses System allerdings als ungerecht und paternalistisch wahrgenommen. Die Zustände der einfachen Stufe sollen Anreize geben, bald aufsteigen zu wollen, doch wird die ständige Kontrolle ebenso negativ wahrgenommen wie der Gesichtspunkt, dass damit die Inhaftierten nur besser an das System Gefängnis angepasst werden, aber nicht auf ein Leben in Freiheit vorbereitet würden (de Viggiani 2007: 121f.). So wirkte das Bestreben der Anstalt nach Disziplin, Ordnung und Sicherheit sich auf die Inhaftierten aus, die Anpassungsverhalten lernten, faul, sozial und emotional instabil werden (a.a.O.:123).

Gefangenen auszugliedern statt ihn in die Gesellschaft wieder einzugliedern (vgl. z. B. Harbordt 1972: 1).

Eine Arbeitspflicht besteht für alle Gefangenen (§ 41 StVollzG) und gilt als Teil einer erfolgreichen Resozialisierung. Dennoch ist es heute häufig schwierig, genügend Arbeitsplätze für alle Gefangenen bereitzustellen, da zunehmend wirtschaftliche Maßstäbe angelegt werden.⁷ Probleme sind u. a. die geringe Bezahlung von Gefängnisarbeit (Dünkel 2010a: 210), sowie die monotone oder anspruchslose Art der Tätigkeiten, vom klassischen „Tütenkleben“ im 19. Jahrhundert zu einfachen Sortiertätigkeiten heute.

Als ein Teilbereich von Resozialisierung kann eine gute Gesundheit begriffen werden. Denn eine gute gesundheitliche Verfassung (wie auch immer diese im Einzelfall aussehen mag) wirkt sich positiv auf die Lebensbedingungen nach der Entlassung aus, wobei es hier nicht nur um die körperliche Gesundheit gehen kann. Die intramurale Gesundheitsversorgung gehört also zu den Resozialisierungsbemühungen. Inwieweit das Thema Gesundheit und die Gesundheitsversorgung tatsächlich im Rahmen von Resozialisierung betrachtet werden, wird an späterer Stelle dieser Arbeit noch thematisiert (s. insbesondere Kap. 3).

2.1.3 Daten zum Justizvollzug

Im Folgenden werden Daten zum Justizvollzug dargestellt. Dabei wird insbesondere auf Inhaftierungsraten und ihre Bedeutung in Politik und Praxis des Vollzugs eingegangen. In Deutschland sind derzeit (Stichtag 31.03.2012) 67.671 Gefangene in 186 Justizvollzugsanstalten⁸ untergebracht. Davon sind 3851 Frauen und 5603 nach Jugendstrafrecht Verurteilte. 11.195 Personen befinden sich in Untersuchungshaft, 445 sind Sicherungsverwahrte, 7309 Personen befinden sich im offenen Vollzug (Statistisches Bundesamt 2012). Jährlich gibt es 238.019 Eintritte in den deutschen Justizvollzug, davon sind 112 437 Erstaufnahmen aus Freiheit, die anderen Verlegungen aus anderen Justizvollzugsanstalten (JVAen) (Statistisches Bundesamt 2012).

Die Gefangenenerate (Gefangene pro 100.000 Einwohner der Bevölkerung) in Deutschland beträgt 80 im Jahr 2012 (ICPS 2012). Dabei existieren große

7 In Osteuropa war Gefängnisarbeit zur Zeit des sowjetischen Regimes Teil der Wirtschaft, ist jedoch mit den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbrüchen teilweise weggebrochen.

8 Einige davon bestehen aus mehreren, auch örtlich getrennten Teilanstalten.

Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Die Stadtstaaten Berlin (143) und Hamburg (105) sowie Bayern und Nordrhein-Westfalen (beide 98) weisen im Jahr 2009 die höchsten Inhaftierungsraten auf, während die Zahl in Schleswig-Holstein mit 51 am niedrigsten liegt (Statistisches Bundesamt 2011a). Auch in den finanziellen Ausgaben unterschieden sich die Bundesländer erheblich; so betragen in Hamburg die Kosten 45.700 € pro Gefangener und Jahr, in Bayern hingegen nur 25.000 €, während der Bundesdurchschnitt bei 32.100 € liegt (Statistisches Bundesamt 2011a: 57).

In den Ländern der Europäischen Union (EU) befinden sich im Jahr 2010 mehr als 600.000 Menschen in Haft. Dies entspricht einer durchschnittlichen Gefangenenrate von 135 Gefangenen pro 100.000 Einwohnern (EMCDDA 2012: 9), die zwischen 62 in Finnland und 302 in Lettland liegt (Council of Europe 2012: 37). Die weltweit höchste Gefangenenrate weisen die USA auf, hier leben ca. 5% der Weltbevölkerung, doch 25% aller Gefängnisinsassen (Drucker 2006: 162). Russland und einige osteuropäische Länder haben ebenfalls sehr hohe Gefangenenraten, während die skandinavischen Länder traditionell geringe Raten aufweisen.

Die Entwicklung der Inhaftierungsraten ist in den meisten Ländern von großen Steigerungen seit den 1980er Jahren gekennzeichnet, wobei seit 2007 wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Diese Zunahme bzw. die Höhe der Inhaftierungsraten kann jedoch nicht auf eine entsprechende Zunahme der registrierten Kriminalitätsrate zurückgeführt werden, denn „imprisonment rates and severity of punishment move independently from changes in crime rates, patterns and trends“ (Tonry 2004, zit. nach Sparks 2007: 83), sie ist also nicht in steigenden Kriminalitätsraten oder -mustern begründet, sondern in komplexen (politischen) Prozessen. Besonders durch die großen Unterschiede bezüglich der Gefangenenraten zwischen den verschiedenen Bundesländern „wird deutlich, dass Gefangenenraten nicht Schicksal, sondern in erster Linie Ergebnis kriminalpolitischer Orientierungen und der justiziellen Entscheidungspraxis sind“ (Dünkel 2010b: 11). Neben regional-typischen Sanktionsstilen macht Dünkel vor allem Gesetzesverschärfungen wie das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ von 1998 als Ursache von steigenden Inhaftierungsraten aus (Dünkel 2010b: 12). Weiterhin können für Deutschland verschiedene kriminalpolitische Entscheidungen zur Erklärung leicht höherer Inhaftierungsraten ausgemacht werden: längere Strafen werden häufiger verhängt, Reststrafen seltener zur Bewährung ausgesetzt, sowie Ersatzfreiheitsstrafen vermehrt

eingesetzt (z. B. Klewin, Reinke und Sälter 2010: 10). Zudem kann die Häufigkeit von ambulanten Maßnahmen und dem Aussetzen der Strafe zur Bewährung eine Rolle für steigende (bzw. hohe) Gefangenenraten spielen. Die großen regionalen Unterschiede in Deutschland in den Gefangenenraten, aber auch bei Lockerungen oder dem Anteil Gefangener im offenen Vollzug, werden gemeinhin auf unterschiedliche Sanktionsstile und Strafeinstellungen zurückgeführt.

Dieser unterschiedliche Umgang mit StraftäterInnen wiederum kann begriffen werden als ein „Maßstab für die Praxis der Gesellschaft, sich vielfältiger Probleme durch die Einsperrung (von überwiegend jungen Männern) zu entledigen“ (Klewin, Reinke und Sälter 2010: 9). Somit ist der Gebrauch von Inhaftierung ein komplexes Thema, aber keineswegs „beyond government control“, sondern sei eine Frage des politischen Willens und der Wahlmöglichkeit (Morgan und Liebling 2007: 1107). Einige Autoren machen punitive Tendenzen in der Gesellschaft verantwortlich für den enormen Anstieg:

„Die deutlichen Veränderungen im Strafvollzug haben nach alledem keinen empirischen oder rationalen Hintergrund, sondern sind ausschließlich Ausdruck punitiverer Einstellungen in Politik und Medien“ (Alex und Feltes 2009: 92).

Auch die „Wiederbelebung eines beinahe schon für erledigt erklärten Instruments“, nämlich der Sicherungsverwahrung, nehmen Alex und Feltes als Indiz für eine steigende Punitivität (Alex und Feltes 2009: 94).

Inzwischen hat ein US-Bundesgericht den Staat Kalifornien dazu verurteilt, die Gefangenenrate innerhalb von zwei Jahren um 40.000 auf 130.000 Inhaftierte zu senken, was immer noch eine Überbelegung von 30% bedeutet (Mobley 2011: 10). Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zahl der Gefangenen politischen Entscheidungen unterliegt und nicht in direktem Zusammenhang mit der Kriminalitätsrate steht. Inhaftierung fungiert insbesondere in den USA als Teil gesellschaftlicher Ausschlussstrategien, indem insbesondere Schwarze mit geringer Schulbildung inhaftiert werden (so z. B. Wacquant 2011). Wacquant argumentiert, dass insbesondere die USA als Massen einsperrendes Land den Wandel „vom wohltätigen zum strafenden Staat“ vollzogen haben (Wacquant 1997: 16). Die Unterschichten und Minderheiten würden immer mehr kriminalisiert, zugleich wird Armut als individuelles Problem und eigenes Verschulden gesehen. Somit sei aus dem „Krieg gegen die Armut ein Krieg gegen die Armen“ geworden (Wacquant 1997: 18). Zu den enorm hohen Inhaftierungsraten der USA kommen noch diejenigen hin-

zu, die anderweitig unter der Aufsicht der Strafverfolgungsbehörden stehen, etwa mit Bewährungsaufgaben, hier machen die Inhaftierten nur ein Viertel der Betroffenen aus (Wacquant 1997: 20). Die steigenden Inhaftierungsraten und allgemein die Expansion des strafenden Staates seien also keine Reaktion auf steigende „Kriminalität“⁹, sondern eine Bearbeitung „sozialer Verwerfungen“ (Wacquant 1997: 21) nach dem Rückzug des wohlthätigen Staates. Es findet also Ausgrenzung durch strafpolitische Maßnahmen statt, und zwar unter Zurückdrängen von sozialpolitischen Maßnahmen (Wacquant 2011): „Prisons are functional alternatives to welfare systems“ (Christie 2006: 66), und sind zur Müllkippe für die Armen geworden (ebd.). Somit stehen Gefängnis und Niedriglohnsektor in einem komplementärem Verhältnis zueinander, indem „die Integration im Rahmen des einen [...] bedarfsweise durch die kontrollierte Exklusion im Rahmen des anderen ersetzt werden“ (Legnaro 2010: 63) kann. Neu sei daran nach Garland die Verlagerung von einer sozialen zu einer ökonomischen Denkweise (Garland 2008: 334f.), in der Kosten- und Effektivitätsaspekte vermehrt im Vordergrund stehen.

2.1.4 Die Lebenswelt Gefängnis

Das Leben im Justizvollzug unterscheidet sich vom Leben außerhalb. Wagner bezeichnet die Institution Gefängnis als „Biotop“ (Wagner 1985: 84), welches eine andersartige Arbeitswelt, Konsumsitten und Verhaltensweisen sowie eine andere Sozialstruktur erfordere als außerhalb des Justizvollzugs (ebd.: 85). Im Folgenden soll diese Lebenswelt mit ihren Besonderheiten dargestellt werden.

2.1.4.1 Die totale Institution Gefängnis

Goffman prägte 1963 das Konzept der totalen Institution mit seiner Studie über Insassen einer psychiatrischen Anstalt.¹⁰ Als totale Institution definiert Goffman eine „Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen [...], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 1973: 11). Merkmale von totalen Institutionen, zu denen nach seiner Definition neben Gefängnissen auch Klöster, Kasernen,

9 Kriminalität ist keine objektive und messbare Größe, sondern unterliegt Zuschreibungsprozessen.

10 Der Begriff der totalen Institution bezogen auf das Gefängnis ist bereits 1829 von Baltard verwendet worden (Baltard 1829, zit. nach Foucault 1994: 301).

Psychiatrien und Fürsorgeheime gehören, umfassen die folgenden zentralen Punkte:

„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant [...] und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ (Goffman 1973: 17).

Das Gefängnis stellt somit eine „nahezu jeden Lebensbereich erfassende Reduktion möglicher Vielfalt und Eigenbestimmung dar“ (Wagner 1985: 85). Der Freiheitsentzug ist eine sehr umfassende Beschränkung der Persönlichkeit, denn „Einsperren bedeutet, das meiste wegzunehmen, das gewöhnlich zum Leben gehört“ (Christie 2005: 151). Sykes identifiziert fünf relevante Bereiche, die er als „pains of imprisonment“ benennt:

1. Verlust der Freiheit
2. Entziehung alltäglicher Güter und Dienstleistungen
3. Entziehung heterosexueller Freiheit
4. Entziehung der Autonomie/Selbständigkeit
5. Entziehung der persönlichen Sicherheit (Sykes 1958: 63ff.).

Doch „the pains of imprisonment are not interpreted homogenously“ (Crewe 2005: 477), die einzelnen Inhaftierten reagieren unterschiedlich auf die Situation im Gefängnis und entwickeln verschiedene Anpassungsmechanismen. Die Inhaftierten einer totalen Institution verändern sich unter dem (psychologischen) Stress der Inhaftierung. Im Vollzug werden ihnen wesentliche Aspekte ihrer Identität genommen oder sie werden darin beschränkt. Sie werden zwangsweise ausgegliedert aus ihrer bisherigen sozialen Umwelt und es erfolgt die „Eingliederung in ein geschlossenes soziales System“ (Girtler 1996: 69). Dazu gehören neben dem Rollenverlust vor allem Einschränkungen über Besitztümer, die Kontrolle über das eigene Erscheinungsbild, Bewegungsautonomie, Privatsphäre und Sicherheit (Goffman 1973: 29ff.). In einer aktuellen Studie analysiert Crewe die „pains of imprisonment“ der heu-

tigen Gefängnisverhältnisse in England (vgl. Crewe 2011). Macht wird heute weniger autoritär ausgeführt, gleichzeitig werden die Sicherheitsaspekte verschärft und das System Gefängnis agiert risikoorientiert und setzt mehr auf die Eigenverantwortung und Selbstorganisation der Gefangenen (vgl. hierzu auch Kap. 4.2.2). Insofern sind die pains of imprisonment weniger physisch als psychologisch und somit weniger offensichtlich und dennoch vorhanden (Crewe 2011).

Der Eintritt in ein Gefängnis muss von den Gefangenen auf vielfältige Art und Weise bewältigt werden: auf der praktischen Ebene (Wissen über den Anstaltsablauf etc.), im sozialen Miteinander (Interaktion mit Personal und Mitgefangenen) und auf der individuellen, psychologischen Ebene (Bewältigungsstrategien bei Stress etc.) (Harvey 2007: 55ff.), diese Bewältigungsanforderungen lösen unterschiedlich starkes Leid und Stress aus. Hierbei spielen Gefühle von (Un-) Sicherheit eine große Rolle (Harvey 2007: 9, 49). Die Anpassungsstrategien tragen Züge eines „Entpersönlichungsprozeß“ (Harbordt 1972: 10), dem die Gefangenen mit der Inhaftierung ausgesetzt werden. Die verschiedenen Anpassungsstrategien beschreibt Goffman mit (vgl. Goffman 1973: 65ff.):

- Rückzug aus der Situation (Regression), „Knastpsychose“
- Kompromissloser Standpunkt: Verweigerung der Zusammenarbeit mit dem Personal
- Kolonialisierung: eine stabile Existenz mit den Möglichkeiten der Institution
- Konversion: Rolle des perfekten Insassen wird gespielt

Diese Anpassungsstrategien werden laut Goffman jedoch nur selten durchgängig und in ihrer Reinform umgesetzt, am weitesten verbreitet ist eine Mischform je nach Situation bzw. das Motto „ruhig Blut bewahren“ (Goffman 1973: 68). Neben diesen Anpassungsstrategien definiert Goffman die sogenannten sekundären Anpassungsmechanismen als Handlungen, die darauf abzielen, „sich verbotene Genüsse bzw. erlaubte Genüsse mit verbotenen Mitteln zu verschaffen“ (Goffman 1973: 59). Hierdurch kann der Gefangene eine gewisse Autonomie über sein Leben (wieder-)erlangen (a.a.O.: 60), Beispiele für solche sekundären Anpassungsmechanismen können sein: Alkoholherstellung und -konsum, Glücksspiel, „Ärgern“ des Personals, Tätowieren, kleine Formen des Widerstandes gegen das Personal, aber auch Drogenkonsum.

Ein wichtiger Aspekt der totalen Institution ist das Verhältnis von Personal und Gefangenen. Beide Gruppen verbringen viel Zeit in der totalen Institution, doch die Rollen sind gegensätzlich und ohne Überschneidungen, so dass von zwei unterschiedlichen Welten ausgegangen wird. Die Hauptaufgabe des Personals liegt in der Überwachung (Goffman 1973: 18), das Machtverhältnis ist eindeutig. Die beiden Gruppen sehen sich gegenseitig „durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen“ (Goffman 1973: 18f.). Dabei wird nicht nur den Gefangenen Schaden zugefügt durch die Inhaftierung, sondern auch den Bediensteten (Clemmer 1940: 316). Das Zusammenleben in der Institution ist ein dynamischer Prozess,

„da sich das Sozialsystem ‚Gefängnis‘ im Erleben und Verhalten seiner Mitglieder aktualisiert, ist es ein dynamischer, in der Zeit ablaufender Vorgang, ein Prozeß (sic), in dem jeder zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Zustand für den nachfolgenden Ausgangsbedingung darstellt“ (Wagner 1985: 133).

Das Personal scheint zwar die absolute Macht über die Gefangenen zu haben, doch muss es sich mit diesen arrangieren und alltägliche Prozesse aushandeln, um die Routine des Alltags aufrechtzuerhalten (Sykes 1958: 58). Somit werden offizielle Zielsetzungen in der Realität untergraben, im Alltag geht es um das Überleben in einem potentiell instabilen und unregelmäßigen Setting (Morgan und Liebling 2007: 1127). „Prison represent the power of the state of coerce“, dennoch werde die Ordnung der Anstalt wie in anderen sozialen Settings auch ausgehandelt in der Interaktion der Beteiligten (Morgan und Liebling 2007: 1126). Die Freiheitsstrafe wirkt als eine „Bemächtigung des Menschen, eine Form hochgradiger Objektivierung nach dessen Herausnahme aus dem Zusammenhang individueller und sozialer Vielfalt“ (Wagner 1985: 141).

„Die enorme Macht des Gefängnisses über die Gefangenen fußt auf der Kombination der Verfügungsgewalt des Gefängnisses über die wichtigen und häufig vitalen Vor- und Nachteile und einer weitgehend durch Ermessensausübung geprägten patriarchalischen Entscheidungsstruktur“ (Mathiesen 1989: 151).

Diese Ermessensausübung kann sich z. B. auf Freizeitmöglichkeiten oder Lockerungen beziehen und führt dazu, dass „few environments are more damaging than prisons, and few are more painful to their residents“ (Toch 1992: xv). Ausdruck des „allumfassenden Anspruchs der totalen Institution“ (Goffman 1973: 22) sind die AufnahmeprozEDUREN, mit denen dem Gefange-

nen die Regeln und das Setting sowohl durch Mitgefangene als auch durch das Personal deutlich gemacht werden. Diese Prozeduren beinhalten immer auch demütigende Aspekte wie etwa körperliche Durchsuchungen, Wegnahme der Habe und das Tragen von Anstaltskleidung. Solche Prozeduren verdeutlichen den Eintritt in die Institution und können nach Goffman auch als „Gehorsamsprobe“ gelten, inwieweit eine Unterordnung unter die gegebenen Regeln stattfindet (Goffman 1973: 28).

Das Leben im Gefängnis ist für die Gefangenen geprägt durch einen Autonomieverlust, sehr eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten, erzwungene soziale Kontakte sowie eine Vermischung aller Lebensbereiche (Goffman 1973: 44ff.). Relevant ist hier auch, dass der Gefangene „ihm unangenehmen Situationen und Interaktionen ausgesetzt ist, ohne diesen ausweichen oder sich ihnen entziehen zu können“ (Hohmeier 1977: 437).

Zwar dienen Gefängnisse der Sicherheit der Allgemeinheit, für die Gefangenen stellt sich der Sicherheitsaspekt jedoch anders dar, gewissermaßen als Verkörperung von Unsicherheit. Sykes identifiziert Unsicherheit als ein zentrales Element des Gefängnisses. „You can’t feel safe in prison“ (Ein Gefangener im Interview, s. Liebling 2007: 438). Anstalten variieren bezüglich des Gefühls der Sicherheit, das sie vermitteln, bzw. welches die Gefangenen erleben. Unsicherheiten werden u. a. erzeugt durch Geschichten, die die Gefangenen vorher über die spezielle Anstalt gehört haben (Harvey 2007), durch Furcht vor anderen (bestimmten) Gefangenen, durch ein schlechtes Personal-Inhaftierten-Verhältnis, oder durch hohen Drogenkonsum in der Anstalt. Viele dieser Aspekte können durch die Anstalt verändert werden, gleichwohl ist es ein längerer Prozess. Als am sichersten wurden in englischen Studien Anstalten mit einer umsorgenden Einstellung, gut funktionierendem Regime sowie integrierten und vorhandenen Fachdiensten beschrieben (Liebling 2007: 439). Gefühle von Sicherheit und Unsicherheit hängen dabei nicht mit dem aktuellen Vorhandensein von Angriffen zusammen sondern mit dem Grad an Vertrauen des Gefangenen in seine Umwelt (Liebling 2007: 440).

Insgesamt lässt sich die Inhaftierung also als von Unsicherheit und Stress geprägt und mit einer Vielzahl neuer Anforderungen an die Gefangenen verbundenem Eintritt in ein geschlossenes soziales System begreifen.

2.1.4.2 Subkulturelle Normen und Regeln

Subkulturelle Merkmale in Gefängnissen unterscheiden sich je nach Land, Region und zeitlichem Zusammenhang sowie Art des Gefängnisses. Bezüglich der Zusammensetzung der Gefangenen sowohl bezogen auf ethnische Herkunft als auch auf ihr Selbstverständnis und ihre „kriminelle Karriere“ gibt es große Unterschiede beispielsweise zwischen den USA und Westeuropa, den ehemaligen Ostblockstaaten und westlichen Ländern, zwischen Männer- und Frauenanstalten, Langstrafen- und Kurzstrafenvollzug (Morgan und Liebling 2007: 1128).

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts ist von einer „Ethnographie der Gefängnisse“ die Rede, da die Gefangenen „ein anderes Volk innerhalb desselben Volkes [seien]: es hat seine eigenen Gewohnheiten, seine eigenen Instinkte, seine eigenen Sitten“ (Marquet-Wasselot 1841, zit. nach Foucault 1994: 325). Eine Reihe soziologischer Studien beschäftigt sich mit Gefangenen-Subkulturen. Zu den klassischen ethnographischen Studien gehören diejenigen von Clemmer (1940) und Sykes (1958) für die USA und von Harbordt (1972) für Deutschland. Harbordt definiert als Subkultur

„daß (sic) ein Zusammenhang mit der Mutterkultur eines umfassenden Systems, nämlich der Gesamtgesellschaft, besteht, von der sich die Subkultur aber teilweise und charakteristisch unterscheidet“ (Harbordt 1972: 21).

Er sieht einen Zusammenhang zwischen der Gefängnisstruktur und der Gefangenenkultur (ebd.: 45). Zudem ist eine Subkultur dadurch gekennzeichnet, dass sie eine gewisse Kontinuität bezüglich der Werte, Normen, Einstellung und Erwartungen aufweist (Grapendaal 1990). Wie diese Gefängnis-Subkultur zustande kommt, und ob es sich tatsächlich um eine eigenständige Subkultur mit unterscheidbaren Kriterien handelt, wird jedoch kontrovers diskutiert (s. z. B. Grapendaal 1990).¹¹

Zur Erklärung einer Gefängnis-Subkultur werden drei idealtypische Modelle herangezogen; die Subkultur im Gefängnis wird aus soziologischer Perspektive entweder mit dem Deprivationsmodell oder dem Importationsmodell

11 Dies kann in verschiedenen Ländern unterschiedlich beantwortet werden. So argumentiert Olejnik beispielsweise, dass sich in den meisten osteuropäischen Ländern eine Gefängnis-Subkultur herausgebildet hat, während sie im Westen meist nicht existent ist. Dies begründet er mit der in Osteuropa traditionell vorherrschenden Form des „Barackensystems“, welche eine intensivere und andere Form der Organisation des Zusammenlebens erfordere als das im Westen vorherrschende (Einzel-) Zellensystem im Justizvollzug (Olejnik 2005: 333).

(auch kulturelle Übertragungstheorie) verdeutlicht, sowie drittens mit dem aus beiden Ansätzen resultierenden Integrationsmodell (Laubenthal 2011: 129f.; Morgan und Liebling 2007: 1126). Vertreter des Deprivationsmodells sind u. a. Clemmer, Goffman und Sykes, die eine eigene Gefängniskultur ausmachen, die sich aufgrund der Bedingungen in der Institution bildet, und die Institution Gefängnis als mehr oder weniger geschlossenes System einer totalen Institution betrachten. Goffman geht davon aus, dass die Insassen totaler Institutionen mit einer bestimmten Kultur in die Institution kommen, aber bei längerem Aufenthalt in der Institution komme es zu einer „Diskulturation“ (Goffman 1973: 24), bei der ihre ursprüngliche Kultur entwertet werde. Gleichzeitig findet ein Prozess der Akkulturation (Harbordt 1972: 18f.) statt, also ein Erlernen der gefängnisinternen Regeln und Normen und eine Anpassung an diese. Clemmer geht von einem funktionalistischen/strukturalistischem Ansatz aus: Er spricht erstmals von einer Kulturanpassung, die bei Eintritt in das Gefängnis von den Gefangenen vollzogen werden muss (in: Grapendaal 1990). Mit „Prisonisierung“ bezeichnet Clemmer die graduelle destruktive Sozialisation in die Normen des Gefängnislebens, welche eine erfolgreiche Anpassung an das Leben draußen nach der Haft erschwert und somit Kriminalität verstärken würde (in Morgan und Liebling 2007: 1129). Demnach entsteht die Subkultur als Adaption auf die Deprivationen, die im Vollzug erlitten werden. Werte, Normen und Problemlösungsmethoden, die „draußen“ angewendet werden, genügen im Gefängnis nicht, so dass neue Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen bezogen auf sich selbst, die Anderen und die Institution erarbeitet werden (Clemmer 1940 zit. nach Grapendaal 1990). Der Begriff der „Prisonisierung“ beinhaltet dabei zwei Aspekte: Angleichung an den Anstaltsbetrieb und Erlernen der Insassenkultur (Clemmer 1940: 298 ff.). Harbordt bezeichnet es als Institutionalisierung, wenn die Haft als Lebensform akzeptiert wird (Harbordt 1972: 85). Das Erlernen anstaltstypischer Normen, Werte und Verhaltensweisen erfordert vielfältige Bemühungen, um das Leben in der Anstalt zu meistern. Dazu gehören beispielsweise Kenntnisse über Verbote und die Möglichkeiten, diese zu umgehen, die Fähigkeit, Vergünstigungen zu erlangen, disziplinarische Maßnahmen zu vermeiden, und sich den spezifischen formellen und informellen Regeln im Vollzug anzupassen (ebd.). Diese Fähigkeiten sind jedoch außerhalb des Vollzuges nicht immer hilfreich und erschweren somit die Resozialisierung, insbesondere nach langen Haftstrafen (Harbordt 1972: 86). Sykes begreift die Gefängniskultur vor allem als eine funktionale Antwort auf soziale und psychologische „Angriffe“ auf die Gefangenen. Damit

werde die „Gefängniskultur“ umso wirkungsvoller je größer der Zusammenhalt unter den Insassen (Sykes 1958: 107, 131). Ein Kritikpunkt an der Studie von Sykes ist der „strukturfunktionalistisch begründete Handlungsdeterminismus“ (Bereswill 2004: 94), der mit klar definierten Rollen das Verhalten der Gefangenen analysiert.

Das zweite Modell zur Erklärung einer spezifischen Subkultur ist das Importationsmodell. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Gefangenen außerhalb der Anstalt bereits einer bestimmten („kriminellen“) Subkultur angehören, und Erfahrungen und Verhaltensweisen daraus mit in das Gefängnis bringen. Erstmals haben Irwin und Cressey 1962 dieses Importationsmodell diskutiert, und Jacobs erarbeitete 1977, dass die Inhaftierten überwiegend die gleichen Verhaltensweisen im Umgang miteinander pflegten wie in ihrem Umfeld außerhalb des Gefängnisses (zit. nach Morgan und Liebling 2007: 1127). Die Teilnahme an „kriminellen“ Subkulturen „draußen“ scheint hiernach einen größeren Einfluss zu haben auf das Verhalten der Insassen als das Leben im Vollzug (Grapendaal 1990: 342). Dieser Ansatz beachtet somit nicht die strukturellen Bedingungen des Systems Strafvollzug, sondern fokussiert auf die individualisierten Eigenschaften der Gefangenen.

Aus den beiden Ansätzen Deprivationsmodell und Importmodell wurde 1978 das Integrationsmodell von Thomas et al. entwickelt, welches der Versuch ist, die beiden ersteren Modelle zusammenzuführen (vgl. Grapendaal 1990: 342). Nach Morgan und Liebling kann das Deprivationsmodell fundamentale Veränderungen in der Subkultur nicht erklären, so dass heute in der Regel von einer komplementären Mischform beider Ansätze ausgegangen wird (Morgan und Liebling 2007: 1127; ebenso die niederländische Studie von Grapendaal 1990). Ähnlich begründet auch Mathiesen, dass Normen der Inhaftierten von diesen in das Gefängnis hineingebracht werden und dort durch die besonderen institutionellen Bedingungen eine besondere Relevanz erfahren (Mathiesen 2006: 200). Somit geht auch er von einer Integration beider Ansätze aus.

Im Folgenden sollen zentrale Merkmale von Gefängnis(sub-)kulturen dargestellt werden. Diese Darstellung erfolgt idealtypisch, in dem Wissen, dass es z. T. große Unterschiede zwischen einzelnen Anstalten und noch mehr zwischen verschiedenen Regionen und Ländern gibt. Die Subkultur macht nur einen Teil der „Rolle“ der Gefangenen aus: „Die relativ abstrakte Rolle ‚des‘ Strafgefangenen wird von Normen aus vier Quellen geprägt:

1. die formellen Vorschriften der Anstalt,
2. den informellen Erwartungen des Stabs,
3. dem Insassenkode,
4. den individuellen Normen und Bedürfnissen“ (Harbordt 1972: 57).

Bestimmte Normen, Werte und Regeln sind essentiell für die Gefängniskultur der Gefangenen. Diese Regeln der Gefangenen-Subkultur können sehr detailliert sein. Hierbei handelt es sich jedoch in der Regel eher um Idealtypen als um eine wirklichkeitsgetreue Beschreibung (Sykes 2003: 362). Ein wesentliches Merkmal dieser Regeln ist, dass sie nicht unbedingt befolgt werden: „dass die Normen zwar von fast allen mit großer Leidenschaft propagiert, aber längst nicht von allen eingehalten werden“ (Harbordt 1972: 26, s. a. Mathiesen 2006). So konstatiert Mathiesen ein geringes Niveau an Peer-Solidarität, trotz des Beharrens auf dieser Norm (Mathiesen 2006: 193, 200). Harbordt unterteilt die Werte und Normen der Gefangenenkultur in folgende Bereiche (Harbordt 1972: 22ff.):

- Zusammenhalten und Solidarität,
- Macht,
- Ruhe,
- Männlichkeit,
- Schonung des Mitgefangenen (moralisch),
- Loyalität, Aufrichtigkeit, Hilfsbereitschaft, Uneigennützigkeit, etc.
- Individualität, Persönlichkeit.

Mathiesen hat in seiner Studie in den 60er Jahren in einer norwegischen Justizvollzugsanstalt vier wesentliche Regelbereiche ausgemacht (vgl. Mathiesen 2006). Diese sind:

- Loyalität unter den Inhaftierten: minimale Kommunikation mit dem Personal.
- Anständigkeit unter den Inhaftierten: Andere Gefangenen nicht bestehlen oder anderweitig übervorteilen, misshandeln, etc.
- Männlichkeit: Die (männlichen) Inhaftierten sollen heterosexuell und potent sein.
- Privatsphäre: Über bestimmte Aspekte des Lebens (z. B. aufgrund welcher Delikte die Inhaftierten verurteilt wurden) wird nicht geredet und nicht danach gefragt.

Der Zusammenhalt unter den Gefangenen ist ein zentraler Punkt. „Eine gemeinsame Kultur schützt die Gefangenen gegen die durch die Anstalt reprä-

sentierte Belastung“ (Mathiesen 1989: 62).¹² Zudem „können die einzelnen Gefangenen verbotene Mittel anwenden, unerlaubte Ziele verfolgen, die Erwartungen des offiziellen Vollzugsstabs hinsichtlich ihrer Person umgehen und dadurch eine gewisse Freiheit in Unfreiheit erlangen“ (Laubenthal 2010: 34), also sekundäre Anpassungsmechanismen nach Goffman zeigen (vgl. Kap. 2.1.4.1). Dass „früher alles besser war, und es noch eine „Ganovenehre“ oder Gefangenenkultur gab, die einer heutigen Individualisierung/einem Egoismus gewichen sei, wird bereits 1971 von Inhaftierten beklagt (Harbordt 1972: 87). Ähnlich beklagen ältere Gefangene in einer aktuellen englischen ethnographischen Studie die Aushöhlung der Insassenkultur von Solidarität, Vertrauen und Entgegenkommen durch u. a. das Vorhandensein und die wichtige Rolle von Heroin unter Gefangenen (Crewe 2005: 466). In dieser Studie beschreibt Crewe für Großbritannien sowohl Zusammenhalt wie auch Rivalität und Feindschaft unter den Gefangenen. Insgesamt scheint eine eher individuelle, auf Vorteile (Ausgang, Urlaub) bedachte Strategie denn eine kollektive Kultur zu überwiegen (Crewe 2005). Ähnlich argumentiert auch Harvey, viele Gefangene würden für sich bleiben und anderen nicht vertrauen. Sie würden sich abgrenzen und versuchen eher an eigene Vorteile zu kommen (Harvey 2007: 103f., 124ff.), was sich auch auf die institutionellen Bedingungen des Strafvollzugs zurückführen lässt. Mit dem Zusammenhalt der Gefangenen untereinander ist die zu wahrende Distanz gegenüber dem Personal verbunden, mehr als der absolut notwendige Kontakt ist unter Inhaftierten verpönt (z. B. de Viggiani 2007: 126). Eine der wichtigsten Regeln ist, dass die Gefangenen keine Informationen an das Personal weitergeben, die andere Inhaftierte betreffen (Grapendaal 1990: 345). Dies betont die Polarität zwischen den Inhaftierten und dem Personal, ist jedoch ebenfalls eher idealtypisch zu verstehen.

Die Herausbildung von Rangordnungen bildet ein zentrales Merkmal von Subkulturen, es existieren hierarchische Statusdifferenzen unter den Inhaf-

12 Auch eine umfassende Studie zum Leben in polnischen Gefängnissen in den 1970er Jahren identifizierte eine Reihe von Regeln, die den Code der Gefangenen ausmachen, sowie verschiedene Gruppen von Gefangenen, die jeweils ihre eigenen Regeln haben. Insofern scheint es viele grundsätzliche Gemeinsamkeiten der subkulturellen Merkmale in Gefängnissen in Ost und West zu geben, wobei Unterschiede häufig schon zwischen zwei Institutionen der gleichen Gegend zu verzeichnen sind. Somit ist der Gefangenencode nicht universell gültig, eher aber das Vorhandensein einer gewissen Subkultur. Der Autor betont, dass die Bedingungen der Anstalt mehr Einfluss auf den Gefangenencode bzw. dessen Einhaltung/Befolgung haben als z. B. das Alter oder Hafterfahrungen der Insassen (Moczydlowski 1992: 65ff.).

tierten (Laubenthal 2010: 35). Prinzipiell sind für einen hohen Hierarchiestatus soziale Kompetenzen, fundiertes rechtliches Wissen, die Möglichkeit, an verbotene Waren zu gelangen, relevante Verbindungen zu statushohen Mitgefangenen und Mittel der (möglichen) Gewaltanwendung hilfreich (vgl. Eder 2012: 89). Weiterhin können Hafterfahrung, juristische Kenntnisse und Durchsetzungsvermögen Merkmale eines hohen Status sein. Der Status der Inhaftierten innerhalb der Gruppe hängt auch mit den Delikten zusammen, für die sie verurteilt wurden. Stehen Inhaftierte, die aufgrund von Sexualstraftaten (und hier insbesondere solche die Kinder als Opfer hatten) verurteilt wurden, ganz unten in der Hierarchie, so sind z. B. Wirtschaftsdelikte, z. T. auch Raubmord angesehen (Laubenthal 2010: 35f.), während DrogenkonsumentInnen unten in der Hierarchie stehen. Harbordt beschreibt „Einbrecher“ als status-hoch, wobei er darauf aufmerksam macht, dass alle Gruppen an den Anderen jeweils etwas zu verachten haben wie Gewaltanwendung, Vertrauensbruch etc., aber auch ethnische Zugehörigkeit (vgl. z. B. Harbordt 1972: 53). Anhand ethnischer Zugehörigkeiten werden ebenfalls Statusunterschiede festgemacht; in Deutschland gelten die Spätaussiedler aus den ehemaligen Sowjetrepubliken als eine Gruppe mit ausgeprägter Subkultur. Der Ausdruck „Diebe im Gesetz“ für subkulturelle Strukturen russischer „Krimineller“ mit ihrem eigenen Ehrenkodex ist auch in deutschen Gefängnissen bekannt (Otto und Pawlik-Mierzwa 2001: 125). Dieser Ehrenkodex beinhaltet u. a. hierarchische Strukturen, Unterdrückung und Erpressung innerhalb der Gruppe, eine gemeinsame Kasse („Abschtschjak“), eine strikte Verweigerungshaltung gegenüber Behandlung und Zusammenarbeit mit dem Personal (a.a.O.: 127ff.). Im Männerstrafvollzug spielt das Herausheben von Männlichkeit eine große Rolle, physische Stärke und „sich nichts gefallen lassen“ sind essentiell, um nicht als „Opfer“ zu gelten. „Eine eindeutige Zuordnung von Opfer- oder Täterschaft ist dabei nicht möglich“ (Bereswill 2004: 102), so eine Schlussfolgerung aus einem Projekt im Jugendstrafvollzug. Bereswill betont die „anhaltende Spannung zwischen Gefährdung und Selbstbehauptung“ (ebd.) unter den Gefangenen, die aufgrund der Zwangsverhältnisse des Strafvollzugs die Konflikte erhöht, da es keine Ausweichmöglichkeiten gibt (ebd.). Bereswill argumentiert, dass die männliche Identität bedroht und gefährdet werde und immer neu bestätigt werden müsse (Bereswill 2004: 103). Schwäche werde mit Verweiblichung gleichgesetzt (a.a.O.: 104). Positionskämpfe finden während der gesamten Inhaftierung statt, dazu gehört auch das (systematische) Schikanieren von Mitgefangenen sowie sexualisierte Gewalt und Nötigung (Laubenthal 2010: 35f.). Eine aktuelle Studie aus

dem Jugendvöllzug kommt zu dem Schluss, dass Gewalt unter den jungen Gefangenen alltäglich ist (Häufle, Schmidt und Neubacher 2013). Sowohl psychische als auch physische Gewalt ist weit verbreitet, in einem Dreimonatszeitraum wird von 40–50% der Gefangenen von Viktimisierungserfahrungen physischer Gewalt bzw. Gewaltandrohung berichtet (a.a.O.: 32). Viele junge Gefangene verfügen sowohl über Täter- als auch Opfererfahrungen, so dass hier eine eindeutige und statische Zuordnung nicht sinnvoll erscheint (ebd.). Nordamerikanische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bis zu 20% aller männlichen Inhaftierten Opfer sexualisierter Gewalt in Haft geworden sind (Döring 2006).

Initiationsriten gelten als Teil der Aufnahme in die Institution Gefängnis, die neue Gefangene zu durchlaufen haben. Die Regeln und unterschiedlichen Erwartungen von Personal und Mitinsassen müssen ebenso erlernt werden wie ein spezifisches Vokabular. Eine niederländische Studie beschreibt detaillierte und ausgeklügelte Mechanismen solcher Aufnahmerituale. Diese verlaufen in vier Phasen, sind jedoch weniger gewaltorientiert geprägt als in einigen amerikanischen Studien beschrieben wird. Zunächst werden die Neuankömmlinge durch die erfahrenen Gefangenen mit Sprüchen und Witzen getestet, ob sie sich anpassen, als „Petze“ erweisen oder sich absondern. In der zweiten Phase wird versucht, auf den neuen Gefangenen einzuwirken, ihn in die Subkultur einzugliedern und ihm die Regeln zu verdeutlichen. In der dritten Phase wird eine Auswahl durch die erfahrenen Gefangenen getroffen, wer in eine (Sub-) Gemeinschaft der Gefangenen aufgenommen wird und wer nicht. Es gibt Gefangene, die kein Interesse daran haben, diese werden häufig in Ruhe gelassen. Ebenso werden solche ignoriert, die sich als nicht „würdig“ erwiesen haben. In der vierten Phase werden die Neuen dann detailliert eingewiesen in die Regeln und Formen der Subkultur, mit Informationen z. B. über einzelne Bedienstete und Gefangene und über Wege, an Vorteile zu gelangen, versorgt (Grapendaal 1990). Auch in deutschen Studien lassen sich solche Tests der Gefangenen untereinander finden (z. B. Bereswill 2004: 101).

Die Kultur der Gefangenen wird auch durch eine spezifische Sprache reflektiert (Harbordt 1972: 48). Sprache bietet im Gefängnis auch eine Einheit stiftende Funktion im Sinne eines Zusammengehörigkeitsgefühls (Laubenthal 2010: 35) und stellt eine „besondere Kunst der Gefangenen“ dar (Girtler 1996: 70). Clemmer identifizierte die Mehrzahl des spezifischen Vokabulars der Insassen vor allem in den folgenden Bereichen: Sexualität, Kriminalität,

und Gefängnis (Clemmer 1940: 89). Dabei ist die Sprache der Gefangenen ständigen Veränderungen unterworfen (Laubenthal 2001: 7). Das „Vollzugsdeutsch“ (Laubenthal 2001: 13), welches sich aus den gesetzlichen oder verwaltungsrechtlichen Vorschriften ableitet, wird sowohl von Bediensteten als auch von Gefangenen verwendet (ebd.).

Tätowieren ist im Justizvollzug üblicherweise über die Hausordnungen der einzelnen JVAen untersagt (Eder 2012: 108), wird jedoch praktiziert. Tätowierungen können als erkennbarer Ausdruck subkultureller Aktivitäten begriffen werden und haben verschiedene Funktionen (Pichler 2006: 145), wie z. B. eine Aktivität gegen Langeweile, der Wunsch nach Körperschmuck, aber auch bestimmte Status- und Zugehörigkeitszeichen werden demonstriert, wobei letzteres in deutschen Gefängnissen nach Pichler inzwischen keine große Rolle mehr spielt (Pichler 2006: 147). In russischen Codes der „Diebe im Gesetz“ gibt es umfangreiche Symbole und Rangzeichen der Tätowierungen (s. z. B. Horstmann 2010). Auch hier lässt sich erkennen, dass Gefangene durch das Tätowieren in Haft ein Stück Selbstbestimmung erlangen.

Das Verhalten der Gefangenen im Vollzug hängt von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren ab. Dazu können sowohl ihre institutionelle und „kriminelle“ Karriere gehören als auch die Länge ihrer Verurteilung, sowie die Restriktionen und Möglichkeiten, denen sie ausgesetzt sind. Darüber hinaus relevant sind das moralische oder emotionale Klima, welches von den Bediensteten und der Anstaltsleitung ausgeht (Morgan und Liebling 2007: 1128). Die meisten Gefangenen haben ein Interesse an einer Ordnung, ebenso wie die Bediensteten (Morgan und Liebling 2007: 1129). Diese Ordnung im Gefängnis wird u. a. beeinflusst durch die Wahrnehmung von Fairness und den Beziehungen zwischen Bediensteten und Gefangenen (Morgan und Liebling 2007: 1130). Informelle Strukturen im Gefängnis sind durch die Organisation und Führung der Anstalt sowie die Verteilung von Gütern durch die Anstalt beeinflusst, dies erklärt auch Unterschiede zwischen einzelnen Anstalten (Moczydlowski 1992: 112), wie im folgenden Kapitel ausgeführt wird.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass subkulturelle Verhaltensweisen und Normen insbesondere durch die strukturellen Gegebenheiten der Institution Gefängnis entwickelt und geprägt werden. Diese lassen sich mit Begriffen wie Macht, Gewalt, Misstrauen und Abgrenzung charakterisieren.

2.1.4.3 Das Personal

Das Personal sowie das Verhältnis zwischen den Gefangenen und dem Personal stellt einen wichtigen Aspekt der Lebenswelt Gefängnis dar: „the living conditions of prisoners are the working conditions of prison officers“ (Morgan und Liebling 2007: 1129). Die Beziehungen zwischen Bediensteten und Gefangenen sind entscheidend für die Lebensqualität der Gefangenen (Morgan und Liebling 2007: 1131) und auch für die (Arbeits-) Zufriedenheit des Personals. Im Sinne der totalen Institution nach Goffman stehen sich die beiden Gruppen diametral gegenüber aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktion im Gefängnis und dem sehr ungleichen Machtverhältnis. Zudem besteht die Lebenswelt der Gefangenen ausschließlich aus der Gefängnisumgebung, während das Personal auch Teil einer Lebenswelt außerhalb des Justizvollzugs ist.

Das Personal im Gefängnis hat durch Verhalten und Einstellungen einen großen Einfluss auf die Subkultur der Inhaftierten und beeinflusst das Klima der Anstalt. Denn „what ‘goes on’ in prison goes on primarily through relationships“ (Liebling, Price und Elliott 1999: 72). Generell können nach Liebling zwei idealtypische Kulturen der Einstellungen des Personals unterschieden werden. Die „traditionelle Kultur“ besteht aus einer abfälligen Sichtweise sowohl auf Gefangene als auch auf die Anstaltsleitung. Das Personal, welches eher dieser Kultur zuzuordnen ist, betont die Unterschiede zwischen ihnen selbst und den Gefangenen, ist wachsam gegenüber Gefahren, hält untereinander eng zusammen, betont ihre Autorität, wahrt Abstand zu den Gefangenen und ist bei von diesen geäußerten Problemen schnell misstrauisch. So wird von Personal mit überwiegend traditionellen Einstellungen beispielsweise selbstverletzendes Verhalten häufiger als Aufmerksamkeit heischend und nicht als Hinweis auf ein Hilfebedürfnis gedeutet. Wenn in einer Anstalt überwiegend Personal des Allgemeinen Vollzugsdienstes (AVD) mit diesen Einstellungen tätig ist, sind behandlungsorientierte Maßnahmen schwieriger umzusetzen und das Leid der Gefangenen ist höher (so etwa Liebling 2007: 437). Die zweite „Kultur“ hingegen ist geprägt von Kommunikation,¹³ Konfliktlösungsorientierung; die Notwendigkeit des Ausbalancie-

13 In der spannenden Studie von Liebling et al. (1999) über die Beziehungen zwischen Personal und Gefangenen gehen die AutorInnen u. a. auf die Sprache der Bediensteten ein, die augenscheinlich keine Worte kennt für „gutes Verhalten“, sondern nur für „schlechtes“ Verhalten, geprägt ist von „despairing cynism“ und Hoffnungslosigkeit vermittelt, indem ein erfolgreicher Tag für die Bediensteten einer ist, an dem ‚nichts passiert‘ (a.a.O.: 91).

rens zwischen Hilfe und Kontrolle und damit verbundene Dilemmata sind dem Personal bewusst (Liebling, Price und Elliott 1999: 89). Diese Kultur ist dementsprechend mit einem behandlungsorientierten Schwerpunkt sowie einer differenzierteren Umgangsweise verknüpft.

Andererseits argumentieren Stratenwerth und Bernoulli, dass weniger das „subjektive Belieben, nicht der mehr oder weniger gute Wille der Beteiligten“ entscheidend für das „Klima“ in der Anstalt ist, sondern der „institutionelle Rahmen, in dem Vollzug sich abspielt“ (Stratenwerth und Bernoulli 1983: 145). In einer qualitativen Studie aus England waren drei Aspekte der Gefangenen-Personal-Beziehung relevant: zum einen die Inhaftierten-Regel, nicht mit dem Personal zusammenzuarbeiten, zweitens die Tendenz des Personals, die Inhaftierten wenig respektvoll und wie Kinder zu behandeln, sowie drittens die Wahrnehmung der Inhaftierten, das allgemeine und medizinische Personal würde sie nicht ernst nehmen in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen. Insgesamt fühlten sich die Inhaftierten in ihrem Selbstwertgefühl und Vertrauen missachtet und misstrauten ihrerseits dem Personal. „Prisoners felt at worst victimised and at best neglected“ (de Viggiani 2007: 128). Somit ist aus Sicht des Personals derjenige

„ein guter Gefangener, der sich in die ihm vorgegebene Rolle widerspruchslos und reibungslos einfügt, die ihm zugewiesenen Arbeiten anstandslos verrichtet, keinerlei Verhaltensauffälligkeiten zeigt, sich nicht beschwert und alles unterlässt, womit er das System in Frage stellen könnte“ (Gratz 2010: 292).

Dem Bedürfnis der Gefangenen nach Akzeptanz und Respekt durch Bedienstete (Harvey 2007: 88) kann mit einem individuellen Umgang durch das Personal besser begegnet werden. Das grundsätzliche Machtverhältnis zwischen den beiden Gruppen kann jedoch nicht aufgehoben werden. Das Gefängnis repräsentiert die Macht und den Zwang des Staates, doch „order in prisons is negotiated“ (Morgan und Liebling 2007: 1126) wie an anderen sozialen Settings auch. So kann es beispielsweise für das Personal einfacher sein, dem Drogenhändler die Macht über eine Abteilung zu lassen, als diesen zu disziplinieren (vgl. Crewe 2005: 475). Doch auch in weniger offensichtlichen Alltagssituationen kommt dieses Aushandeln zum Tragen, wenn es beispielsweise darum geht, Freizeitaktivitäten oder eine extra Zeit zum Duschen zu erlauben. Das einseitige und durch die Gefängnissituation extreme Machtverhältnis ist allen Beteiligten stets bewusst (Liebling, Price und Elliott

1999: 72) und wird durch äußere Merkmale wie Schlüssel für das Personal und Anstaltskleidung für die Gefangenen symbolisiert.¹⁴

2.1.4.4 Sexualität im Justizvollzug

Eine der grundlegenden Deprivationen, denen Inhaftierte ausgesetzt sind, ist der Verlust heterosexueller und selbstbestimmter Sexualität. Das Thema Sexualität und der Umgang mit dem Thema „beeinflusst unter anderem das Anstaltsklima, die persönliche Entwicklung, die soziale Einbindung sowie die Wiedereingliederungschancen der Gefangenen nach der Haft“ (Döring 2006: 316). Gefangene würden in Erfahrungsberichten darauf verweisen, dass „Freiheitsentzug in der Regel auch Sexualentzug bedeutet“ (Döring 2006: 317), oder wie Gratz es ausdrückt, „Freiheitsstrafe auch als Sexualstrafe verstanden wird“ (Gratz 2008: 103).

Haben die Gefangenen PartnerInnen außerhalb der Anstalt, kommt es häufig zu einer „wachsenden Entfremdung in der Partnerschaft“ (Döring 2006: 318). Ein zentrales Problem nach Döring ist sexuelle Deprivation (s. für die folgenden Punkte Döring 2006: 319f.). Diese umfasst sehr eingeschränkten Kontakt zu PartnerIn und Familie, Berührungen sind nicht immer erlaubt, Langzeitbesuchsräume und -möglichkeiten sind nur in einigen Anstalten vorhanden, die Voraussetzungen für die Nutzung (z. B. verheiratet sein, ab einer bestimmten Haftdauer, keine DrogenkonsumentInnen) ebenso wie die Häufigkeit der Nutzung sind sehr unterschiedlich. In der Haft wiederum ist es schwer möglich, neue PartnerInnen zu finden; zu Bediensteten ist dies nicht erlaubt, zu anderen Gefangenen ist aufgrund der Geschlechtertrennung nur eine gleichgeschlechtliche Begegnung möglich. Eine homophobe Gefängnis-kultur erschwert zusätzlich Liebesbeziehungen. Die Privatsphäre im Justizvollzug ist stark eingeschränkt, so dass die sexuelle Betätigung hierdurch beschränkt wird. All diese Begrenzungen führen dazu, dass sexuelle Aktivitäten eingeschränkt stattfinden und unter ungünstigen Bedingungen. Die Folgen können sein: Mitbestrafung der Angehörigen, reduzierte Wiedereingliederungschancen durch verschlechterte oder abgebrochene Beziehungen, Frustration, emotionale Einsamkeit (Döring 2006: 320). Die individuell ver-

14 Nicht nur die Machtfrage unterscheidet die beiden Gruppen, auch unterschiedliche Normen, die für die beiden Gruppen gelten; Mathiesen stellt einen kulturellen Dissens zwischen Inhaftierten und Personal fest, indem das Personal zwar auch außerhalb der Anstalt von Normen wie Loyalität ausgeht, dies in ihrer Rolle im Justizvollzug jedoch nicht von den Inhaftierten untereinander wünschen, da sie in dem Fall gegen das Regime gerichtet wäre und somit die Arbeit des Personals behindert (Mathiesen 2006: 200).

schiedenen Bewältigungsstrategien der Gefangenen können wiederum auf das Anstaltsklima und die Sicherheit der Anstalt Auswirkungen haben (a.a.O.).

Ein weiterer möglicher Problembereich ist die Bedrohung sexueller Identität. Einige Autoren gehen davon aus, dass durch die „erzwungene“ gleichgeschlechtliche Sexualität die sexuelle Identität bedroht werden könne. Gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte finden häufig statt, amerikanische Studien berichten von über 50% der Gefangenen, die einvernehmliche gleichgeschlechtliche Kontakte hatten (Hensley 2000, zit. nach Döring 2006: 320). Die situationsbedingte Homosexualität kann für viele als „Surrogat für fehlende heterosexuelle Kontakte“ (Döring 2006: 321) gelten, für andere kann es aber auch eine Manifestation oder auch Entwicklung/Veränderung hin zur Homosexualität bedeuten (a.a.O.). Da Homosexualität in der homophoben, männlichen Gefängniskultur verpönt ist (wobei insbesondere der „passive/weibliche“ Part als homosexuell bezeichnet wird), können homosexuell orientierte Gefangene ebenfalls Probleme mit ihrer sexuellen Identität entwickeln, da diese nicht anerkannt ist. „Strong prison norms discouraged the open admission of homosexuality or homosexual behavior“ (Seal et al. 2004: 786), ebenso wie die Kommunikation über Sexualität im Gefängnis dadurch stark tabuisiert wird (ebd.).

Einige Gefangene bieten sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung an. Inwieweit diese Gefängnisprostitution jeweils freiwillig erfolgt, ist schwer abzuschätzen. Sexualisierte Gewalt findet mit Viktimisierungs-Prävalenzen zwischen 0,5% und 20% statt, kann je nach Anstalt und Erhebung sehr variieren (Döring 2006: 322). Weibliche Gefangene haben ein höheres Risiko, von (männlichen) Bediensteten sexuell missbraucht zu werden als männliche Gefangene. Diese wiederum werden häufiger von anderen Gefangenen missbraucht (a.a.O.). Hier spielt auch der Machtgewinn eine große Rolle. Döring benennt einige institutionelle Rahmenbedingungen, die Vergewaltigungsraten bzw. sexualisierte Gewalt erhöhen. Dazu gehörten Überbelegung, Gemeinschaftsunterbringung, ethnische Konflikte, geringe Personalausstattung, hoher Anteil an Gewaltstraftätern (Döring 2006: 324).

Sexuelle Kontakte im Gefängnis bedeuten ein Risiko für Infektionskrankheiten wie HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Denn fast immer sind sexuelle Kontakte im Gefängnis mit größeren Risiken als draußen verbunden (Hunt und Saab 2009). Dies lässt sich zum einen begründen mit der großen Tabuisierung homosexueller Kontakte insbesondere im Männer-

vollzug, geringem Gebrauch von Kondomen und vergleichsweise hoher Prävalenz sexueller Gewalt. Zudem ist der Zugang zu Kondomen, Gleitmitteln etc. häufig unzureichend. In einigen Anstalten sind sie über den medizinischen Dienst zu beziehen, in manchen beim Kaufmann zu erwerben oder beim Sozialdienst oder den SeelsorgerInnen ausliegend. Selten sind sie allgemein und diskret für die Gefangenen zugänglich.

Der Verlust sexueller sozialer Kontakte reduziert das Thema Sexualität auf einen Objektstatus und die Notwendigkeit einer gewissen „Milieuanpassung sexueller Bedürfnisse“, es können Spannungen, Aggressionen und Frustrationen entstehen (Stöver 2008: 272). Die Unmöglichkeit heterosexueller Kontakte bzw. der „Verlust sozialer Sexualität“ kann eine starke Einschränkung darstellen (Stöver 2008: 272). Zudem stellt Stöver die Frage nach dem Recht auf einen Kinderwunsch von Gefangenen (a.a.O.). Die reproduktive und sexuelle Gesundheit und das Recht darauf wird in Haft somit erheblich eingeschränkt (vgl. UNODC und WHO Europe 2009a: 36).

2.2 Gesundheit im Justizvollzug

Zusammenhänge zwischen dem Justizvollzug und Gesundheit sind vielfältig. Die Institution Gefängnis beeinflusst sowohl die Gesundheit der Inhaftierten als auch die des Personals. Es existieren Wechselwirkungen zwischen Gefängnis und Gesundheit, indem z. B. Personal und Inhaftierte Einfluss auf das Anstaltsklima und somit auf eine gesundheitsfördernde bzw. -schädigende Umgebung nehmen. Generell bietet das Gefängnis keine gesundheitsfördernde Umgebung, gleichzeitig bringen die Gefangenen eine Vielzahl gesundheitlicher Problemlagen mit, die durch die Situation in der Haft verstärkt werden können. „Prisons of the world are not healthy places“ (Stern 2001: 1). Gefängnisse sind nicht nur Orte, in denen leicht Krankheiten übertragen und Erreger weitergegeben werden können, sondern sie können auch Orte der Gewalt, Misshandlung, Folter, Armut, Fehl-/Mangelernährung und Korruption sein (ebd.). Zudem wird die Gesundheit der Inhaftierten durch strukturelle Rahmenbedingungen mindestens so sehr beeinflusst wie durch die individuelle physische und psychische Verfassung der Gefangenen (vgl. de Viggiani 2007: 115). Solche strukturellen Rahmenbedingungen umfassen institutionelle, umweltbedingte, politische, ökonomische und soziale Faktoren. Diese Faktoren sollen im Folgenden für das System Gefängnis und die Gefangenen in den Blick genommen werden.

Als **Gesundheit** wird in dieser Arbeit ein umfassendes Konzept nach der Definition der WHO bezeichnet: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946).¹⁵ Somit wird Gesundheit als ein Konzept verstanden, welches im Anschluss an Antonovskys Konzept der Salutogenese (vgl. Antonovsky und Franke 1997: 23) von einem Kontinuum zwischen vollständiger Gesundheit einerseits und Krankheit andererseits ausgeht. Dadurch wird zum einen eine medizinisch orientierte „Entweder-Oder-Perspektive“ von Gesundheit und Krankheit vermieden, zum anderen der Gesundheitsbegriff auf soziale Faktoren erweitert.

Gesundheitliche Aspekte sind ein wichtiger Bereich von Resozialisierung. Inhaftierte gehören überwiegend zu sozial und damit auch gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen, so dass bereits bei der Inhaftierung eine höhere gesundheitliche Belastung als in der Allgemeinbevölkerung festgestellt wird. Somit funktioniert Inhaftierung auch in Bezug auf Gesundheit selektiv, indem benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders von Inhaftierung betroffen sind.

2.2.1 Historische Betrachtungen

Die Themen Gesundheit und Gesundheitsversorgung waren im Strafvollzug schon früh Thema. Erste rechtliche Regelungen dazu gab es in Großbritannien im Jahr 1774 mit dem „Act for preserving the health of prisoners in Gaol, and preventing the Gaol distemper“. In diesem Gesetz wurde festgelegt, dass in jedem Gefängnis erfahrenes medizinisches Personal vorhanden sein soll, welches die Gesundheit der Gefangenen wiederherstellen oder erhalten soll. Es wird außerdem deutlich gemacht, dass Gefangene einen höheren Anspruch auf medizinische Versorgung haben als nichtinhaftierte Personen aufgrund der Verantwortung des Staates für die Gefangenen (vgl. Lines 2006: 273). Dennoch kritisierte Howard 1777 die defizitäre Gesundheitsversorgung und die hygienischen Bedingungen des Strafvollzugs in England (vgl. Senior und Shaw 2007: 377), die Umsetzung der rechtlichen Regelungen schien bereits damals defizitär zu sein.

Die Regelungen in Deutschland zur Gesundheitsversorgung wurden 1897 in den „Grundsätzen, welche bei dem Vollzuge gerichtlich erkannter Freiheits-

15 Ausführlich zum Gesundheitsbegriff auch mit Bezug auf den Justizvollzug s. Tielking und Stöver (2003: 26ff.).

strafen bis zu weiterer gemeinsamer Regelung“ in einigen Punkten zusammengefasst. Diese sahen die medizinische Versorgung innerhalb der Anstalt sowie das Recht auf einen monatlichen Arztbesuch der Gefangenen in Einzelhaft vor (vgl. Hillenkamp 2006: 892f.). In überarbeiteten Grundsätzen von 1923 wurde ein „Arzt im Hauptamt“ mit möglichst auch psychiatrischen Kenntnissen gefordert, zudem umfangreiche Regelungen zur Unterbringung, Hygiene und ärztlichen Versorgung erlassen (a.a.O.: 893).

Leppmann beschreibt zu Beginn des 20. Jahrhunderts institutionell und strukturell bedingte negative gesundheitliche Folgen des Vollzugs. Er konstatiert, dass „unter den gegenwärtig üblichen Einrichtungen der Haft noch eine Schädigung der Gesundheit des Häftlings in Betracht kommt“ (Leppmann 1909: 25). Dabei geht er auf folgende Gesundheitsaspekte ein: Ernährung, Wohnung, Kleidung, Bettstatt, Körperhygiene, Beschäftigung, Disziplinarstrafen, sowie der Einfluss der Haft auf das „Seelenleben“ (Leppmann 1909). Als weitere Gesundheitsgefahren der Gefängnisse benennt Leppmann die Umgebung der Anstalt (Malariagebiet, Fabriken), zu wenig Licht aufgrund enger Bebauung des Anstaltsgeländes oder Ausrichtung der Fenster nach Norden, kleine oder undurchsichtige Fenster, Luftverschlechterung durch Gerüche, Mauerfeuchtigkeit, unzureichende Belüftungs- und Heizmöglichkeiten, Hygiene- und Toilettenprobleme, Ungeziefer (Leppmann 1909: 31f.). Darüber hinaus bemängelt er die Eintönigkeit und einen „Mangel an Lebensreizen“ (Leppmann 1909). Des Weiteren betont Leppmann, dass die Haft immer einen ungünstigen Einfluss auf das „Seelenleben“ der Gefangenen habe, selbst wenn die Freiheitsentziehung so gestaltet wäre, dass keine direkte Gesundheitsgefahr damit verbunden wäre (Leppmann 1909: 23), er macht damit bereits auf die grundsätzlich negativen Auswirkungen der Haft aufmerksam.

Aus den USA der 1920er Jahre wird die Situation im Gefängnis ebenfalls als gesundheitsschädigend dargestellt (vgl. Rector 1929). Neben Überbelegung und daraus folgend der Möglichkeit übertragbarer Krankheiten werden die restriktiven Haftbedingungen wie die fehlende Privatsphäre und die ständige Überwachung, daneben mangelhafte Licht- und Luftzirkulation, einseitige Nahrung und minimale Beschäftigungsmöglichkeiten benannt (Rector 1929: 8).

Auch die medizinische Versorgung in Haft wurde kritisch thematisiert. Bereits Endes des 19. Jahrhunderts forderten englische Experten für das gesamte Gefängnispersonal Kenntnisse im Bereich psychische Krankheiten („lunacy“), da dieses Problem sehr präsent und weit verbreitet war (Senior und Shaw

2007: 378). Das Einsetzen des medizinischen Personals zu Strafzwecken war üblich, so wurde das medizinische Personal in England beispielsweise im 19. Jahrhundert dazu herangezogen, körperliche Strafen wie kalte Bäder, Elektroschocks und Nahrungseinschränkungen als Bestrafung durchzuführen (Senior und Shaw 2007: 378). Leppmann wies bereits darauf hin, dass die Versorgung der Gefangenen im Sinne eines Rachegedankens „Licht und Luft, Kleidung und Lager, Wohnung und Kost [...] das Schlechteste eben gut genug für den Gefangenen“ (Leppmann 1909: 23) erachtet wurde,

„zumal in der Volksanschauung die Tendenz den Verbrecher auch in der Fürsorge für seine Gesundheit als einen Menschen zweiter Klasse zu betrachten, noch nicht ganz erloschen ist“ (Leppmann 1909: 24).¹⁶

Gleichwohl blieb die Gefängnismedizin insgesamt eine „späte Entwicklung“ im Gefängniswesen, die nur geringe Aufmerksamkeit erhielt (s. Bammann und Feest 2009: 8). Dennoch sieht Leppmann zu seiner Zeit große Fortschritte in der (Gesundheits-) Versorgung für die vergangenen 120 Jahre, z. B. in den Bereichen Hygiene, Licht und Ernährung.

2.2.2 *Auswirkungen des Strafvollzugs auf Gesundheit*

Durch die Strukturen des Justizvollzugs als totale Institution bestehen – wie in den bisherigen Ausführungen erkennbar – vielfältige und multidimensionale Auswirkungen auf die Gesundheit der Gefangenen.¹⁷ Die Gesundheit

16 Diese Anschauung ist bis heute nicht „erloschen“, sondern ist als Prinzip der „less eligibility“ auch aktuell in der öffentlichen Diskussion (vgl. Kap. 4.2.3).

17 Auch die Gesundheit des Personals wird durch die Institution beeinflusst (siehe hierzu ausführlich Bögemann 2004). Das Anstaltsklima, die Bedingungen der totalen Institution mit ihren widersprüchlichen Zielen und Aufgaben können in einem hohen Krankenstand der Bediensteten Ausdruck finden. Als Grund für die hohen, allerdings von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich hohen, Krankenstände der Bediensteten wird in einem Bericht des Ombudsmanns für den Justizvollzug Nordrhein-Westfalen an erster Stelle das Anstaltsklima genannt (Söhnchen 2008: 24ff.). Für ein „schlechtes“ Betriebsklima sorgen gemäß den Berichten des Ombudsmannes der inkonsequente Umgang mit Langzeiterkrankten, mangelnde Schulung und Auswahl von Bediensteten der mittleren Führungsebene, schlechte Besoldung und Beförderungsmöglichkeiten, geringe Wertschätzung von Bediensteten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Anstalt sowie Unsicherheit über zukünftige Aufgaben (ebd.). Es sind, so Bögemann, nicht überwiegend die „Belastungen aus der Arbeit mit den Inhaftierten, die eine hohe Unzufriedenheit und psychosoziale Belastungen bei den Bediensteten hervorrufen, sondern vor allem die organisatorischen und klimatischen Bedingungen (administrative Stressoren) zwischen Vorgesetzten und Bediensteten“ (Bögemann 2010: 62). Als erhöhtes Risiko für Burn-Out und belastende Faktoren werden benannt: Arbeitsüberlastungen, Rollenprobleme, Kommunikationsstörungen, schlechter sozialer Status und womöglich unbearbeitete Gewalterfahrungen, letztere evtl. in Verbindung mit dem

der Gefangenen, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Nutzung der Gesundheitsversorgung in Haft können also nicht losgelöst von den Bedingungen des Justizvollzugs betrachtet werden (vgl. auch Robert, Frignon und Belzile 2007: 176). So führen der erlebte Stress und die Unsicherheit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ganz abgesehen von dem höheren Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten.

Doch es werden nicht nur negative Gesundheitsfolgen der Haft deutlich. Die Wirkung von Inhaftierung auf die Gesundheit wird durchaus zwiespältig gesehen. Denn durch die Inhaftierung werden marginalisierte Bevölkerungsschichten von einer Gesundheitsversorgung erreicht, welche außerhalb des Vollzuges nur unzureichend versorgt sind. Daher können Gefangene, die außerhalb der Haft keine oder unzureichende Gesundheitsversorgung erhalten wie beispielsweise Obdachlose und DrogenkonsumentInnen, eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes in der Haft erreichen (Condon et al. 2007: 216). Auch in einer deutschen Studie fanden sich positive Effekte auf die Gesundheit von jugendlichen, Drogen konsumierenden Inhaftierten. Sowohl der subjektive Gesundheitszustand als auch objektive Kriterien wie Gewicht und biochemische Parameter verbesserten sich während der ersten sechs Monate in Haft, ebenso wie ihr Risikoverhalten bezüglich Infektionskrankheiten und der Umfang des Drogenkonsums (Meyer et al. 2007). Die regelmäßige Ernährung und der strukturierte Tagesablauf können also eine körperliche Stabilisierung insbesondere bei vorher Obdachlosen und DrogenkonsumentInnen bewirken, die sich in körperlicher Erholung, Gewichtszunahme, verbessertem Allgemeinzustand, Ansprachemöglichkeit etc. ablesen lässt (Stöver 2008: 269). Einige Gefangene bauen soziale Beziehungen zu anderen auf, die sich auch positiv auf ihre Gesundheit auswirken (de Viggiani 2007: 118). Diese gesundheitlichen Verbesserungen beziehen sich jedoch ganz überwiegend auf die physische Gesundheit. Sie verdeutlichen zudem den sehr schlechten Gesundheitszustand, den diese Gefangenen zu Beginn der Inhaftierung aufweisen. Zudem verweisen sie auf Defizite in der extramuralen Gesundheitsversorgung, da es dort nicht gelang, diese Personen zu erreichen.

Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS), sowie mangelnde Beteiligung an Entscheidungsprozessen, unangemessene Bezahlung und Unterforderung in der Berufsrolle (Bögemann 2010: 65). Formelle Unterstützungsstrukturen, Fortbildungen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit sowie Maßnahmen zur psychischen Entlastung sind häufig unzureichend (a.a.O.: 68). Die Unzufriedenheit des Personals wiederum beeinflusst den Umgang mit den Gefangenen und somit das Anstaltsklima.

Durch die Inhaftierung wird die Beschäftigung und Aufmerksamkeit vieler Gefangener mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit verstärkt (Robert, Frignon und Belzile 2007: 180). Dieses Phänomen der „Aggravation“ (Keppler 2008b: 81), also das verstärkte Wahrnehmen eher leichter Symptome, ist im Justizvollzug häufig anzutreffen (ebd.). Dies kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden wie etwa Langeweile, Spannungen der Lebenssituation im Gefängnis, die als belastend wahrgenommene Haftsituation, Angst um die persönliche Sicherheit bzw. eine vermehrte Beschäftigung mit sich selbst (Keppler 2008b: 81; Robert, Frignon und Belzile 2007: 181). Darüber hinaus gelten Verfahrensgerechtigkeit, Informationen über Abläufe und rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten sowie über das Leben in der Institution Justizvollzug als entscheidende Voraussetzungen für die psychische und physische Gesundheit der Gefangenen (Penal Reform International 2001: 70).

Die Auswirkungen des Justizvollzugs mit ihren gesundheitshindernden und -fördernden Faktoren und Risiken sollen im Folgenden in den Blick genommen werden. Dabei wird unterschieden in institutionelle Bedingungen wie bauliche Gegebenheiten, Ernährung und Bewegungsmöglichkeiten sowie soziale Faktoren wie Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten. Abschließend wird auf Risikoverhaltensweisen bezüglich Infektionskrankheiten im Justizvollzug eingegangen.

2.2.2.1 Bauliche Gegebenheiten

Bauliche Gegebenheiten umfassen die Architektur ebenso wie die Umsetzung der Unterbringung und die Ausstattung der verschiedenen Bereiche in Gefängnissen. Die Architektur von Gefängnissen spiegelt generell den Kontrollcharakter und Funktionalismus der Institution wieder (so Wagner 1985: 86). Der Überwachungs- und Kontrollcharakter der Institution steht im Vordergrund. Viele Gefängnisgebäude stammen noch aus der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg und weisen die klassische, panoptische Bauweise auf. Inzwischen entstehen vermehrt Neubauten nach moderneren Gesichtspunkten (z. B. die Justizvollzugsanstalt Heidering des Landes Berlin). Dennoch unterliegt die Architektur immer zuallererst dem Sicherheitsaspekt, dadurch sind architektonische Möglichkeiten der Gestaltung eingeschränkt, jedoch nicht unmöglich. Hierzu gehört auch der Einsatz von Farben, Lichtführung, Oberflächengestaltung, Formgebung, Luftqualität, etc. in den verschiedenen Bereichen der Anstalt wie Hafträume, Gemeinschaftsräume, Arbeitsplätze und der Hof

(Seelich 2010: 230). Zudem kann eine monotone und ungeeignete Architektur die Deprivationen der Haft fördern (a.a.O.: 231). Nach einer älteren US-amerikanischen Studie führen beispielsweise offene Räume im Gefängnis, in denen die Gefangenen ständig den Blicken anderer ausgesetzt sind, zu häufigeren Krankmeldungen als bei Gefangenen, die sich zurückziehen konnten (Moore 1980, zit. nach Walden 2008: 56).

Das Vorhandensein von ausreichend Licht, Luft(-zirkulation), Wärme sowie Platz hat Einfluss auf die Gesundheit. Unzureichende Belüftung hängt oft mit Überbelegung zusammen, da dann die Institution nicht für eine solche Menge an Menschen ausgelegt ist (Reyes 2007: 47). Insbesondere in Ländern mit kalten Wintern wird die Belüftung reduziert, teilweise auch durch die Gefangenen selbst, um die Wärme zu halten, so dass Fenster nicht mehr richtig geöffnet werden können (Reyes 2007). Weiterhin sind die hygienischen Bedingungen wie etwa die Möglichkeiten zum Duschen, die Abtrennung der Toilette vom Rest der Zelle, relevant.

Im Zusammenhang mit den baulichen Gegebenheiten steht die Belegungsichte der einzelnen Anstalten. Als Überbelegung gilt, wenn mehr Inhaftierte in einer Anstalt untergebracht sind als planerisch vorgesehen. In Deutschland wird eine Vollbelegung bei 85%er Auslastung angenommen, demnach wird außer in Brandenburg, Bremen und Hamburg Überbelegung angenommen (Düinkel 2010b: 13). Die Kapazitätsauslastung der einzelnen Bundesländer liegen zwischen 103% in Bayern und 70% in Brandenburg (Statistisches Bundesamt 2011a: 30). Somit scheint Überbelegung insgesamt kein gravierendes Problem in Deutschland, jedoch kann es zeitlich begrenzt und in einzelnen Anstalten deutlich höhere Werte der Überbelegung geben. Auch findet sich in der Untersuchungshaft häufiger Überbelegung als in der Strafhaft. In einigen europäischen Ländern wie Italien, Kroatien und Zypern wird die Überbelegung mit über 140 Gefangenen auf 100 Plätze berichtet (Council of Europe 2012: 51). Zum Teil ist die Überbelegung auf steigende Gefangenenzahlen zurückzuführen und verschärft sich somit im Laufe der Zeit, wobei der Neubau von Gefängnissen oft nur kurzfristig Abhilfe schafft (Stern 2006: 18). Überbelegung kann gesundheitliche Probleme hervorrufen und verstärken. Insbesondere übertragbare Krankheiten und psychische Probleme werden durch die Enge befördert (vgl. WHO Europe 2009). Somit können Gefängnisse zu Brutstätten von Infektionskrankheiten werden. Insbesondere Tuberkulose kann im überfüllten Gefängnis leicht übertragen werden, die manchmal tödlich endet (Stern 2006: 40). Auch kann durch Überbelegung

das Angebot von Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten, die Versorgung und die hygienischen Bedingungen für die einzelnen Inhaftierten eingeschränkt sein, da die Institution nicht auf die große Zahl ausgelegt ist.

In Deutschland ist nach § 18(1) StVollzG die Unterbringung in einem Einzelhaftstraum während der Ruhezeiten gesetzlich vorgeschrieben. Doch oft sind zwei oder mehr Personen in einem Einzelhaftstraum untergebracht. Im Jahr 2009 waren in Deutschland 35% aller Gefangenen im geschlossenen Vollzug gemeinschaftlich untergebracht (Dünkel 2010b: 13). Aktuell werden Bemühungen verstärkt, die Unterbringung Einzelhaftsträume vermehrt umzusetzen.¹⁸ Die gemeinschaftliche Unterbringung während der nächtlichen Einschlusszeiten zählt zu den „Haupttrisikofaktoren für Gefangene, durch Mitgefangene drangsaliert, erpresst, sexuell missbraucht oder körperlich verletzt zu werden“ (Dünkel 2010b: 14).

2.2.2.2 Ernährung und Bewegung

Einen weiteren institutionell bedingten Gesundheitsaspekt stellt die Ernährung dar. Einseitige Kost sowie die Qualität des Essens können das Wohlbefinden der Gefangenen beeinflussen. Daneben spielt aber auch die Darreichungsform, Vielfalt, Einflussmöglichkeiten der Gefangenen, respektvoller Umgang mit dem Thema Essen, dem Arbeiten in der Küche etc. eine Rolle für gesundes Essen (vgl. Hagen 2010). Werden Wünsche und Anregungen der Inhaftierten nicht wahrgenommen, und ihnen keinerlei Autonomie zugestanden, kann Essen zu Frust und ungesundem Essverhalten führen. Möglichkeiten zum eigenständigen Kochen sowie Auswahlmöglichkeiten beim Essen wirken positiv auf das Ernährungsverhalten und die Zufriedenheit. Aus deutschen JVAen wird berichtet, dass Essen eine zentrale Bedeutung im Leben der Gefangenen einnimmt, da es eine der wenigen „Genuss“möglichkeiten darstellt. Problembereiche im Vollzug bezüglich der Ernährung können neben der finanziellen Beschränkung auch u. a. veraltete Küchenorganisation, eindimensionale Ernährungsvorgaben sowie Essen als Mittel zum Zweck der Sättigung statt als Kultur sein (Hagen 2010: 212).

Bewegungsmangel kann aus einer Überbelegung resultieren, ist jedoch auch ohne diese relevant, wenn Sportangebote nicht ausreichend vorhanden sind und der Hofgang auf die gesetzlich vorgeschriebene eine Stunde pro Tag

18 Diese Bemühungen sind nicht zuletzt dem Siegburger Vorfall im Jahr 2006 geschuldet, bei dem Inhaftierte einen Mitgefangenen in der Gemeinschaftszelle gefoltert und getötet haben.

beschränkt bleibt. Durch die Enge kleiner Hafträume werden die Bewegungsmöglichkeiten zusätzlich eingeschränkt, so dass Gefangene kaum über selbstbestimmte Bewegungsmöglichkeiten verfügen.

2.2.2.3 Soziale Gegebenheiten

Neben den baulichen und sonstigen Gegebenheiten wirken insbesondere die „sozialen“ Strukturen der totalen Institution auf den Gesundheitszustand und das gesundheitliche Wohlbefinden der Gefangenen. Das System von Kontrolle und Überwachung, die Priorität der Sicherheit über der Gesundheit sowie stigmatisierende Einstellungen über bestimmte Gefangenengruppen können nicht zu einer gesundheitsförderlichen Umgebung beitragen (Douglas, Plugge und Fitzpatrick 2009). Des weiteren kommen Aspekte der Haftsituation wie Überbelegung, Gewalt, Drogen, Mangel an sinnvollen Beschäftigungsmöglichkeiten, Trennung von Familie und sozialen Kontakten sowie emotionale Entbehrungen zum Tragen (de Viggiani 2007: 116). Gefängnisse sind eine Umgebung, in der „the overriding philosophies are security, punishment, and social control“, so dass es fraglich erscheint, ob die Politik hier Public Health Themen umsetzt (Nelles et al. 1998: 272) bzw. diese überhaupt umgesetzt werden können. Der durch Fremdbestimmung und Monotonie geprägte Vollzugsalltag fördert eine Versorgungshaltung und Unterforderung der Gefangenen, daraus können Unselbständigkeit, Lethargie, depressive Verstimmungen, Passivität und Antriebslosigkeit erwachsen (Stöver 2005: 356).

“However decent the conditions of imprisonment, however positive the experiences which are offered, the prisoner is always acutely conscious of deprivation of liberty” (Coyle 1994: 80).

Schon allein der Freiheitsentzug an sich stellt somit eine gesundheitliche Belastung für die Gefangenen dar (Stöver 2008: 268):

„Die Fremdbestimmung und Monotonie des Alltagsgeschehens führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit, das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht angemessen behandelt zu werden, oder im Notfall lange auf Hilfe warten zu müssen“ (Stöver 2008: 269).

Stresserkrankungen sind üblich und insgesamt findet eine Ressourcenverringern durch die Versorgungshaltung statt (Hillenkamp 2005: 15). Durch hohe Stressraten aufgrund der Unsicherheiten im Gefängnisalltag kann neben psychischen Problemen auch das Immunsystem angegriffen werden (Reyes

2007: 47). Der Verlust der Autonomie spielt hier eine große Rolle. Die Gefangenen können in Haft schwerlich für sich und ihre Gesundheit sorgen aufgrund der Gegebenheiten der Haft (Condon et al. 2007: 224). Durch die ständige Möglichkeit des „Austestens“ durch andere Inhaftierte und den Stress der Ungewissheit wird das Gefängnis zu einem unsicheren Ort, der somit Auswirkungen insbesondere auf die psychische Gesundheit hat. Erfahrungen der Viktimisierung sowohl innerhalb als auch außerhalb von Gefängnissen stehen in direktem Zusammenhang mit einigen psychischen Problemen wie selbstverletzendes Verhalten und Suizid aber auch körperlichen bzw. psychosomatisch bedingten Erkrankungen wie Epilepsie, Asthma, Herz-erkrankungen u. a. (Marshall et al. 2000, zit. nach de Viggiani 2007: 117). Die autoritäre, zwangsgeprägte und paternalistische Lebensform in der Anstalt zeitigt Auswirkungen sowohl auf das körperliche als auch vor allem auf das psychische Wohlbefinden der Gefangenen (s. z. B. de Viggiani 2007: 128): „Prison is an abnormal environment which can never be entirely stress-free“ (Coyle 1994: 127). Die psychischen Belastungen der Inhaftierung werden insgesamt also als einschneidend beschrieben. Bei langen Inhaftierungszeiten wird tendenziell eine psychische Stabilisierung festgestellt. Diese begründet Konrad mit sinkendem inneren Widerstand der Gefangenen gegen die Haftsituation, so dass Stressindikatoren reduziert werden (Konrad 2009: 222). Diese Stabilisierung bezieht sich jedoch auf den Vergleich zur ersten Zeit der Inhaftierung und bedeutet somit eher eine Gewöhnung und Anpassung an den Vollzugsalltag und weniger eine Verbesserung der psychischen Gesundheit durch die Haft.

2.2.2.4 Risikoverhalten im Gefängnis

Das Gefängnis gilt als Hochrisikobereich für Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose und sexuell übertragbare Krankheiten. Als Risikoverhalten gilt das Teilen von Spritze und/oder Spritzbesteck unter intravenös (iv.) Drogenkonsumierenden, sexuelle Kontakte, sowie Tätowieren und Piercing und in geringerem Ausmaß das Teilen von Hygieneartikeln wie Zahnbürste und Rasierer. Da sowohl der Drogenkonsum als auch das Tätowieren im Justizvollzug illegal sind,¹⁹ unterliegen die Bedingungen des dennoch stattfindenden Konsums und Tätowierens besonderen Gefahren. Schützende

19 Das Tätowieverbot ist nicht gesetzlich geregelt, wird aber i.d.R. in den einzelnen JVAen über die Hausordnungen geregelt (Bammann 2006: 85). Ähnlich wird der Drogenkonsum im Justizvollzug disziplinarisch geahndet, während er außerhalb keine strafbare Handlung bedeutet.

Utensilien sind kaum verfügbar, werden unter unhygienischen Umständen und mehrfach benutzt, und tragen so zu einem erhöhten Infektionsrisiko bei.

Die zum intravenösen (iv.) Drogenkonsum benötigten Utensilien, insbesondere Spritzbesteck, sind nicht ausreichend verfügbar, so dass KonsumentInnen das Spritzbesteck mehrfach benutzen und miteinander teilen. Nadeln als rares Gut werden von einigen Gefangenen nach mehrfachem Konsum wieder angespitzt. Das Teilen und Weitergeben des Spritzbestecks in Haft ist eher die Norm als die Ausnahme, oft benutzen mehrere Dutzend Gefangene die gleiche Spritze (Small et al. 2005: 835). Spritzen werden entweder unter Freunden oder Cliquenmitgliedern weitergegeben oder auch an andere KonsumentInnen gegen Bezahlung weiterverliehen (ebd.). Um an Spritzbesteck zu kommen, verschweigen manche Inhaftierte ihre HIV-Infektion (Small et al. 2005). Intravenöser Konsum findet während der Haft seltener statt als vor der Haft, wenn jedoch injiziert wird, dann überwiegend mit geteiltem und wiederbenutztem Spritzbesteck (Malliori et al. 1998). In einer Studie des WIAD (Eckert und Weilandt 2008) geben 29,7% der befragten Gefangenen (n=1511) an, jemals Drogen injiziert zu haben (Eckert und Weilandt 2008: 39). Von diesen wird das Teilen von Nadeln (21%), Spritzen (21,1%) und anderen Utensilien zum iv. Konsum (24,9%) in Haft berichtet (a.a.O.: 47). Internationale Studien berichten von bis zu 90% der iv. KonsumentInnen, die in Haft Spritzen, Nadeln und/oder Spritzutensilien teilen (vgl. Jürgens, Ball und Verster 2009).

Ähnlich wie geteiltes Spritzbesteck gilt Tätowieren als Risikofaktor für Hepatitis B und C unter Inhaftierten (Hunt und Saab 2009: 1027). Das Tätowieren in Haft wird mit selbst gebautem Equipment und oft unter Missachtung hygienischer Standards durchgeführt. In der bereits erwähnten Studie des WIAD geben 30% der Befragten an, sich in Haft tätowiert zu haben (Eckert und Weilandt 2008: 49). Eine internationale Metaanalyse zu Hepatitis C (HCV)-Infektionen in Haft ermittelte das Risiko einer Infektion unter tätowierten Gefangenen als dreifach höher als unter Nichttätowierten. Dieses höhere Risiko bestand auch, wenn der Status als iv. DrogenkonsumentIn berücksichtigt wurde (Vescio et al. 2008: 310).

Insgesamt stellt sich der Justizvollzug als eine risikobehaftete Umgebung bezüglich Infektionskrankheiten dar. Sowohl Drogenkonsum und Tätowieren als auch sexuelle Kontakte finden in Haft risikoreicher statt als außerhalb, was auf die restriktiven Rahmenbedingungen mit Verboten und dem weitgehenden Fehlen schadensminimierender Angebote zurückzuführen ist. Dar-

über hinaus kann auch eine überfüllte Unterbringung aufgrund von Überbelegung die Ausbreitung von Infektionskrankheiten begünstigen.

2.2.3 *Inhaftierte als gesundheitlich belastete Gruppe*

Inhaftierte verfügen über einen generell schlechteren Gesundheitszustand als die Allgemeinbevölkerung. "Those entering prison have often a less healthy lifestyle than the general population" (WHO Europe 2009). Dies lässt sich auf soziale und gesundheitliche Ungleichheiten und eine selektive Inhaftierung bestimmter Bevölkerungsgruppen zurückführen. Dazu gehören vor allem Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Unter gesundheitlicher Ungleichheit wird der „Zusammenhang zwischen sozialem Status und Mortalität bzw. Morbidität“ (Mielck 2005: 7) verstanden. Menschen mit geringerer Bildung, beruflichem Status und Einkommen sind also kränker und sterben früher als der Durchschnitt der Personen mit höherem sozialen Status (ebd.). Dies wird erklärt mit Unterschieden in der gesundheitlichen Belastung, den Bewältigungsressourcen, im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sowie im Gesundheitsverhalten (vgl. Mielck 2000: 173). Die gesundheitliche Ungleichheit hängt demnach mit einer sozialen Ungleichheit zusammen. Da Gefangene ganz überwiegend über einen niedrigen sozialen Status verfügen, sind sie von diesen Problemlagen übermäßig betroffen. Denn Gefangene bilden keinen Spiegel der Gesellschaft, bestimmte Gruppen der Gesellschaft sind über-, andere unterdurchschnittlich vertreten (vgl. Stern 2006: 32). Inhaftierte sind ganz überwiegend jung, männlich sowie sozial und ökonomisch benachteiligt. Reiman beschreibt diese Überrepräsentation der „unteren Schichten“ als: "The rich get richer and the poor get prison" (Reiman 1984), denn die Kriminalisierung und Inhaftierung folgt gesellschaftlichen Ausschlussprozessen.²⁰

20 So werden Nichtdeutsche deutlich häufiger inhaftiert als ihr Anteil an der Allgemeinbevölkerung vermuten ließe. Der Anteil an AusländerInnen unter den Strafgefangenen stieg beispielsweise von knapp 9% im Jahr 1977 auf 24% im Jahr 1999 (Preusker 2001: 24). In den USA werden mehr Farbige als Weiße inhaftiert, obwohl sie nur 12% der Bevölkerung ausmachen, ähnliches gilt beispielsweise für die Maori in Neuseeland (47% der Inhaftierten, aber nur 14% der Bevölkerung) oder die Eingeborenen in Kanada (Stern 2006: 32ff.). In den USA befinden sich beispielsweise über ein Drittel aller afro-amerikanischen Männer zwischen 20 und 29 Jahren im Gefängnis, und in manchen Landesteilen werden über drei Viertel aller afro-amerikanischen Männer zu einem Zeitpunkt ihres Lebens im Gefängnis sein (Drucker 2006: 163). In Großbritannien sind ein Viertel aller Inhaftierten Angehörige ethnischer Minderheiten, bei den weiblichen Gefangenen sowie den Jugendlichen noch mehr (Morgan und Liebling 2007: 1121).

Mit somit schlechten gesundheitlichen Zuständen kommen die Gefangenen in den Justizvollzug, wo die strukturellen Bedingungen vorhandene Symptome und Probleme noch verstärken können. Somit tragen Gefängnisse zu einer gesundheitlichen Ungleichheit der Gefangenen bei (Stöver und Lines 2006: 80), die damit verstärkt und verstetigt wird. Gefangene kommen häufig mit einer Reihe von Krankheiten und Beschwerden in die Haft, bestimmte Symptome und Krankheiten sind unter ihnen deutlich überrepräsentiert. Die WHO benennt HIV/AIDS und den schädlichen Gebrauch von Drogen als zwei der größten Public Health Probleme, beide sind in den meisten Ländern in Haft überrepräsentiert (WHO 2005: 2f.). Tomasevski hat bereits gut zehn Jahre zuvor vier Problembereiche von Gesundheit in Haft identifiziert; psychische Probleme, Tod und Suizid, Drogenkonsum und Infektionskrankheiten (Tomasevski 1992). Fraser nennt im WHO Guide „Health in prison“ neben der Primärversorgung (primary care) die Bereiche psychische Gesundheit, Infektionserkrankungen und Abhängigkeit als prioritär (Fraser 2007). Diese Problemlagen hängen miteinander zusammen, sie können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Es fällt auf, dass die soziale Gesundheit selten in diesem Kontext der intramuralen gesundheitlichen Problemlagen thematisiert wird.

Für Deutschland fehlen systematische flächendeckende Berichte über die gesundheitliche Lage von Gefangenen (Stöver 2008: 275), so dass auf einzelne Studien mit sehr unterschiedlichen Stichproben, Zielen und Gesundheitsthemen zurückgegriffen werden muss. Im Jahr 2008 wurde bundesweit erstmals und einmalig der Gesundheitszustand der Gefangenen in allen Bundesländern anhand einer Befragung der Anstalten ermittelt. Diese beruhte auf der Indikatorenbank zur Gesundheit im Strafvollzug der WHO (Europa). Lediglich das Land Baden-Württemberg hat diese Gesundheitsberichterstattung fortgeschrieben (vgl. Meissner 2011). Es sind in dieser Bundesberichterstattung jedoch nicht bei allen Fragen alle Bundesländer vertreten, so dass es zu Verzerrungen aufgrund fehlender Bezugsgrößen kommt und Hochrechnungen somit nicht möglich sind (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2010: 185). Dieser Gesundheitsbericht fokussiert auf die Themen Drogenkonsum, Infektionskrankheiten sowie Suizid (-versuch)e sowie die jeweiligen Behandlungsangebote. Insgesamt ist dadurch dennoch keine einheitliche Gesundheitsberichterstattung für den Justizvollzug gegeben (Lehmann 2010), so dass im Folgenden auf unterschiedliche, auch internationale, Studienergebnisse zurückgegriffen wird. Dabei wird sowohl auf die physische, psychische und soziale Gesundheit eingegangen, die sich jeweils auch gegenseitig beeinflussen.

2.2.3.1 Physische Gesundheit und Infektionskrankheiten

Physische, auch chronische Krankheiten sind unter Inhaftierten weit verbreitet. Ein zentraler Aspekt sind Infektionskrankheiten im Justizvollzug. Gefängnisse sind einer der Haupt-Multiplikatoren von HIV, Hepatitis und Tuberkulose und auch anderen (sexuell) übertragbaren Krankheiten. Infektionskrankheiten werden aufgrund struktureller Bedingungen häufig übertragen (vgl. auch Kap. 2.2.2.4), geschlossene Institutionen können als Brutstätten von Infektionen gelten.²¹ Zudem kommen überdurchschnittlich viele Gefangene bereits mit Infektionen in den Justizvollzug hinein.

In Deutschland liegt die Hepatitis C (HCV) -Prävalenz unter Inhaftierten zwischen 14,3–17,6% und die HIV-Prävalenz zwischen 0,8–1,2%, je nach Studie. Dies entspricht dem 26–32fachen für HCV bzw. 16–24fachen für HIV im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Keppler et al. 2010: 238). Nach dem Gesundheitsbericht des baden-württembergischen Justizministeriums für das Jahr 2008 traten 132 neue Fälle viraler Hepatitis sowie 24 neue HIV-Fälle auf, bei insgesamt 8013 Inhaftierten, wobei der Ursprung der Infizierung nicht geklärt werden konnte. Insgesamt wurden 93 HIV-positive Gefangene zum Stichtag (6173 Gefangene) identifiziert. Weitere neu auftretende Infektionen waren Syphilis (sieben Fälle), Gonorrhoe (drei Fälle) und Tuberkulose (elf Fälle) (Justizministerium Baden-Württemberg 2009). In einer Querschnittsuntersuchung aus Nordrhein-Westfalen mit 1858 Gefangenen wurde eine HIV-Rate von 0,8% ermittelt und eine HCV-Rate von 17,0% (Wirth 2002). Eine ältere Hamburger Untersuchung von insgesamt 19.482 Haftzugängen zwischen 1993 und 1995 ermittelte eine HIV-Rate von 0,8% bei nicht drogenabhängigen Gefangenen und 2,1–4,7% unter drogenabhängigen Gefangenen. Für HCV lagen die Daten bei 3,7% bei nicht abhängigen sowie 63,8% bei drogenabhängigen Gefangenen (Koops 2000).

Die erhöhte HCV-Prävalenz unter Inhaftierten gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist überwiegend auf den hohen Anteil an iv. DrogenkonsumentInnen zurückzuführen, so ist nach einer Metastudie die Wahrscheinlichkeit für eine HCV-Infektion für iv. DrogenkonsumentInnen 24 mal höher als für NichtkonsumentInnen (Vescio et al. 2008). Auch sind inhaftierte iv. DrogenkonsumentInnen häufiger HCV-positiv (Seroprävalenz) als iv. DrogenkonsumentInnen ohne Hafterfahrung; Bei KlientInnen von Drogenberatungs-

21 Insbesondere in Zentralasien fungieren Gefängnisse auf Grund von Überbelegung, mangelhafter Ventilation und schlechter Ernährung als „epidemiological pump“ (Walcher 2005).

stellen bzw. Drogenentzugseinrichtungen erweisen sich Vorinhaftierungen als stärkster unabhängiger Prädiktor für eine HIV- bzw. HCV-Infektion (Koops 2000). Die HCV-Seroprävalenz in den Studien der Metaanalyse reicht von 2–58% der Gefangenen, im Durchschnitt 30–40%, die großen Unterschiede lassen sich vor allem auf den unterschiedlichen Anteil an iv. DrogenkonsumentInnen in den einzelnen Studien zwischen 3% und 69% zurückführen (Vescio et al. 2008). Die HCV-Prävalenz unter Neuinhaftierten war geringer als unter bereits Inhaftierten, was auf Neu-Infektionen in Haft hinweist (ebd.). Infektionen werden häufig zu Beginn der Inhaftierung erworben (Heinemann und Gross 2001).

Andere Länder weisen ebenfalls hohe und teilweise noch deutlich höhere Infektionsraten unter Gefangenen auf. Mindestens 20% aller HIV-infizierten Personen weltweit durchlaufen jedes Jahr die Gefängnisse (De Groot et al. 2006). In Russland beträgt die HIV-Rate im Strafvollzugssystem 4% und entspricht damit ca. 20% aller bekannten HIV-Infektionen im Land (Jürgens, Ball und Verster 2009). Für Zentralasien wird geschätzt, dass sich ein Drittel aller HIV-Infizierten im Strafvollzugssystem befinden (Walcher 2005). In den USA wurden keine höheren Zahlen für Hepatitis A unter Gefangenen gefunden, jedoch für Hepatitis B (HBV) und HCV, 12–35% der Gefangenen weisen eine HCV-Infektion auf (Hunt und Saab 2009). Die bekannte HIV-Rate beträgt dort 2,8% bei weiblichen und 1,9% bei männlichen Gefangenen (De Groot et al. 2006). In einer englischen Studie wurde bei 8% der Inhaftierten HBV-Antikörper nachgewiesen und bei 7% HCV-Antikörper. Werden jedoch nur die DrogenkonsumentInnen der Stichprobe betrachtet, liegen die Zahlen bei 20% und 31% (Weild et al. 2000, zit. nach Senior und Shaw 2007: 383).

Hohe Zahlen an Neu-Infektionen von HIV im Gefängnis sind aus einigen Ländern berichtet worden, so aus Schottland, Russland, Litauen und den USA. In Schottland wurden nach der Entdeckung zweier HIV-Infektionen im Gefängnis von Glenochil bei einem Screening 14 weitere Infizierte entdeckt, von denen sich mindestens 13 im Gefängnis infiziert hatten (Goldberg et al. 1998). In einem russischen Lager (Tatarstan) infizierten sich im Jahr 2001 260 Gefangene mit HIV, überwiegend durch iv. Drogenkonsum (Bobrik et al. 2005: 46). In der litauischen JVA Alytus wurde der Ausbruch von HIV im Jahr 2002 (es handelt sich um 299 neuentdeckte Infektionen, von denen 44 erwiesenermaßen in Haft erworben wurden) auf das Teilen von Nadeln und Spritzen unter DrogenkonsumentInnen zurückgeführt (UNODC 2008: 54). In

dem US-Bundesstaat Georgia wurden zwischen 1988 und 2005 insgesamt 88 Neuinfektionen im Strafvollzug ermittelt, dies entspricht ca. 10% aller HIV-positiven Inhaftierten des Bundesstaats Georgia (Rich 2007: 317f.).

Auch für Tuberkulose (TB) sind Gefängnisse Hoch-Risikobereiche. Die WHO berichtet von 50fach höheren Infiziertenraten im Gefängnis als außerhalb (WHO Europe 2009). Insbesondere in osteuropäischen Gefängnissen stellt Tuberkulose ein großes Gesundheitsproblem dar (Aerts et al. 2006), doch auch in Deutschland ist der Anteil von TB-Infizierten im Justizvollzug erhöht.²² Die WHO fasst zusammen, dass Gefängnisse Tuberkulose verbreiten, verschlimmern und exportieren (WHO Europe 2007: 9), dazu trägt auch die Überbelegung in vielen Gefängnissen bei.

Weitere sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis und Gonorrhoe sind in vielen Gefängnissystemen ebenfalls überrepräsentiert. In einer Frauenvollzugsanstalt in New York wurde Ende der 1990er Jahre eine 1000fach erhöhte Prävalenz von Syphilis gefunden (Blank et al. 1999). In einer englischen Studie wurde bei 22% der Inhaftierten eine Lebenszeitprävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten ermittelt (Green et al. 2003, zit. nach Senior und Shaw 2007: 383). Unter männlichen Gefangenen in Los Angeles, die Sex mit Männern praktizierten wurde eine HIV-Rate von 12,4% gefunden, weiterhin bei 3,1% Chlamydien, 1,5% Gonorrhoe und 0,3% Syphilis (Chen, Bovee und Kerndt 2003).

Infektionskrankheiten sind somit im Vollzug deutlich überrepräsentiert. Risikogruppen wie DrogenkonsumentInnen, psychisch Kranke, SexarbeiterInnen sowie Alkohol"abhängige" werden häufiger inhaftiert und tragen ein höheres Risiko einer HIV-Infektion (De Groot et al. 2006), so dass schon bei Haftantritt viele Infektionen vorhanden sind.

Neben den Infektionskrankheiten stellen chronische und lebensbedrohliche Erkrankungen einen weiteren relevanten Bereich dar. Mit zunehmender Zahl älterer Gefangener in deutschen und europäischen Haftanstalten (Legat 2009: 25) nimmt auch die Zahl von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Krebs zu. Die Zahl und der Anteil der natürlichen Todesfälle in Haft nimmt zu, so in England (Ginn 2012). Die vorzeitige Entlassung aufgrund einer

22 Dabei erweist sich zunehmend multiresistente TB als Problem, deren Anteil z. B. in Russland zwischen 2002 und 2008 gestiegen ist, während die Zahl von TB insgesamt im gleichen Zeitraum von 2.274 auf 1.308 pro 100.000 Gefangene gesunken ist (Safonova et al. 2009). Nach unbestätigten Berichten starben in russischen Gefängnissen in den 1980er und 1990er Jahren jährlich ca. 10.000 Gefangene an TB (s. Dünkel 2010a: 208).

terminalen Erkrankung ist möglich, wird aber eher selten umgesetzt, da zum Einen die Prognose schwierig ist, zum Anderen spielt hier noch das Thema Strafe und Sicherheit eine Rolle, und zudem haben langjährig Inhaftierte außerhalb des Vollzuges weder Angehörige noch Anspruch auf Versorgung (Ginn 2012), so dass mögliche Entlassungen eher restriktiv gehandhabt werden. Nach einer großangelegten englischen Studie wiesen 46% der männlichen, verurteilten Inhaftierten eine lange oder chronische Erkrankung auf, insbesondere Asthma und andere Atemwegserkrankungen sowie Herz- und Kreislaufprobleme (Bridgwood und Malbon 1995, zit. nach Senior und Shaw 2007: 383). In den USA haben darüber hinaus viele Gefangene Diabetes, Bluthochdruck und andere chronische Krankheiten, deren Komplikationsrisiko durch die Situation im Gefängnis steigt (Drucker 2006: 166). Im Gegensatz zu den Themen Drogenkonsum und psychische Krankheiten werden diese Art der Gesundheitsprobleme nicht problematisiert und auch kaum als ordnungs- und sicherheitsrelevant bewertet.

Zahngesundheit ist in deutschen Gefängnissen durch den sehr schlechten Zahnstatus vieler Gefangener ein weiterer zentraler Bereich. Durch die häufig deprivierten Lebensumstände vor der Haft und der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheit sind Gefangene mit einer schlechteren Zahngesundheit belastet als die Allgemeinbevölkerung (Bose und Jenner 2007). Insbesondere DrogenkonsumentInnen weisen häufig eine schlechte Zahngesundheit auf (Nikolai 2009: 269). Zahnbehandlungen während der Haft, insbesondere prothetische Sanierungen der Frontzähne, können die soziale Eingliederung unterstützen (ebd.), werden jedoch meist auf das „Notwendigste“ beschränkt (vgl. Kap. 3.1.1).

2.2.3.2 Psychische Gesundheit

Psychische Probleme und Krankheiten spielen eine große Rolle im Strafvollzug, da sie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind. Zudem steht die Behandlung im Vollzug vor großen Herausforderungen aufgrund der institutionellen Bedingungen. Die Prävalenz psychischer Krankheiten ist sowohl aktuell als auch in der Lebenszeit der Gefangenen hoch. Zugleich sind genaue Daten zu psychischen Erkrankungen unter Gefangenen nicht umfassend vorhanden, da weder die Häufigkeit von Krankheiten noch Behandlungen systematisch erfasst werden (Salize, Dreßing und Kief 2009: 71). Schätzungsweise wird bei weltweit rund neun Millionen Gefangenen mindestens von einer Million mit signifikanten psychischen Störungen

gen ausgegangen, viele weitere haben „gewöhnliche“ psychische Gesundheitsprobleme wie depressive Verstimmungen oder Angststörungen (WHO Europe 2008). Die Zahl der Gefangenen mit psychischen Beeinträchtigungen steigt in den letzten Jahren an (Salize, Dreßing und Kief 2009: 5). Die Gründe für diesen Anstieg werden neben regionalen und nationalen Besonderheiten zum Einen mit steigenden Zahlen von Abhängigkeitserkrankten im Justizvollzug angegeben, die aufgrund der medizinisch orientierten Diagnostik nach ICD-10 und DSM IV ganz überwiegend unter die psychischen „Störungen“ subsumiert werden.²³ Zum Anderen wird der Anstieg als Konsequenz des „deinstitutionalisation process“ in der Psychiatrie bewertet. Das Schließen großer Einrichtungen und vermehrte ambulante Betreuung könne einen Teil der PsychiatriepatientInnen nicht mehr ausreichend versorgen, so dass diese im Strafvollzug landen würden (vgl. ebd.). Eine solche Argumentation verstärkt eine „vorverlagerte Kriminalisierung“ im Sinne einer risikoorientierten Logik, nach der psychisch Kranke als Risikogruppe bewertet und entsprechend institutionell „behandelt“ werden (vgl. Fitzgibbon 2010).

In Deutschland weisen ca. 50–75% der Inhaftierten psychische Probleme auf (Stöver, Schulte und Reimer 2009). Eine 2003 in Nordrhein-Westfalen durchgeführte Studie fand bei 83,5% der untersuchten Gefangenen eine aktuelle (6-Monats-Prävalenz) psychische Störung, davon überwiegend Abhängigkeitserkrankungen, aber auch hohe Anteile an Angststörungen (27,3%), affektiven (17,3%) und psychotischen (7,9%) Störungen (von Schönfeld et al. 2006: 836), auffällig waren hier auch hohe Raten psychiatrischer Komorbidität (ebd.). Ebenso bedeutsam ist der vergleichsweise höhere Anteil der weiblichen Gefangenen mit psychischen Problemen im Vergleich zu den männlichen (a.a.O.: 838). Bei 58% der untersuchten Gefangenen sahen die AutorInnen dieser Studie einen Behandlungsbedarf, der in der Regel nur stationär erfüllt werden könne, hierbei handelte es sich bei 55% um eine stationäre Entwöhnungstherapie und bei rund 7% um die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik (a.a.O.: 839). In Deutschland übersteigt nach Hochrechnungen aus einer nordrhein-westfälischen Studie die Zahl der psychisch kranken und/oder abhängigen Gefangenen die Zahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten (von Schönfeld et al. 2006: 840), so dass man auch hier evtl. von einer Verlagerung des Umgangs mit psychischen Problemlagen in den Justiz-

23 Inwieweit diese medizinische und defizitäre Sichtweise auf Drogenkonsum sinnvoll ist, bzw. welche alternativen Deutungsmöglichkeiten es gibt, wird vielfach diskutiert, kann an dieser Stelle jedoch nicht ausgeführt werden.

vollzug ausgehen kann. Eine systematische Übersicht über 62 Studien aus westlichen Ländern kam zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz von Psychosen und Depressionen mehrfach und für dissoziale Persönlichkeitsstörungen um das Zehnfache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht sei, dies bedeutet, dass ca. eine von sieben inhaftierten Personen eine psychotische oder depressive Diagnose hat sowie ca. die Hälfte der männlichen und ein Fünftel der weiblichen Inhaftierten eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (Fazel und Danesh 2002). Eine englische Studie stellte bei 95% der männlichen und 96% der weiblichen Untersuchungshäftlingen mindestens eine psychische Störung, ein Persönlichkeits- oder Abhängigkeitsproblem fest (O'Brien et al. 2001, zit. nach Senior und Shaw 2007: 394). In europäischen Gefängnissen haben ca. 5% der Inhaftierten eine Psychose sowie 25% eine Depression oder Angsterkrankung. Zwischen 6% und 12% der europäischen Gefängnisinsassen benötigen psychiatrische Behandlung (Blaauw, Roesch und Kerkhof 2000). In Großbritannien waren 10% der männlichen und 20% der weiblichen Inhaftierten bereits in psychiatrischer stationärer Behandlung. 64% der männlichen und 50% der weiblichen Strafgefangenen weisen eine beliebige Art von Persönlichkeitsstörung auf (Singleton, Meltzer und Gatward 1998: 9f.). Auch das gleichzeitige Auftreten von Substanzabhängigkeit und psychischen Krankheiten ist verbreitet und wurde in einer englischen Studie bei 77% der männlichen Verurteilten und 75% der weiblichen verurteilten Gefangenen diagnostiziert (Singleton, Farrell und Meltzer 2003: 151). Die Anzahl von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung liegt in den US-amerikanischen Gefängnissen schätzungsweise doppelt so hoch wie in psychiatrischen Krankenhäusern (Blaauw, Roesch und Kerkhof 2000).

Folgende intramurale Faktoren tragen laut den Organisationen WHO und Internationales Rotes Kreuz (ICRC) zu einer schlechten psychischen Verfassung bei: Überbelegung, verschiedene Formen der Gewalt, erzwungene Einsamkeit, mangelnde Privatsphäre, mangelnde sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten, Isolation von sozialen Netzwerken, Unsicherheit über die Zukunft sowie inadäquate Gesundheitsversorgung, insbesondere psychische bzw. psychiatrische Versorgung (vgl. Fraser, Gatherer und Hayton 2009: 412). Hieraus wiederum wird deutlich, dass Gesundheit bzw. die Sorge für die Gesundheit nicht nur in dem medizinischen Dienst sondern in der Gesamtanstalt bzw. dem System Justizvollzug zu verorten ist. Eine beobachtete Zunahme psychischer Schwierigkeiten bei Gefängnissen (ein „Schwierigerwerden“ wird vom Personal attestiert) legt die Vermutung nahe, dass Gefängnisse zum Ort werden für Menschen, für die die Gesellschaft keine andere

Lösung hat (Fraser, Gatherer und Hayton 2009: 413) bzw. umgesetzt und somit als Sammelbecken für Marginalisierte und psychisch Kranke fungiert. Zudem konstatiert Liebling, dass Inhaftierte besonders anfällig für psychiatrisches Etikettieren seien, was für diese nicht immer hilfreich sei (vgl. Liebling 2007: 427). Die Konzentration von psychischen Problemen und Krankheitsbildern unter Inhaftierten lässt die Angemessenheit von einer Inhaftierung für diese Personengruppe noch einmal in einem besonders kritischen Licht erscheinen.²⁴ „Im Einzelfall kann es von Zufallskonstellationen abhängen, ob ein psychisch Kranker im Maßregel- oder Justizvollzug untergebracht wird“ (Konrad 2009: 209).

Der hohe Anteil psychischer Problemlagen und Krankheiten unter Gefangenen inklusive Doppeldiagnosen und Komorbidität führt zu einem hohen Bedarf an Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten in diesem Bereich. Doch nicht alle benötigen psychiatrische Unterstützung. Fast alle Gefangenen erleben während ihrer Inhaftierung depressive Verstimmungen und/oder Stresssymptome (Blaauw und van Marle 2007: 133). Dies weist auf die Bedeutung der adäquaten Bearbeitung solcher Symptome hin: „All prisons need sufficient support to counterbalance the destabilizing negative influences of prison circumstances“ (Blaauw und van Marle 2007: 136). Folgende Punkte sind für die mentale Gesundheit der Gefangenen am wichtigsten (nach Toch 1977, zit. in Blaauw und van Marle 2007: 138):

- verlässliche und konkrete Unterstützung von Personen, Einrichtungen und Settings, Respekt und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Bedürfnis nach Anerkennung, Fürsorge, emotionale Empathie
- Aktivität und Zerstreuung/Ablenkung
- Sicherheit und Stabilität des Umfeldes

Hingegen werden Privatsphäre und Autonomie als weniger wichtig eingeschätzt (ebd.). Ob dies heute noch genauso gelten kann, ist ungewiss.

Einen bedeutsamen Anteil stellt das Thema „Suizid und Suizidversuche“ dar. Suizidraten sind im Gefängnis um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung. In Deutschland sterben jedes Jahr ca. 10.000 bis 12.000 Personen durch Suizid, davon sind rund 100 Inhaftierte (Bennefeld-Kersten 2009: 23). Im deutschen Justizvollzug wurden im Zeitraum von 2000 bis 2010 insgesamt 907 Suizide registriert, dabei ist die Anzahl pro Jahr von 117 im

24 So wurde in den USA bereits vor knapp zwanzig Jahren darauf hingewiesen, dass der Justizvollzug die größte Einrichtung für psychisch Kranke sei (Torrey 1995).

Jahr 2000 auf 61 im Jahr 2010 gesunken (Bennefeld-Kersten 2012: 2).²⁵ Mehr als die Hälfte der Suizide ereignete sich in Untersuchungshaft und lediglich 3% im offenen Vollzug (ebd.). Generell liegt die Suizidrate bei Männern dreimal so hoch wie bei Frauen (Bennefeld-Kersten 2009: 29f.). Im europäischen Vergleich liegt die Suizidrate unter Inhaftierten in Deutschland mit 1,28 pro 1.000 Gefangene im oberen Bereich. Island (8,47)²⁶ und Dänemark (1,93) haben die höchsten Raten, während Polen (0,39) und Griechenland (0,1) die niedrigsten Suizidraten aufweisen (Salize, Dreßing und Kief 2009: 56).²⁷

Laut einer englischen Studie sind Suizidgedanken und Suizidversuche bei rund einem Drittel der männlichen Untersuchungshäftlinge und einem Fünftel der Verurteilten vorhanden, während knapp die Hälfte der weiblichen Untersuchungshäftlinge und ein Drittel der verurteilten Frauen im letzten Jahr Suizidgedanken verarbeiteten. Im Vergleich dazu liegen die Zahlen der Allgemeinbevölkerung bei 3,6% für Männer und 4,1% für Frauen (Liebling 2007: 426f.). Damit kann Suizid als ein „Begleitrisiko des Freiheitsentzugs“ (Joeres 2008) gelten. In englischen Gefängnissen ist die Suizidrate unter weiblichen Gefangenen ebenso hoch wie unter männlichen, während sie außerhalb der Haft für Frauen deutlich niedriger liegt. Inhaftierte Frauen weisen noch einmal deutlich mehr Problemlagen auf als Männer, zudem leiden sie häufiger unter der Gefängnissituation und der Trennung von ihren Kindern bzw. ihrer Familie (Liebling 2007: 430). Junge Gefangene sind aufgrund häufiger psychischer Instabilität gefährdet. Zudem liegt bei Gefangenen mit einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe die Suizidrate höher als bei anderen Gefangenen (Liebling 2007: 431f.). Auch unter Verurteilten in der Bewährung kommt es zu Suiziden. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht zudem nach der Entlassung, insbesondere im ersten Monat (Liebling 2007: 424). Während der Haftzeit werden überdurchschnittlich viele Suizide in der ersten Zeit der Haft und häufig in Untersuchungshaft durchgeführt. Dies ist eine

25 Die Suizidrate im Strafvollzug lag 1926 genauso hoch wie Mitte der 1980er Jahre (Singhartinger 1987: 173). Dies könnte als ein Indiz dafür gedeutet werden, dass trotz vermehrter Behandlungsanstrengungen seit den 1970er Jahren diese keinen Einfluss auf die Suizidrate nehmen. Allerdings werden keine Zahlen genannt in der zitierten Quelle.

26 Island weist einen Extrempol in der zitierten Statistik auf. Dies kann an der sehr geringen Zahl der Inhaftierten insgesamt liegen, bei der ein Suizid dann unverhältnismäßig stark ins Gewicht fällt.

27 Es liegen für 24 europäische Länder Daten in der zitierten Studie vor, das jeweilige Erhebungsjahr liegt zwischen 2002 und 2005.

Zeit für die Inhaftierten, in der Angst und Verzweiflung besonders ausgeprägt sind (vgl. Liebling 2007: 426).

Eine Möglichkeit der Erklärung für die vergleichsweise hohen Zahlen an Suiziden und Suizidversuchen liegt in der Gruppe der Gefangenen: überwiegend männlich, jung, benachteiligt und drogenkonsumierend, diese sind auch außerhalb der Gefängnisse häufiger betroffen (Liebling 2007: 424). Beim Suizid (-versuch) wirken individuelle und Umweltfaktoren zusammen, indem anfällige Menschen in einer feindseligen oder schwierigen Umgebung Gefühle der Angst oder Isolation entwickeln können, die einem Suizid (-versuch) Vorschub leisten (Liebling 2007). Zu einer verzweiferten Notlage im Gefängnis tragen insbesondere drei Faktoren bei: individuelle Anfälligkeit, Kultur des Gefängnispersonals sowie die empfundene (Un-) Sicherheit in der Anstalt (Liebling 2007: 423). Risikofaktoren für Suizid im Gefängnis sind (nach Bennefeld-Kersten 2009: 85):

- Beginn der U-Haft, besonders erstmals Inhaftierte
- unverheiratet, alleinstehend
- arbeitslos
- psychiatrische Erkrankungen (insbesondere Depressionen),
- Drogen, Alkohol

Somit werden vor allem individuelle „Risikofaktoren“ ausgemacht und die strukturellen Bedingungen der Haft eher ausgeklammert. Dabei wird die Anfälligkeit von Inhaftierten für Suizid und Suizidversuche wird häufig verstärkt durch Bedingungen des Vollzugs wie extreme Überbelegung, inadäquate Ausstattung, negative Einstellungen des Personals gegenüber Gefangenen oder mangelnde Kommunikation mit diesen. Auch kann die Situation im Gefängnis psychische Störungen erst hervorrufen, wenn vorher keine vorhanden waren (Liebling 2007: 432).

In England wurden 2001 aufgrund steigender Suizidraten Suizidpräventionsprogramme in Gefängnissen eingeführt. Hierzu wurden sowohl bauliche Maßnahmen getroffen (z. B. Neubau von Neuaufnahmehäusern, neue bzw. neu möblierte Ankunftsbereiche, bessere Ausstattung des medizinischen Bereiches) als auch das Behandlungspersonal aufgestockt, Peer-support ausgebaut und Schulungen durchgeführt. Suizidpräventionsfachkräfte wurden in 30 Anstalten angestellt. Die Qualität des Gefängnisalltags konnte gesteigert werden, das Leiden der Gefangenen verringerte sich. Dabei hing diese Verringerung am stärksten mit einem Gefühl von Sicherheit der Gefangenen in

der Anstalt zusammen. Weiterhin wirkten mehr Zeit außerhalb der Zelle, Beschäftigung, Täterkurse sowie regelmäßiger Kontakt mit der Familie positiv (Liebling 2007: 434ff.). Die Einstellungen des Personals zu ihrer Arbeit, den Gefangenen und den Aufgaben des Justizvollzugs beeinflussten ebenfalls die Suizidraten (ebd.). Die Suizidgefahr einzelner Gefangener ist gerade in der ersten Haftzeit kaum erkennbar (s. Bennefeld-Kersten 2012: 44), so dass Suizidprävention grundsätzlich alle Gefangenen, insbesondere bei Haftantritt, erreichen sollte. Als bedeutungsvoll gilt die Atmosphäre bei Zugangs- und Erstgesprächen (Bennefeld-Kersten 2012: 44), auch Schulungen für Bedienstete (a.a.O.: 45) sowie generell Gesprächsmöglichkeiten, sowohl mit Bediensteten als auch mit anderen Gefangenen sind wichtige Bausteine der Suizidprävention. Schmidt weist in diesem Zusammenhang auf die Relevanz verfahrensgerecht gestalteter Kommunikation hin, die u. a. Mitsprachemöglichkeiten, Neutralität in der Entscheidungsfindung, einen respektvollen Umgang und die Vertrauenswürdigkeit von Autoritäten umfasst (Schmidt 2014: 22f.).

Aus England ist das „Listener-Programm“ bekannt, bei dem neuinhaftierte Gefangene in der ersten Nacht im Vollzug mit einem erfahrenen und für das Programm ausgewählten Gefangenen untergebracht werden, z. T. in extra dafür bereit gestellten Zellen, so dass Gefangene in der ersten Nacht einen Gesprächspartner haben. Diese Idee wurde in der JVA München in modifizierter Form mit Erfolg umgesetzt (s. Bennefeld-Kersten 2012: 46). Ein weiteres Projekt zur Suizidprävention wurde in Niedersachsen im März 2010 gestartet, welches sich als ein Telefonseelsorgeprojekt an Untersuchungsgefangene richtet. Da Untersuchungsgefangene insbesondere in der ersten Zeit der Haft, nachts und allein untergebracht einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind, wurde genau für diese Zielgruppe ein Telefonseelsorgeprojekt entwickelt. Die Untersuchungsgefangenen können nachts (von 21 bis 6 Uhr) aus ihrer Zelle die angegebene Nummer der Seelsorge wählen und anonym mit einem/einer AnsprechpartnerIn reden (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges 2011). Das Angebot wird von GefängnisseelsorgerInnen durchgeführt und von den Gefangenen gut angenommen; die angesprochenen Themen in 455 dokumentierten Gesprächen reichen von Ängsten und psychischen Beeinträchtigungen über Sucht, die Straftat, PartnerInnenprobleme und Familie bis zu Gesellschaft und Finanzen (ebd.: 24). Somit existieren zwar einzelne Pilotprojekte zur Suizidprävention, diese sind jedoch tendenziell auf die individuelle Situation bzw. bestimmte Risikogruppen ausgerichtet.

2.2.3.3 Soziale Gesundheit

Ein weiterer, ganzheitlicher Blick auf die Auswirkungen von Strafvollzug erfordert auch die Sicht auf die soziale Situation des Gefangenen. Soziale Determinanten beeinflussen die Gesundheit. Dazu gehören laut WHO das soziale Gefälle, Stress, Erfahrungen in der frühen Kindheit, soziale Ausgrenzung, Arbeit, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, Sucht, Ernährung und Verkehr (WHO 2004). Viele Gefangene sind bereits vor der Inhaftierung sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten ausgesetzt, so dass sie über einen schlechteren Gesundheitsstatus als die Allgemeinbevölkerung verfügen. Zudem sind die als „Gesundheitschancen“ bezeichneten „sozial und strukturell geprägten Möglichkeiten, ein gesundes Leben zu führen“ (Jungbauer-Gans 2006: 87) in der Haft stark eingeschränkt.

Durch die eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten der Gefangenen mit ihrem sozialen Umfeld außerhalb des Justizvollzugs können resozialisierende Bemühungen begrenzt und unterminiert werden. Zugleich bedeutet die Trennung von der Familie und dem sozialen Netz durch die Inhaftierung eine relevante Beeinträchtigung des sozialen Wohlbefindens für die Gefangenen. Die Auswirkungen des Strafvollzugssystems auf die soziale Gesundheit umfassen den Einfluss auf Familienstrukturen, ökonomische Möglichkeiten, aber auch gesellschaftliche und politische Partizipation²⁸ (Freudenberg 2001: 214).

Die Bedingungen des Gefängnisses beeinflussen die Gesundheit aller darin lebenden und arbeitenden Menschen. Grundlegende Bedingungen wie Unterbringung, Hygiene, Verpflegung sollten gesundheitsfördernd sein. Daneben spielen soziale Beziehungen der Gefangenen untereinander und mit dem Personal eine wichtige Rolle und beeinflussen durch Kommunikationsstrukturen, Gewalt (-androhung), Missachtung und Unsicherheitsgefühle das soziale Wohlbefinden. Bereits 1929 erkannte Rector die Bedeutung von Freizeitaktivitäten zur Unterstützung der physischen und psychischen Gesundheit und damit auch der sozialen Rehabilitation, und forderte die obligatorische Umsetzung von Freizeitaktivitäten (Rector 1929: 20, 29). Die Anpassung an das Gefängnisssystem und der damit verbundene Stress können zudem die Fähigkeiten beeinflussen, an einer Ausbildung oder Behandlung teilzunehmen (Loper 2002, zit. nach Zurhold, Haasen und Stöver 2005: 29).

28 In den USA ist eine große Anzahl verurteilter Straftäter vom Wahlrecht ausgeschlossen, so dass „gerade besonders benachteiligte Bezirke beinahe ohne demokratische Repräsentation sind“ (Karstedt 2010).

Maßnahmen zur Reduzierung von Gewalt, Mobbing und Langeweile gehören somit zu einem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung (Hayton 2007: 16). Eine Verbesserung des Anstaltsklimas wirkt positiv auf die Gesundheit. Auch Maßnahmen zur Verringerung von (sexueller) Gewalt tragen zu einem verbesserten Wohlbefinden bei. Zu einem ganzheitlichen Ansatz gehören nach Fraser (Fraser 2007: 23):

- eine gesunde Umgebung und eine Kultur der Betreuung und Rehabilitation
- eine Atmosphäre, in der Gefangene sich sicher fühlen in der Gesellschaft von Mitgefangenen und Personal
- die Möglichkeit für Gefangene, vertraulich mit Personen zu reden
- die Möglichkeiten, familiäre und soziale Bindungen nach draußen zu pflegen (z. B. durch Besuche)
- Bereitstellung von Informationen über die Gefängnisroutinen
- Möglichkeiten, Einsamkeit und Langeweile zu minimieren
- Adäquate Ernährung, Bewegung und Zugang zu frischer Luft
- Ausreichend Privatsphäre, Licht, Luft (-zirkulation), Heizung bzw. Kühlung und sanitäre Einrichtungen.

Drucker beschreibt die Kollateralschäden von Inhaftierung, die über die Konsequenzen für die betroffenen Gefangenen hinausgehen. Ihre Familien und Gemeinden sind ebenfalls betroffen. Für die USA beschreibt er die schwarzen und hispanischen BewohnerInnen städtischer Gemeinden als prinzipielle Ziele der massenhaften Inhaftierung. Arbeitslosigkeit, zerbrochene Familien, Rückfälligkeit sind einige der benannten Kollateralschäden. Kinder mit Eltern im Gefängnis leiden unter der Situation, auch nach der Entlassung, hinzu kommen oft finanzielle Probleme (Drucker 2006: 164). Obwohl diese Probleme für die Familien bekannt ist, gibt es keine systematischen Anstrengungen, die Schäden der Inhaftierung für die Kinder und Familien von Gefangenen zu minimieren, die sich unter anderem in Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Beschwerden äußern können (Drucker 2006: 168; Kury und Kern 2003). Allerdings rückt das Thema in Deutschland aktuell vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit (s. z. B. Deutscher Bundestag 2012a).²⁹

29 Für entlassene Strafgefangene in den USA sind die Arbeitsmöglichkeiten stark eingeschränkt, für viele Berufe bekommen sie keine Zulassung, werden nicht zur Armee zugelassen und bekommen keine Bildungskredite vom Staat, so dass sie ökonomische Probleme nach der Entlassung erleben. Darüber hinaus dürfen Gefangene in den USA nicht wählen und somit haben große Teile der Bevölkerung keine politische Stimme und Möglichkeit zur politischen Teilhabe (Drucker 2006: 169). Durch die Masseninhaftierung wird das soziale

Sexualbezogene Interventionen wie Unterstützung von Paarbeziehungen deuten auf gute Erfolge bezüglich der Rückfallquote und Verhalten in Haft hin (Hensley et al. 2002, zit. nach Döring 2006: 325). Hierzu gehört z. B. die Möglichkeit von Langzeitbesuchen. Die Verminderung von Gelegenheitsstrukturen für sexuelle Gewalt und Förderung geschützter Sexualkontakte sind weitere Maßnahmen im Bereich Sexualität (Döring 2006: 328).

2.3 Drogen und DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug

DrogenkonsumentInnen bilden eine große Gruppe unter den Inhaftierten und werden als problematisch im Justizvollzug wahrgenommen. Das „Drogenproblem“ im Justizvollzug wird in vielen europäischen Staaten als eines der herausforderndsten eingeschätzt (vgl. Zurhold und Haasen 2005: 140). Die Problematisierung erfolgt zwar auch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten, wird jedoch überwiegend als sicherheits- und ordnungsrelevantes Problem dargestellt. Nicht nur die große Anzahl an DrogenkonsumentInnen in Haft, sondern auch der Umgang mit Drogen und DrogenkonsumentInnen sowie mögliche Hilfeangebote stehen dabei im Fokus von Fachdebatten und Auseinandersetzungen.

Als Drogen werden in der vorliegenden Arbeit die illegalisierten Substanzen bezeichnet. Damit soll keine qualitative Unterscheidung zu den sogenannten legalen Drogen Alkohol, Tabak und Medikamente ausgedrückt werden. Die Unterschiede sind durch die Illegalisierung konstruiert, daraus ergeben sich jedoch weitgehende Konsequenzen für die GebraucherInnen dieser Substanzen. Der Begriff Drogenkonsum wird als ein neutraler Begriff gewählt und kann einmaligen, regelmäßigen oder aktuellen Konsum umfassen. Im Gegensatz dazu beinhalten die Begriffe Sucht, Abhängigkeit und Missbrauch eine Wertung im Sinne einer bio-medizinisch geprägten Deutung, indem sie als medizinisches, psychologisches, und/oder soziales Problem betrachtet werden, die KonsumentInnen entsprechend als krank oder kriminell etikettiert werden.³⁰ Für eine kritische und aktuelle Auseinandersetzung mit dem Suchtbegriff siehe z. B. Groenemeyer (2012).

Kapital zerstört, welches zur Kriminalprävention nötig wäre (Drucker 2006: 171), das „Heilmittel“ somit schlimmer als die „Krankheit“ (ebd.).

30 Mit sehr defizitorientierten Definitionen von Sucht wird auch in relativ aktuellen Publikationen nicht nur eine Behandlungsbedürftigkeit der DrogenkonsumentInnen unterstellt, sondern auch die Problemdeutungsheute den „TherapeutInnen“ zugesprochen: „Sucht bzw. Abhängigkeit werden auch in der Integrativen Therapie verstanden als dysfunktionaler Ver-

DrogenkonsumentInnen stellen (nicht nur) in Haft eine vulnerable Gruppe dar, die durch den Konsum sowie die Inhaftierung doppelt stigmatisiert werden. Die Diskussion um das Phänomen Abhängigkeit, die widersprüchlichen Umgangsweisen mit den KonsumentInnen zwischen Behandlung und Bestrafung, somit den Konsum entweder als Krankheit oder Kriminalität (oder auch als beides) definierend, lassen andere Deutungsmuster als Medizinalisierung und Kriminalisierung kaum zu. Gleichzeitig bedingen diese beiden Deutungsmuster einander. Sie bilden für die angeblichen gesundheitlichen Schäden des Drogenkonsums die argumentative Basis für die Illegalisierung und strafrechtliche Verfolgung (z. B. Davies und Shewan 2000: 236f.). Somit stellen DrogenkonsumentInnen eine spezielle – doch bei Weitem nicht homogene – Gruppe dar, auf deren Situation im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

2.3.1 Daten zu inhaftierten DrogenkonsumentInnen

Menschen, die Drogen konsumieren oder konsumiert haben, sowie teilweise einen problematischen Konsum aufweisen und als abhängig gelten, stellen einen großen Anteil der Gefangenen dar. Genaue Angaben über den Umfang dieser Personengruppe sind jedoch schwierig, da einzelne Studien unterschiedliche Definitionen und methodische Herangehensweisen verwenden. Zudem existieren empirische Lücken, denn weder in einzelnen JVAen noch in den einzelnen Bundesländern werden systematisch Daten zum Umfang von DrogenkonsumentInnen erhoben. In Deutschland wird generell davon ausgegangen, dass 20–30% der Gefangenen als mindestens regelmäßige DrogenkonsumentInnen gelten, bei den inhaftierten Frauen wird von einem höheren Anteil von bis zu 50% der Gefangenen (Stöver, Schulte und Reimer 2009) ausgegangen. In den letzten 30 Jahren ist der Anteil von DrogenkonsumentInnen in Haft enorm angestiegen. Bis ca. Anfang der 1970er Jahre bildeten AlkoholkonsumentInnen eine weitaus größere Gruppe, und nur einige wenige DrogenkonsumentInnen aus medizinischen Berufen, die medizinische Drogen wie Morphin konsumierten, befanden sich in Haft (Weinhauer 2010: 287). Erst seit den 1980er Jahren wurden Drogen im Strafvollzug problematisiert (ebd.). Der enorme Anstieg der Zahl der inhaftierten Konsumenten-

such der Konflikt- und Problemlösung in einem supportarmen Kontext durch eine geschädigte Persönlichkeit mit einem defizienten Selbst, einem schwachen Ich und einer sich selbst entfremdeten Identität“ (Schay und Sichau 2011: 21).

Innen kann u. a. auf die zunehmende Repression gegenüber dieser Gruppe zurückgeführt werden.

In Deutschland waren 2011 insgesamt 14,7% der Gefangenen aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verurteilt (DBDD 2012: XXVI).³¹ Bei den nach Jugendstrafrecht Verurteilten waren es im Jahr 2009 5,1% bei den männlichen sowie 10,5% bei den weiblichen jungen Strafgefangenen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010: 185). Im Jahr 1970 lag der Anteil der Gefangenen mit drogenbezogenen Delikten bei 0,2% und im Jahr 2005 bereits bei 14,6% aller Delikte (Dünkel und Geng 2007). In einer großangelegten Studie des WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) mit 1582 befragten Inhaftierten wurde die Lebenszeitprävalenz von Gefangenen für verschiedene Substanzen wie folgt ermittelt: 66% Cannabis, 37% Heroin, 45,3% andere Drogen. Von den 1582 befragten Inhaftierten gaben an, in Haft schon konsumiert zu haben: 40,7% Cannabis, 25,2% Heroin, 23,9% andere Drogen (Eckert und Weilandt 2008: 37f.). Hierbei gibt jeweils ein kleiner Anteil (1,8%–3,5%) an, diese Substanzen nur in Haft zu konsumieren (ebd.). Nach einer Studie in Nordrhein-Westfalen sind 32,3% der Gefangenen drogenabhängig, bei den Frauen sind es 48,8% (Wirth 2002). Dabei scheinen ausländische Gefangene seltener abhängig zu sein als deutsche Gefangene, wurden aber häufiger auf Grund von BtM-Delikten verurteilt (29,0% respektive 21,5%), auch Frauen sind mit 29,1% häufiger als Männer wegen eines BtM-Delictes inhaftiert (ebd.). In Hamburg werden rund ein Drittel aller Inhaftierten als problematische DrogenkonsumentInnen eingestuft (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005a). In der JVA Bremen gelten rund 30% der Gefangenen als drogenabhängig, bis zu 60% werden mit einer „Drogenproblematik“ in Freiheit assoziiert (ebd.). Für Ostdeutschland werden geringere Raten von iv. Drogenkonsum als für die westlichen Bundesländer ermittelt (Eckert und Weilandt 2008: 41; Stiehler

31 Hierunter fallen also nur die direkten Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), nicht jedoch andere mehr oder weniger drogenbezogene Delikte (sogenannte Beschaffungskriminalität). Das „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“ (EMCDDA) unterscheidet hingegen vier Formen drogenbezogener Delikte (s. EMCDDA 2007):

- Psychopharmakologische Delikte: Unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen begangen.
 - Ökonomisch-zwingende Delikte: Um Geld oder Drogen für den Drogenkonsum zu erlangen.
 - Systemische Delikte: Innerhalb der Funktionalität des illegalen Drogenmarktes.
 - Delikte gegen Drogengesetze.
- In Deutschland werden diese vier unterschiedlichen Formen nicht systematisch erhoben. Auch sagt die Verurteilung aufgrund eines BtMG-Delictes natürlich nichts über das Drogenkonsumverhalten der Verurteilten aus.

1999). In einer bayrischen Jugendstrafanstalt gaben im Jahr 1988 15,4% der neu aufgenommenen Gefangenen an, Erfahrung mit illegalisierten Substanzen zu haben, im Jahr 1999 waren es bereits 84% (Tillack und Hari 2000: 353). Schätzwerte des baden-württembergischen Justizvollzuges aus 2008 ergeben bei Vollzugsantritt folgende Daten: 82% Rauchen, 14% Alkoholabhängigkeit, 38% Cannabiskonsum, 23% Opiatkonsum und 26% jegliche illegale Drogen (Justizministerium Baden-Württemberg 2009).

Ähnliche Daten lassen sich in den anderen europäischen bzw. westlichen Staaten finden. In den Ländern der Europäischen Union sind je nach Land zwischen 10% und 30% aller Inhaftierten aufgrund von Drogendelikten verurteilt, weitere aufgrund von anderen drogenbezogenen Delikten (EMCDDA 2009). Zwischen einem Drittel und der Hälfte der Inhaftierten in europäischen Gefängnissen berichten über regelmäßigen Drogenkonsum vor der Inhaftierung, in Haft konsumieren zwischen 1–50% und bis zu 27% berichten von kürzlich zurückliegendem Konsum im Gefängnis (EMCDDA 2009). Intravenöser Drogenkonsum im Gefängnis wird von 1–39% (Lebenszeitprävalenz) angegeben (Hedrich und Carpentier 2009). Ein Bericht aus dem Jahr 2003 zeigt, dass über die Hälfte der europäischen Gefängnispopulation eine Drogengeschichte aufweist. Ein hoher Anteil derjenigen mit schwerwiegendstem Drogenkonsum befinden sich im Gefängnis (EMCDDA 2003).

Die Zahl der inhaftierten KonsumentInnen wird entscheidend durch die herrschende Drogenpolitik beeinflusst. Durch die immer noch praktizierte Kriminalisierung und damit häufige Inhaftierung von KonsumentInnen stellt diese Gruppe nicht nur einen großen Teil der Inhaftierten, sie wird auch immer wieder inhaftiert (Drehtüreffekt). Die Illegalisierung einzelner Substanzen und die damit verbundene Kriminalisierung der KonsumentInnen sind für die erhebliche Anzahl der Gefangenen verantwortlich. Beispiele für eine Entkriminalisierung und damit verbunden auch weitaus geringere Anteile an DrogenkonsumentInnen in Haft finden sich in Portugal (Auf dem Hövel 2012) und historisch in Polen. Hier wurde im Jahr 1985 Drogenkonsum praktisch entkriminalisiert, indem der Besitz nicht mehr als Straftatbestand gewertet wurde. 1997 gab es jedoch erneute Reformen im Strafrecht, seitdem ist der Besitz wieder kriminalisiert (vgl. Krajewski 2003), so dass wieder vermehrt KonsumentInnen inhaftiert werden. Kurz zusammengefasst: „Drug policies make prisons worse“ (Stern 2006: 141).

2.3.2 Drogenkonsum in Haft

Drogenkonsum im Justizvollzug ist mit einer Reihe an Besonderheiten verbunden. Sowohl die Motive für oder gegen den Konsum als auch die präferierten Substanzen, die Häufigkeit und Applikationsform des Konsum können sich von denen in Freiheit unterscheiden. So konsumieren einige ähnlich wie in Freiheit weiter, andere Gefangene ändern die präferierten Substanzen, Konsumformen oder die Häufigkeit des Konsums, wieder andere entscheiden sich dafür, nicht in Haft zu konsumieren (Tompkins 2008). Auch ist die Verfügbarkeit von Drogen nicht dieselbe wie in Freiheit; neben anstaltsspezifischen Unterschieden sind Engpässe für einzelne Substanzen weit verbreitet und das Angebot insgesamt weniger zahlreich und zudem teurer als in Freiheit. In der bereits erwähnten WIAD-Studie geben zwei Fünftel der befragten Gefangenen Cannabiskonsum in Haft an, rund ein Viertel Alkoholkonsum und ebenfalls ca. ein Viertel Opiatkonsum (Eckert und Weilandt 2008: 84).

Es gibt KonsumentInnen, die außerhalb konsumieren, jedoch während der Haft abstinent leben (Crewe 2005: 462f.). Für einige DrogenkonsumentInnen bietet der Strafvollzug eine willkommene Unterbrechung des Konsums und des Lebens auf der Szene. Die Haftzeit wird als Chance zur gesundheitlichen Stabilisierung genutzt, sowohl der physischen als auch psychischen Gesundheit, weiterhin werden soziale Kontakte gepflegt (a.a.O.: 473f.). Das Gefängnisumfeld kann somit zu einer Reduktion oder (vorübergehenden) Aufgabe des Konsums führen (Plourde und Brochu 2002: 52; Wheatley 2007: 403). Eine Reihe Gefangener beginnt wiederum in der Haft Drogen zu konsumieren, obwohl sie dies außerhalb nicht praktiziert haben (van den Broek 2000). Motive für den Beginn des Drogenkonsums in der Haft können sein: Beeinflussung durch andere Gefangene wie Gespräche über den Konsum oder das Teilen von Drogen ebenso wie Neugier oder Langeweile. Von insgesamt N=3142 befragten Inhaftierten in England und Wales mit einer Lebenszeitprävalenz von Heroinkonsum mit 76,7% gaben 26,4% dieser Heroinkonsumenten an, das erste Mal im Gefängnis konsumiert zu haben, und von denjenigen Heroinkonsumenten, die auch in Haft konsumierten, gaben 42,8% an, erstmals in Haft Heroin konsumiert zu haben. Der Konsum anderer Substanzen wie Kokain und Amphetamine wird seltener in Haft begonnen. Dies wird häufig damit begründet, dass in der Haftsituation sedierende Drogen beliebter sind, um die Haftsituation besser verarbeiten zu können, und evtl. nicht so klar wahrzunehmen. Dies weist auf die vielfach präferierten sedativ wirkenden Substanzen und die Funktionen der einzelnen Drogen im Gefängnisalltag

hin. Somit scheint das Gefängnis eine Hoch-Risiko-Umgebung für den Beginn des Drogenkonsums zu sein (Boys et al. 2002). So wird aus verschiedenen Ländern berichtet, dass Inhaftierte erstmals in Haft die intravenöse Applikationsform betreiben. In Russland begannen 13% der Insassen, die injizieren, im Gefängnis mit dieser Konsumform (Frost et al. 2002, zit. nach Stern 2006: 142). Dies kann mit der geringeren Verfügbarkeit und dem hohen Preis der Substanzen erklärt werden, so dass die Substanz umfassend ausgeschöpft werden soll. Andere Studien hingegen fanden keinen Beginn des iv. Konsums in Haft (z. B. Griffin 1994; Plugge, Yudkin und Douglas 2009).

Auch die Motive, in Haft zu konsumieren, können sich von denen in Freiheit unterscheiden und sich auch während der Haft ändern. Wheatley identifiziert fünf Erklärungsansätze für Drogenkonsum im Gefängnis die sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen, sondern im Gegenteil häufig miteinander verwoben sind (vgl. Wheatley 2007: 403ff.):

- Selbstmedikation: Das Leid der Inhaftierung kann Drogenkonsum in Haft fördern. Der Konsum wiederum gilt als eine Form der Bewältigung der Gefängnissituation.
- Zeitmanagement: Drogenkonsum kann eine Möglichkeit des Zeit-„Tot-schlagens“ sein und dabei gleichzeitig ein „Weggleiten“ von der Realität. Insbesondere Cannabis und Opiate ermöglichen Entspannung und besseren Schlaf, welcher eine der wenigen Möglichkeiten für die Gefangenen darstellt, ihre Zeit selbst kontrollieren können.
- Soziales Netzwerk: Beziehungen und soziale Netzwerke rund um den Drogenkonsum im Gefängnis können ein Gefühl der Zugehörigkeit und Freundschaft schaffen, auch wenn solche Beziehungen häufig instabil sind.
- Status erlangen: Durch den Handel und die Weitergabe von Drogen kann die Person Status und Anerkennung in der Subkultur erlangen.
- Ökonomie: Eine Form von Status erlangen diejenigen, die mit Drogen handeln, zudem erlangen sie finanzielle Macht durch den Handel.

Für einige Inhaftierte bietet der Heroinkonsum einen Weg, um mit den Problemen des Gefängnislebens umzugehen, sogar wenn Konsum und Erwerb mit sozialer, symbolischer und ökonomischer Herabsetzung verbunden sind (Crewe 2005: 472). Nach einer dänischen Studie wird der Cannabiskonsum in Haft eher als Coping-Strategie denn als Problemverhalten wahrgenommen (Kolind, Frank und Dahl 2010: 45). Einige Studien belegen die Präferenz für sedative Substanzen wie Opiate und Cannabis, welche auf Grund ihrer Wirkungsweise

eher Linderung in der Gefängnissituation und Entspannung versprechen, während aufputschende Substanzen wie Kokain und Amphetamine seltener als außerhalb konsumiert werden (Jacob und Stöver 1998a: 252; Plourde und Brochu 2002: 53). Gleichwohl werden auch stimulierende Substanzen wie Kokain und Amphetamine im Gefängnis konsumiert (vgl. Decorte 2007). Heroinkonsum lindert sowohl und bringt Probleme; es bringt neue „pains of imprisonment“ während es andere mildert (Crewe 2005: 473). Crewe beschreibt, wie insbesondere Opiate und Cannabis hilfreich sind um zu entspannen, Stress zu reduzieren und Langeweile zu vertreiben. Der Drogenkonsum lässt die Zeit vergehen, mildert Ängste und erlaubt eine zeitweise Flucht aus der Gefängnisrealität (Crewe 2005: 463). Auch Substitutionsmedikamente wie Methadon und Buprenorphin werden illegal konsumiert. Insbesondere Buprenorphin gilt inzwischen als eine der am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen im deutschen Justizvollzug.

Durch die institutionelle Umgangsweise des Justizvollzugs ist Drogenkonsum in Haft mit höheren gesundheitlichen Risiken als außerhalb verbunden. Dies bezieht sich insbesondere auf Infektionskrankheiten, deren Übertragung durch das Teilen des Spritzbestecks sowie inadäquate Reinigungsmöglichkeiten wahrscheinlicher ist. Auch die (insbesondere gemeinschaftlichen) Konsummöglichkeiten sind schwieriger zu realisieren und sind mit erhöhtem Stress verbunden. Inhaftierte sind sich dieses erhöhten Gesundheitsrisikos durch den Konsum in Haft im Vergleich zu außerhalb der Haft bewusst. Zu den benannten Risiken gehört laut einer irischen qualitativen Studie; geringe Verfügbarkeit von Heroin und damit erhöhter iv. Konsum, vermehrtes Utensilien-Teilen, inadäquate Reinigung der Utensilien, sowie das Verleihen von Utensilien gegen Drogen (Long, Allwright und Begley 2004). Ein weiterer relevanter Aspekt ist die drogenbezogene Mortalität nach Haftentlassung. Dieses Risiko ist in den zwei Wochen nach Haftentlassung besonders hoch (vgl. z. B. Christensen et al. 2006; Farrell und Marsden 2008; Harding-Pink 1990). DrogenkonsumentInnen kehren nach der Entlassung häufig zu ihrer alten Dosis zurück, ohne die zeitweilige Abstinenz bzw. Dosisreduktion in der Haft zu berücksichtigen. Durch den eher unregelmäßigen und häufig reduzierten Konsum während der Haft ist somit das Risiko einer Überdosierung nach der Haft besonders hoch.

2.3.3 *Drogen im subkulturellen Gefüge des Justizvollzugs*

Drogen stellen einen relevanten Aspekt von Gefängniskulturen dar. Sie sind in vielen Gefängnissen weit verbreitet und beeinflussen das Leben und die sozialen Kontakte der Inhaftierten in vielfältiger Weise.³² Durch Verschuldungen, Händlerhierarchien sowie Drogen als Tauschware und Währung werden Drogen zu einem zentralen Aspekt des Lebens im Gefängnis, auch für diejenigen, die nicht direkt in den Konsum oder Handel involviert sind. Das Leben fokussiert auf Erwerb, Konsum, Schmuggel, Verkauf und Finanzierung. Durch die große Anzahl an DrogenkonsumentInnen verändert sich die Gefängniskultur und die Sicherheit, indem die tägliche Routine der Anstalt, des Personals sowie der Inhaftierten durch Entzugssymptome, psychologische Probleme sowie Spannungen zwischen Personal und Inhaftierten geprägt sein kann. Für viele DrogenkonsumentInnen ist das Gefängnis Teil des Lebensstils geworden (van den Broek 2000), da sie aufgrund der Kriminalisierung immer wieder Zeit im Gefängnis verbringen. Die Macht- und Verteilungskämpfe unter den (direkt oder indirekt) Beteiligten des Drogenhandels sind ein Auslösefaktor für Gewalthandlungen unter Inhaftierten (Laubenthal 2010: 39). Gleichzeitig kann das ausreichende Angebot von Drogen zu einer scheinbaren Befriedung im Anstaltsleben beitragen (z. B. Preusker 2000: 311).

Drogen gelangen auf unterschiedlichen Wegen in die Gefängnisse: über Gefangene mit Freigang oder Urlaub, BesucherInnen, das Personal, per Post oder sie werden über die Mauer geworfen. In der Anstalt existieren komplexe Netzwerke des Handels, welche auch Abhängigkeiten und Freundschaften zur Weiterverteilung und Aufbewahrung umfassen. Die Bezahlung erfolgt häufig über Tabak oder Zigaretten, Lebensmittel, Telefonkarten und andere Güter sowie Dienstleistungen. Da die Preise für Drogen im Gefängnis meist sehr hoch sind, müssen viele KonsumentInnen Schulden machen oder Diebstähle begehen, um die Drogen zu finanzieren, und geraten oft in eine Schuldenspirale, aus der sie nur schwer herauskommen (Crewe 2005: 465f.). Ben Crewes ethnographische Studie aus England hebt den bedeutenden Einfluss des Heroins auf die Gefangenenensubkultur hervor. Status und soziale Beziehungen werden durch das Vorhandensein von illegalisierten Substanzen und

32 Mit dem steigenden Konsum in Haft in den 1970er Jahren verbindet Weinbauer drei subkulturelle Veränderungen: Drogen überlagerten die alten „Knast-Währungen“ Alkohol und Tabak, die steigende Zahl nichtdeutscher Inhaftierter (aufgrund von Drogendelikten) führte zu vermehrten Spannungen und bei anscheinend häufigeren gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Personal und Inhaftierten spielten Drogen eine wichtige Rolle (Weinbauer 2010: 293).

die dazugehörige Ökonomie neu strukturiert. KonsumentInnen werden stigmatisiert, insbesondere wenn sie mit ihrem Konsum die Regeln der Subkultur verletzen. Darüber hinaus verändert das Vorhandensein von Heroin die Gruppenzugehörigkeiten innerhalb der Subkultur, wenn es z. B. einen vorübergehenden Mangel an Heroin gibt (Crewe 2005: 460). Zu den in dieser Studie benannten subkulturellen Regelverletzungen durch KonsumentInnen gehören z. B. Diebstahl aus den Zellen anderer Gefangener, Schikanieren, Manipulationen anderer und Vortäuschen von Freundschaften. Darüber hinaus erhöhen DrogenkonsumentInnen mit Stimmungsschwankungen und Flatterhaftigkeit den Stress und sorgen für Unvorhersehbarkeiten des Gefängnislebens, welche sowohl von vielen der Inhaftierten als auch von Seiten des Personals nicht erwünscht ist (Crewe 2005: 467). Da Drogenkonsum von vielen Gefangenen stigmatisierend konnotiert wird, wird das Ausmaß des eigenen Konsums versucht herunterzuspielen (Crewe 2005: 468). Drogenhandel im Gefängnis ist mit großer Einflussnahme und Macht unter den Gefangenen verbunden. Ähnlich wie „draußen“ konsumieren die „Großhändler“ meistens nicht selbst. Diese durch Drogenhandel erworbene Macht wird dabei von Gefangenen unterschieden von „Respekt“, und die „Drogenmacht“ wird dabei von einigen als störend für die „normale“ Gefängnishierarchie angesehen (Crewe 2005: 469ff.). Heroin wird zum sozialen „Gleichmacher“ und definiert gleichzeitig die sozialen Zugehörigkeiten neu, indem z. B. die Delikte nicht mehr für den Platz in der Hierarchie stehen, sondern z. B. die Stellung im Drogenhandel (Crewe 2005: 472).

Sind Drogen im Vollzug vorhanden, werden also eine Reihe von subkulturellen Regeln verletzt, daher spielen sie eine wichtige soziale und symbolische Rolle im Gefängnisleben (Crewe 2005: 466). Wie sehr ein Gefängnis den Ruf und die Realität als „Drogengefängnis“ hat, hängt sowohl von der Struktur der Gefangenen als auch von dem Kontakt zur Außenwelt ab. Darüber hinaus sind die Durchlässigkeit der Anstalt, die Kapazitäten des Personals zur Zellendurchsuchung, Drogentests etc. sowie das Korruptionspotential des Personals entscheidend (Crewe 2005: 464).

2.3.4 Umgang des Justizvollzugs mit Drogen und DrogenkonsumentInnen

Das „Drogenproblem“ wird im Justizvollzug überwiegend als Sicherheitsproblem wahrgenommen und entsprechend als solches bekämpft.³³ Die Maß-

33 So sieht der (damalige CDU-) Senat in Hamburg 2005 „die Ziele der Sicherung eines weitgehend drogenfreien Strafvollzuges und der Unterstützung drogenabhängiger Inhaftierter

nahmen umfassen überwiegend repressive Strategien³⁴ und ist mit großem finanziellem und personellem Aufwand verbunden, etwa für Urinkontrollen und Zellendurchsuchungen. Auch bei rund 50% aller Disziplinarverfahren im Vollzug geht es um drogenbezogene „Verfehlungen“ (so Preusker 2000: 310). Die Angebotsreduktion ist ein wichtiger Teil der Drogenbekämpfungsstrategien in Gefängnissen. Dabei werden drei Schlüsselprinzipien unterschieden:

- Entdeckung; Kontrolle von in die Anstalt kommenden Gegenständen
- Abschreckung; Besucher und Personal entmutigen, Drogen oder andere verbotene Gegenstände in die Anstalt zu bringen
- Unterbrechung; Durchsuchung (auch mit Hilfe von Drogenhunden oder – vorwiegend in England – Videoüberwachung) von BesucherInnen, Personal, und Räumen (Matthews 2004, zitiert nach Wheatley 2007: 410).

Zum ersten Punkt gehören zum Beispiel die immer strengeren Vorgaben für Pakete und Päckchen, die Gefangene erhalten dürfen, sowie strengere Kontrollen bei Besuch und Freigang bzw. Urlaub (Jacob und Stöver 2000: 66). So wurden in Bayern mit der Einführung des Bayerischen Strafvollzugsgesetzes 2008 Nahrungsmittelpakete an Gefangene verboten, um das „Einbringen von Drogen in die Anstalten“ (Gessenharter 2013: 33) zu unterbinden. Weitere Maßnahmen „zur Bekämpfung der Gefährdungslagen durch Drogen“ (a.a.O.: 34) bestehen in vielfältigen Kontrollen, auch mittels Spürhunden und in unangekündigten Urinkontrollen (ebd.). Auch auf die „standfeste und rechts-treue Dienstleistung“ durch die Vollzugsbediensteten wird geachtet, was Kontrollen auch beim Personal impliziert. Weiterhin werden die Außenbereiche und Hofgänge überwacht, an den Hafttraumfenstern sollen „Vorsatzgitter“ verhindern, dass Gefangene nach Gegenständen „angeln“ können (ebd.). BesucherInnen, Gefangene nach Ausgang oder Urlaub sowie im Außenbereich der Anstalt arbeitende Gefangene werden jeweils gründlich durchsucht (Gessenharter 2013: 33). Der betriebene Aufwand ist also enorm. Zugleich wird die Lebenswelt aller Gefangenen durch viele dieser Maßnahmen zusätzlich eingeschränkt. Die Konsequenzen für die Gefangenen nach festgestelltem Drogenkonsum, -schmuggel oder -handel sind im bayerischen Strafvollzug vielfältig und reichen von der Anordnung zum Trennscheibenbesuch,

beim Ausstieg aus der Sucht“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005b). Die Sicherung eines weitgehend drogenfreien Strafvollzugs erhält somit den Vorrang vor den Hilfeangeboten.

34 Behandlungs- und Hilfeangebote für DrogenkonsumentInnen werden in Kap. 3.3 ausführlich erörtert.

vermehrten Kontrollen, dem Ausschluss oder Widerruf von Vollzugslockerungen bis hin zu Disziplinarmaßnahmen und strafrechtlicher Verfolgung (ebd.). Auch in Hamburg werden Maßnahmen ausgeweitet, die den Handel und das Einbringen von Drogen in die Justizvollzugsanstalten erschweren sollen. Dazu gehören bauliche Maßnahmen an den Außenmauern, um Überwürfe zu erschweren, ebenso wie regelmäßige Urin- und Haftraumkontrollen, verstärkte Überwachung des Besuchs und die Begrenzung persönlicher Wertgegenstände zur besseren Übersichtlichkeit der Hafträume (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005b: 2). Darüber hinaus werden „Regelungen für das Telefonieren der Gefangenen im geschlossenen Vollzug beschränkt“ (a.a.O.: 3), die bis hin zum Telefonverbot reichen können.

Die generelle Abstinenzorientierung des Justizvollzuges bezüglich des Drogenkonsums lässt sich u. a. mit dem Anspruch begründen, die Gefängnisse „drogenfrei“ zu halten und somit dem Kontrollvermögen des Justizvollzuges zu genügen. Das Eingestehen vom Vorhandensein der Drogen im Gefängnis wird als Versagen angesehen, das übergeordnete Ziel der Sicherheit zu erfüllen. Zudem wird dadurch deutlich, dass das Gefängnis eben keine absolut in sich geschlossene Institution ist, sondern die Gefängnismauern durchaus durchdringbar sind (Heudtlass und Stöver 1998). Zudem gilt Drogenkonsum (ebenso wie die damit verbundenen Aktivitäten) als illegale Handlung und ist somit unerwünscht im Vollzug und für das Resozialisierungsziel. Die Ausrichtung auf Abstinenz als besser mit dem Vollzugsziel (ein Leben ohne Straftaten zu führen, § 2 StVollzG) vereinbar, setzt den Konsum mit Kriminalität gleich.³⁵ Der Anspruch, Gefängnisse drogenfrei zu halten, wird an die Anstalten herangetragen (Jacob und Stöver 2000: 66), so reagiert die Presse häufig entsetzt, wenn es zu Drogenfunden in Gefängnissen kommt, der Mythos einer abgeschlossen Institution ohne Kontakt nach draußen wird gepflegt, auch wenn Fachleute dem vorsichtig entgegen arbeiten. Der Kontrollfokus auf die Angebotsreduktion von Drogen und Drogenkonsum führt auch für nicht konsumierende Gefangene zu Einschränkungen (vgl. z. B. Malloch 2000: 363), da Kontrollmaßnahmen in der JVA ausgeweitet werden, wie z. B. die oben erwähnten Telefon- und Paketeinschränkungen in Hamburg und Bayern. So wird insgesamt eine Kultur des Misstrauens und der Kontrolle befördert.

35 Zwar ist der Konsum an sich nicht strafbar, jedoch der Besitz, Erwerb und alle weiteren im Zusammenhang mit dem Konsum stehenden Tätigkeiten.

Drogentests sind eine Form der Kontrollausübung. Sie werden angewendet, um Drogenkonsum der jeweiligen Gefangenen nachzuweisen. Die Durchführung erfolgt in aller Regel in der Form von Urinschnelltests. Die Zielsetzungen reichen dabei vom therapeutischen Einsatz zur Unterstützung der Abstinenzmotivation (z. B. auf drogenfreien Stationen), zur Abschreckung von Drogenkonsum durch Sanktionierung bei positiven Tests, zur Identifizierung von KonsumentInnen (und evtl. Verweis ans Hilfesystem) sowie zur Ermittlung des Umfangs von Drogenkonsum in einer Anstalt. So unterscheiden sich je nach Zielsetzung die Häufigkeit und der Anlass der Durchführung und kann bei Aufnahme, Entlassung, vor bzw. nach Freigang oder Urlaub, bei Verdacht, oder regelmäßig per Zufallsauswahl durchgeführt werden. Drogentests sind eine Kontrollmaßnahme mit häufig negativen (zumindest befürchteten) Konsequenzen sowohl im Behandlungsbereich (Therapieausschluss) als auch im rein vollzuglichen Kontext (Disziplinarmaßnahmen). Die bei positivem Drogentestergebnis ergriffenen disziplinarischen Maßnahmen reichen vom Ausschluss von Vollzugslockerungen bis hin zum „Arbeitsverbot“. In einer bayerischen JVA existiert seit 2005 ein freiwilliges Drogenkontrollprogramm „zur Bekämpfung des Suchtmittelkonsums und dessen Feststellung“ (Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2013: 37). Gefangene mit einem „Betäubungsmittelhintergrund“ können sich auf die Teilnahme an dem Projekt bewerben und werden dann in unregelmäßigen Abständen zur Urinkontrolle gebeten. Wer positiv getestet wird, wird aus dem Programm ausgeschlossen. Umgekehrt erhalten die Teilnehmer des Programms Belohnungen, nämlich den Wegfall einer Trennvorrichtung bei Besuchen oder die Bewilligung von Lockerungen (a.a.O.: 36). Dieses Programm wird zwar als Behandlungsangebot angepriesen, indem dem Gefangenen „seine Rolle und Verantwortung als Subjekt im fördernden und fordernden Behandlungsvollzug vor Augen gehalten“ (ebd.) wird. Gleichzeitig wird diese Verantwortung sofort mit Programmausschluss bestraft, wenn sie nicht im Sinne der Anstalt erfolgt, nämlich als totale Abstinenz. Auch scheint das Programm nicht eingebunden in weitere Hilfsmaßnahmen und beeinträchtigt durch den Kontrollcharakter ein vertrauensvolles Verhältnis, welches für erfolgreiche Hilfemaßnahmen unerlässlich ist. In den meisten Bundesländern gelten negative Urinkontrollen als „Voraussetzung für Vollzugslockerungen oder die Verlegung in den offenen Vollzug“ (so z. B. für Hamburg: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005b: 2). Zudem werden positive Urinkontrollen grundsätzlich mit Disziplinarmaßnahmen geahndet (ebd.).

In England und Wales wurde 1995 ein verbindliches Drogentestprogramm eingeführt, welches 1996 auf alle Gefängnisse ausgeweitet wurde, obwohl es keine Hinweise auf deren Effektivität gab (Gore und Bird 1996). Jeden Monat wurden 10% aller Inhaftierten getestet. Positiv getestete Gefangene sollten einem Drogenbehandlungsprogramm zugeführt werden, doch stattdessen wurden überwiegend disziplinarische Aspekte umgesetzt (Edgar und O'Donnell 1998; Hughes 2000). Eine Verweigerung des Tests wurde disziplinarisch geahndet, ein positives Testergebnis führte zu einer Verlängerung der Haftstrafe um bis zu 21 Tage (Hughes 2000). Evaluationen des Programms ergaben Kosten in doppelter Höhe von Drogenbehandlungsprogrammen, diese Kosten wurden überwiegend auf die disziplinarischen Maßnahmen zurückgeführt (Gore und Bird 1996). Weiterhin wurden signifikant vermehrt tätliche Angriffe im ersten Jahr der Einführung festgestellt (ebd.) und Personalkapazitäten gebunden (MacDonald und Harvey 1997). Konsumveränderungen von Cannabis hin zu Heroin wurde festgestellt, da Cannabis sehr viel länger im Urin nachweisbar ist (einige Wochen) als Opiate (wenige Stunden bis Tage), und so mit der Entdeckungswahrscheinlichkeit motiviert war (Borrill et al. 2003: 60). Nach einer anderen britischen Studie verringerten Gefangene ihren Konsum oder stellten ihn aufgrund des Drogentestprogramms ein (Edgar und O'Donnell 1998). Sowohl Gefangene als auch das Personal standen dem Programm reserviert gegenüber (ebd.). In Schottland wurde im Jahr 2002 die Praxis der Haftverlängerung bei positiven Drogentests eingestellt, im Jahr 2005 das gesamte Programm, da die negativen Konsequenzen als gravierend angesehen wurden (Dean 2005). In Dänemark wurde ein ähnliches Drogentestprogramm 2004 eingeführt, bei dem jedeR GefangeneR durchschnittlich alle 40 Tage getestet wird. Bei positivem Testergebnis wird hier disziplinarisch mit Geldstrafe, Einzelarrest und Streichen des Wochenendausgangs reagiert (Kolind, Frank und Dahl 2010). Bei Drogentests in deutschen Gefängnissen zur Überprüfung des Konsums wird Cannabis zum Teil nicht mehr getestet (Jacob und Stöver 2000: 65), in vielen JVAen ist dies aber immer noch üblich.

Selbst bei regelmäßig durchgeführten Tests neigen diese Programme dazu, die Prävalenz des Drogenkonsums zu unterschätzen (Chambers 2010; Hughes 2000),³⁶ eine Verringerung des Konsums wird damit kaum effektiv erreicht.

36 Die technischen Unzulänglichkeiten und relative Unzuverlässigkeit der Tests stellen weitere Probleme in der Anwendung von Drogentests dar (s. Paul 2010: 176f.). Diese Aspekte werden jedoch im Justizvollzug kaum thematisiert.

Einige Studien belegen eine deutliche Verringerung, andere nicht, teilweise wurde eine solche Verringerung nur für Cannabis festgestellt und nicht für Heroin (WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 23). Gefangene versuchen, eine Entdeckung ihres Konsums zu vermeiden und somit auch, Hilfe oder Beratung aufzusuchen, da sie Entdeckung und Bestrafung fürchten. Spannungen zwischen dem Personal und den Gefangenen werden erhöht (Chambers 2010; Hughes 2000). Umfassende Drogentestprogramme wirken sich also vielfältig und überwiegend negativ auf das Anstaltsklima, die Behandlungsbereitschaft der Gefangenen und die Kosten aus.

DrogenkonsumentInnen gelten im Justizvollzug ganz überwiegend als nicht lockerungstauglich, so dass hier von einer Schlechterstellung gegenüber anderen Gefangenen ausgegangen werden kann. Da von Seiten des Vollzuges gemutmaßt wird, es würde zu einem Konsum illegalisierter Substanzen während der Lockerung oder des Urlaubs kommen, wird diese häufig abgelehnt (Eder 2012: 91). Somit kommt für diese Gefangenengruppe auch die vorzeitige Entlassung häufig nicht zum Tragen, da hierfür als Voraussetzung eine Bewährung unter Lockerungen gilt (ebd.). Dies kann für Gefangene ein Argument sein, ihre Konsumerfahrungen der JVA zu verschweigen, wenn es möglich ist.

Die Zuschreibung als DrogenkonsumentIn führt im Justizvollzug somit zu einer Reihe möglicher Benachteiligungen. Insgesamt ist der Umgang mit Drogen in der Anstalt von „Null-Toleranz-Konzepten“ (Laubenthal 2005: 211) geprägt.

2.4 Frauen als Inhaftierte

Frauen bilden einen nur geringen Anteil unter allen Gefangenen. In Deutschland waren im Jahr 2010 lediglich 5,2% aller inhaftierten Personen Frauen. In anderen europäischen Ländern lag der Anteil der Frauen in Haft zwischen 2,0% in Albanien und 8,0% in Spanien, der europäische Durchschnitt lag bei 5,4% (Council of Europe 2012). Jedoch steigt die Zahl und ihr Anteil an allen Gefangenen seit den 1980er Jahren und aktuell in vielen Ländern an (vgl. z. B. Sudbury 2002: 59; UNODC und WHO Europe 2009a).³⁷ Die Anzahl von inhaftierten Frauen ist in Großbritannien beispielsweise zwischen 1995 und 2005 um 150% gestiegen, während die Zahl der Männer „nur“ um 40%

37 Coyle berichtet, dass der Anteil der Frauen nicht immer so gering lag; im Jahr 1842 waren ein Drittel aller Inhaftierten eines schottischen Gefängnisses Frauen (Coyle 1994: 45).

gestiegen ist (Morgan und Liebling 2007: 1121). Der Anstieg in der Zahl und dem Anteil der inhaftierten Frauen kann sowohl in veränderten sozialen und ökonomischen Bedingungen gesehen werden, als auch (wie in den USA) auf den verstärkt geführten „war on drugs“ und die zunehmende Inhaftierung bei Drogendelikten zurückgeführt werden (Sudbury 2002: 71; Zurhold, Haasen und Stöver 2005: 25).

Für den angelsächsischen Raum wird berichtet, dass das Bild der inhaftierten Frauen sich gewandelt hat von einer Sichtweise, die sie als problematischer als Männer und gleichzeitig weniger schuldig bzw. als Opfer (der Umstände, von Missbrauch) betrachtet, hin zu einer risiko- und sicherheitsorientierten sowie responsabilisierten Sichtweise (Kruttschnitt und Vuolo 2007: 116).

Studien über subkulturelle Gegebenheiten im Frauenvollzug sind selten. Eine Studie aus der schwedischen JVA Hinseberg (Lindberg 2005) deutet auf ähnliche hierarchische Strukturen unter den Gefangenen hin wie im Männervollzug (vgl. dazu Kap. 2.1.4.2). Der Status unter den Gefangenen ist demnach verbunden mit der Art der Delikte, der Jahre in Haft sowie der Anzahl an Verurteilungen, sowie Beziehungen zu männlichen Gangmitgliedern. Der Verhaltenskodex unter den Gefangenen zielt darauf ab, den Kontakt zum Personal gering zu halten, was u. a. in der Verweigerung von (Drogen-) Therapiemaßnahmen praktiziert wird (Lindberg 2005: 155). Auch das Personal pflegt einen distanzierten Ansatz, so dass stereotype „representations of the other“ auf beiden Seiten konstruiert werden (a.a.O.: 156). Inwieweit diese Ergebnisse auf andere JVAen für Frauen übertragbar sind, ist fraglich, da sich die Kulturen einzelner Anstalten stark voneinander unterscheiden können. In einigen Anstalten wird ein durchaus resozialisierungsfreundlicheres Klima vorhanden sein.

2.4.1 Die Situation von Frauen im Justizvollzug

“Prisoners are a forgotten group, and female prisoners even more so” (Dolan 2009). Generell ist das Gefängnis- und Justizsystem männlich geprägt und für Männer konzipiert und somit nicht auf spezielle Bedürfnisse von Frauen ausgelegt (s. z. B. Coyle 1994: 52; UNODC und WHO Europe 2009a: 9). So sind die Sicherheitsvorkehrungen im Frauenvollzug oft denen des Männervollzugs angeglichen, obwohl sich unter den Frauen weitaus weniger Gewaltstraftäterinnen befinden und die Anstalten keine hohe Sicherheitsstufe benötigen (UNODC und WHO Europe 2009a: 14f.). Zwar haben weibliche Inhaf-

tierte die gleichen Rechte wie männliche, doch der Zugang zu diesen Rechten und die Umsetzung sind häufig schlechter (a.a.O.: 9).

Frauen unterscheiden sich auch in der Haftdauer und Deliktverteilung von den Männern. Frauen werden seltener aufgrund von Gewaltdelikten verurteilt als Männer, der Großteil der Frauen wird für Drogen- oder Eigentumsdelikte verurteilt, zudem ist die Dauer der Haftstrafe bei Frauen im Durchschnitt kürzer als bei den Männern (UNODC und WHO Europe 2009a: 1). Eine Studie im Bremer Frauenvollzug ermittelte unter den 26 zum Stichtag inhaftierten Frauen sechs mit Gewaltdelikten, während Vermögensdelikte ohne Gewaltanwendung bei der überwiegenden Mehrheit zur Inhaftierung führten (Kolte und Schmidt-Semisch 2006: 17). In Großbritannien sind strafgefängene Frauen älter, verbüßen kürzere Haftstrafen, sind weniger häufig rückfällig, und haben seltener Gewalt-, Sexual- und Raubdelikte begangen als männliche Inhaftierte (Morgan und Liebling 2007: 1120f.).

Da es vergleichsweise wenig inhaftierte Frauen und damit Justizvollzugsanstalten für Frauen gibt, werden diese häufig in großer Entfernung zu ihrem Wohnort untergebracht. Dies erschwert Besuchsmöglichkeiten und soziale Kontakte und somit die Resozialisierung (UNODC und WHO Europe 2009a; Zurhold, Haasen und Stöver 2005). Weiterhin bestehen in Frauengefängnissen/-abteilungen häufig wenig qualifizierte Arbeits- oder Ausbildungsplätze. Selbst in größeren Frauenanstalten wie der JVA für Frauen in Vechta sind die Ausbildungsmöglichkeiten sehr beschränkt, während in der ebenfalls in Vechta bestehenden JVA für Männer (Jungtätervollzug) diverse Vollausbildungen möglich sind. Dies lässt sich nur zum Teil mit der im Durchschnitt kürzeren Haftdauer der Frauen begründen. Weiterhin findet sich im Frauenvollzug aufgrund der geringen Größe häufig ein geringes Angebot an Freizeitmöglichkeiten und auch an (therapeutischen) Behandlungsmöglichkeiten. ExpertInnen beklagen insgesamt eine geringe Gendersensibilität, die durch den Minderheitenstatus der Frauen im Justizvollzug entsteht (van den Bergh, Gatherer und Möller 2009).

2.4.2 Soziale und gesundheitliche Problemlagen von inhaftierten Frauen

Inhaftierte Frauen sind von mehr und schwerwiegenderen Problemlagen betroffen als männliche Inhaftierte. Sie sind häufiger Drogenkonsumentinnen und weisen oft eine Geschichte emotionaler, sexueller und physischer Gewalt auf (Morgan und Liebling 2007: 1120f.). Wie auch ein Großteil der männlichen Gefangenen kommen viele weibliche Gefangene aus benachteiligten

Verhältnissen, Erfahrungen mit körperlicher und/oder sexueller Misshandlung sind häufig (Byrne und Howells 2002; UNODC und WHO Europe 2009a; Zurhold, Haasen und Stöver 2005: 28f.).

Zudem ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Frauen in Haft höher als unter Männern (UNODC und WHO Europe 2009a: 14). Hierunter fallen insbesondere das Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS), Depressionen, Angstzustände, Phobien, Neurosen und selbstverletzendes Verhalten (a.a.O.: 31, Byrne und Howells 2002). Einige der psychischen Erkrankungen können sowohl Ursache als auch Folge der Inhaftierung sein (a.a.O.: 32). Auch physische Erkrankungen wie Tuberkulose, Hepatitis, Toxämie, Anämie, Bluthochdruck, Diabetes und Adipositas sind häufiger unter weiblichen Inhaftierten (Covington 2007, zit. nach UNODC und WHO Europe 2009a: 24). In Australien wurden 81% der weiblichen Gefangenen mit Posttraumatischem Belastungssyndrom (PTBS) diagnostiziert, üblicherweise nach einer Missbrauchshistorie (Raeside 1994, zitiert nach Byrne und Howells 2002). Frauen in einer englischen Studie wiesen häufig psychische Krankheiten auf, nahezu 20% wiesen eine aktuelle schwerwiegende Angststörung auf, ein weiteres Viertel bis Drittel Depression bzw. leichtere Angststörungen. Zwei Drittel hatten bereits vor der Inhaftierung Hilfe für psychische Probleme in Anspruch genommen (Borrill et al. 2003). Dass Studienergebnisse aus dem Männervollzug bezüglich der psychischen Gesundheit nicht einfach auf Frauen übertragen werden können, begründet Wilmoth wie folgt: Erstens sind die Prävalenzraten der verschiedenen Krankheiten und Problembereiche geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Zweitens würden Frauen im Strafjustizsystem eher als „mad rather than bad“ (Wilmoth 2005: 250) etikettiert und häufiger als schuldunfähig beurteilt. Und drittens unterscheiden sich die Angebote im Frauenvollzug deutlich von denen im Männervollzug (ebd.).

Schwangerschaft und Stillzeit sind besondere Zeiten im Leben einer Frau und erfordern entsprechende Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsangebote in Haft (UNODC und WHO Europe 2009a: 37). Auch Hygienebedürfnisse während der Menstruation gilt es zu berücksichtigen, indem ausreichend Hygieneartikel sowie Dusch- und Waschmöglichkeiten bereit gestellt werden. Inhaftierte Frauen haben häufig (minderjährige) Kinder, für die sie überwiegend primär oder allein verantwortlich sind, so dass durch die Inhaftierung von Frauen auch deren Kinder betroffen sind. Schätzungsweise sind in der Europäischen Region ca. 10.000 Kinder unter zwei Jahren von der

Inhaftierung ihrer Mutter betroffen (UNODC und WHO Europe 2009a: 20). Ob und wie lange die Kinder bei ihrer Mutter bleiben können, wird unterschiedlich gehandhabt, ist in Deutschland jedoch meist bis zum Alter von drei Jahren möglich, wenn die entsprechenden Voraussetzungen in der Anstalt gegeben sind. In Europa beträgt das Höchstalter meist drei Jahre, aber die Bandbreite reicht von null bis sechs Jahre. Nicht alle Anstalten/Abteilungen halten Mutter-Kind-Abteilungen vor. Sowohl die Unterbringung des Kindes mit der Mutter in einer JVA als auch eine Unterbringung außerhalb in einer Pflegefamilie ist für die Beteiligten mit Schwierigkeiten und Konflikten verbunden (UNODC und WHO Europe 2009a: 21).³⁸ Die Trennung der Mutter von ihren Kindern durch die Inhaftierung kann den Stress der Haft erhöhen, und auch die gemeinsame Unterbringung im Gefängnissetting bedeutet Stress für die Beteiligten.

In der Gruppe der weiblichen Inhaftierten bilden nach Jugendstrafrecht verurteilte junge Frauen sowie ältere Frauen noch einmal kleine Minderheiten, deren speziellen Bedürfnissen aufgrund der sehr geringen Zahl noch weniger entsprochen wird (vgl. UNODC und WHO Europe 2009a: 18f.). In Deutschland befinden sich insgesamt 214 nach Jugendstrafrecht verurteilte junge Frauen in Strafhafte (Statistisches Bundesamt 2011b). Eine australische Studie fand bei jugendlichen Inhaftierten unter den weiblichen Jugendlichen signifikant höhere Raten des Drogenkonsums (Heroin, Hypno-Sedativa) als unter den männlichen Jugendlichen, dreimal wahrscheinlicher einen iv. Konsum in dem Monat vor der Inhaftierung, viermal wahrscheinlicher praktizierten sie das Weitergeben und Tauschen von Spritzen und/oder Equipment. Gleichzeitig waren die Gefahren einer Hepatitis-Infektion den weiblichen Jugendlichen weniger häufig bekannt als den männlichen Jugendlichen (Copeland, Howard und Fleischmann 1998). Inhaftierte Frauen weisen nicht nur einen häufigeren Drogenkonsum auf als die Männer, sondern damit verbunden auch ein häufiges Risikoverhalten. Aus nordamerikanischen Gefängnissen werden folgende Aspekte berichtet, die Einfluss haben auf die Gesundheit der inhaftierten Frauen und die überwiegend auf die institutionellen Gegebenheiten zurückzuführen sind:

38 Das Thema Väter und Kinder wird weniger thematisiert als Mütter und ihre Kinder. Dies kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass Frauen sehr viel häufiger für die Versorgung ihrer Kinder verantwortlich sind als Männer und die Mutter-Kind-Beziehung immer noch als die Wichtigere betrachtet wird. Nichtsdestotrotz ist es auch für Väter ein wichtiges Thema, Beziehungen zu ihren Kindern zu pflegen (vgl. Lee et al. 2012).

“inappropriate use of medications, lack of adequate nutrition, lack of access to proper hygiene supplies and living in dirty conditions, exposure to infectious diseases, concerns and fear for one’s children, inadequate wage, consequences of isolation and sensory deprivation, difficulty sustaining communication with family and friends, the stigma of being a criminal” (Faith 2009: 78ff.).

Auch in Haft werden Frauen Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt (UNODC und WHO Europe 2009a: 2). So haben inhaftierte Frauen ein höheres Risiko, von (männlichen) Bediensteten sexuell missbraucht zu werden als männliche Gefangene (Döring 2006: 322).

Weibliche Gefangene berichten in einer englischen Studie, dass die Haft überwiegend negative, aber auch einige positive Konsequenzen auf ihre Gesundheit habe. Beim Eintritt in das Gefängnis erlebten die Frauen Schock und Furcht, während auf längere Sicht Entmachtung und der Verlust persönlicher Autonomie entstanden. Dies führte zu psychischem Stress, während die physische Gesundheit vor allem durch unzureichende Bewegung und mangelhafte Ernährung leide, die psychische Gesundheit vor allem durch den Schock der Inhaftierung, der Trennung von der Familie und das enge Zusammenleben mit Frauen, die psychische Probleme aufwiesen. Die soziale Umgebung wird als sehr isolierend und einschüchternd erlebt. Als positive Effekte werden regelmäßiges Essen, das Vorhandensein einer Unterkunft, die Reduzierung des Drogenkonsums und die Trennung von misshandelnden Personen genannt (Douglas, Plugge und Fitzpatrick 2009). Inhaftierte Frauen verlangen nach einer englischen Studie mit rund 20% ca. doppelt so häufig wie Männer täglich nach der Ärztin bzw. dem Arzt (Palmer 2007: 161). Die Art des Vollzugsalltags und -regimes hat einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der inhaftierten Frauen (vgl. Kruttschnitt und Vuolo 2007: 139). Die Kyiv Declaration on Women’s Health in Prison (s. UNODC und WHO Europe 2009b) stellt fest, dass auf die psychischen/mental Gesundheitsaspekte von Frauen in den meisten Gefängnisssystemen nicht ausreichend eingegangen wird. So sollten die Themen Trauma, Retraumatisierung und PTBS relevant sein, ein ganzheitlicher Ansatz ist hierzu nötig, wird jedoch nicht adäquat umgesetzt.

Durch die Haft reduzieren sich die sozialen Kontakte nach außerhalb enorm. Besuchsmöglichkeiten und Telefonkontakte sind eingeschränkt. Diese soziale Entwurzelung belastet die inhaftierten Frauen sehr (vgl. Kolte und Schmidt-Semisch 2006: 41). Darüber hinaus leiden die Frauen häufig unter dem Man-

gel an Freizeitmöglichkeiten in der Haft sowie den strengen Vollzugsbestimmungen (a.a.O.: 50). Studien deuten darauf hin, dass evtl. vorhandene Traumata der Frauen aus ihren Gewalt- und Missbrauchserfahrungen durch die Inhaftierung verstärkt werden können (vgl. Moloney, van den Bergh und Moller 2009: 428).

Die Entlassungsvorbereitung und Organisation der Zeit nach Haftentlassung kann entscheidend zu einer verminderten Rückfallhäufigkeit beitragen. Bei Drogenkonsumentinnen wirken ein früher Beginn von Heroinkonsum und ein drogenkonsumierender Partner erschwerend auf eine Reintegration (welche hier definiert wird über stabile Wohnverhältnisse, legales Einkommen und Job). Andererseits geht eine vielfache und langjährige Inhaftierung nicht mit einem geringeren Grad an Integration einher (z. B. Zurhold et al. 2011).

2.4.3 Drogenkonsumentinnen

Der Anteil von Frauen mit Drogenkonsumerfahrungen und Drogenkonsumproblematik ist hoch unter Inhaftierten. In Deutschland wird davon ausgegangen, dass ca. 50% der inhaftierten Frauen einen problematischen Drogenkonsum bzw. eine Abhängigkeit aufweisen (vgl. Stöver, Schulte und Reimer 2009). Im Rahmen einer europäischen Studie wurde für Deutschland ein Anteil von 37% drogenkonsumierender Frauen angegebenen (Zurhold und Haasen 2005: 132). Eine Untersuchung im niedersächsischen Justizvollzug ergab einen Anteil von 49,5% als „süchtig“ eingeschätzter Frauen, im geschlossenen Vollzug lag dieser Anteil bei 59,1% (Koch und Suhling 2005: 105), 19,8% waren aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) inhaftiert (a.a.O.: 100). Eine Untersuchung im Bremer Frauenvollzug ergab einen Anteil von 73% Drogenkonsumentinnen der 26 am Stichtag inhaftierten Frauen (Kolte und Schmidt-Semisch 2006: 10). Europäische Studien gehen je nach Land von Zahlen zwischen 10% und 70% der inhaftierten Frauen als Drogenkonsumentinnen aus (Zurhold und Haasen 2005: 132).

Insbesondere jüngere Frauen unter 30 konsumieren zu einem größeren Anteil Drogen als ältere Frauen (Plugge, Yudkin und Douglas 2009). In einer englischen Studie berichten 81% der Frauen eine Lebenszeitprävalenz, und 72% eine 12-Monatsprävalenz des Drogenkonsums, wobei knapp die Hälfte der Stichprobe als abhängig eingestuft wird und über ein Drittel ein schädliches Alkoholkonsummuster aufweist. Sowohl Drogen- als auch Alkoholkonsum ist verbunden mit Gewalt- sowie Viktimisierungserfahrungen (Borrill et al.

2003). Nach einer kanadischen Studie waren 74% der Frauen aufgrund von drogenbezogenen Delikten inhaftiert, 93% berichteten den Konsum illegalisierter Drogen, von diesen 70% iv. Konsum. 37% konsumierten auch im Strafvollzug, 21% auch intravenös, und von diesen berichteten 86% das Teilen des Spritzbestecks und 91% eine HCV-Infektion (Martin et al. 2005). Inhaftierte Frauen konsumierten regelmäßiger, eher die sogenannten härteren Drogen und aus anderen Gründen als Männer (Langan und Pelissier 2001).

Eine englische Studie unter inhaftierten Frauen zeigte, dass eine Verschiebung der präferierten Substanzen von Crack und Heroin hin zu Benzodiazepinen und Substitutionsmitteln während der Haft stattfindet. Zudem setzen nicht alle Frauen den Konsum in der Haft fort; 14% berichten täglichen Drogenkonsum in Haft, während es vor der Haft 53% waren (Plugge, Yudkin und Douglas 2009).

Drogenkonsumierende inhaftierte Frauen sind mit einer Vielfalt an Problemlagen konfrontiert. Dazu gehören (nach Kolte und Schmidt-Semisch 2006: 21f.) die instabile familiäre Situation, eine ungenügende Schul- und Berufsbildung, finanzielle Abhängigkeit von staatlichen Versorgungsleistungen, Drogenkonsum als Bewältigungsverhalten, eine hohe Zahl an Vorverurteilungen und wiederholte Hafterfahrungen, die Häufung psychischer Problemlagen sowie die Vielzahl an schwerwiegenden Infektionen und Erkrankungen. Diese Problemlagen erfordern ganzheitliche Anstrengungen des Systems Justizvollzug.

2.5 Zusammenfassung

Der Justizvollzug stellt sich als ein komplexes und widersprüchliches System dar. Die Strafziele und -zwecke sind bereits historisch gesehen vielfältig und widersprüchlich, wobei der Strafgedanke an sich immer präsent ist, auch wenn er heute in Deutschland nicht gesetzlich verankert ist. Ebenso wie die politische Dimension wirkt sich dieser Strafgedanke auf die konkrete Ausgestaltung des Justizvollzuges aus. Die Lebenswelt der Gefangenen ist von Unsicherheit und Stress geprägt. Diese begegnen neuen und komplexen Anforderungen, und zugleich wird ihre Autonomie und Selbstbestimmung stark eingeschränkt. Zudem sind für das konkrete Anstaltsklima die Beziehungen zwischen dem Personal und den Gefangenen als ein Merkmal der totalen Institution Gefängnis entscheidend und vermitteln sehr unterschiedliche Erfahrungen.

All diese Aspekte tragen zu einer extrem ungesunden Umgebung bei, die durch die strukturellen Bedingungen und Auswirkungen des Justizvollzuges – wie etwa die erlebte Unsicherheit, den Stress und Gewalterfahrungen – entsteht und verstärkt wird. Darüber hinaus gelten Gefangene als eine gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe, die bereits mit vielfältigen gesundheitlichen Problemlagen in den Strafvollzug kommen. Dazu gehören insbesondere Infektionskrankheiten sowie psychische Probleme, zu denen häufig auch Drogenkonsum gezählt wird. Hingegen wird auf soziale Komponenten eines Gesundheitsbegriffes selten Bezug genommen, obwohl diese neben den physischen und psychischen Anteilen eine relevante Rolle bei den Gefangenen spielen.

DrogenkonsumentInnen bilden einen großen Anteil unter den Inhaftierten und sind eine besonders vulnerable Gruppe. Denn sie sind noch mehr als andere Gefangene Kontrollmaßnahmen wie Zellendurchsuchungen und Drogentests ausgesetzt, gelten in aller Regel als nicht lockerungsgeeignet, und sind häufig im subkulturellen Gefüge nicht gut angesehen. Auch gesundheitlich stellen DrogenkonsumentInnen eine besonders benachteiligte Gruppe dar, die durch die Illegalisierung der Drogen verschärft wird. Darüber hinaus zeitigt der Drogenkonsum und -handel Auswirkungen auf das gesamte Leben in der JVA, indem beispielsweise repressive Maßnahmen gegenüber allen Gefangenen mit dem Vorhandensein von Drogen legitimiert werden. Es wird deutlich, dass die Situation der gesundheitlich und sozial vulnerablen Inhaftierten, und hier noch einmal verstärkt der weiblichen Inhaftierten, hoher Berücksichtigung in dem ungesunden System Justizvollzug bedarf.

3 Gesundheitsversorgung im Justizvollzug

Im Folgenden wird die Organisation der Gesundheitsversorgung in Haft dargestellt. Nach rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie dem Konzept der Gesundheitsförderung werden zentrale Besonderheiten und Schwierigkeiten der intramuralen Gesundheitsversorgung herausgearbeitet. Anschließend fokussiert das folgende Kapitel auf spezielle Angebote für DrogenkonsumentInnen als eine besonders vulnerable Gruppe. Weitere Angebote für besondere Problembereiche der Gesundheitsversorgung werden besprochen, bevor abschließend eine kurze Zusammenfassung des gesamten Kapitels erfolgt.

Die Gesundheitsversorgung in Gefängnissen ist mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, die sich von denjenigen außerhalb unterscheiden. Die Zuständigkeit der Justiz und die Bedingungen der totalen Institution wirken sich auch auf die medizinische Versorgung aus. Das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle führt zu mehr oder weniger offenen Ambivalenzen und Widersprüchen der Versorgung, wobei gesundheitliche Aspekte häufig denen der Sicherheit, Kontrolle und Überwachung untergeordnet werden.³⁹ Damit ist die Frage verbunden, ob Gefangene in erster Linie als Gefangene, als Sicherheitsrisiko, als zu Verwahrende oder aber als PatientInnen bewertet werden (vgl. z. B. Sim 2002: 301). Zielkonflikte und eine „environment of paradoxical values and philosophies“ (Woodall 2012: 11) machen die Gefängnismedizin sowie die sozialen Unterstützungsangebote zu einer Herausforderung. Gleichzeitig besteht ein besonderes Verhältnis zwischen Gefangenen und dem Staat:

„Durch den Freiheitsentzug steht der Gefangene in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Staat woraus sich eine besondere Fürsorgepflicht des Staates gegenüber dem Gefangenen ergibt“ (Stöver 2008: 260).

39 Dies wird durch folgendes Zitat deutlich: „Hauptaufgabe des Justizvollzugs ist also Sicherung – und nicht die Ausübung der Heilkunst und Krankenpflege“ (Rex 2000: 259).

Dabei ist nicht nur das medizinische Personal und die Anstaltsleitung für das gesundheitliche Wohlergehen der Gefangenen zuständig, sondern alle im Vollzug Tätigen (Penal Reform International 2001). Somit ist für die Gesundheitsversorgung nicht nur der medizinische Dienst, sondern, einem umfassenden Gesundheitsbegriff folgend, die ganze Justizvollzugsanstalt sowie auch die politische und administrative Leitung in den Justizministerien verantwortlich. Gesundheitsversorgung bedeutet insofern mehr als die medizinische Versorgung im engeren Sinne. Im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes und in dem Wissen um die schädlichen Folgen des Strafvollzuges sind die gesamten Bedingungen des Vollzuges Teil des Gesundheitsthemas. Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Selbstbestimmungsmöglichkeiten und das „Klima“ der Institution beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aller Beteiligten. Die Strukturen des Vollzuges lassen keine oder kaum selbstbestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu, die jedoch für eine Gesundheitsförderung in Haft essentiell wären. Nach McCallum (1995: 5) wird die Gesundheit der Gefangenen durch folgende fünf Schlüsselfaktoren beeinflusst:

1. “The demography of the prison population.
2. The physical environment of the prison.
3. The organisational culture, health care policy and health service provision
4. The way in which specific medical problems are tackled.
5. The relationship between the prison and the wider community.”

Die medizinische Gesundheitsfürsorge und ihre Qualität stellen also nur einen Teilbereich der Einflüsse auf die Gesundheit der Gefangenen dar. Die Gefängnispopulation ist schon bei Eintritt in das Gefängnis mit einem schlechteren Gesundheitsstatus versehen (s. Kap. 2.2.3), welche mit der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten und der selektiven Inhaftierung der unteren Schichten erklärt werden kann. Zudem stellt schon der „Freiheitsentzug an sich [...] ein Gesundheitsrisiko dar“ (Lesting und Stöver 2012: 388).

Freiheitsentzug soll „lediglich“ Freiheit entziehen und nicht zusätzlich durch eine schlechtere gesundheitliche Versorgung oder dem Aussetzen von Gesundheitsrisiken bestrafen (z. B. Woodall 2012: 7), denn Gefangene sollen „nicht auch noch mit einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung zusätzlich bestraft werden“ (Stöver 2008: 256). Auch unter der Prämisse “Prisoners are members of the general population: they come from and usually return to

the community” (WHO Europe 2009), soll Gefangenen eine äquivalente Gesundheitsversorgung zuteil werden. Dennoch werden strukturelle Defizite und Problembereiche ausgemacht, die eine angemessene Versorgung erschweren. Gesundheitsversorgung im Justizvollzug ist traditionell eher reaktiv als proaktiv (Senior und Shaw 2007: 381).

Gesundheitsversorgung in Haft wird andererseits als eine Chance für besonders marginalisierte Bevölkerungsgruppen betrachtet, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Condon et al. 2007: 224). Außerhalb der Haft haben einige DrogenkonsumentInnen aufgrund ihres marginalisierten Status (als DrogenkonsumentIn, arm, etc.) kaum Kontakt zur medizinischen Versorgung. Auch für die Behandlung von Hepatitis C (HCV) wird der Justizvollzug als „window of opportunity“ (McGovern et al. 2006) wahrgenommen, um HCV zu erkennen sowie die entsprechende Beratung und Behandlung zu beginnen. Auch könne eine relativ enge Betreuung, Beratung, Aufklärung und Behandlung zu einer verbesserten weiterführenden Behandlung und Compliance nach Haftentlassung führen (McCallum 1995: 11; ähnlich auch Thiel 2013). Diese Argumentation verweist auf Verbesserungsmöglichkeiten der extramuralen Gesundheitsversorgung für diese Gruppen, sie kann jedoch auch als Argument für mehr und längere Inhaftierung strapaziert werden.

Im Folgenden wird die Struktur und Organisation der intramuralen Gesundheitsversorgung dargestellt. Darüber hinaus werden internationale Richtlinien sowie das Konzept Gesundheitsförderung im Justizvollzug mit ihren jeweiligen Implikationen für die Gesundheitsversorgung diskutiert, bevor eine umfassende Analyse der Angebote für DrogenkonsumentInnen in Haft erfolgt.

3.1 Struktur und Organisation

Inhaftierte sind in Deutschland nicht krankenversichert, da die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung beim jeweiligen Justizministerium liegt.⁴⁰ Ähnliches gilt für die meisten Länder Europas. Hingegen ist in der Schweiz

40 Eine Ausnahme in der Zuständigkeit stellen die Kinder von inhaftierten Frauen dar, die mit ihren Müttern in Haft untergebracht sind. Hier ist das zuständige Jugendamt für die Finanzierung verantwortlich, die Versorgung wird somit nicht von den AnstaltsärztInnen geleistet (Keppler 2005). Ebenfalls ausgenommen sind Inhaftierte im Freigang, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung außerhalb des Vollzuges nachgehen und somit krankenversichert sind (Lesting und Stöver 2012: 382). Das StVollzG von 1977 sah zwar den Verbleib der Gefangenen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor, dies wurde jedoch nach § 198(3) StVollzG aufgeschoben (Lesting und Stöver 2012: 382).

in einzelnen Kantonen seit den 1960er Jahren, in Norwegen seit 1988 (Coyle und Stern 2004: 116) sowie in Frankreich seit 1994 das Gesundheitsministerium verantwortlich (Michel, Carrieri und Wodak 2008). In Großbritannien wurde die Zuständigkeit im Jahr 2003 dem Gesundheitsministerium (National Health Service) übertragen (Gray, Pearce und Marks 2006),⁴¹ und auch in Italien, Spanien, Schweden und Slowenien liegt die Zuständigkeit bei der gleichen Stelle wie die extramurale Gesundheitsversorgung bzw. diese Länder befinden sich in einem Umstellungsprozess (EMCDDA 2012: 17). Mischformen der Zuständigkeit zwischen Gesundheits- und Justizministerien existieren ebenfalls, beispielsweise in Ungarn, Luxemburg und Slowenien (Salize, Dreßing und Kief 2009: 18). So unterliegt in den Niederlanden die Gesundheitsversorgung der Gefangenen der Justiz, die Fachaufsicht liegt jedoch im Gesundheitsministerium.⁴²

Die Gründe für einen Wechsel der Zuständigkeit hin zu den Gesundheitsministerien liegen in einer verbesserten Kooperation zwischen extra- und intramuraler Gesundheitsversorgung im Sinne einer durchgehenden einheitlichen Versorgungsstruktur. Die verstärkte Kooperation zwischen Anstaltsmedizin und extramuraler Medizin in England ist u. a. der Erkenntnis geschuldet, dass Gefangene in vielen Fällen nur eine relativ kurze Zeitspanne im Gefängnis verbringen und somit als ein Teil der Allgemeinbevölkerung gelten sollten (Senior und Shaw 2007: 394). In der Schweiz ist der Strafvollzug ähnlich wie in Deutschland nicht bundeseinheitlich geregelt, sondern unterliegt den einzelnen Kantonen. In einigen Kantonen fungiert die Universität und somit das Gesundheitsdepartment als Arbeitgeber für das medizinische Personal, so in Genf. Hier wird auch ein Rotationsverfahren des medizinischen Personals vollzogen, welches zwischen dem Gefängnis und der Universität wechselt (Elger 2008b: 200). Auch in Großbritannien arbeitet lediglich einer von acht Ärzten ausschließlich im Gefängnis, die Mehrheit ist gleichzeitig mit bestimmten Kontingenten außerhalb der Anstalt beschäftigt (Gray, Pearce und Marks 2006). Studien deuten darauf hin, dass die medi-

41 In England hat es einen schrittweisen Übergang der Zuständigkeit gegeben. Im Jahr 2003 wurde die Budgetverantwortung für die Gesundheitsversorgung und bis 2006 die gesamte Verantwortung dem Department of Health (DoH) übertragen (Senior und Shaw 2007: 382).

42 In vielen Ländern des ehemaligen Ostblocks war bis zum politischen Umbruch 1989 das Innenministerium für das gesamte Gefängniswesen und damit auch für die Gesundheitsversorgung in Haft zuständig. Dies kann eine stärkere Orientierung am repressiven Polizeistaat implizieren, ist zum Teil aber auch den jeweiligen nationalen Organisationsstrukturen geschuldet. Inzwischen wurde die Verantwortlichkeit in den meisten dieser Länder auf das Justizministerium übertragen.

zinische Versorgung durch die Umstellung professioneller geworden ist, der Gesundheitszustand der Gefangenen habe sich jedoch nicht verbessert, Konflikte zwischen Inhaftierten und medizinischem Personal sowie zwischen medizinischem und Gefängnispersonal entstanden insbesondere zu Anfang der Umstellung (Coyle und Stern 2004: 117f.). Diese können wohl auf organisatorische Aspekte sowie das jeweilige Rollenverständnis zurückzuführen sein. In den Ländern, in denen die Verantwortung der Gesundheitsfürsorge dem jeweiligen Gesundheitsministerium übertragen wurde, konnten diverse Veränderungen festgestellt werden: die Qualität der Gesundheitsversorgung in Haft hat sich insgesamt verbessert, die Inhaftierten werden in Public Health Initiativen einbezogen, die Kontinuität der Behandlung im Übergang zwischen dem Gefängnis und außerhalb ist besser gegeben, ein Abschluss epidemiologischer Beobachtung ist möglich, die Möglichkeiten des Anwerbens von medizinischem Personal sowie die Qualifikation sind verbessert und das medizinische Personal erlebt weniger Isolation in der Fachwelt (vgl. Pont, Stöver und Wolff 2012). Dem Justizministerium wird hingegen die größere Expertise im Bereich von Sicherheitsaspekten der Behandlung, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, zugesprochen (Salize, Dreßing und Kief 2009: 72).

Neben der Fachaufsicht durch die Justiz selbst besteht eine „parlamentarische Kontrollbefugnis gegenüber dem Landesjustizminister“ (Flügge 2010: 218), die jedoch selten wirksam sei (ebd.). Weitere potentielle Kontrollmöglichkeiten über den Justizvollzug in Hinblick auf Menschenrechte sieht Flügge in den Medien, die jedoch „mehr an tagesaktuellen ‚Skandalen‘ interessiert sind als an längerfristiger, interessierter, kritischer Begleitung des Vollzuges“ (ebd.). In den Niederlanden beispielsweise wird die Fachaufsicht durch das Gesundheitsministerium ausgeübt, so dass eine externe Kontrollmöglichkeit existiert (vgl. Lesting und Stöver 2012: 385). Auf internationaler Ebene erweist sich das „European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“ (CPT) als ein wirksames Kontrollorgan für den Strafvollzug, deren Analysen auf den European Prison Rules (EPR) beruhen und in regelmäßigen Länderbesuchen und -berichten dokumentiert werden (Flügge 2010: 225f.). Insgesamt ist eine unabhängige Kontrolle der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung im Justizvollzug jedoch nur bedingt gegeben. Durch die Abkopplung vom extramuralen Gesundheitssystem entsteht eine Inselform der Gesundheitsversorgung in Haft, die zum einen die Versorgung im Übergang, zum anderen die Kommunikation und Kooperation mit Institutionen außerhalb des Systems erschwert.

3.1.1 *Rechtliche Grundlagen*

Die medizinische Gesundheitsfürsorge im engeren Sinne⁴³ ist im Siebten Titel des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) in den §§ 56-66 geregelt. Die Leistungen orientieren sich am Sozialgesetzbuch V (SGB V) für gesetzlich Krankenversicherte (Keppler 2008a: 46). Der Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Hilfsmittel, Behandlung von Krankheiten etc. ist weitgehend identisch mit den Leistungen des SGB V. Für eine umfassende Diskussion der rechtlichen Grundlagen im StVollzG s. Lesting und Stöver (2012). Es

„besteht allerdings weitgehend Einigkeit, dass der Anspruch eines Gefangenen auf ärztliche Heilbehandlung nicht deckungsgleich mit dem Anspruch von gesetzlich Krankenversicherten ist. Aus den Besonderheiten des Strafvollzuges können sich weitere Einschränkungen, aber auch weitergehende Ansprüche des Strafgefangenen ergeben“ (Justizministerium Nordrhein-Westfalen und Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010: 5).

Die einzelnen Länderstrafvollzugsgesetze weichen für den Gesundheitsbereich nur unwesentlich vom StVollzG ab (mit Ausnahme des Themas Kostenbeteiligung), so dass im Folgenden auf das StVollzG Bezug genommen wird. Die medizinische Versorgung soll über hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen im Justizvollzug sichergestellt werden, die Krankenpflege von entsprechend ausgebildetem Personal (§158 StVollzG), in Ausnahmefällen können auch VertragsärztInnen, nebenamtliche ÄrztInnen sowie sonst in der Krankenpflege ausgebildetes Personal eingesetzt werden (ebd.). In der Praxis wird hiervon regelmäßig Gebrauch gemacht, da qualifiziertes Personal im Vollzug nicht ausreichend zur Verfügung steht. Außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärztinnen und -ärzte sind KassenärztInnen zur Versorgung der Gefangenen in Notfällen verpflichtet, wie §75(4) SBG V festlegt (Keppler 2008a: 63).

Eine Kostenbeteiligung der Gefangenen an (zahn-) medizinischen Leistungen ist in den Ländern Bayern und Hamburg möglich, doch Feest argumentiert, dass weder eine Praxisgebühr⁴⁴ noch eine Beteiligung an Medikamenten und Hilfsmitteln mit dem StVollzG vereinbar seien (außer bei Zahnersatz analog

43 Als prinzipielle Grundlage der Gesundheitsversorgung im weiteren Sinne kann der Angleichungsgrundsatz „Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden“ (§3(1) StVollzG), sowie §3(2) StVollzG: „Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken“ gelten.

44 Die Praxisgebühr ist seit 2013 weggefallen.

zur extramuralen Medizin), da Gefangene nicht krankenversichert sind, keine freie Arztwahl besteht und jegliche Kostenbeteiligung eine angemessene Bezahlung der Gefangenen voraussetzen würde (Feest 2009: 34). Die Höhe der Zuzahlung bei Zahnersatz und Zahnkronen kann von der Justizverwaltung festgelegt werden, unterliegt somit nicht den Regelsätzen extramuraler Versorgung und entspricht somit nicht dem Äquivalenzprinzip (Feest 2009: 34). Dagegen ist die Regelung nach §63 StVollzG, dass ärztliche Behandlung zur sozialen Eingliederung der Gefangenen (wie Operationen und prothetische Maßnahmen) möglich sind, über die Regelungen des SGB V hinausgehend (Feest 2009: 33).

3.1.2 Das Äquivalenzprinzip

Ein wichtiger Grundsatz der gesundheitlichen Versorgung im Justizvollzug ist das Äquivalenzprinzip, welches besagt, dass die gesundheitliche Versorgung in Haft den Standards außerhalb entsprechen soll (Meier 2009: 76). Dabei meint dieses Prinzip nicht zwingend Gleichheit sondern Gleichwertigkeit (a.a.O.: 80). So sollen Gefangene nicht durch eine schlechtere gesundheitliche Versorgung zusätzlich zum Entzug der Freiheit bestraft werden (z. B. Stöver 2008: 261). Das Äquivalenzprinzip wird auch in einer Reihe internationaler Richtlinien gefordert, so in den Basic Principles for the Treatment of Prisoners der Vereinten Nationen (United Nations 1990: Principle No 9) oder den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Council of Europe 2006: Rule 40). Die rechtliche Grundlage für das Äquivalenzprinzip in Deutschland findet sich in allgemeiner Form im Angleichungsgrundsatz (§3(1) StVollzG), wonach das Leben im Vollzug dem Leben außerhalb so weit wie möglich angeglichen werden soll, sowie in der Leistungsbeschreibung der medizinischen Versorgung in den §§ 57-59 StVollzG, die sich an dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert (s. Kap. 3.1.1).

Meier (2009) schlägt zwei Kriterien vor, an denen sich die Umsetzung des Äquivalenzprinzips messen lässt: die Kosten für die medizinische Versorgung sowie die Zahl der im und für den Vollzug tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die Ausgaben für die medizinische Versorgung pro Gefangenen und die der GKV pro Versicherten scheinen vergleichbar, so dass Meier hier von einer Äquivalenz ausgeht (a.a.O. 81). Die Versorgungsdichte durch Ärztinnen bzw. Ärzte ist methodisch schwieriger zu erfassen, da der Vollzug kein abgeschlossenes System ist, sondern Kooperationen und Überschneidungen mit

der medizinischen Versorgung außerhalb existieren (ebd.). Die Versorgungsrelation des ärztlichen Personals pro Inhaftiertem wird für 2004 gesamtdeutsch mit 1:261 angegeben und ist somit in etwa vergleichbar mit der Zahl der GKV-ÄrztInnen pro Versichertem (a.a.O.: 82). Diese Berechnungen gehen meist von einer Stichtagsbelegung aus und berücksichtigen die zahlreichen Eintritte und Erstaufnahmen über das Jahr nicht mit. Weiterhin sind andere extramurale Dienste (Verlegungen, Freigänger, etc.) hier nicht berücksichtigt (ebd.). Wichtige Einwände gegen die scheinbare Äquivalenz einer solchen Berechnung sind der höhere Bedarf der Gefangenen an medizinischer Versorgung, der zum einen Anzeichen eines schlechteren Gesundheitszustandes ist, andererseits durch die höhere Nutzung des medizinischen Dienstes in Haft im Vergleich zu außerhalb deutlich wird (a.a.O.: 83).

Aufgrund der schlechteren gesundheitlichen Ausgangslage vieler Gefangener wird argumentiert, dass die Versorgung in Haft nicht äquivalent sondern darüber hinaus umfangreicher sein müsse (Coyle 2007: 7; Lines 2006). Lines argumentiert, dass nicht die Standards äquivalent sein müssten, sondern die Standards äquivalente Ziele ermöglichen sollen, welches in einigen Bereichen einen höheren Standard der Versorgung in Haft bedeuten würde. Denn in Gefängnissen finden sich z. T. extreme Gesundheitsprobleme wie drogenbezogene Probleme, Infektionskrankheiten und psychische Probleme. Lines argumentiert, dass sowohl aus menschenrechtlicher Perspektive als auch aus einer Public-Health-Perspektive heraus eine qualitativ bessere Versorgung als außerhalb nötig sei (Lines 2006: 270; ähnlich auch Riekenbrauck 2000: 279), um die schädlichen Aspekte des Vollzugs und die damit einhergehenden Einschränkungen zu kompensieren. Dabei zieht er auch historische Dokumente heran wie den Act for Preserving the Health of Prisoners 1774 (Großbritannien), welcher bereits vor gut 200 Jahren für Gefangene einen höheren Standard an Gesundheitsversorgung vorsieht als für dieselben Personen außerhalb (Lines 2006: 274). Juristisch kann hierfür Art. 3 der „European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“ herangezogen werden, nach der Gefangene ein Recht auf Gesundheit haben, welches so für Bürger außerhalb nicht gelte (a.a.O.: 276). Die höhere gesundheitliche Belastung der Inhaftierten sowie das besondere Fürsorgeverhältnis des Staates erfordern somit überdurchschnittliche Maßnahmen in der Behandlung (vgl. Stöver 2010: 20). Doch

„die Realität ist absurd: Der Ort, an dem aufgrund realistischer Gefahren, Behandlung und Prävention am wichtigsten wäre, hat weniger

Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen, als die allgemeine Bevölkerung, die in der Regel weniger stark betroffen ist“ (Wiessner, Stuikeyte und Häusler-Jitoboh 2012: 202).

In der Versorgung von psychischen Problemen werden ebenfalls große Defizite von ExpertInnen auf europäischer Ebene herausgestellt (Salize, Dreßing und Kief 2009: 6). Für Deutschland wie für die meisten europäischen Länder wird die Versorgung von psychischen Erkrankungen von ExpertInnen als nicht äquivalent mit der Versorgung außerhalb bewertet (Salize, Dreßing und Kief 2009: 62). In Deutschland werden die Problembereiche hier im Mangel an Behandlungsmaßnahmen, Personal, Organisation und Infrastruktur gesehen (a.a.O.: 63). Auch die psychiatrische Diagnostik wird als inadäquat bemängelt (a.a.O.: 73).

Andererseits ist die Justiz bei der Kostenbeteiligung der Gefangenen eher bestrebt, eine scheinbare Äquivalenz walten zu lassen, wenn z. B. in Bayern eine Praxisgebühr gefordert wurde. Doch ist weitgehend unstrittig, dass eine Praxisgebühr wegen des fehlenden Anspruchs auf freie Arztwahl für den Vollzug nicht gelte (Meier 2009: 80). Die Zuzahlungspflicht der Gefangenen bei Zahnersatz liegt im Ermessen der jeweiligen Justiz (und ist nicht durch Regelsätze der GKV geregelt wie draußen) und kann somit höher als extramural ausfallen. Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sind möglich, jedoch auf höchstens 1-2% der jährlichen Bruttoeinnahmen begrenzt und dürften somit aufgrund des geringen Lohnes für Inhaftierte keine Rolle spielen (vgl. Meier 2009: 81).

Insgesamt lässt sich eine mangelhafte Umsetzung des Äquivalenzprinzips festhalten. Es wird eine große Lücke zwischen der Krankheitsprävention und Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug und derjenigen außerhalb festgestellt (z. B. Michel, Carrieri und Wodak 2008). Allein die fehlende freie Arztwahl als grundlegendes Merkmal intramuraler Medizin gehört dazu. Weiterhin ist auch eine „PatientInnenwahl“ nicht möglich und der Zugang zu FachärztInnen kann problematisch sein. Daneben werden insbesondere im Bereich der Schadensminimierung Umsetzungsprobleme des Äquivalenzprinzips deutlich, die die Europäische Kommission anmahnt (Commission of the European Communities 2007).⁴⁵

45 Im Unterschied zu Europa wird in den USA dem Äquivalenzprinzip kaum Bedeutung beigemessen, so das American College of Physicians, nach dem Ärzte und Ärztinnen „need to balance [...] the best interests of the patient with those of the correctional system“ (zit. nach Elger 2008a: 244). Das medizinische Personal ist hier also nicht einmal der Idee nach aus-

3.1.3 *Das Konzept Gesundheitsförderung im Gefängnis*

Gesundheit im Gefängnis wird traditionell eindimensional biomedizinisch betrachtet mit dem Fokus auf Krankheitsprävention (Woodall 2012: 8). Bereits 1963 beklagen Morris und Morris, dass “for the prison, health is essentially a negative concept; if men are not ill, de facto they are healthy” (zit. nach Woodall 2012: 9). Auch heute wird Gefängnismedizin als reaktiv und ineffizient mit einem medizinischen statt sozialen Modell von Gesundheit beschrieben (Woodall 2012: 9) sowie mit einem starken Fokus auf Akutversorgung (de Viggiani 2007: 116). Andere Bereiche wie psychisches und soziales Wohlbefinden finden im StVollzG keine entsprechende Regelung (vgl. Tielking, Becker und Stöver 2003: 55). Das Konzept „Healthy Prisons“ als ein Konzept der Gesundheitsförderung strebt eine Verbindung dieser Bereiche an. Gesundheitsförderung versteht sich also als ein umfassender Ansatz mit einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden entsprechend der Ottawa Charta von 1986. Damit geht das Konzept über eine reine Gesundheitsfürsorge oder -versorgung hinaus. Zudem knüpft sie sowohl an der Verhaltens- als auch der Verhältnisebene an. Gesundheitsförderung bezieht sich auch auf den salutogenetischen Ansatz von Antonovsky, der Gesundheit als einen Prozess betrachtet und auf einem Kontinuum zwischen krank und gesund erschließt. Gesundheitsförderung nach der WHO Ottawa Charta meint:

„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 umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO 1986).

Die Ottawa Charta benennt fünf Handlungsbereiche auf der Verhältnis- und Verhaltensebene zur Umsetzung von Gesundheitsförderung:

1. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

schließlich dem Wohl der PatientInnen verpflichtet. Auch die ärztliche Schweigepflicht wird in den USA anders gehandhabt, wenn das Bewachungspersonal eine medizinische Diagnose verlangt, bevor sie einen Gefangenen auf einem Krankentransport begleiten (ebd.).

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Gesundheitsdienste neu orientieren

Gesundheitsförderung wird als ein dauerhafter, nie endender Prozess verstanden. Die Lebenswelt bzw. das soziale System wirken auf individuelle Verhaltensweisen und soll daher verstärkt in den Fokus gerückt werden (Stöver 2008: 258). Gesundheitsförderung als ein „Setting-Ansatz“ beinhaltet die Perspektive, dass Gesundheit durch eine Reihe von Aspekten beeinflusst wird, die über individuelles Verhalten (Rauchen, Bewegung, Essverhalten, ...) hinausgehen (Woodall 2012: 6). Gesundheit wird demnach durch Interaktionen sozialer, politischer, umgebungsbedingter, organisatorischer sowie persönlicher Faktoren determiniert (ebd.).

Für den Justizvollzug bedeutet die Umsetzung des Konzeptes Gesundheitsförderung eine grundlegende Veränderung und Herausforderung. Gatherer et al. (2009) definieren das gesundheitsfördernde Gefängnis als

“a place of compulsory detention in which the risks to health are reduced to a minimum; where essential prison duties such as the maintenance of security are undertaken in a caring atmosphere that recognizes the inherent dignity of all prisoners and their human rights; where health services are provided to the level and in a professional manner equivalent to what is provided in the country as a whole; and where a whole-prison approach to promoting health and welfare is the norm” (Gatherer, Möller und Hayton 2009: 89).

Ein ganzheitlicher Ansatz in der Gesundheitsversorgung sollte auf drei Komponenten aufbauen: eine Justizpolitik, die Gesundheitsförderung fördert und fordert, eine Gefängnisumgebung, die gesundheitsunterstützend ist, sowie eine Gesundheitsversorgung und -förderung, die den Bedürfnissen der einzelnen Anstalt entspricht (Hayton 2007: 15). Die WHO definiert vier Säulen, auf denen ein gesundheitsförderndes Gefängnis basieren soll:

“Prisons should be safe, secure, reforming and health promoting, and grounded in the concept of decency and respect for human rights” (Hayton 2007: 17).

Die Komponente der Verhältnisebene erlangt im Setting Gefängnis eine besondere Relevanz, da hier die individuellen Verhaltens-Möglichkeiten stark eingeschränkt sind (vgl. Kap. 2.2.2). Das Konzept Gesundheitsförderung setzt sich zum Ziel, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit zu verbessern und zu beeinflussen, und somit auch persönlich zu verantworten. Gesund-

heitsförderung bedeutet gleichzeitig, auf die Bedürfnisse aller einzugehen, auch des Personals (Bögemann 2009).⁴⁶ Dazu gehört auch der Abbau von Misstrauen zwischen Bediensteten und Inhaftierten, sowie der Bevölkerung gegenüber den Inhaftierten (ebd.). Das Konzept “Healthy Prison” nach Stöver (2000) zielt auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen im Sinne der Gesundheitsförderung. Das Konzept strebt zum einen nach konkreten Verbesserungen der Gesundheitsversorgung, wie die Einführung des Spritzentauschs und anderen schadensminimierenden Maßnahmen als Umsetzung des Äquivalenzprinzips. Darüber hinaus geht es im Sinne eines Setting-Ansatzes um eine ganzheitliche Umsetzung von Gesundheitsförderung, die alle Beteiligten miteinbezieht und gesunde Entscheidungen ermöglicht (Stöver 2000). Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Kooperation mit Institutionen außerhalb des Gefängnisses (vgl. Jacob und Stöver 1998b), um auch im Hinblick auf die Entlassung die Zusammenarbeit zu fördern und Resozialisierung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe umzusetzen.

Aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen befindet sich das Setting Gefängnis im Widerspruch zu dem Konzept der Gesundheitsförderung. Tabelle 1 fasst die grundsätzliche Gegensätzlichkeit von Gefängnis und Gesundheitsförderung zusammen.

Tab. 1 Charakteristika von Gesundheitsförderung und von Gefängnis

Gesundheitsförderung	Gefängnis
Selbstbestimmung	Fremdbestimmung
Selbständigkeit	Unselbständigkeit, Passivität, Lethargie
Selbsthilfe	Versorgungshaltung, Fremdhilfe
Partizipation	kaum Partizipation
politische Einflussnahme	kaum politische Einflussnahme

Quelle: Ochmann (2011: 91)

In einer totalen Institution ist eine Befähigung im Sinne von Gesundheitsförderung schwierig zu bewerkstelligen, da die Inhaftierten nicht autonom sind und sehr wenig Gelegenheiten haben, Einfluss zu nehmen auf Verände-

46 In einer englischen Studie fühlt sich das Personal von gesundheitsfördernden Maßnahmen eher ausgenommen und sieht den Fokus zu sehr auf den Gefangenen (Woodall 2013). Insbesondere der arbeitsplatzbedingte Stress wird als belastend vom Personal empfunden (s. ausführlich Bögemann 2004).

rungen der Verhältnisse (Jacob und Stöver 1998b). Diese Polarität befördert die Diskussion um Gesundheitsförderung im Gefängnis. So erscheint die Implementierung des Konzeptes schwierig, da die zentralen Aspekte der Gesundheitsförderung im Gegensatz stehen zu den institutionellen Rahmenbedingungen des Justizvollzugs. Somit trägt das Setting Gefängnis mit dem Hauptziel Sicherheit immer das Problem der „wirklichen Umsetzung“ von Gesundheitsförderung mit sich, hier im Sinne von Empowerment, Partizipation und freiem Willen (Smith 2000; Woodall 2012). Das im Vollzug überwiegend medizinisch geprägte Konzept von Gesundheit führt dazu, dass der Fokus auf Krankheitsprävention statt Gesundheitsförderung gelegt wird und die breiteren politischen, sozialen und umfeldbedingten Faktoren von Gesundheit, wie Armut, Bildung, Arbeit und Wohnen nicht beachtet werden, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Inhaftierten haben können (Woodall 2012: 9). Courtenay und Sabo (2001) argumentieren, dass im Bereich der psychischen Gesundheit Interventionen oft als Reaktion auf existierende psychische Probleme erfolgen und nicht als Gesundheitsförderung (zit. nach Woodall 2012: 9). Viele Initiativen bleiben reaktiv und individualistisch auf bestimmte Krankheitsbilder und deren Prävention bezogen (ebd.), statt ein gesundheitsförderndes Setting in den Fokus zu rücken. Daneben können gesundheitsfördernde Angebote primär Zielen der Sicherheit dienen und dadurch umdefiniert werden:

“Health promotion in prison is often influenced by a mechanistic approach to health with an underlying preoccupation and concern with practical dangers such as self harm and the prevention of suicide. These interventions are perhaps aimed at the effective management of the prison population, rather than for promoting health benefits per se” (Woodall 2012: 10).

Ein weiteres Beispiel hierfür ist die intramurale Substitution, die letztlich auch darauf abzielt, die Gefangenen zu kontrollieren, ruhig zu stellen und das Drogenangebot in der Institution einzudämmen.

Praktische Herausforderungen von Gesundheitsförderung betreffen die finanziellen Restriktionen, mangelnde (Personal-) Ressourcen und die Nachrangigkeit des Themas Gesundheit im Gefängnis (Woodall 2012: 10). Woodall plädiert im Rahmen der Umsetzung des Setting-Ansatzes für eine radikalere, von unten ausgehende und ganzheitlich ausgerichtete Auffassung von Gesundheitsförderung in Haft, welche Gesundheit zu einem integralen Bestandteil der Institutionskultur macht. Dies beinhaltet u. a. die Architektur, die

Strafvollzugspolitik, intramurale Strukturen sowie Inhaftierten-Personal-Beziehungen und der jeweilige Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Woodall 2012: 10f.). Ein Problem des ganzheitlichen Ansatzes von Gesundheitsförderung liegt in den strukturellen Bedingungen der Anstalt, die Selbstbestimmung, Partizipation und die Entwicklung von Selbstwertgefühl erschweren (Caraher et al. 2002: 220).⁴⁷ Auch die Einbindung der Ansichten der Gefangenen, Angehörigen und des Personals werden tendenziell vernachlässigt, wenn „objektive“ Erfordernisse im Fokus stehen (a.a.O.: 227). Hierzu zählt beispielsweise der Bedarf an häufigeren Besuchsmöglichkeiten (ebd.). Gesundheitsförderung wird überwiegend als Aufgabe des medizinischen Personals verstanden, als abgetrennt von anderen alltäglichen Aktivitäten und als Zusatz, wenn Zeit vorhanden sei (ebd.). Der Erfolg von Gesundheitsfürsorge und gerade auch Gesundheitsförderung hängt daher auch von der jeweiligen Kultur ab, die „behandlungsfeindlich“ sein kann (vgl. z. B. Lindberg 2005). Die Interpretation des Alltags, die ungeschriebenen Regeln unter Gefangenen einerseits und dem Personal andererseits und die Dichotomisierung, die von beiden Seiten stattfindet, erschweren ein gesundheitsförderndes, vertrauensvolleres Anstaltsklima (ebd.).

In England und Wales entstand im Jahr 2002 eine umfassende Strategie zur Gesundheitsförderung in Haft (Woodall 2012: 7). Diese Strategie fokussiert auf die Vermeidung einer Verschärfung gesundheitlicher Probleme und der Stärkung von Inhaftierten, gesunde Lebensweisen zu praktizieren (a.a.O.). Die Strategie scheint allerdings eher individualistisch auf das Verhalten der Beteiligten ausgelegt. Das Gefängnis wird dabei als gesundes Setting betrachtet, mit der Möglichkeit von Gesundheitsverbesserung, Rehabilitation, Reform und Verbesserung der Lebenschancen aller, die dort leben und arbeiten (a.a.O.: 8). „Nonetheless, there has been minimal investment in fully embedding and evaluating the approach“ (Woodall 2012: 8), so dass die Reformen die Möglichkeiten der Inhaftierten für gesundheitsbewusste Entscheidungen nicht wirklich verändern, die Autonomie bleibt sehr beschränkt, wobei es hierin große Unterschiede zwischen einzelnen Anstalten gibt (Condon, Hek und Harris 2008). Caraher et al. (2002) konstatieren, dass die Gesundheitsförderung zum einen unterfinanziert sei und zum anderen das Konzept und die Praxis kaum verstanden würden.

47 Daher sollten die Gefangenen mit ihren Auffassungen bei der Planung und Durchführung von medizinischen Angeboten berücksichtigt werden, und zudem bei der Versorgung der Umstand der geringen Autonomie der Gefangenen beachtet werden (z. B. Condon et al. 2007: 224).

Auf internationaler Ebene will das „WHO Europe Health in Prison Project“ (HIPP) ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung in Haft bieten (vgl. für den folgenden Absatz Gatherer, Möller und Hayton 2009). Das Projekt wurde von der WHO Europe 1995 mit acht beteiligten Ländern begründet. Es werden jährliche Treffen und Tagungen, auch mit Kooperationspartnern (z. B. durch die Pompidou Group⁴⁸ der European Commission, UNODC) veranstaltet, auf denen regelmäßig Erklärungen zu einzelnen Themen (Psychische Gesundheit, Frauengesundheit, Drogen, etc.) verabschiedet werden, eine Datenbank wurde eingerichtet, und ein best practice awards Programm wurde installiert. Ziel des Projektes ist es, den internationalen Austausch zu befördern und so voneinander zu lernen. Es sollen alle Aspekte von Gesundheit durch Veränderungen der jeweiligen Strafvollzugs- und Gesundheitspolitik angestrebt werden (Gatherer, Moller und Hayton 2005: 1697). Dabei sind ExpertInnen aus den jeweils zuständigen Ministerien (i.d.R. Justizministerien) benannt worden. Grundsätze des Projektes basieren auf ethischen und menschenrechtlichen Aspekten, daraus abgeleitet wird auch das Äquivalenzprinzip sowie eine angemessene Unterbringung und Versorgung. Folgende Themen stehen dabei im Fokus: HIV/AIDS und andere Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Drogen, Psychische Gesundheit, Gesundheit von Frauen und Ernährung. Bei dem inzwischen 41 Mitgliedsländer umfassenden HIPP gehört Deutschland jedoch nicht dazu (s. WHO Europe).

Insgesamt kann die tatsächliche Umsetzung von Gesundheitsförderung im Gefängnis als bestenfalls lückenhaft resümiert werden. So konstatieren Keppler et al., dass Gesundheitsförderung bisher lediglich in Ansätzen und bezogen auf das Personal stattfindet, während für Gefangene immer noch das Prinzip der Gesundheitsfürsorge gelte (Keppler et al. 2010). Einzelne Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung finden zwar statt, doch entspricht dies noch keinem ganzheitlichen Konzept. Zudem werden sehr unterschiedliche Maßnahmen als Teil von Gesundheitsförderung begriffen; diese reichen von Krebsvorsorgeuntersuchungen über Impfung, Beratung bis hin zu Ernährung und Sport (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg

48 Die Pompidou Group ist eine Gruppe des Europarates. Sie besteht aus 35 Mitgliedsstaaten, d. h. nicht alle Mitglieder des Europarates sind Mitglied in der Pomipou Group. Die Aufgabe der Pompidou Group wird wie folgt angegeben: „the Pompidou Group’s core mission is to contribute to the development of multidisciplinary, innovative, effective and evidence-based drug policies in its member states. It seeks to link Policy, Practice and Science and focuses especially on the realities of local implementation of drug programmes“ (Pompidou Group 2013).

2005a: 4). Im Jahr 2010 benennt der Hamburger Senat die Suchtprävention dagegen als einziges regelmäßiges Programm der Gesundheitsförderung (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2010: 31), der Begriff Gesundheitsförderung scheint also nicht einmal innerhalb einer Behörde einheitlich gebraucht zu werden. Angesichts der institutionellen Rahmenbedingungen scheint eine tatsächliche Umsetzung eines solchen Ansatzes mit großen Problemen verbunden. Weder die Grundprinzipien der Ottawa Charta noch die zentralen Aspekte des Healthy Prison Ansatzes sind bisher umgesetzt (vgl. Ochmann 2011).

3.1.4 Besonderheiten und Problembereiche der Gesundheitsversorgung in Haft

Gesundheitsversorgung im Gefängnis unterscheidet sich grundlegend von extramuraler Gesundheitsversorgung. Auf einige Besonderheiten der medizinischen Versorgung in Haft soll im Folgenden genauer eingegangen werden. Dazu gehört die Organisation durch die Justiz, das Aufgabenspektrum des medizinischen Personals wie die Einbindung in den Vollzugsablauf, das Arzt-/Ärztin-PatientIn-Verhältnis, die ärztliche Schweigepflicht, Rollenkonflikte des (medizinischen) Personals und das Äquivalenzprinzip. Die strukturellen Gegebenheiten des Justizvollzuges tragen ebenso zu den Besonderheiten bei wie die gesundheitlichen Bedürfnisse der Gefangenen als eine spezielle und vulnerable Gruppe. Gleichzeitig erschwert die fehlende Gesundheitsberichterstattung eine systematische Analyse über die gesundheitliche Situation der Gefangenen und deren Bedarfe (Lesting und Stöver 2012: 385). Personelle Engpässe können sich im medizinischen Bereich ergeben, da der Beruf des Anstaltsarztes/der Anstaltsärztin als wenig attraktiv gilt und somit Stellen nicht immer ausreichend besetzt werden können. Es ist schwierig, ausreichend qualifiziertes Personal (sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonal) zu finden (Keppler 2008a: 61). So kommt es zu einem chronischen Personalmangel bei AnstaltsärztInnen, da Planstellen nicht durchgehend besetzt werden können (Hillenkamp 2006: 887).

Gesundheit und Gesundheitsversorgung ist für die Gefangenen ein relevantes Thema. Von den insgesamt 695 Eingaben der Gefangenen an den Ombudsmann für den Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (NRW) bezogen sich 71, also rund 10% auf das Themenfeld „mangelhafte ärztliche Versorgung“, was somit neben den Themen „Verlegung in den offenen Vollzug“ und „zu wenig Urlaub“ eines der häufigsten Themenbereiche war (Söhnchen 2008: 17). Die

Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung ist generell hoch unter Inhaftierten, die Verschreibungsrate von Medikamenten für psychische Probleme nimmt in Haft noch einmal zu (vgl. Senior und Shaw 2007: 388). Laut einer englischen Studie nahmen sowohl männliche als auch weibliche Gefangene dreimal häufiger ärztliche Beratung oder Behandlung in Anspruch als vergleichbare Bevölkerungsgruppen außerhalb von Gefängnissen (Senior und Shaw 2007: 389).⁴⁹ Dabei ist zu beachten, dass Gefangene im Unterschied zu dem Leben außerhalb auch dann den medizinischen Dienst aufsuchen müssen, wenn sie z. B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente brauchen. Hillenkamp benennt drei Bereiche, die zur Verbesserung der intramuralen Gesundheitsversorgung beitragen können (Hillenkamp 2005: 17ff.). Dazu gehört die bessere Vorbereitung des Arztes auf seine Aufgaben angesichts der „komplexe[n] Ballung hygienischer, internistischer, infektiologischer, psychiatrischer und wohl auch epidemiologischer Fragestellungen“ (a.a.O.: 18). Weiterhin fordert er das Primat der Medizin ernst zu nehmen, indem „der Eid des Hippokrates dem Amtseid hierarchisch überlagert“ (a.a.O.: 20) sein sollte, das Wohl der PatientInnen also oberstes Gebot. Schlussendlich fordert er die Veränderung der gesetzlichen Konzeption des ärztlichen Dienstes im Vollzug: „Aufgabensplitting durch Personensplitting zu beseitigen“ (a.a.O.: 29). Dass im Folgenden der Fokus auf der medizinischen Versorgung liegt, ist dem Umstand geschuldet, dass Gesundheitsversorgung immer noch primär als medizinische Versorgung verstanden wird und somit die Literatur hierauf basiert. Dennoch sollte Gesundheitsversorgung als umfassende Aufgabe des gesamten Justizvollzugs verstanden werden.

49 Kritik an der Gesundheitsversorgung in Haft richtet sich in England beispielsweise an die inadäquaten Versorgungsstandards generell, den Einsatz von Gefängnissen statt Psychiatrien in Gegenden ohne psychiatrische Krankenhäuser sowie die unzureichende Verlegung von schwer psychisch Kranken in Krankenhäuser außerhalb des Gefängnisses (Birmingham 2002, zit. nach Senior und Shaw 2007: 390). Auch die Anzahl der Suizide, die mutmaßliche Verwendung von Psychopharmaka als disziplinierende Maßnahme bei „renitenten“ Inhaftierten und die insgesamt schlechten Standards und Ausstattung der medizinischen Hilfe (Senior und Shaw 2007: 379) wurden und werden bemängelt. In englischen Studien wird deutlich, dass die Qualität der gefängnismedizinischen Versorgung je nach Anstalt stark variiert, jedoch einige Kernprobleme aufweist, wie z. B. unzureichende Ausbildung des medizinischen Personals und fehlendes Personal im Bereich psychische Gesundheit (Reed und Lyne 1997, zit. nach Senior und Shaw 2007: 379). In anderen Berichten geht es ebenfalls um die mangelhafte Aus- und Fortbildung des medizinischen Personals, unzureichendes Übergangsmanagement, inadäquate Unterstützung für psychisch Kranke sowie geringe Aufmerksamkeit für bestimmte Inhaftiertengruppen wie Frauen oder Jugendliche (Senior und Shaw 2007: 281).

3.1.4.1 Zuständigkeit der Justiz

Aufgrund der Zuständigkeit der Justiz und der Tatsache, dass die Gefangenen nicht krankenversichert sind, der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin somit allein verantwortlich ist, ist die freie Arztwahl für Gefangene nicht gegeben (Feest 2009: 30). Für die Untersuchungshaft ist das Prinzip der freien Arztwahl grundsätzlich anerkannt, tritt allerdings häufig hinter Ordnungswünschen der Anstalt zurück (vgl. Feest 2009: 32). Zudem ist der Zugang zu FachärztInnen nur über den Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin möglich bzw. wird durch diesen angeordnet. Infolgedessen ist es Gefangenen nur eingeschränkt möglich, beispielsweise eine zweite Meinung einzuholen (Lesting und Stöver 2012: 382). Durch die fehlende Krankenversicherung bzw. unterschiedliche Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung intra- und extramural kann es zu Schwierigkeiten in der kontinuierlichen Versorgung im Übergang zwischen Gefängnis und Freiheit kommen. Die Verlegung in ein externes Krankenhaus erfolgt zudem auf Kosten der Justiz, da die Gefangenen nicht versichert sind und die Justiz folglich die Kosten übernehmen muss (Feest 2009: 36). So wird aus der justiziellen Perspektive heraus argumentiert, dass es zumindest für schwerwiegende Krankheiten, die sich nicht im Vollzug, sondern über einen biographisch längeren Zeitraum entwickelt haben, wie z. B. Transplantationen oder Bypass-Operationen, ein Kostenerstattungssystem etabliert werden sollte (Rex 2000: 264).

Auch die Fachaufsicht über die medizinische Versorgung ist im jeweiligen Justizministerium angesiedelt, es findet also eine interne Selbstaufsicht statt. In den Niederlanden hingegen ist die Gesundheitsversorgung zwar über die Justiz organisiert, die Fachaufsicht hat allerdings das Gesundheitsministerium, so dass eine externe Kontrolle möglich ist.

Die Vorrangstellung der Sicherheit spielt auch in der medizinischen Versorgung eine Rolle, wenn beispielsweise die Verlegung in ein außervollzugliches Krankenhaus mit Sicherheitsargumenten der Anstaltsleitung nicht genehmigt wird, oder Beamte des AVD bei medizinischen Untersuchungen „zur Sicherheit“ anwesend sind.⁵⁰ Auch können medizinische Behandlungen oder ärztliche Anweisungen dem Sicherheitsaspekt zum Opfer fallen. Etwa

50 In England wurden bis in die 1990er Jahre weiblichen Inhaftierten während der Geburt ihres Kindes Handschellen angelegt, was dann aber Mitte der 1990er Jahre als Misshandlung bezeichnet und abgeschafft wurde (Sparks 2007: 76). Auch kommt es vor, dass Gefangene mit Handschellen während medizinischer Untersuchungen gefesselt werden, oder auch in Anwesenheit von Sicherheitspersonal untersucht werden (für Ungarn: CPT 2006: 31).

wenn mit „vollzugsorganisatorischen Gründen“ argumentiert wird, die „Einnahme verschiedener, kleinerer Mahlzeiten bei Diabetespatienten, Durchführung indizierter Untersuchungen und Therapien, z. B. physikalischer Therapien wie Krankengymnastik und Bäderbehandlung, oder auch die Einschaltung eines Facharztes“ sei nicht möglich (Legat 2009: 45). Einem solchen praktizierten „Vorrang der Sicherheit“ steht das Primat der Medizin gegenüber (Keppler 2009: 10). Für den Anstaltsarzt ist es primäre und übergeordnete Aufgabe, die medizinische Versorgung der Gefangenen zu gewährleisten (Feest 2009: 30). Auch international wird die Hauptaufgabe des medizinischen Personals in der Versorgung der Gefangenen betont (Coyle 2007: 9). In der extramuralen Medizin scheint dieses Primat so selbstverständlich, dass es nicht betont werden muss.

Eine möglichst enge Verzahnung mit der extramuralen Medizin und günstigenfalls die Federführung durch Krankenkassen wird vielfach mit dem Argument einer besseren Gesundheitsversorgung der Gefangenen sowie einer verbesserten Behandlungskontinuität begründet (z. B. Lesting und Stöver 2012: 384). Durch ihre isolierte Position kann es dazu kommen, dass Anstaltsärztinnen und -ärzte medizinische Entscheidungen von außerhalb ignorieren und nicht alle neuen Behandlungsansätze oder Erkenntnisse kennen, da sehr unterschiedliche Fachgebiete abgedeckt werden müssen (ebd.). Die WHO betont die Notwendigkeit, intra- und extramurale Gesundheitsversorgung in enger Kooperation durchzuführen (WHO Europe 2003), um eine gute Qualität und Durchgängigkeit der Versorgung sicherzustellen. Darüber hinaus unterstreichen die PRI Standards (Penal Reform International 2001: 93) die Relevanz von unabhängigen Instanzen, um die Gesundheitssituation im Gefängnis und den Umgang mit ethischen Problemen zu überwachen. So mahnt der Bericht des CPT über die Situation in Deutschland eine „höhere Unabhängigkeit der für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Beschäftigten an“ (zit. nach Pollähne 2007: 555).

Die gesundheitliche Versorgung im Übergang in den Justizvollzug und aus dem Justizvollzug heraus ist von mangelnder Kontinuität gekennzeichnet. So wird aus Hamburg berichtet, dass einer Reihe von Gefangenen das Überbrückungsgeld beim Antrag auf Arbeitslosengeld II (ALG II) angerechnet und somit das ALG II nicht bewilligt wurde. Damit bestand auch kein Krankenversicherungsschutz für diese Gefangenen nach der Entlassung (Bürgerchaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2012: 4). Die WHO empfiehlt mit der Moscow Declaration die Integration der Gesundheitsversorgung oder

zumindest enge Kooperation mit der Gesundheitsversorgung außerhalb (WHO Europe 2003), um diese Diskontinuitäten zu verringern.

Die Zuständigkeit der medizinischen Versorgung durch die Justiz hat eine Reihe von Auswirkungen auf die Durchführung der medizinischen Versorgung und die Umsetzung der Gesundheitsversorgung. Viele internationale ExpertInnen sehen daher in der engeren Kooperation mit extramuraler medizinischer Versorgung einen Schlüsselfaktor für eine bessere Versorgung in Haft (z. B. Gatherer, Moller und Hayton 2005: 1696). Eine Möglichkeit bestünde darin, den medizinischen Dienst aus der übrigen Anstaltsorganisation zu trennen, die unterschiedlichen Aufgaben des Arztes auch mit unterschiedlichen Personen zu besetzen, analog dem System von Betriebsarzt und behandelndem Arzt (Feest 2009: 43) oder aber die Gesundheitsfürsorge ganz dem Gesundheitsministerium zu unterstellen (z. B. Christie 2006; Larney und Dolan 2009: 111).

In Deutschland hat die Fraktion DIE GRÜNEN bereits 1986 eine Reform der medizinischen Versorgung im Strafvollzug mit einem Gesetzentwurf beantragt (Deutscher Bundestag 1986). Dieser Entwurf sah neben der Einbeziehung der Gefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung vor, eine freie Arztwahl aus dem Umkreis der JVA zu gewährleisten sowie den medizinischen Dienst der Justizvollzugsanstalten unter die Aufsicht der Landesgesundheitsbehörden zu stellen (ebd.). Die in diesem Gesetzentwurf enthaltenen Ansätze sind bis heute nicht umgesetzt worden.

In einigen europäischen Ländern hingegen unterliegt die Gesundheitsversorgung dem jeweiligen Gesundheitsministerium, z. B. in Frankreich, England und Norwegen. Eine Trennung von Gesundheitsversorgung und Justiz, wie sie u. a. in Norwegen praktiziert wird, schafft so eine Unabhängigkeit zwischen Justiz und Gesundheit, ebenso wie dort das Schulwesen, die Seelsorge und die Bücherei organisatorisch außerhalb des Justizvollzuges angesiedelt sind (Christie 2006: 66). In dem Schweizer Kanton Genf ist die intramurale medizinische Versorgung seit über dreißig Jahren unabhängig vom Justizvollzugssystem über die Universitätsklinik organisiert (Elger 2011). In Österreich werden die im Vollzug tätigen Ärzte und Ärztinnen nicht verbeamtet (Pont 2008: 233). Die Erfahrung in England zeigt, dass der rechtliche Anspruch und Stellung der Gefangenen durch die Umstellung verbessert wurde und allen PatientInnen außerhalb gleichgestellt ist (z. B. auch bei Organtransplantationen), das medizinische Personal die gleiche professionelle Unabhängigkeit besitzt wie Ärzte und Ärztinnen außerhalb, das Beschwerdesystem

über medizinische Behandlungen ist das Gleiche wie außerhalb (Stoller und Gatherer 2009: 106). Dennoch bleiben auch bei diesem Modell Probleme in der Praxis bestehen, wie etwa die Spannungen zwischen dem medizinischen und dem Sicherheitspersonal in den Gefängnissen aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen, welche zu erheblichem Stress führen können. Aber auch das eher schlechte Ansehen der Gefängnismedizin unter Professionellen und der Öffentlichkeit gehört dazu (ebd.). Nach Hayton et al. erfolgt eine Umorganisation der Verantwortlichkeit hin zum Gesundheitsministerium aus verschiedenen Gründen. Dazu gehören menschenrechtliche Argumente, wonach ein separates System der Gesundheitsversorgung eher Ungleichheit befördert (Hayton, Gatherer und Fraser 2010: 4). Daneben steht die Sorge um die mangelnde Qualität der intramuralen Gesundheitsversorgung angesichts der vielfältigen gesundheitlichen Problemlagen der Gefangenen im Fokus. Zudem gibt es vielerorts Probleme, ausreichend und gut qualifiziertes medizinisches Personal zu finden, und nicht zuletzt wird der Umgang mit den Rollenkonflikten des medizinischen Personals sowie der damit verbundenen Unterordnung von anstaltsspezifischen Zwängen für die MedizinerInnen benannt (a.a.O.: 5). Inwieweit internationale Richtlinien wie die Moscow Declaration (vgl. das folgende Kap. 3.2) tatsächlich Druck ausüben auf einzelne Länder, wie die Autoren behaupten, mag bezweifelt werden (ebd.). Mit einem Wechsel der Zuständigkeit werden folgende positive Effekte verbunden:

- standard of care provided to prisoners can be improved
- national health policy makers have a greater awareness of the specific health needs of prisoners
- recruitment and quality of staffing have improved;
- links with health services in the community are strengthened;
- and perhaps of real significance, resources for prison health improved in several countries which have made the move (Hayton, Gatherer und Fraser 2010: 6).

Dennoch bedeutet eine veränderte Zuständigkeit nicht automatisch eine verbesserte Versorgung der Gefangenen. Auch die extramurale Gesundheitsversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegt Restriktionen, finanziellen Grenzen und organisatorischen Problemen.

Argumente, die für einen Verbleib der Gesundheitsversorgung in der Justiz plädieren, haben eher einen pragmatischen Ansatz als prinzipielle Argumente (Coyle und Stern 2004: 115). Dazu gehört die Furcht vor unzureichender Versorgung der Gefangenen aufgrund nachrangiger Aufmerksamkeit durch

die öffentliche Versorgung, die Besonderheiten intramuraler Medizin und dafür benötigte spezielle Erfahrungen und Kenntnisse, auch könne eine Gesundheitsversorgung, die nicht der Gefängnisadministration unterstellt ist, als herausfordernd und schwierig angesehen werden, da sie nicht der Kontrolle der Institution unterliegen (ebd.). Weiterhin kann die Versorgung durch die Justiz und ihr besonderer Fürsorgeauftrag besser mit anderen Umständen des Vollzugs wie Ernährung und Bewegung verzahnt werden, wozu von außen angestellte MedizinerInnen evtl. weniger Einblick haben (Hayton, Gatherer und Fraser 2010: 6). Zudem können von außerhalb kommende Ärzte und Ärztinnen eher als Fremdkörper im System Strafvollzug wahrgenommen und entsprechend nicht in Planungen etc. eingebunden werden (ebd.).

Zur Verbesserung der intramuralen Gesundheitsversorgung wird in Deutschland die Etablierung einer systematischen, elektronisch basierten Gesundheitsberichterstattung diskutiert, wie sie beispielsweise in England und den Niederlanden existiert (Lehmann 2009: 272; Stöver 2008: 265). Diese wird von den Behörden jedoch als „entbehrlich“ (so die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2010: 37) beurteilt. Auch externe Public Health Beratung für den Justizvollzug wird diskutiert (z. B. McCallum 1995: 11). Zur reibungslosen Implementation von europäischem Recht in den einzelnen Mitgliedstaaten empfiehlt die „Mandelkern-Expertengruppe“ (2001) die Einrichtung bzw. Bestimmung einer zentralen und verantwortlichen Stelle (zit. nach Szukala 2012: 316). Insgesamt sind also die Kontroll- und Beschwerdemöglichkeiten über die intramurale medizinische Versorgung stark eingeschränkt und kaum unabhängig vom Justizvollzugssystem insgesamt.

3.1.4.2 Rollenkonflikte des Personals

Wie jedes Personal im Strafvollzug unterliegt auch das medizinische Personal dem Konflikt zwischen Hilfe und Kontrolle, der ein wesentliches Merkmal des Justizvollzugs ausmacht. Das Pflegepersonal wird regelmäßig aus dem Allgemeinen Vollzugsdienst rekrutiert und hat in dieser Funktion z. T. auch weiter Dienst auf den Abteilungen und gerät somit leicht in einen Rollenkonflikt; Einerseits sind sie als medizinisches Personal eingesetzt mit einem besonderen Vertrauensverhältnis und unterliegen der Schweigepflicht. Andererseits sind sie für die Sicherheit und Ordnung auf einer Abteilung zuständig, wo sie z. B. bestimmte Informationen über einzelne Gefangene nicht haben würden, wenn sie nicht im medizinischen Dienst tätig wären. Diese Bifunktionalität nach Hillenkamp (2006: 885) kann auch als Multi-

funktionalität für das ärztliche Personal beschrieben werden. Neben dem ärztlichen Heilauftrag sind die Ärztinnen und Ärzte Teil der Vollzugshierarchie mit Vollzugs- und Kontrollaufgaben. Dazu gehört auch, dass sie „für ausreichend gesunde Haftbedingungen zu sorgen“ (Flügge 2000: 269) haben. Dabei werden dann z. T. durch eine „Medizinalisierung des Vollzugsalltags“ (Riekenbrauck 2000: 278) die Bewilligung von Erleichterungen und Vergünstigungen, wie z. B. eine bessere Verpflegung, Genehmigung von Gegenständen, mehr Freistunden etc., in die Verantwortung des medizinischen Personals gelegt (ebd.). Zu den Rollen und Funktionen des Anstaltsarztes bzw. der Anstaltsärztin gehören (vgl. Ochmann 2011: 55):

- Hausärztin/-arzt der Gefangenen
- VollzugsmitarbeiterIn (Eingangsuntersuchung, Verpflegung beaufsichtigen, Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen, ärztliche Überwachung bei Fesselung oder Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum (bgH) / Arrest)
- BeraterIn der Anstaltsleitung
- Betriebsärztin/-arzt des Personals⁵¹
- Betriebsärztin/-arzt der Inhaftierten

Die durch diese Rollenvielfalt entstehenden Interessens- und Rollenkonflikte können zu Spannungen zwischen dem medizinischen Personal und den Gefangenen bzw. den anderen Berufsgruppen im Vollzug führen.⁵² Daneben können sie auch Unklarheiten über den Auftrag des medizinischen Personals aufkommen lassen. So lässt sich eine Gutachtertätigkeit von Anstaltsärztinnen und -ärzten nicht mit der ärztlichen Schweigepflicht vereinbaren (Keppler 2008a: 68). Sie wird aber immer wieder von Gerichten, Staatsanwaltschaften oder Strafverteidigerinnen gefordert (Flügge 2000: 268). Konflikte zwischen Arzt und Anstaltsleitung entstehen beispielsweise, wenn ärztliche Verordnungen von der Zustimmung der Leitung abhängen (z. B. die Verlegung in ein externes Krankenhaus oder längerer Aufenthalt an frischer Luft), und wenn Sicherheitsargumente ins Spiel gebracht werden, die ärztlichen Anordnungen entgegenstehen (Feest 2009: 31). Die Rollenkonflikte

51 Dies ist nicht grundsätzlich und in allen Anstalten der Fall.

52 Von den anderen Professionen im Vollzug wird das medizinische Personal zuweilen kritisch beäugt, da sie andere Ziele verfolgen und andere Maßnahmen ergreifen als der Rest der Institution. Von Gefangenen werden sie als Teil des Systems kritisch beäugt, von anderen MedizinerInnen als Exoten und Außenseiter betrachtet (Harding 1997: 23).

durch die duale Loyalität können explizit oder implizit, real oder wahrgenommen sein, sie führen zu Problemen (Pont, Stöver und Wolff 2012).

Die Beteiligung des Arztes/der Ärztin an Sicherungs-, Disziplinar- und Zwangsmaßnahmen im Justizvollzug ist Teil ihrer Aufgabe. Dazu gehört, dass Gefangene im besonders gesicherten Haftraum (bgH) von dem/der Anstaltsarzt/ärztin aufzusuchen sind (§92 StVollzG) sowie vor der Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen (§91 StVollzG), ähnlich vor der Vollstreckung von Arrest (§107 StVollzG). Solche ärztliche Mitwirkung widerspricht jedoch dem primären ärztlichen Auftrag, welcher in Hilfe und Behandlung besteht (vgl. z. B. Feest 2009: 39). Auch die Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit und Vollzugstauglichkeit der Gefangenen sowie die Zugangsuntersuchung durchzuführen, gehört zu den anstaltsärztlichen Aufgaben (Feest 2009: 37). Das Primat der Medizin wird durch die Rollenkonflikte und „Trifunktionalität“ des Arztes erschwert, da der Anstaltsarzt gleichzeitig auch der Berater des Anstaltsleiters in gesundheitsrelevanten Belangen und zudem „eine Art Sachverwalter der öffentlichen Gesundheit und Hygiene im Gefängnis“ (Feest 2009: 30) ist. Zugleich verhilft dieses umfangreiche Aufgabenspektrum und der Einbezug der Anstaltsmedizin in solche Maßnahmen dem Strafvollzug zu einer weiteren Legitimierung (vgl. z. B. Singhartinger 1987: 88).

Um zumindest einige der potentiellen Rollenkonflikte zu entschärfen, plädieren verschiedene AutorInnen für eine Aufgabentrennung in die medizinische und hausärztliche Versorgung sowie in die vollzuglich geforderten ärztlichen Aufgaben. Nach Pont (2009) sollte der anstaltsmedizinische Dienst einige Aufgaben wie Leibesvisitationen, Drogentests, Erstellung forensischer Gutachten oder Atteste über die medizinische Tauglichkeit für disziplinar verhängte Strafverschärfung, wenn diese die Gesundheit des Inhaftierten bedroht, nicht durchführen, um Rollenkonflikte zu vermeiden. So können Gutachtertätigkeiten für das Gericht beispielsweise abgelehnt werden (Keppler 2008a: 68). Im Vollzugsalltag ist eine komplette Trennung der verschiedenen ärztlichen Aufgaben derzeit nicht möglich.

3.1.4.3 Arzt-/Ärztin-PatientIn-Verhältnis

Das besondere Setting der Haft und die Organisation der gesundheitlichen Versorgung beeinflussen das Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn bzw. generell zwischen dem Fachpersonal und den Gefangenen. Denn dieses Verhältnis kommt nicht freiwillig zustande. Die Gefangenen befinden sich in

einem Abhängigkeitsverhältnis zu Staat und Anstaltsmedizin (Lesting und Stöver 2012: 381). Durch die fehlende freie Arztwahl sind die Ärztinnen und Ärzte ZwangsansprechpartnerInnen für die Gefangenen (Keppler 2008a: 47), die Vertrauensbasis ist somit belastet. Es kann zu Misstrauen auf Seiten der Gefangenen bezüglich der Verschwiegenheit, der beruflichen Unabhängigkeit und Qualifikation kommen (Pont 2008). Das medizinische Personal kann von den Gefangenen als Teil des gegnerischen Systems (Legat 2009: 44) wahrgenommen werden. Die Macht der Gefängnisärztinnen und -ärzte, über eine Überweisung an extramurale Dienste zu entscheiden, ist ebenfalls gefängnistypisch. Die Kontaktaufnahme durch die Gefangenen erfolgt nicht unbedingt freiwillig (z. B. bei der Eingangsuntersuchung), so dass gegenseitiges Misstrauen die Folge sein kann (Lesting und Stöver 2012: 383). Das Vertrauen in die Anstaltsmedizin wird auch durch die Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen (Unterbringung im bgH, medizinische Unbedenklichkeitsuntersuchung zu Arrest, Haftfähigkeitsdiagnose, Durchführung von Drogentests, etc.) beeinträchtigt. Gefängnismedizin ist generell gekennzeichnet durch die fehlende Autonomie der PatientInnen/Inhaftierten. Die Freiwilligkeit der Gefangenen kann durch die anstaltspezifischen Gegebenheiten und Zwänge und der damit verbundenen Angst vor Stigmatisierung und Benachteiligungen beeinträchtigt sein, so beim Thema HIV oder anderen von der Anstalt als bedrohlich wahrgenommenen Krankheiten wie TB.

So wie die Gefangenen keine freie Arztwahl haben, können auch die Ärztinnen und Ärzte nicht ihre PatientInnen „wählen“ bzw. an andere KollegInnen verweisen (McCallum 1995: 8). Die PatientInnen im Vollzug werden „verbreitet als problematisch beschrieben“, als

„recht pauschal der Simulation und Wehleidigkeit, der Arbeitsunlust und des Hangs zum Medikamentenmissbrauch bezichtigt, nicht selten als undankbar und aggressiv gegenüber einem in erster Linie als Repräsentanten der ‚feindlichen Institution‘ gesehenen Arzt beschrieben“ (Hillenkamp 2005: 13f.).

Gefangene versuchen, „etwa durch tatsächliche oder vorgeschobene Krankheitssymptome Vergünstigungen zu erhalten“ (Lesting und Stöver 2012: 383), was wiederum Misstrauen auf Seite der Ärztinnen und Ärzte hervorrufen kann.

3.1.4.4 Ärztliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch im Justizvollzug. Jedoch bestehen Einschränkungen dieser Schweigepflicht, und zudem unterliegt die Einhaltung einigen Herausforderungen. Nach §182(1) StVollzG dürfen personenbezogene Daten aus ärztlichen Untersuchungen in der Anstalt nicht allgemein kenntlich gemacht werden. Doch andererseits ist „der Arzt zur Offenbarung ihm im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge bekannt gewordenen Geheimnisse befugt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist“ (§ 182(2) StVollzG). Eine solche Offenbarungsbefugnis bedeutet eine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht. Diese ist zwar grundlegendes Prinzip medizinischer Ethik, wird jedoch bedroht bei Interessen Dritter, hier der Justiz (Keppler 2008a: 66). Gesundheitsakten dürfen nur vom medizinischen Personal und dem entsprechenden Gefangenen eingesehen werden (bzw. von diesem Beauftragte), nicht jedoch von anderen Teilen der Justiz, und sind deshalb getrennt von der Gefangenenpersonalakte (GPA) zu führen (ebd.: 68). Aufgrund des totalen Charakters des Strafvollzugs und damit verbundener Möglichkeit von Gewalt wird argumentiert, dass Gefangene ein größeres Recht auf Privatheit haben als außerhalb (z. B. MacDonald 2006: 216), in der Praxis ist jedoch das Gegenteil der Fall.

Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist im Justizvollzug schwierig umzusetzen. Auf der praktischen Ebene können beispielsweise die Behandlung von Infektionskrankheiten oder die Substitutionsbehandlung mit einem täglichen Arzttermin verbunden sein, so dass andere Gefangene und das Personal zumindest wissen, dass diejenige Person sich in einer regelmäßigen Behandlung befindet. Darüber hinaus verlangt das Personal (insbesondere der AVD) aus Sicherheitsgründen über den Infektionsstatus bezüglich HIV in Kenntnis gesetzt zu werden (Stöver und Lines 2006). So kommt es zur Datenweitergabe über den HIV-Status des Arztes an die Anstaltsleitung und z. T. an das EDV-System/Akte („infektiös“) in Sachsen, Schleswig-Holstein, Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen (Knorr 2012). Auch die doppelte Rollenfunktion der Ärztin und des Arztes im Vollzug als Vertrauensarzt/-ärztin der Gefangenen und als Mitglied des Vollzuges kann zu Schwierigkeiten beim Arztgeheimnis führen, wenn das ärztliche Personal Kenntnisse aus der einen Funktion in der anderen Funktion nutzt, z. B. bei der Feststellung von Arresttauglichkeit medizinische Daten des Gefangenen,

die aus seiner ärztlichen Tätigkeit herrühren, verwendet.⁵³ Haben Gefangene Zweifel an der Einhaltung der Schweigepflicht, kann dies auch (evtl. negative) Konsequenzen auf ihr Verhalten und ihre Mitteilungs- und Beteiligungsbereitschaft gegenüber dem medizinischen Dienst haben (MacDonald 2006; Tag 2005), indem sie aus Furcht vor Weitergabe und mangelnder Vertraulichkeit sowie daraus folgender Diskriminierung/Stigmatisierung durch das Personal oder andere Gefangene ihren HIV-Status verschweigen oder einen Test aus diesen Gründen ablehnen.

Bedienstete fühlen sich häufig verunsichert und haben Angst vor einer möglichen Ansteckung, wenn sie nicht wissen, welche Inhaftierten infiziert sind, und in einigen Bundesländern ist auf Akten der Vermerk „Blutkontakt meiden“ notiert, welcher i.d.R. auf eine HIV- oder HCV-Infektion hindeutet.⁵⁴ Vertraulichkeit des medizinischen Personals ist für Gefangene von großer Bedeutung, doch die jeweiligen Richtlinien werden je nach Anstalt bzw. Land durchaus unterschiedlich interpretiert (MacDonald 2006: 210). Wenn Gefangene anderen Gefangenen oder dem (nicht-medizinischen) Personal ihren HIV- oder HCV-Status mitteilen, sollten daraus keine Nachteile für sie entstehen. Die Vertraulichkeit gerade bezüglich des HIV- oder HCV-Status kann in der geschlossenen Situation des Gefängnisses auch deshalb schwierig aufrecht zu erhalten sein, weil diese Gefangenen evtl. umfangreiche Medikamente einnehmen oder sehr regelmäßig beim medizinischen Dienst vorstellig werden, was sowohl dem Personal als auch anderen Gefangenen auffallen kann.

Eine Möglichkeit, bessere Vertraulichkeit und Schweigepflicht zu ermöglichen, kann die Überführung der medizinischen Versorgung an die extramurale Gesundheitsversorgung sein (z. B. MacDonald 2006: 216).

53 Für eine detaillierte Ausführung zur Schweigepflicht s. Tag (2005).

54 Eine solche Maßnahme führt allerdings zu einem falschen Sicherheitsgefühl, da im Umkehrschluss die Bediensteten davon ausgehen, alle anderen Gefangenen seien nicht infiziert, und hier müssten keine „besonderen Sicherheitsvorkehrungen“ getroffen werden. Dies ist sowohl aufgrund der großen Zeitspanne zwischen Infektion und Testnachweis von mehreren Wochen sowie der möglichen Verweigerung/Nichtbekanntgabe bei anderen Inhaftierten kontraproduktiv, insbesondere auch, um eine Diskriminierung einzelner Gefangener zu verhindern und eine Gleichbehandlung aller sicherzustellen (MacDonald 2006: 208).

3.2 Internationale Richtlinien zur intramuralen Gesundheitsversorgung

Eine Reihe von internationalen Konventionen, Vereinbarungen, Richtlinien, Deklarationen und Empfehlungen umfassen Standards und Regeln für Gefängnisse und die Gesundheitsversorgung in Gefängnissen. Internationale Organisationen und Körperschaften wie die Vereinten Nationen (inkl. der Unterorganisationen wie UNODC oder UNAIDS), die Weltgesundheitsorganisation (WHO), und auf europäischer Ebene der Europarat und das „European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“ (CPT) verfassten eine Fülle an Dokumenten. Tabelle 2 bietet eine Übersicht solcher relevanter internationaler Dokumente in chronologischer Reihenfolge, die im Anschluss ausschnittsweise mit ihrem Bezug zur Gesundheitsversorgung und zu DrogenkonsumentInnen erläutert werden.

Tab. 2 Übersicht ausgewählter internationaler Richtlinien, Konventionen, Deklarationen und Empfehlungen zu Gesundheitsversorgung in Haft

Jahr	Organisation	Titel
1948	UN	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
1955	UN	Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners
1979	International Council of Prison Medical Services	Oath of Athens
1982	UN	Principles of Medical ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
1987	UN	Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading Treatment or Punishment
1987/2006	Council of Europe	European Prison Rules (Europäische Strafvollzugsgrundsätze)
1989	UN	Body of Principles for the protection of persons under any form of detention or imprisonment
1990	UN	Basic Principles for the Treatment of Prisoners
1992	CPT	3 rd General report on the CPT's activities
1998	Council of Europe	Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prisons

1999	Council of Europe	Recommendation No.R (99) 22. Prison overcrowding and prison population inflation
2001	PRI	Making standards work. An international handbook on good prison practice
2002	Council of Europe, CPT	Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
2003	WHO Europe	Moscow Declaration: Prison health as part of public health
2004	European Parliament (EU)	The rights of prisoners in the European Union. European Parliament recommendation to the Council on the rights of prisoners in the European Union (2003/2188(INI))
2006	Council of Europe	Recommendation No. R (2006) 2 on the European Prison Rules
2009	UNODC, WHO Europe	Kyiv Declaration on Women's Health in Prison
2009	Council of Europe	Resolution 1663(2009) Women in prison

Nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden internationale Vereinbarungen zu universellen Menschenrechten. Ein zentrales Dokument ist dabei die 1948 von den Vereinten Nationen verabschiedete „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ (United Nations 1948). Für den Bereich des Justizvollzuges ist hier insbesondere der Artikel 5 von Bedeutung. Demnach sind „Folter oder grausame, unmenschliche bzw. erniedrigende Behandlung oder Strafe“ untersagt, wörtgleich auch die europäischen Menschenrechtskonvention in Artikel 3 (Council of Europe 1950). Doch gab es lange Zeit keine verbindlichen Definitionen, welche Art von Behandlung oder Strafe konkret unter diesen Artikel fällt (vgl. Morgenstern 2008).

Die ersten internationalen Richtlinien zum Justizvollzug waren die 1955 von dem Kongress der Vereinten Nationen verabschiedeten „Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners“. Im Abschnitt über den medizinischen Dienst (Satz 22ff.) heißt es u. a., dass in jeder Anstalt ausreichend medizinisches Personal erreichbar sein muss und dass dieses auch psychiatrisch geschult sein soll. Zudem wird eine enge Zusammenarbeit mit der Gesundheitsversorgung außerhalb des Vollzuges angemahnt. Auch die potentiell gesundheitsgefährdenden Umstände der Inhaftierung werden angesprochen, Aufgaben des medizinischen Personal konkretisiert und einzelne Gesund-

heitsbereiche, insbesondere für Frauen/Mütter, psychische Krankheiten und Zahngesundheit geregelt (United Nations 1955).

Der „Oath of Athens“ (International Council of Prison Medical Services 1979) dient als Grundlage vieler Richtlinien und Konventionen, indem er in Anlehnung an den Eid des Hippokrates die Verantwortung von Gefängnis-ärzten und -ärztinnen für die bestmögliche Behandlung aller Gefangenen verdeutlicht (vgl. Penal Reform International 2001; Pont 2009). Er besteht aus den fünf folgenden Grundsätzen (International Council of Prison Medical Services 1979):

1. “To abstain from authorizing or approving any physical punishment.
2. To abstain from participating in any form of torture.
3. Not to engage in any form of human experimentation amongst incarcerated individuals without their informed consent.
4. To respect the confidentiality of any information obtained in the course of our professional relationships with incarcerated patients.
5. That our medical judgements be based on the needs of our patients and take priority over any non-medical matters.”

Der Europarat (Council of Europe) hat in der Zeit von 1962 bis 2003 insgesamt 32 Empfehlungen zum Kontext Strafvollzug verabschiedet (Morgenstern 2008: 39), die sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen. Von zentraler Bedeutung sind die European Prison Rules (EPR), die das Ministerkomitee des Europarates (47 Mitgliedsstaaten) erstmals 1973 verabschiedet und 1987 grundlegend überarbeitet hat (Council of Europe 1987). Im Jahr 2006 sind sie in einer abermals überarbeiteten Fassung erschienen (Council of Europe 2006). Die EPR gehen in einigen Punkten über das deutsche StvollzG hinaus (Feest 2006: 259). Insgesamt wurde in den neuen europäischen Strafvollzugsgrundsätzen auf das Thema Menschenrechte im Justizvollzug besonderes Augenmerk gelegt. Dieses wird deutlich in den Grundprinzipien (vgl. Dünkel 2010a), in denen auf die Menschenrechte der Gefangenen hingewiesen wird und die Angleichung der Lebensbedingungen an die positiven Aspekte des Lebens in der Gesellschaft gefordert wird. Zudem wird Mittelknappheit als Rechtfertigung für unzulängliche Vollzugsbedingungen zurückgewiesen, da diese den Menschenrechten zuwiderlaufen. Weiterhin wird die besondere Bedeutung des Personals hervorgehoben und insgesamt mehr Kontrolle durch unabhängige Gremien gefordert (Dünkel 2010a: 204). Der dritte Abschnitt der European Prison Rules beschäftigt sich mit dem Thema Gesundheit (Rules Nr. 39-48), wobei in den Abschnitten zu Ernährung und Unterbrin-

gung auch implizit Gesundheitsfragen angesprochen werden. Bereits in der Version von 1987 wird bei den Grundprinzipien die Erhaltung der Gesundheit und des Selbstrespekts als Behandlungsziel genannt (Council of Europe 1987: Satz 3). Unterschiede zwischen der alten und der neuen Fassung der European Prison Rules werden in der Überschrift des jeweils die Gesundheit betreffenden Abschnitts deutlich. Heißt es 1987 noch „Medical Services“ (mit sieben Punkten), spricht man 2006 von „Health“ (neun Punkte). Der Fokus hat sich also erweitert auf eine ganzheitlichere Sichtweise. Zugleich ist die neuere Fassung ausführlicher, auch mit mehr Unterpunkten versehen (vgl. Council of Europe 1987; Council of Europe 2006). Die European Prison Rules sind für die Gesetzgebung insbesondere in den mittel- und osteuropäischen Ländern von Bedeutung (Dünkel 2010a: 207). Deutschland hat sich zur Einhaltung der EPR verpflichtet, sie stellen zwar rechtlich ein sogenanntes soft law dar, bilden aber dennoch bindende Maßstäbe für den deutschen Gesetzgeber (Müller-Dietz 2008: 25). So hat sich das Bundesverfassungsgericht bei Entscheidungen auf internationale Standards wie die European Prison Rules berufen (s. Morgenstern 2008: 50).

In Tabelle 3 werden internationale Dokumente aufgeführt, die sich schwerpunktmäßig auf Drogen und/oder Infektionskrankheiten im Vollzug beziehen.

Tab. 3 Übersicht ausgewählter internationaler Dokumente mit den Schwerpunkten Drogen und Infektionskrankheiten

Jahr	Organisation	Titel
1993	WHO	Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons
1993	Council of Europe	Recommendation No. R (93) 6. Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison
2000	World Medical Association (WMA)	Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases
2003	Council of Europe	Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence (2003/488/EC)
2006	UNODC, WHO, UNAIDS	Framework for an effective national response to HIV/AIDS in prisons
2009	UNODC, WHO	Policy Brief. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings

Internationale Organisationen wie die WHO, UNODC, UNAIDS und Prison Reform International (PRI) erarbeiten Leitlinien und Empfehlungen, die sich mit der Gesundheitsversorgung in Haft allgemein bzw. DrogenkonsumentInnen im Besonderen befassen. Die UNODC und WHO haben 2009 eine gemeinsame Stellungnahme über HIV-Tests und -beratung im Justizvollzug herausgegeben, in dem sie die Relevanz von Test- und Beratungsmöglichkeiten betonen, gleichzeitig die zwangsweise Testung sowie separate Unterbringung von HIV-Infizierten strikt ablehnen (UNODC und WHO 2009a). Zudem sehen sie Testen und Beratung als Teil einer umfassenden Strategie zur HIV-Bekämpfung, welche auch schadensminimierende Maßnahmen wie Kondom- und Spritzenvergabe sowie Behandlung und Betreuung umfasst, und eine enge Kooperation mit dem Gesundheitssystem außerhalb vorsieht (ebd.).

Einige Empfehlungen des Europarates befassen sich mit einzelnen Maßnahmen oder Zielgruppen. So empfiehlt er die Bereitstellung der gleichen Maßnahmen der Schadensminimierung wie außerhalb auch für Gefängnisse bereit zu halten, inklusive Spritzentausch (Council of Europe 2003: Rec. No. 8). Vor dem Hintergrund steigender Zahlen von weiblichen Inhaftierten in vielen europäischen Ländern hat der Europarat im Jahr 2009 eine Resolution zu Frauen im Gefängnis herausgegeben (Council of Europe und Parliamentary Assembly 2009). Diese geht auf spezielle Problemlagen und Anforderungen des Frauenvollzuges wie wohnortferne Unterbringung, Schwangerschaft, Mütter und Kinder im Vollzug, Beschäftigung und Behandlungsmöglichkeiten ein. Insbesondere vor dem Hintergrund hoher Zahlen von Drogenkonsumentinnen und psychischen Problemen unter weiblichen Inhaftierten mahnt die Resolution eine Reduzierung der Anzahl weiblicher Inhaftierter und somit eine Inhaftierung von Frauen nur in unumgänglichen Fällen und bei sehr schweren Straftaten an (ebd.). In der Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug wird festgestellt,

„dass der Umgang mit Straftäterinnen in den heutigen Strafvollzugssystemen oft deren grundlegenden Bedürfnissen gesundheitlicher und anderer Art nicht gerecht wird und somit erheblich hinter dem zurückbleibt, was die Menschenrechte, die anerkannten internationalen Empfehlungen und die soziale Gerechtigkeit gebieten“ (UNODC und WHO Europe 2009a: 1).

Das europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) wurde 1989 gegründet. Die

2002 erstellten und zuletzt 2011 überarbeiteten Standards stellen sieben essentielle Prinzipien für die Gesundheitsversorgung von Gefangenen in den Mittelpunkt (CPT 2011: 38):

1. "Access to a doctor
2. Equivalence of care
3. Patient's consent and confidentiality
4. Preventive health care
5. Humanitarian assistance
6. Professional independence
7. Professional competence."

Wie in den bisherigen Ausführungen (insbesondere Kap. 3.1.2 und 3.1.3) dargestellt, werden diese Prinzipien im deutschen Justizvollzug nicht vollständig erfüllt. So ist beispielsweise der Zugang zu ärztlichem Personal zwar insgesamt gegeben, kann jedoch insbesondere am Wochenende, nachts oder in kleinen JVAen eingeschränkt sein. Die ärztliche Schweigepflicht und die Selbstbestimmung und Einwilligung der Gefangenen in medizinische Maßnahmen ist im Strafvollzug durch die Offenbarungsbefugnis sowie die strukturellen Rahmenbedingungen des Vollzugs ebenfalls eingeschränkt. Präventive Maßnahmen sind wie das Beispiel Spritzenvergabe zeigt, unzureichend umgesetzt. Durch die Organisation der medizinischen Versorgung im Justizvollzug und daraus entstehende Rollen- und Aufgabenkonflikte ist die professionelle Unabhängigkeit des medizinischen Personals beschnitten. Zusammenfassend ist somit die Umsetzung der genannten Grundprinzipien des CPT in Deutschland nicht in vollem Umfang gegeben.

Auch die EU hat im Jahr 2004 Richtlinien zu den Rechten von Gefangenen herausgegeben, die u. a. die unzureichende Durchführung der Gesundheitsversorgung thematisieren (s. European Parliament 2004). Es wird eine „European Prison Charter“ gefordert, die die Rechte von Gefangenen regelt, u. a. das Recht auf Gesundheit im Rahmen der allgemeinen Haftbedingungen sowie den Zugang zu interner und externer medizinischer Versorgung. Ein Fokus liegt auf dem Bereich Resozialisierung und einer Angleichung der Haftbedingungen, welches u. a. Ausdruck findet in der Forderung nach einem Recht auf Sexualität und emotionale Bindungen, sowie die Forderung, soweit wie möglich offenen Vollzug zu praktizieren und Haftalternativen umzusetzen (European Parliament 2004).

Ein weiteres relevantes Dokument ist die „Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia“, welche 2004 von den 53 Ländern aus der WHO Europe Region unterzeichnet wurde (WHO Europe und UNAIDS 2008). Die Dublin Declaration besteht aus insgesamt 33 Aktionen in 15 thematischen Kapiteln zur Prävention, Bekämpfung, Behandlung von HIV und AIDS. Das Dokument bezieht sich zwar nicht explizit auf das Gefängnis, es lassen sich jedoch einige Aspekte übertragen, wenn Gefangene z. B. als eine der gefährdeten Gruppen betrachtet werden, denen besondere Aufmerksamkeit und konkrete Aktionen zukommen sollten (WHO Europe und UNAIDS 2008: 223). Um auf das Fehlen des Gefängniskontextes aufmerksam zu machen und in den Fokus zu rücken, wurde am gleichen Tag wie die „Dublin Declaration“ von einer Reihe internationaler ExpertInnen die „Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia“ (Lines et al. 2004a) veröffentlicht. Diese beinhaltet acht Prinzipien zur HIV-Bekämpfung in Gefängnissen sowie in elf Artikeln Aktionen zur Umsetzung. Vier Jahre nach der Dublin Declaration entspricht der Umfang und die Qualität von HIV Prävention, Behandlung und Versorgung in europäischen Gefängnissen weder dem Bedarf, dem Angebot, welches extramural vorgehalten wird, oder der Verpflichtung der Staaten bei der Unterzeichnung der Dublin Declaration (WHO Europe und UNAIDS 2008: 229). So gab es konkrete Vereinbarungen, dass bis 2005 der universelle Zugang zu Prävention und Behandlung (inkl. antiretrovirale HIV-Behandlung) gewährleistet sein soll (Action 21), dies ist in dem Umfang noch nicht geschehen (ebd.). Auch umfangreiche und vielfältige Präventionsangebote sind in Haft nicht hinreichend und wie beschlossen bis 2010 für 80% aller Gefangenen umgesetzt (Action 9), hier kann der Spritzentausch als augenfälligstes Beispiel angeführt werden (ebd.).

Eine weitere grundlegende Stellungnahme ist die Moskauer Erklärung mit dem Titel „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ (WHO Europe 2003). Diese wurde auf einer von der WHO organisierten, internationalen Tagung im Jahr 2003 verabschiedet. In dieser Erklärung wird darauf aufmerksam gemacht, dass „Gesundheit im Strafvollzug ein integraler Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens eines jeden Landes sein muss“. Somit wird eine umfassende Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Gesundheitssystemen und denen des Strafvollzugs empfohlen und insbesondere auf die Problematik von Infektionskrankheiten hingewiesen (WHO Europe 2003).

Im Jahr 2006 wurde die „Lisbon Agenda for Prisons“ von der European AIDS Treatment Group (EATG) und weiteren Organisationen im Rahmen eines internationalen Symposiums als Strategie-Erklärung verabschiedet (EATG und GAT 2006). Eine Reihe von Maßnahmen werden empfohlen mit dem Ziel drogenbezogene Probleme zu minimieren. Die empfohlenen Maßnahmen umfassen solche zur Senkung der Nachfrage nach Drogen (diversifizierte Behandlungsmöglichkeiten und Haftalternativen), Maßnahmen zur Reduktion und Prävention von Infektionskrankheiten, zur Nachsorge sowie zur besseren Implementierung von Drogenhilfe und Infektionsprophylaxe-Angeboten (ebd.).

Eine weitere Stellungnahme ist die Erklärung von Trenčín, ebenfalls unter der Regie der WHO Europe entwickelt, zur psychischen Gesundheit im Strafvollzug (WHO Europe 2008). Hier geht es um die „dringende Notwendigkeit einer eingehenden Befassung mit den psychischen Gesundheitsproblemen der Insassen von Haftanstalten“, und die Warnung, dass Haftanstalten immer mehr zu psychiatrischen Anstalten werden, in denen die Hilfe- und Behandlungsangebote begrenzt seien (WHO Europe 2008). Ein weiterer Problembereich wird in der geschlechtergerechten Versorgung zu Ungunsten von Frauen gesehen, so die UNODC in der Erklärung von Kiew. Demnach bleibe die Versorgung von inhaftierten Frauen „erheblich hinter dem zurück [...], was die Menschenrechte, die anerkannten internationalen Empfehlungen und die soziale Gerechtigkeit gebieten“ (UNODC und WHO Europe 2009a: 1).

Die Tradition, auf wichtigen internationalen Kongressen zum Thema Gesundheit in Haft eine Erklärung zu verabschieden, wurde 2010 in Madrid fortgesetzt. Die „Empfehlung von Madrid: Gesundheitsschutz in Haftanstalten als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens“ (WHO 2010) mahnt die Umsetzung der verschiedenen Leitlinien, Maßnahmen und Programme an, die von internationalen anerkannten Organisationen wie WHO und UNODC erarbeitet wurden. Dazu gehören die weitestmögliche Nutzung von Haftalternativen, Beratung und Behandlung bei Infektionskrankheiten, Schadensminderung, kontinuierliche Versorgung nach Haftantritt und Entlassung sowie Schulung aller Bediensteten zu gesundheitlichen Themenbereichen (s. WHO 2010).

Der „WHO Health in Prison Guide“ (Møller et al. 2007) stellt umfangreiche Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung in Haft und notwendige Veränderungen zusammen. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes zur Gesundheits-

versorgung bezieht er sich auf internationale Leitlinien und betont die Verantwortung und Aufgaben der verschiedenen Ebenen (a.a.O.: 1ff.):

- Political leadership
- Management leadership
- Leadership by each member of the staff
- Leadership of health care personnel

sowie darüber hinaus die Rolle der Gefangenen und der Kooperation mit lokalen Einrichtungen (wie Bewährungshilfe, soziale Dienste, Ehrenamtliche) zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Gefängnisses (ebd.).

Die Umsetzung der diversen Richtlinien, Konventionen, Empfehlungen und Deklarationen ist in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung und -förderung unvollständig, nicht zuletzt verweisen viele der hier vorgestellten Leitlinien darauf, dass eine stringenter und umfassendere Umsetzung des Bestehenden notwendig sei und Maßnahmen zur Umsetzung gefordert werden. So betont die Europäische Kommission z. B. für den Bereich Harm Reduction:

“Almost all Member States have implemented measures to prevent infectious diseases among drug users in prisons. However, harm reduction interventions in prisons within the European Union are still not in accordance with the principle of equivalence adopted by UN General Assembly, UNAIDS/ WHO and UNODC, which calls for equivalence between health services and care (including harm reduction) inside prison and those available to society outside prison. Therefore, it is important for the countries to adapt prison-based harm reduction activities to meet the needs of drug users and staff in prisons and improve access to services. The continuity of these services, including quality and access, should be ensured after release from prison“ (Commission of the European Communities 2007: conclusion Nr. 5).

Viele der internationalen Richtlinien wie z. B. die European Prison Rules sind in Deutschland kaum bekannt (Feest 2006: 259). Dies kann teilweise daran liegen, dass viele dieser internationalen Dokumente nicht in deutscher Sprache vorliegen (ebd.). Ein bedeutenderes Problem von einem Teil der internationalen Leitlinien, Empfehlungen und Richtlinien ist die fehlende rechtliche Verbindlichkeit, so dass die Umsetzung und Kontrolle nicht oder nur beschränkt rechtlich eingefordert werden kann. Sogenanntes „soft law“ kann als „law in the books“ ein Dasein fristen, ohne als „law in action“ umgesetzt zu werden (Morgenstern 2008: 45). Zudem werden bestimmte Prinzipien wie das Äquivalenzprinzip eher als „ideale Forderungen, die nach

Möglichkeit in staatlichen Vorschriften verrechtlicht und deren Umsetzung in der Praxis dann ständig überprüft und eingefordert werden muss“ (Feest 2009: 30) verstanden. Eine Kontrolle der Umsetzung findet auf europäischer Ebene durch den europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) statt, sowie andererseits durch die Berichte des CPT an die einzelnen Staaten, die sich beide auf die EPR beziehen (ebd.).

3.3 Drogenhilfe im Strafvollzug

Der Umgang mit DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug vollzieht sich zwischen den Zuschreibungen „krank“ und „kriminell“, so dass verschiedene Rollen bzw. Identitäten existieren: die zu bestrafenden „Kriminellen“, die zu behandelnde „Drogenabhängigen“, die hilfebedürftige Person, die auffällige Person, manchmal auch die mündige Person. Drogenhilfe im Vollzug wirkt nicht nur im Sinne ihrer jeweiligen Ziele (Abstinenz, Schadensminimierung, etc.), sondern auch zur Bildung bestimmter Identitäten. Die generelle Herangehensweise des Justizvollzuges an „das Drogenproblem“ wird bestimmt von Abstinenzorientierung und Kontrolle. So werden die Ziele mit „Verfestigung der Sucht entgegenzuwirken und Abstinenzverhalten zu stabilisieren“ (Thiel 2013: 19) benannt. Der Fokus der drogenbezogenen Angebote und Maßnahmen liegt ganz überwiegend auf abstinenzorientierten Angeboten, schadensminimierende Maßnahmen werden weitaus weniger regelmäßig umgesetzt (z. B. Zurhold und Haasen 2005: 139). Die Behandlung einer Abhängigkeit steht zudem als zweitrangiges Ziel dem ordnungsgemäßen Ablauf des Anstaltslebens gegenüber (Jacob und Stöver 2000: 66). Kontrollaspekte unterminieren Hilfeangebote im Justizvollzug.⁵⁵ So wird jeder nachgewiesene Konsum in Haft mit Disziplinarmaßnahmen oder erzieherischen Maßnahmen geahndet (z. B. Thiel 2013: 21), anstatt darin den Ausdruck eines hilfebedürftigen Verhaltens zu sehen, wie es die Lesart von Drogenkonsum als Krankheit implizieren würde. Weitere Aspekte, die Behandlungsmöglichkeiten im Vollzug erschweren, sind „the prison regime and culture; the atti-

55 In Dänemark wird beispielsweise seit 2007 vermehrt Behandlung auch mit verschärften disziplinarischen Sanktionen verbunden, wenn KonsumentInnen keiner Behandlung zustimmen, so dass eine Behandlung z. T. aus Angst vor Sanktionen angetreten wird. Dieses System verschärft die Spannungen zwischen Behandlung und Bestrafung weiter und ergibt eine Zweiklassenstrategie zwischen Behandlungswilligen und -unwilligen (Kolind, Frank und Dahl 2010).

tudes of staff towards drug use and drug users, and the relationship between officers and prisoners” (McIntosh und Saville 2006: 230).⁵⁶

Steht in der Bearbeitung des Drogenkonsums der Krankheitsaspekt des Konsums im Vordergrund, so wird die Sinnhaftigkeit der Kriminalisierung bzw. der Inhaftierung von DrogenkonsumentInnen stark bezweifelt. Die Überzeugung, dass DrogenkonsumentInnen eigentlich nicht in den Strafvollzug gehören, ist weit verbreitet (Jacob und Stöver 2000: 65), die Realität spricht jedoch eine andere Sprache, nach wie vor ist der Anteil an DrogenkonsumentInnen im Vollzug hoch, Alternativen werden bestenfalls modellhaft umgesetzt.⁵⁷ Bereits in den 1920er Jahren gab es Zweifel an der Tauglichkeit, Drogen“abhängige“ zu inhaftieren: “Prison physicians and other officials believe that imprisonment offers little hope of effecting a cure for this condition [drug addiction, K.T.] and they strongly urge the removal of the drug addict from his present prison environment with segregation in a different type of institution [...]” (Rector 1929: 14). Alternativen zum Vollzug (wie Therapie- und Behandlungsangebote) haben sich bezüglich DrogenkonsumentInnen als kostengünstiger bezüglich der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden des Drogenkonsums herausgestellt (WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 7). Auch UN-Stellen mahnen Reformen zur Reduzierung der Inhaftierten, insbesondere von DrogenkonsumentInnen an (UNODC und WHO 2006: 14).

Die Bedarfe von Drogenkonsumenten sind unterschiedlich und komplex. Daher gibt es keine universell überlegene Intervention (Wheatley 2007: 414). Zudem sind Genderunterschiede zu berücksichtigen. Inhaftierte Frauen sind wahrscheinlich eine größere Herausforderung als Männer für das Behandlungssystem, da bei ihnen multiple und komplexe Problembereiche vorliegen (Langan und Pelissier 2001). Geschlechtssensible Strafjustiz ist notwendig zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Umstände (UNODC und WHO Europe 2009a: 49). Weibliche Gefangene weisen teilweise andere Bedarfe auf als männliche, insbesondere in den Bereichen Substanzkonsum, Familie und Kinder, Traumatisierungen und psychische Gesundheit (z. B. Lewis 2006). So ist die Motivation zum Drogenkonsum bei

56 Für ausführliche Erörterungen zu diesen Aspekten s. Kap. 2.1.4.

57 Haftalternativen existieren, werden jedoch unsystematisch und meist mit geringen Fallzahlen umgesetzt. Hierfür spricht auch die geringe Zahl der Anordnungen nach §35 BtMG „Therapie statt Strafe“, bei aller Kritik an dieser Maßnahme. Das Zurückstellen der Strafe nach §35 BtMG wurde 2011 lediglich in 319 Fällen, davon 24 Frauen, angeordnet (Statistisches Bundesamt 2012).

Frauen häufiger mit Schmerzlinderung (sowohl physisch als auch emotional) verbunden, während Männer häufiger hedonistische Motive angeben (Langan und Pelissier 2001). "Equality of provision for women should not mean the same provision as for men. Their needs are different" (Morgan und Liebling 2007: 1121). Dazu gehören sowohl die unterschiedlichen Lebensumstände und -geschichten als auch die Delikte und deren Bearbeitung, die eine geschlechtersensible Bearbeitung erfordern (Carlen 1998, zitiert nach Byrne und Howells 2002). Im Folgenden wird auf unterschiedliche Hilfs- und Unterstützungsangebote für DrogenkonsumentInnen eingegangen.

3.3.1 Drogenberatung

Grundsätzlich sind Maßnahmen der sozialen Hilfe nach §§72ff. StVollzG an den Grundsätzen Individualität und Hilfe zur Selbsthilfe zu orientieren (s. Eder 2012: 111). Die Ziele und Aufgaben der Drogen- und Suchtberatung umfassen sowohl direkt suchtbetogene Beratung als auch darüber hinaus Sozialberatung, die Vermittlung an externe Einrichtungen wie Therapie, die Vorbereitung von und Motivation zu suchtherapeutischen Angeboten. Sowohl eine längere und intensive Betreuung als auch Einzeltermine gehören zum Beratungsangebot. Methodisch kommt eine Vielzahl von Ansätzen zum Tragen, die sowohl Einzel- als auch Gruppenberatung umfassen können. Auch inhaltlich ist die Spannbreite der Themen weitläufig (vgl. für eine detaillierte Übersicht Eder 2012: 112ff.). Sie reicht von substanzbezogenen Themen und Unterstützungs- und Behandlungsfragen, „Behandlungsmotivation“, (sozial-) rechtlichen Fragen, Informationsvermittlung, Folgen der Haft und Haftalltag, gesundheitliche und medizinische Themen (z. B. Infektionskrankheiten und -prophylaxe) bis hin zu Therapievermittlung, Entlassungsvorbereitung und Weitervermittlung (Eder 2012: 117ff.).

Drogen- und Suchtberatung wird durch interne oder externe DrogenberaterInnen angeboten. Vorteile von interner Suchtberatung werden in der größeren Nähe und Expertise zum Strafvollzug gesehen sowie in der häufigeren und unkomplizierteren Möglichkeit der Konsultation. Zudem ist die Kooperation mit anderen Stellen innerhalb der JVA in der Regel unkomplizierter und der Einfluss auf vollzugliche Entscheidungen (wie z. B. Lockerungen) ist größer (Eder 2012: 116). Externe Suchtberatung hingegen kann durch ihren Status größere Vertraulichkeit bieten (z. B. bei „Rückfällen“ oder anderen sensiblen Themen, bei denen eine Sanktionierung befürchtet werden kann), da sie nicht Teil des Justizvollzuges ist. Generell ist es jedoch schwierig, die Vertraulich-

keit gegenüber anderen Gefangenen und Bediensteten zu wahren, wenn Beratungstermine stattfinden (Eder 2012: 114).

Die Verfügbarkeit und Umsetzung von Beratungsangeboten ist in jeder JVA unterschiedlich. In einigen sind lange Wartezeiten auf einen Beratungstermin üblich, personelle Engpässe und begrenzte Kapazitäten erschweren eine zeitnahe Inanspruchnahme (Eder 2012: 117).

3.3.2 *Abstinenzorientierte Ansätze*

Abstinenzorientierte Behandlungsangebote existieren in unterschiedlicher Form im Vollzug. Therapievorbereitende Kurse, Therapiemotivationsgruppen etc. sollen die Gefangenen auf eine mögliche Abstinenztherapie vorbereiten. Diese Angebote existieren in den meisten Justizvollzugsanstalten. Ein Beispiel hierfür ist die Therapiemotivationsgruppe in der JVA Wittlich. „Ziel der Therapiemotivationswohngruppe ist, die Inhaftierten für eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer drohenden, bzw. bereits manifesten Abhängigkeitsproblematik zu motivieren“ (Leitges und Reinehr 2012: 28). Durch die in dieser Wohngruppe vorgeschriebene Abstinenzüberprüfung mittels Urinkontrollen (ebd.) wird das Therapieziel der Abstinenz jedoch bereits zur Voraussetzung der Teilnahme an der Motivationsgruppe. Ein Vorschlag aus Schottland hierfür sind Assessment Instrumente, die die Veränderungs- und Therapiemotivation abschätzen sollen, damit sich die begrenzte Behandlungskapazität auf diese motivierten Gefangenen konzentrieren kann (McIntosh und Saville 2006: 244).

Die sogenannten „drogenfreien Stationen“ (auch „drogenfreie Zonen“, „Abteilung zur Erprobung der Drogenabstinenz“), die nicht notwendigerweise ein Therapieangebot beinhalten, werden z. T. auch mit umfangreichem therapeutischen Angeboten der Einzel- und Gruppentherapie angeboten. Dabei handelt es sich um eine vom Rest der Anstalt abgetrennten Abteilung, in der „motivierten, drogenabhängigen Inhaftierten spezielle Maßnahmen innerhalb der Haftanstalt angeboten bzw. schnelle Vermittlungen in Therapieeinrichtungen ermöglicht“ (Eder 2012: 266) werden sollen. Dabei werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze ebenso wie psychotherapeutische eingesetzt. Auch Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ haben sich als effektiv erwiesen (Harrison et al. 2003). Nur wenige Studien haben psychosoziale Programme in Haft systematisch evaluiert, doch deuten internationale Ergebnisse auf geringere Kriminalitätsraten, Rückfälle in Konsum und Kriminalität bei AbsolventInnen solcher Stationen hin (Jürgens, Ball und

Verster 2009). Die Abstinenz wird dabei durch größere Kontrollintensität (Urinkontrollen), meist, aber nicht immer, begleitet von therapeutischen oder anderen Behandlungsangeboten, und weitgehender Trennung von anderen Stationen erreicht. Häufig erfahren die Insassen solcher Stationen mehr Privilegien wie z. B. längeren Umschluss, Freizeitangebote oder Lockerungen bzw. eine „positivere Prognose ihrer Suchterkrankung“ (Eder 2012: 267). Die Gefangenen unterschreiben häufig eine „Vereinbarung“ und erklären sich mit den speziellen Regeln einverstanden (WHO, UNODC und UNAIDS 2007a). Drogenfreie Stationen können KonsumentInnen während der Haft in einer abstinenten Lebensweise unterstützen, die Effektivität solcher Stationen ist jedoch zweifelhaft (a.a.O.: 22). In Berlin wurden in den 1970er Jahren die ersten „Drogenstationen“ genannten Abteilungen im Vollzug eingerichtet, mit allerdings sehr geringen Kapazitäten (Weinhauer 2010: 288), die nach und nach auch in anderen Bundesländern eingerichtet und ausgebaut wurden. Eine drogenfreie Station in einer Hamburger JVA aus den 1990er Jahren mit Therapie fand eine signifikant geringere Rückfallrate unter denjenigen Gefangenen, die das Programm beendeten, im Vergleich zu den Nicht-Beendern und Nichtbehandelten (Heinemann, Bohlen und Püschel 2002).

Durch eine eher mangelnde Kooperationsbereitschaft sowie das Anstaltsklima an sich sind therapeutische Maßnahmen in Haft problematisch (z. B. Weinhauer 2010: 292) und weniger effektiv als extramurale bezüglich diverser Zielkriterien. Dennoch verwundert die Vehemenz der von Schay und Sichau formulierten Position, nach der drogenfreie Stationen lediglich auf die Vorbereitung weiterer, externer Betreuung/Behandlung zielen, denn

„Bei Drogenabhängigkeit handelt es sich um eine Krankheit, die ausschließlich in einer anerkannten Einrichtung der medizinischen Rehabilitation therapiert werden kann. Insoweit ist es zumindest diskussionswürdig, wenn im Strafvollzug auf den ‚Drogenfreien Abteilungen‘ Behandlungskonzepte umgesetzt werden [...]“ (Schay und Sichau 2011: 36 in Fußnote, Hervorh. im Original).

Dass die Behandlungsmöglichkeiten im Justizvollzug alles andere als ideal sind, ist unbestritten. Dass eine solche Behandlung aber nur in genau festgelegten und von den Rentenversicherungsträgern anerkannten medizinischen Einrichtungen möglich sein soll, verkennet die vielfältigen Möglichkeiten, eine „Abhängigkeit“ zu beenden, inkl. der sogenannten Selbstheilung. DrogenkonsumentInnen werden so als eine nach vorgegebenen Leitlinien zu behandelnde Risikogruppe konstruiert.

Die Regelungen der §§ 35-37 BtMG „Therapie statt Strafe“ sehen die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafe vor, wenn eine Rehabilitationsbehandlung in einer dafür vorgesehenen Einrichtung erfolgt (Eder 2012: 142f.). Diese Maßnahme zielt auf eine „Veränderung des Verhaltens des Drogenabhängigen“ (Eder 2012: 142). Rechtliche Voraussetzungen sind eine (Rest-) Strafhöchstdauer von zwei Jahren sowie die Begehung der Straftat aufgrund der „Abhängigkeit“ (ebd.). Der Antrag auf Zurückstellen der Strafe ist für die Betroffenen mit recht hohen Hürden und Organisationsaufwand verbunden (a.a.O.: 144). Bei Abbruch der Therapie kann die Strafe weiterhin vollstreckt werden, die Teilnahme muss nachgewiesen werden, Freiwilligkeit ist hier also nicht gegeben. Der Anteil erfolgreich abgeschlossener Therapien nach §35 BtMG ist nicht hoch (s. Eder 2012: 146). Jährlich werden ca. 4.500 männliche Gefangene aus dem Justizvollzug in eine therapeutische Behandlung nach §35 BtMG entlassen (a.a.O.: 147). In der Regel sind dies stationäre Rehabilitationseinrichtungen, auch wenn unter bestimmten Voraussetzungen eine ambulante Substitution möglich wäre (Eder 2012: 144). In der Praxis wird zunehmend die Kausalität zwischen der Straftat und der „Drogenabhängigkeit“ in Frage gestellt, so dass aufgrund dieser fehlenden Voraussetzung dem Antrag nach §35 BtMG nicht entsprochen wird. Auch weitere formale, verwaltungsrechtliche Probleme erschweren die Anerkennung einer „Therapie statt Strafe“ (vgl. Eder 2012: 157). Hinzu kommt ein verbreitetes Misstrauen unter KonsumentInnen gegenüber der Anwendung des §35 BtMG und generell der stationären Rehabilitationsmaßnahme (a.a.O.: 148). Somit wird durch diese strengen Regeln einer Kriminalisierung von DrogenkonsumentInnen Vorschub geleistet.

3.3.3 *Entzugsbehandlung*

Bei Eintritt in den Justizvollzug leiden einige KonsumentInnen unter Entzugserscheinungen. Eine Behandlung ist je nach konsumierten Substanzen und Intensität der Beschwerden symptomatisch möglich. Bei Opiatkonsum werden Substitutionsmedikamente in abdosierender Weise eingesetzt. Inwieweit tatsächlich eine Entzugsbehandlung durchgeführt wird, hängt wiederum von den Gegebenheiten und Kapazitäten der einzelnen Anstalten ab. Eine Vorstellung beim Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin soll innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme erfolgen, wo dann über die Behandlung entschieden wird (Eder 2012: 192). Hier verschweigen einige Gefangene jedoch ihren Konsum, um Stigmatisierungen und Benachteiligungen im Vollzug zu entgehen (ebd.). Auch werden medizinische Standards des Entzuges im Justiz-

vollzug häufig nicht eingehalten, wenn beispielsweise zu schnell abdosiert wird oder ohne Substitutionsmedikamente entzogen wird, der „kalte Entzug“ wird häufig praktiziert (a.a.O.: 193). Eine Entzugsbehandlung führt selten zu einer längerfristigen Abstinenz, weiterführende Angebote, wie insbesondere Substitution, sind erfolgversprechender (a.a.O.: 194), werden jedoch weitaus seltener umgesetzt.

Eine Entgiftung mit medikamentöser Unterstützung, wie Methadon, wird zum Teil als Substitutionsbehandlung bezeichnet, entspricht jedoch nicht den Kriterien einer langfristigen Substitutionstherapie. Die Möglichkeit zur Entgiftung wird im Justizvollzug bei Entzugserscheinungen bei Haftantritt angeboten, jedoch auch hier nicht in jedem Fall. Entgiftung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung bei Haftantritt sollte möglich sein. Hier können Probleme auftreten bei Überführung aus der U-Haft oder Polizeigewahrsam. Jedoch hat ein auf Entgiftung ausgerichteter Behandlungsansatz keine langfristigen Erfolge (Brooke et al. 1998).

3.3.4 Substitutionsbehandlung

Substitution bei Opiatabhängigkeit meint die langfristige Vergabe eines Substitutionsmittels und zielt als Teil von Schadensminimierung u. a. auf eine soziale Stabilisierung der KonsumentInnen. Kastelic formuliert folgende Ziele der Substitutionsbehandlung (Kastelic 2007: 115f.):

- “to assist people in remaining healthy until, with the appropriate care and support, they can achieve a drug-free life or, if they cannot or want to quit the programme, be in treatment for years or even for their lifetime;
- to reduce the use of illicit or non-prescribed drugs;
- to deal with problems related to drug misuse;
- to reduce the dangers associated with drug misuse, particularly the risk of transmitting HIV, hepatitis B and C virus and other bloodborne infections from injecting and sharing injecting paraphernalia;
- to reduce the duration of episodes of drug misuse;
- to reduce the chances of future relapse to drug misuse;
- to reduce the need for criminal activity to finance drug misuse;
- to stabilize the person where appropriate on a substitute medication to alleviate withdrawal symptoms; and
- to improve overall personal, social and family functioning.”

Die Substitution gilt als “most effective intervention available for the treatment of opioid dependence and a critical component of efforts to prevent the spread of HIV among injecting drug users” (WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 16). Dabei ist zu bedenken, dass die Substitution sich nur aufgrund der Illegalisierung von Heroin und der daraus resultierenden Folgen der Konsumrisiken als Behandlungsoption im Rahmen eines medizinisierten Umgangs mit dem „Drogenproblem“ etablieren konnte. Die Fokussierung auf Substitution in der Debatte um äquivalente Versorgung im Justizvollzug vernachlässigt darüber hinaus KonsumentInnen anderer Drogen. Da Substitutionsmedikamente in dem Sinne nur OpiatkonsumentInnen (i.d.R. Heroin) zur Verfügung stehen, können KonsumentInnen von Alkohol oder Stimulantien keine adäquate Angebote erhalten (vgl. Decorte 2007: 38). Auch darüber hinaus sind spezifische Hilfsangebote für KonsumentInnen von stimulierenden Substanzen selten (ebd.).

Die Behandlung besteht in Deutschland aus der medikamentösen Vergabe eines Substitutionsmittels sowie der psychosozialen Begleitung (PSB). Als Substitutionsmittel werden in Deutschland Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Dihydrocodein (in Ausnahmefällen) sowie Diamorphin (unter besonderen Bedingungen) verwendet. Die rechtlichen Grundlagen der Substitution sind die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV), die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (Bundesärztekammer 2010) sowie außerhalb des Justizvollzugs die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (BUB-Richtlinie)“, letztere ist jedoch im Justizvollzug aufgrund der fehlenden GKV-Zugehörigkeit nicht bindend (Schulte-Scherlebeck 2010: 40).

In Deutschland wurden im Jahr 2011 rund 76.200 Personen substituiert (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012: 128), das entspricht ca. der Hälfte aller (geschätzten) „Opiatabhängigen“. Im deutschen Justizvollzug werden ca. 500–700 Personen substituiert, das entspricht 2,1%–2,5% der ca. 20.000–40.000 drogenkonsumierenden Gefangenen (Pastoor 2010, zit. nach Schulte-Scherlebeck 2010: 41). Nach einer anderen Schätzung befinden sich ca. 16.500–22.200 OpiatkonsumentInnen im Justizvollzug, wonach dann ca. 3% substituiert werden (Eder 2012: 196). Längst nicht in jeder Justizvollzugsanstalt wird die Substitutionsbehandlung durchgeführt; von 31 befragten Anstalten gaben 2008 rund drei Viertel an, Substitutionsbehandlungen durch-

zuföhren (Schulte et al. 2009). Im Justizvollzug wird Substitution demnach deutlich seltener als extramural durchgeführt. Dabei existieren sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen einzelnen Anstalten große Unterschiede in der Umsetzung und Häufigkeit der Behandlung. So werden z. T. noch nicht einmal länderspezifische Verwaltungsvorschriften einheitlich umgesetzt (Pollähne und Stöver 2005: 145).⁵⁸ Infolgedessen werden in Nordrhein-Westfalen rund 5% (139 Substitutionsbehandlungen bei rund 2.500-3.500 Opiatabhängigen) substituiert, mit großen Unterschieden zwischen den Anstalten von 0% bis 15% (Husmann 2010: 50).⁵⁹ In Bremen werden ca. 100 Personen der insgesamt 590 Gefangenen substituiert (Bremische Bürgerschaft 2012). In Hamburg ist die durchschnittliche Zahl der substituierten Gefangenen zwischen 2003 und 2005 von 243 auf 160 zurückgegangen (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005a: 19). Hiervon wurde jeweils nur rund die Hälfte dauerhaft bzw. langfristig substituiert (a.a.O.: 21). Da dieser Rückgang in die Zeit der CDU-geführten Regierung und ihrer restriktiv ausgerichteten Drogen- und Strafvollzugspolitik fällt, kann hier ein Zusammenhang vermutet werden. Heute wird Substitution in Hamburg ohne zeitliche Beschränkungen und nach den außerhalb üblichen Standards durchgeführt (so Thiel 2013: 20). In Bayern wiederum wird die Substitutionsbehandlung im Justizvollzug nur in Einzelfällen durchgeführt (Knorr 2007). In 35 von 36 bayerischen Justizvollzugsanstalten findet keine Substitution statt (Schäffler 2012b: 209). In einer Befragung von ehemals inhaftierten DrogenkonsumentInnen in Bayern gaben knapp 90% derjenigen, die vor der Inhaftierung substituiert wurden, an, in Haft nicht weitersubstituiert zu werden (Schäffler 2012a: 30). Lediglich 6% der Befragten wurden in Haft substituiert (a.a.O.: 31). Die ablehnende Einstellung wird durch Gerichtsbeschlüsse bestätigt, wie ein Beschluss des Oberlandesgerichts (OLG) München vom 05.06.2012 zeigt: „Der Gefangene ist langjährig Drogenkonsument und massiv abhängig. Nach Ansicht des Anstaltsarztes liegt keine medizinische Indikation für eine Substitutionsbehandlung während der Haft vor“ (zit. nach Knorr 2012). Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer wäre die medizinische Indikation für Substitution in diesem Fall gegeben.

58 Zwar wird das Fehlen einheitlicher Standards zur intramuralen Substitutionsbehandlung als ein Problemfeld der Umsetzung ausgemacht (z. B. Eder 2012: 202). Allerdings wird zugleich darauf hingewiesen, dass vorhandene Verwaltungsvorschriften in den Bundesländern nicht einheitlich umgesetzt werden (a.a.O.: 203). Somit scheint weniger das Fehlen, sondern eher die Umsetzung von Standards problematisch.

59 Für weitere Beispiele heterogener Umsetzung der Substitution in Nordrhein-Westfalen s. Schulte-Scherlebeck (2010).

Doch im bayerischen Strafvollzug soll die „ärztliche Beurteilung der Anstaltsärzte im Rahmen der medizinischen Indikation unter Beachtung der vollzuglichen Komponenten der auf Resozialisierung angelegten Behandlung“ (Gessenharter 2013: 35) erfolgen. Welche Komponenten dies sind, wird aus dem genannten Artikel nicht deutlich, aber offensichtlich ist nicht allein die medizinische Indikation ausschlaggebend.⁶⁰

Als eines der ersten Bundesländer führte Bremen 1990 die Substitution im Justizvollzug ein (Schultze 2001: 21). Im europäischen Durchschnitt wurde die Möglichkeit der intramuralen Substitutionsbehandlung acht bis neun Jahre nach der Implementation in Freiheit eingeführt (EMCDDA 2012: 22). Grundsätzlich ist eine intramurale Substitution heute in allen Bundesländern vorgesehen, in Bayern und Sachsen allerdings nur in Einzelfällen möglich, im Saarland nur im offenen Vollzug (Knorr 2007), während Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen recht weitreichende Regelungen zur Substitution haben. In den meisten Bundesländern ist die Weiterführung einer vor Haftantritt begonnenen Substitution grundsätzlich möglich (mit unterschiedlichen Bedingungen)⁶¹. In der Praxis kommt es dennoch im Übergang zwischen Haft und Freiheit häufig zu einer Beendigung der Substitution (Stöver und Keppler 2009). In einigen Bundesländern ist der Start einer Substitutionsbehandlung in Haft – zumindest im Jahr 2009 – nicht möglich (Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Thüringen). Aufgrund der geringen Zahl an Behandlungsplätzen bzw. Nichtdurchführung in einzelnen Anstalten, z. B. bei der Weigerung einzelner Ärzte und Ärztinnen, ist die Verlegung in andere Anstalten oder Bundesländer in den meisten Ländern grundsätzlich möglich, um dort die Teilnahme an der Substitution zu ermöglichen (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2009). Die Verweigerung der Substitutionsbehandlung durch Anstaltsärztinnen und -ärzte bekommt durch die fehlende Möglichkeit der freien Arztwahl eine besondere Brisanz. Üblich ist zudem eine zeitliche Begren-

60 Derzeit läuft eine Klage in Bayern, um einem Gefangenen die Substitution zu ermöglichen und gleichzeitig einen Präzedenzfall zu schaffen (Schäffler 2012b: 210).

61 Für die JVA Bremen gilt beispielsweise: „Eine Behandlung mit Methadon wird nach der Inhaftierung fortgesetzt, wenn sie bereits vor der Inhaftierung von einem niedergelassenen Arzt seit mindestens 6 Monaten durchgeführt wurde und der Gefangene keinen Beigebrauch an Opiaten, Benzodiazepinen, Kokain oder Alkohol hatte. Andernfalls wird eine Entzugsbehandlung durchgeführt. Eine Neuaufnahme der Substitution während der Verbüßung einer Freiheitsstrafe ist zur Sicherung der gesundheitlichen Situation bei schwerwiegenden Erkrankungen wie HIV, Hepatitis und im Rahmen eines psychosozialen Behandlungskonzeptes bei langer Drogenanamnese mit gescheiterten Therapieversuchen und wiederholter Delinquenz angezeigt“ (Bremische Bürgerschaft 2012: 6).

zung der intramuralen Substitution auf einige Monate, die außerhalb so nicht existiert (Eder 2012: 204), bei längerer Haftdauer werden die Gefangenen entgiftet. Somit kann in diesen Fällen kaum von einer Substitutionsbehandlung im eigentlichen Sinne gesprochen werden. Nur in einigen Ländern ist unbefristete Substitution in Haft möglich (Knorr 2007: 70). Zur Entlassungsvorbereitung wird der Beginn der Substitution in Haft nur in Baden-Württemberg, Bremen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen angeboten (ebd.).⁶² In manchen Bundesländern wird nur Methadon eingesetzt, in anderen auch Buprenorphin⁶³, Dihydrocodein oder Levomethadon (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2009). Die Diamorphinvergabe ist im deutschen Justizvollzug nicht möglich.⁶⁴ Häufig werde der Abbruch der Substitution bei Haftantritt mit Beigebrauch – nachgewiesen durch Urinkontrollen im Rahmen der Zugangsuntersuchung – argumentiert, doch dies entspricht nicht den – auch für den Justizvollzug – geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitution (Knorr und Sweers 2011: 51). In Nordrhein-Westfalen wurden Behandlungsempfehlungen zur Substitution in Haft festgelegt mit dem Ziel der Ausweitung der Behandlung sowie einer möglichst einheitlichen Handhabung in allen JVAen (Justizministerium Nordrhein-Westfalen und Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010). Dennoch gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Anstalten und auch im Vergleich zu außerhalb wird Substitution anteilig viel seltener umgesetzt (ebd.). In Nordrhein-Westfalen ist die Substitution in allen Anstalten des Justizvollzugs, mit allen zugelassenen Substitutionsmedikamenten, ohne zeitliche Beschränkung und sowohl als Weiterführung als auch als Neuaufnahme der Behandlung im Vollzug möglich (Schulte-Scherlebeck 2010: 43).⁶⁵ Doch gibt es Beschränkungen durch

62 Die JVA Bremen „unterstützt erforderlichenfalls die Entlassung bei Substituierten durch eine Fortsetzung der Methadonbehandlung bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, sich einen Arzt zur Weiterbehandlung zu suchen“ (Bremische Bürgerschaft 2012: 5).

63 Mit Buprenorphin wird häufig ein großes Missbrauchspotential verbunden, so dass es selten im Vollzug eingesetzt wird. In Frankreich ist Buprenorphin das häufigste Substitutionsmittel und der mögliche Missbrauch wird dort als eine Barriere in der Umsetzung flächendeckender Substitution in Haft vermutet (Michel et al. 2011).

64 In der Schweiz wurde die kontrollierte Heroinvergabe erstmals 1995 im Strafvollzug eingeführt und wird heute in zwei JVAen angeboten (Eder 2012: 217). In Deutschland hat Baden-Württemberg in der Verwaltungsvorschrift zur Substitution im Justizvollzug von 2011 in der JVA Stuttgart prinzipiell ermöglicht. Die Umsetzung steht allerdings noch aus (Eder 2012: 226f.).

65 Dennoch wurde in einer Befragung der JVAen des Bundeslandes erhoben, dass in einer befragten JVA grundsätzlich keine Substitution durchgeführt werde (Schulte-Scherlebeck 2010: 45).

die Zahl der Behandlungsplätze: Bei 2.924 Inhaftierten bestehen 135 mögliche Behandlungsplätze, also für 4,6% der Gefangenen. Von diesen wurden im Jahr 2010 jedoch nur 89 Plätze zur Substitution genutzt (a.a.O.: 45).⁶⁶ Die zitierten Behandlungsempfehlungen zielen auf eine einheitliche Umsetzung der Substitution im Bundesland sowie auf eine umfassende Umsetzung der Behandlung. So sollen in der Regel alle Personen weitersubstituiert werden, die sich bei Haftantritt in Substitution befanden (ebd.).

Die außerhalb des Justizvollzuges zwingend vorgeschriebene psychosoziale Begleitung (PSB)⁶⁷ kann verschiedene soziale und psychotherapeutische Maßnahmen umfassen, die der Stabilisierung und Rehabilitation der SubstitutionspatientInnen dienen soll. In der Haft ist die PSB je nach Anstalt unterschiedlich geregelt. Sie kann entweder durch interne oder durch externe Fachkräfte gewährleistet werden, und wird häufig durch das vorhandene Personal der Suchtberatung umgesetzt. Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern bieten keine PSB in Haft an (Knorr 2007: 73).

Auch in den anderen europäischen Ländern wird Substitution im Justizvollzug meist nur sporadisch oder gar nicht durchgeführt. Die Weiterführung der Substitutionsbehandlung bei Inhaftierung ist beispielsweise in 26 der EU-Mitgliedsstaaten offiziell möglich, die Initiierung einer Substitution in 21 EU-Staaten, sie wird tatsächlich in den meisten Ländern jedoch nur in wenigen Anstalten und für wenige Inhaftierte durchgeführt (EMCDDA 2009). Es lässt sich zwar eine Steigerung der Versorgung seit den 1990er Jahren in vielen Ländern beobachten, dennoch bleibt sie in der Regel weit unterhalb der Regelversorgung außerhalb des Vollzuges. So wird ein steigender Anteil an substituierten Gefangenen aus Österreich um 444% zwischen 1996 und 2007 berichtet (Metz et al. 2010), auch in Frankreich (Marzo et al. 2009) und vielen weiteren europäischen Ländern nimmt die Zahl der Substituierten zu. In England wurde 2006 ein umfangreiches Programm zur Aufstockung von intramuraler Substitutionsbehandlung (Marteau, Palmer und Stöver 2010) begonnen. Mit großer finanzieller Unterstützung des Staates wurde die Zahl der Substitutionsbehandlungen und auch der psychosozialen Angebote für DrogenkonsumentInnen stark gesteigert (ebd.). Der Einsatz von Diamorphin als Substitutionsmittel ist bisher im Strafvollzug nur in der Schweiz durchge-

66 Diese Zahlen beziehen sich auf die Angaben von sieben JVAen, die an der Befragung teilgenommen haben.

67 Andere Bezeichnungen für die PSB sind z. B. Psychosoziale Betreuung, Behandlung, Beratung (Eder 2012: 212).

führt worden (Kaufmann, Dobler-Mikola und Uchtenhagen 2001). In Österreich wird neben Methadon auch Slow-Release Morphin eingesetzt (Metz et al. 2010). In Großbritannien wurde knapp 200 klagenden Inhaftierten und ehemaligen Inhaftierten außergerichtlich eine Entschädigung zugesprochen, weil ihnen entweder eine Substitutionsbehandlung verweigert oder ihre Entzugserscheinungen nicht behandelt wurden. Die Verweigerung der Substitution wurde als Angriff auf und Verletzung der Menschenrechte der Gefangenen gesehen (vgl. Kane, MacDonald und Stöver 2007: 1). Als Folge dieses Verfahrens kann die Aufstockung der intramuralen Substitutionsbehandlung in Großbritannien gewertet werden.

Studien über die Substitution in Haft kommen zu positiven Effekten der Behandlung (für eine internationale Übersicht s. WHO, UNODC und UNAIDS 2007a). Bereits die erste solcher Studien aus den USA im Jahr 1969 findet geringere Rückfallraten und geringere Substanzabhängigkeit im Zeitraum von sieben bis zehn Monaten nach Haftentlassung, wenn vor der Entlassung eine Methadonsubstitution begonnen wurde (Dole et al. 1969). Substitution in Haft kann die Häufigkeit von intravenösem (iv.) Konsum, Heroinkonsum und die Häufigkeit des Spritzenteilens senken (Dolan et al. 2002; Larney 2010). Ebenso wird die Mortalitätsrate sowie die Zahl der HCV-Infektionen verringert (Dolan et al. 2003). Auch für die Zeit nach der Haftentlassung kann der Substanzkonsum verringert, die Zahl der Aufnahme in Therapieangebote und in die antiretrovirale Therapie gesteigert werden (WHO, UNAIDS und UNODC 2007c). Eine Wiederinhaftierung war in einer US-amerikanischen Studie sechs Monate nach Haftentlassung geringer unter den Substituierten als bei (Ex-) Gefangenen, die nur Beratung als Behandlungsangebot erhielten (Gordon et al. 2008). Eine ausreichende und adäquate Dosis des Substituts ist für den Erfolg der Behandlung nötig (Stallwitz und Stöver 2007). Insgesamt wirkt Substitution in Haft also in diverser Hinsicht stabilisierend, sowohl auf gesundheitlicher als auch auf sozialer Ebene, indem die Mortalitätsrate, die Kriminalitätsrate sowie Raten der Wiederinhaftierung und HCV-Infektionen gesenkt werden (Stallwitz und Stöver 2007; WHO, UNAIDS und UNODC 2007c). Eine ausreichende Dosis sowie längere Behandlungsdauer sind jedoch nötig (vgl. WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 13). Negative Effekte bezogen auf die Sicherheit der Anstalt, gewalttätiges Verhalten oder Weiterverteilen des Substituts wurden nicht beobachtet (Jürgens, Ball und Verster 2009). Ein aktueller systematischer Review über 21 internationale Studien assoziierte Substitutionsbehandlung in Haft jeweils signifikant mit verringertem Heroinkonsum, iv. Konsum und Spritzenteilen in Haft – bei ausrei-

chender Dosis – sowie mit höherer Behandlungsaufnahme nach Haftentlassung, wenn entsprechende Angebote zur Verfügung stehen (vgl. Hedrich et al. 2012). Weitere Ergebnisse bezüglich der Nach-Inhaftierungsphase waren weniger eindeutig, deuteten aber auf geringeren Heroinkonsum nach der Haft. Sie wiesen unterschiedliche Ergebnisse zur Kriminalität nach der Haft auf, die zwischen starkem Rückgang während der ersten sechs Monate und keinem Unterschied reichten (ebd.). Auch eine Wiederinhaftierung wurde in einigen der untersuchten Studien als geringer, in anderen als gleich der Kontrollgruppe bewertet (ebd.). Die Nach-Inhaftierungsergebnisse sind möglicherweise stärker abhängig von den jeweiligen Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten in den verschiedenen Ländern. Auch auf das Anstaltsklima hat Substitution einen positiven Einfluss, indem die Substituierten leichter ansprechbar würden, ihr Verhalten nicht mehr auf Drogensuche und Entzugserscheinungen ausgelegt waren und weniger Gewaltvorfälle registriert wurden, so dass insgesamt eine ruhigere Atmosphäre herrsche (WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 15). Weiterhin wird durch den täglichen Kontakt und die dadurch häufig verbesserte Vertrauensbasis auch die Vermittlung weiterer gesundheitsrelevanter Themen zwischen medizinischem Personal und Gefangenen gefördert (BISDRO und WIAD 2008: 94).

Substitution in Haft bzw. im Übergang zwischen Haft und Freiheit ist mit einigen speziellen Problemlagen verbunden (vgl. Keppler 2007: 25). Unterschiedliche Vorschriften und heterogene Behandlungspraxis erschweren ein einheitliches Vorgehen und Transparenz. Der Widerstand einzelner Ärzte und Ärztinnen gegen die Substitution führt zu zahlreichen Abbrüchen der Behandlung bei Haftantritt. Eine z. T. unzureichende Vernetzung und Kooperation mit externen Stellen sowie ein geringer fachlicher Austausch können die Ärzte und Ärztinnen im Vollzug zu EinzelkämpferInnen werden lassen. Zudem entspricht die zeitliche Begrenzung der Substitution (z. B. auf sechs Monate) nicht den medizinischen Standards der Substitution. Fehlende Kapazitäten – sowohl finanziell als auch personell – für umfangreiche Substitution werden ebenfalls als Problem genannt. Schay und Sichau nennen fehlende separate Abteilungen für substituierte Gefangene ein ungelöstes Problem (Schay und Sichau 2011: 36), doch sollte insbesondere vor dem Hintergrund von menschenrechtlichen Erwägungen, eines Anti-Stigmatisierungsgebots und Segregationsvermeidung dies auch nicht umgesetzt werden. Schwierigkeiten und Problemlagen in der Umsetzung von Substitution begründen sich weiterhin in der Furcht vor der unbefugten Weitergabe des Substituts an andere Gefangene sowie in dem organisatorischen Aufwand (Kastelic 2007:

118). Im Justizvollzug wird generell das übergeordnete Ziel der Drogenfreiheit verfolgt (Eder 2012: 198), mit einem solchen Abstinenzanspruch wird dann auch gegen die Substitutionsbehandlung argumentiert, wenn sie als Fortführen eines Drogenkonsums bewertet wird. Die Durchführung der Substitution in Haft orientiert sich z. T. eher an institutionellen Bedürfnissen als an den individuellen, wenn z. B. die Buprenorphinvergabe abgelehnt wird mit der Begründung, die Aufsicht der Einnahme bei sublingualen Tabletten dauere zu lange (Kastelic 2007: 123). Bei der Substitutionsbehandlung kann unter Gefangenen der Eindruck entstehen, dass sie als Belohnung oder Bestrafung für ihr Verhalten gewährt oder eben nicht gewährt wird und weniger aus medizinischer Notwendigkeit (WHO 2005: 11). Auch äußern Gefangene zuweilen ihre Ablehnung gegenüber der Substitution, da für sie die Haftzeit eine Möglichkeit ist, drogenfrei zu leben und die Substitutionsmittel als Drogen wahrgenommen werden; andere wollen nicht als DrogenkonsumentInnen stigmatisiert werden, weil sie dadurch Nachteile im Gefängnis oder auch für ihre Zeit nach der Entlassung befürchten (Kastelic 2007: 118; Pollähne und Stöver 2005: 143) und ihre Abstinenzfähigkeit unter Beweis stellen wollen (Eder 2012: 210). Auch Kostengründe, was die personelle, finanzielle und räumliche Ausstattung angeht, werden für das Nicht-Weiterführen einer Substitution geltend gemacht (Meier 2009: 79).

Die WHO hat bereits 1993 in den „Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons“ gefordert, dass Gefangene Substitutionsbehandlung erhalten sollen, wenn diese auch außerhalb verfügbar sei (WHO 1993: Prinzip Nr. 23). Es lässt sich dennoch zusammenfassend feststellen, dass die Substitutionsbehandlung im Justizvollzug nicht äquivalent umgesetzt wird. So ist der Anteil der Substituierten unter den Gefangenen mit „Opiatabhängigkeit“, die die Kriterien für eine Substitution erfüllen würden, sehr viel geringer als der entsprechende Anteil außerhalb. Auch die Kriterien von Beginn, Beendigung, Dauer und Abbruch der Substitution entsprechen nicht denen extramuraler Substitutionsbehandlung. Trotz medizinischer Indikation wird die Substitutionsbehandlung in Haft deutlich seltener durchgeführt. Die Entwicklung der Substitution im Justizvollzug kann zumindest teilweise als ein zeitverzögertes Abbild der Substitutionsbehandlung außerhalb des Justizvollzuges gesehen werden. Auch dort war die Einführung langsam, von vielfältigen Widerständen begleitet sowie nur bestimmten Gruppen von KonsumentInnen zugänglich.

Die fehlende Kontinuität der Behandlung im Übergang zwischen Justizvollzug und „draußen“, aber auch zwischen unterschiedlichen JVAen bei einer

Verlegung, wird für die Substitutionsbehandlung (Eder 2012: 203) ebenso wie für andere langfristige Behandlungen wie HIV- und HCV-Behandlung problematisiert. Dies wird überwiegend auf die unterschiedliche Zuständigkeit der medizinischen Versorgung, aber auch auf Abstimmungsprobleme zurückgeführt. Auch unzulängliche Möglichkeiten der Substitution außerhalb des Justizvollzugs erschweren einen lückenlosen Übergang. Beispielsweise können in Städten fehlende Kapazitäten der substituierenden Ärzte und Ärztinnen vorliegen, im ländlichen Bereich gibt es häufig eine Unterversorgung des Substitutionsangebots (Eder 2012: 211f.).

3.3.5 *Schadensminimierende Ansätze*

Schadensminimierung oder Harm Reduction ist ein Konzept, welches in der Drogenhilfe seit den 1980er Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ziel ist es, die negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums zu verringern, so dass ein möglichst gesundes (Über-) Leben mit dem Drogenkonsum ermöglicht werden kann. Die folgende Definition von Harm Reduction des Health in Prison Projects (HIPP) der WHO bezieht sich explizit auf das Setting Gefängnis:

“In public health relating to prisons, harm reduction describes a concept aiming to prevent or reduce negative health effects associated with certain types of behavior (such as drug injecting) and with imprisonment and overcrowding as well as adverse effects on mental health” (WHO 2005: 6).

Somit wird der Begriff Schadensminimierung nicht nur auf den Bereich (intravenöser) Drogenkonsum und Infektionskrankheiten bezogen, sondern kann auf sämtliche Bereiche des Justizvollzugs angewendet werden, in denen Schäden entstehen oder möglich sind, und auf deren Minimierung gezielt werden soll (vgl. Irwin und Owen 2005). In dem folgenden Kapitel wird der Begriff dennoch auf die Aspekte Drogen und Infektionskrankheiten angewendet, da diese den Fokus des vorliegenden Kapitels bilden. Schadensminimierung basiert sowohl auf gesundheitswissenschaftlichen Prinzipien als auch menschenrechtlichen Erwägungen (WHO 2005: 6). Viele der durch Schadensminimierung bekämpften Schäden beziehen sich auf die Folgen der Illegalisierung. Sie hängen zusammen mit verunreinigten Drogen und/oder Spritzbesteck sowie der mit der Kriminalisierung der KonsumentInnen verbundenen Hürden, Hilfs- und Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Zu

den konkreten schadensminimierenden Maßnahmen im Drogenbereich gehören u. a.:

- Information und Gesundheitserziehung zu HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten
- Test- und Beratungsangebote zu Infektionskrankheiten
- Kondomvergabe
- Bereitstellen von Desinfektionsmitteln
- Substitution
- Spritzentausch

Die erste Spritzenvergabe im Justizvollzug wurde in der Schweiz im Jahr 1992 angeboten. In Deutschland gab es erste Modellprojekte ab 1996 in Niedersachsen (JVA für Frauen Vechta, JVA Lingen/Abt. Groß Hesepe) sowie in Hamburg (offener Vollzug JVA Vierlande, ab 2000 auch JVA am Hasenberge, JVA Hahnöfersand). 1998 wurde ein Projekt der Spritzenvergabe in Berlin (JVA Lehrter Straße und JVA für Frauen Berlin-Lichtenberg) eingeführt. In Hamburg und Niedersachsen wurde der Spritzentausch 2001 bzw. 2003 wieder eingestellt, in beiden Ländern nach einem Regierungswechsel von einer SPD- zu einer CDU-geführten Regierung (CDU-Schill-FDP in Hamburg, CDU-FDP in Niedersachsen). Demzufolge ist die JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg heute die einzige Justizvollzugsanstalt Deutschlands, welche Spritzentausch in Haft anbietet. Von einer adäquaten und äquivalenten Umsetzung ist der Spritzentausch somit weit entfernt.

International bietet sich ein ähnliches Bild. Zwar werden intramurale Spritzentauschangebote heute in verschiedenen Ländern angeboten, im Jahr 2006 waren es bereits 70 Angebote in neun Ländern (WHO, UNAIDS und UNODC 2007b), doch insgesamt handelt es sich um ein selten umgesetztes Angebot. In Spanien hat die umfangreichste Umsetzung stattgefunden, hier ist Spritzentausch in jeder Anstalt des Justizvollzugs möglich. Insgesamt wurde Spritzentausch in unterschiedlichen Anstaltsformen implementiert: im Frauen- und Männervollzug, in offenen und geschlossenen Anstalten, in großen und kleinen, in solchen mit Einzelzellen und solchen mit Saalunterbringung sowie unter unterschiedlichen Sicherheitsstandards (Stöver und Nelles 2003). Die Vergabemodalitäten werden auf unterschiedliche Art geregelt: mit Automaten, durch den medizinischen Dienst, durch interne oder externe Drogenberatung oder auch durch dafür geschulte Gefangene (Jürgens, Ball und Verster 2009; Lines et al. 2005). Die einzelnen Modalitäten weisen jeweils Vor- und Nachteile auf; so gewährleisten Automaten bessere Anonymi-

tät und Zugänglichkeit (je nach Aufstellung), andererseits können Automaten technisch unzuverlässig und häufiger defekt sein. Eine persönliche Vergabe bietet die Chance auf Ansprache und weiterführende Gespräche, kann aber weniger Anonymität gewährleisten und ist meist nur zeitlich begrenzt nutzbar. In Rumänien wurde eine Vergabe durch einzelne Gefangene – nach Schulung durch das medizinische Personal – erfolgreich erprobt, um die Akzeptanz des Programms zu steigern (vgl. Ionescu 2009).

Spritzenvergabe zielt auf eine Reduzierung des Spritzenweitergebens und -teilens und somit der Übertragung von Infektionskrankheiten wie HCV und HIV. Verschiedene Evaluationsstudien konnten zeigen, dass Spritzenvergabeprojekte keinen Anstieg von Drogenkonsum oder iv. Konsum zur Folge hatten (Nelles und Stöver 2002: 158). Die Entsorgung der gebrauchten Spritzen wurde als unproblematisch beschrieben, ein Missbrauch der Spritzen wurde nicht berichtet (ebd.). Die Prävalenz von HIV und HCV stieg nicht an, sofern, dieses Merkmal untersucht wurde, und der Spritzentausch unter den Gefangenen ging nach den meisten Studien stark, z.T. nur geringfügig, zurück (ebd.). Lediglich die Evaluation des Spritzentauschprogramms in der offenen Anstalt Hamburg-Vierlande (s. Gross 1998; Heinemann und Gross 2001) kam zu einer Reihe negativer Ergebnisse. Das Spritzenteilen (Needle-Sharing) nahm hier lediglich in geringem Maße ab. Der Anteil der im Umlauf befindlichen Spritzen hat zugenommen und sie wurden häufiger nicht regelkonform in den dafür vorgesehenen stichsicheren Behältern aufbewahrt. Die aufgestellten Automaten erwiesen sich als technisch unzuverlässig und die Standorte der Automaten boten eine unzureichende Anonymität. Zudem wurde das Fehlen bestimmter Nadelgrößen und die mangelhafte Versorgung mit Spritzenattrappen (um Zugang zu den Automaten zu bekommen) bemängelt. Als ein Grund für die weiterhin praktizierte Spritzenweitergabe (needle-sharing) wurde u. a. die Notwendigkeit, sich eine vorhandene Drogenmenge zu teilen, angegeben (ebd.). Das Personal stand dem Projekt insgesamt eher ablehnend gegenüber und fand sich in einer unklaren Aufgabe bei Zellen-durchsuchungen und Drogen- und Spritzenfunden (ebd.). Auch in Berlin wurde die technische Unzuverlässigkeit der Automaten bemängelt, trotzdem sprachen sich die Gefangenen für diese Art der Vergabe aus (Stark et al. 2006). Die Evaluation des Berliner Programms ergab im Unterschied zu Hamburg-Vierlande einen massiven Rückgang des Spritzenteilens/-weitergabe (von 71% vor Beginn auf 11% nach vier Monaten und auf nahezu Null danach (Stark et al. 2006). Einzelne internationale Studien dokumentierten eine Reduzierung von Abszessen und tödlichen Überdosierungen (Lines et al.

2005). Aus diesen Evaluationen ergibt sich, dass während der Studien keine neuen Fälle von HIV und nur wenige von HCV bekannt wurden. Das Programm lässt sich gut in die Gesundheitsversorgung integrieren. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Studien, in denen dies untersucht wurde, keine Serokonversion von HIV und HCV stattfand, needle sharing in den meisten Anstalten stark reduziert wurde, Drogenkonsum gleichblieb oder sogar zurückging und iv.-Drogenkonsum nicht angestiegen ist (vgl. Dolan, Rutter und Wodak 2003; s. auch WHO, UNODC und UNAIDS 2007c: 25). Die internationalen Organisationen WHO, UNODC und UNAIDS empfehlen die Einführung von Spritzentauschprogrammen in Gefängnissen und einen zügigen Ausbau des Angebots (WHO, UNODC und UNAIDS 2007c). Die WHO hat bereits 1993 die Berücksichtigung von Spritzenabgabeprojekten in Haft empfohlen:

“In countries where clean syringes and needles are made available to injecting drug users in the community, consideration should be given to providing clean injecting equipment during detention and on release to prisoners who request this” (WHO 1993).

Das Angebot von **Desinfektionsmitteln** zur Reinigung gebrauchter Spritzen wird als nächstbeste Lösung, wenn kein Spritzentausch vorhanden ist, verstanden. Dies wird in verschiedenen Ländern angeboten, ohne dass es zu Sicherheitsproblemen kommt (Jürgens, Ball und Verster 2009). Wenn Desinfektionsmittel angeboten werden, nutzt ein Großteil der iv. KonsumentInnen diese Möglichkeit. Doch ist es notwendig, Schulungen durchzuführen, um eine einigermaßen sichere Desinfektion des Materials zu erreichen, denn es gibt bisher nur schwache Indizien, die die Effektivität dieser Maßnahme „draußen“ belegen, so dass sie in Haft noch unwahrscheinlicher ist (ebd.), insbesondere bei dem Hepatitis-Virus. Denn im Gefängnis fehlt häufig die Zeit zum Desinfizieren, die zudem mit einem Entdeckungsrisiko verbunden ist, der Zugang zu Desinfektionsmitteln kann für Gefangene schwierig sein, und die z. T. selbst gebauten Gerätschaften sind nicht so einfach zu desinfizieren wie „richtiges“ Spritzbesteck (Stöver und Weilandt 2007: 103). Somit kann das Bereitstellen von Desinfektionsmitteln ein falsches Sicherheitsgefühl vermitteln, insbesondere wenn im Gefängnis das unzureichende Wissen über effektive Desinfektion und die Angst vor Entdeckung die Durchführung erschweren (z. B. Kerr et al. 2004; WHO, UNODC und UNAIDS 2007c). Studien aus Australien und Kanada belegen, dass Desinfektionsmittel genutzt werden, wenn sie erhältlich sind (WHO, UNODC und UNAIDS 2007c). Selbst wenn es Angebote wie Bleach-Tabletten zur Desinfektion gibt, werden diese

selten in effektiver und konsistenter Weise genutzt, da Inhaftierte aus Angst vor Entdeckung die Desinfektion häufig zu schnell und oberflächlich durchführen (Small et al. 2005). Da die Effektivität nicht belegt ist und ein falsches Sicherheitsgefühl entstehen kann, sollten Desinfektionsmittel nur als Notlösung verwendet werden.

Da das Infektionsrisiko auch beim **Tätowieren** gegeben ist, wenn dabei unsauberes Besteck benutzt wird, gibt es hierzu auch vereinzelt schadensminimierende Angebote. Schätzungen aus Baden-Württemberg gehen davon aus, dass ca. 10% der Gefangenen im Vollzug tätowiert und 3% gepierct wurden (Reber 2011, zit. nach Jakob, Stöver und Pfeiffer-Gerschel 2013: 44). Neben Informations- und Aufklärungsbroschüren gibt es vereinzelt Angebote externer, professioneller Tätowierer. Allerdings ist das Tätowieren stark subkulturell geprägt und gerade durch die Heimlichkeit und den Reiz des Verbotenen geprägt, so dass entsprechende Angebote evtl. nicht in gewünschtem Maße angenommen oder illegale Praktiken weitergeführt werden (Laubenthal 2011: 127). In kanadischen Gefängnissen wurde ein Pilotprojekt zum Tätowieren in sechs Anstalten durchgeführt, bei der Gefangene sich tätowieren lassen konnten (Jürgens 2004). In Berlin hat die AIDS-Hilfe gemeinsam mit professionellen Tätowierern von draußen Informationsveranstaltungen durchgeführt unter dem Titel: „Dauerhaft? – Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen“ (Deutsche AIDS-Hilfe 2008). Solche Projekte finden sporadisch statt, Evaluationen dazu fehlen. Obwohl Tätowieren und Piercing in Haft offensichtlich nicht unüblich ist, wird es eher selten thematisiert und problematisiert.

Kondome dienen dem Infektionsschutz von HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Studien belegen, dass die Vergabe von Kondomen problemlos in unterschiedliche Gefängnissettings und ohne Sicherheitsprobleme integriert werden kann (WHO, UNODC und UNAIDS 2007d). Um die Nutzung zu erhöhen, sollten Kondome frei und anonym zugänglich sein. Die Vergabe von Kondomen ist jedoch in der Praxis unterschiedlich geregelt. In einigen Anstalten sind sie beim medizinischen Dienst erhältlich, z.T. auch beim Sozialdienst oder der externen Suchtberatung, in anderen müssen sie beim Kaufmann erworben werden, in einigen Anstalten gibt es anonym zugängliche Orte, an denen Kondome ausliegen. In acht von 25 Einrichtungen des Justizvollzugs in Baden-Württemberg können Kondome käuflich erworben werden, in den übrigen werden sie kostenfrei abgegeben (Justizministerium Baden-Württemberg 2009). Der Hamburger Senat

spricht von einer niedrigschwelligen Kondomvergabe in allen JVAen in Hamburg, doch erfolgt die Abgabe je nach Anstalt über den medizinischen Dienst, Stationsbeamte oder über die Hauskammer (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2010: 22), was nicht den Kriterien einer niedrigschwelligen Vergabepraxis entspricht. Insgesamt werden Kondome nur selten auf anonyme Art und Weise zur Verfügung gestellt, lediglich in Nordrhein-Westfalen „gibt es einen ‚Kondomerlass‘, wonach die Vollzugsanstalten den anonymen Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln gewährleisten und begleitende Informationen anbieten müssen“ (Knorr und Sweers 2011: 51). Da gleichgeschlechtliche sexuelle Aktivitäten insbesondere unter männlichen Gefangenen mit Tabus belegt sind, der Furcht, als schwul zu gelten oder auch der Furcht, des Drogenschmuggels verdächtigt zu werden, werden Kondome selten benutzt (WHO, UNODC und UNAIDS 2007d: 14). Die Verteilung von Gleitmitteln zusammen mit Kondomen kann die Wahrscheinlichkeit von Verletzungen (insbesondere beim Analverkehr) sowie Kondomrissen verringern, wird jedoch nur selten angeboten.

Die Umsetzung von schadensminimierenden Angeboten im Vollzug liegt nach wie vor in den europäischen Ländern weit hinter dem Angebot außerhalb zurück (z. B. Commission of the European Communities 2007: conclusion 5; Stevens, Stöver und Brentari 2010: 383). Besonders nachdrücklich wird dies beim Spritzentausch deutlich, der in fast allen EU-Ländern extramural angeboten wird, in Haft aber nur in drei Ländern. Aber auch bei der Substitution, Kondomvergabe und Heroinverschreibung existieren im Justizvollzug große Lücken in der Versorgung (WHO Europe und UNAIDS 2008: 228). Es wird argumentiert, dass die Situation im Vollzug derjenigen in Freiheit um zehn Jahre verzögert vergleichbar sei (EMCDDA 2012: 22; Jacob und Stöver 2000: 65). Inzwischen lässt sich jedoch schlussfolgern, dass auch nach zwanzig Jahren Spritzenvergabeangeboten außerhalb des Justizvollzugs der Spritzentausch in Haft nicht etabliert ist, und wohl auch die Einführung in naher Zukunft unwahrscheinlich scheint. Die inadäquate Umsetzung nationaler und internationaler Leitlinien zur HIV-Prävention wurde in einer französischen Studie eindrucksvoll dargelegt (Michel et al. 2011). Neben den internationalen Leitlinien von WHO, UNAIDS, UNODC (WHO, UNAIDS und UNODC 2007a) wurden französische Richtlinien des Gesundheits- und Justizministeriums auf ihre Umsetzung im Strafvollzug überprüft. Die untersuchten Maßnahmen umfassen sowohl schadensminimierende Angebote wie Spritzenvergabe, Desinfektionsmittel und Kondomvergabe als auch Information, Testen und Impfen. Insgesamt wurde der Zugang zu HIV-

Prävention für Gefangene als mangelhaft bewertet (ebd.). Dabei wurden die Leitlinien der WHO noch weniger umgesetzt als die französischen nationalen Leitlinien, die z. B. keine Spritzenabgabe vorsehen. Die einzelnen Anstalten erfüllten die Standards unterschiedlich, aber keine komplett. Diese große Lücke zwischen internationalen und nationalen Richtlinien und der lokalen Umsetzung deuten die Autoren der Studie als ideologische Unterschiede in der lokalen Gefängnisadministration. Zudem machen die Autoren eine fehlende Schadensminimierungspolitik in Frankreich aus (ebd.).

Kritiker von Spritzenvergabe im Justizvollzug befürchten einen Anstieg des Konsums, Anreize zum iv. Konsum sowie die Ausbreitung von Drogen im Vollzug. Sie argumentieren, dass Infektionen in Haft nicht nachgewiesen seien, Spritzentausch die drogenfreien Behandlungsansätze konterkarieren, Spritzen als Waffen eingesetzt werden könnten oder Beamte sich bei Durchsuchungen daran verletzen könnten (Kreuzer 1999). Diese Bedenken konnten durch die Ergebnisse der internationalen Evaluationen zerstreut werden, dennoch bleibt der Spritzentausch höchst umstritten. Die Beendigung der Spritzenvergabeprogramme geschah trotz guter Erfahrungen und gegen den Willen der beteiligten Anstalten in Niedersachsen. Die Hamburger Bürgerschaft begründete die Einstellung des Spritzenztauschs mit folgenden Argumenten:

„da nicht nachgewiesen werden konnte, dass durch die Spritzenvergabe Neuinfektionen mit Hepatitis oder dem HIV-Virus vermieden werden. Darüber hinaus lagen Hinweise darauf vor, dass sich drogengefährdete Gefangene durch die freie Verfügbarkeit von Spritzen zum Drogenkonsum verleitet fühlten, der Drogenmissbrauch zunahm und Bedienstete gefährdet wurden“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2005b: 2).

Die WHO Europe macht hingegen Gründe für die Einführung von Schadensminimierung im Strafvollzug geltend. Dazu gehören (s. WHO 2005: 10):

- Probleme im Anstaltsmanagement durch Gewalt, Schmuggel und Konflikte bei entzügigen Gefangenen
- Das wachsende Problem von Suizid und selbstverletzendem Verhalten im Entzug
- Das Äquivalenzprinzip
- Gesundheitsversorgung nach internationalen Standards und best practice
- Die Gefahr der tödlichen Überdosierung nach Entlassung.

Insgesamt wird also eine große Diskrepanz deutlich zwischen der Praxis schadensminimierender Angebote und der durch Leitlinien und positive Studienergebnisse geforderten Umsetzung.

3.3.6 Infektionskrankheiten: Prävention, Testen, Impfen und Behandlung

HIV und HCV sind die prominentesten Infektionserkrankungen im Justizvollzug, die hier deutlich überrepräsentiert sind. Weiterhin können Tuberkulose sowie sexuell übertragbare Krankheiten von Bedeutung sein.⁶⁸ Infektionskrankheiten sind im geschlossenen Setting eines Gefängnisses schwieriger zu kontrollieren, zugleich haben sie großen Einfluss auf die Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung, da Infektionen natürlich auch nach draußen getragen werden, in diesem Sinne ist das Gefängnis also keineswegs ein geschlossenes System. Mit dem Status HIV- und auch HCV-Infektion sind immer noch Stigmatisierung und auch Isolation und soziale Diskriminierung verbunden (Tag 2005). Restriktionen im Arbeits- und Freizeitbereich können angeordnet werden, Gefangene verschweigen aus Angst vor solchen Stigmatisierungen ihren Infektionsstatus. Bei dieser Stigmatisierung spielen Fehlinformationen über Ansteckungsmöglichkeiten, die geschlossene Situation des Vollzuges sowie Stigmatisierungen gegen vulnerable Gruppen wie DrogenkonsumentInnen, Homosexuelle oder SexarbeiterInnen eine verstärkende Rolle (Lines 2007: 61). Die Furcht vor Stigmatisierungen kann Gefangene davon abhalten, einen HIV-Test vorzunehmen oder sonstige Hilfe in Anspruch zu nehmen, ihren Drogenkonsum, sexuelle Vorlieben oder ihren Infektionsstatus mitzuteilen.

In europäischen Gefängnissen werden HIV- und HCV-Tests relativ regelmäßig bei Haftantritt angeboten, zumindest für Risikogruppen. Die Durchführung von Zwangstests zur Feststellung einer Infektion ist nicht zulässig. Abgesehen davon, dass mit einer Notiz oder Weitergabe von Informationen eine Scheinsicherheit hergestellt wird (eine Infizierung kann nach dem Test stattfinden), ist dies mit dem Gebot des Arztgeheimnisses nicht vereinbar, in den Überlegungen zu Zwangs- oder auch Massentests wird jedoch das Vollzugsinteresse der Sicherheit immer wieder betont. Allerdings wird selten vor der Entlassung getestet, so dass mögliche Infektionen im Vollzug nur unsystematisch erfasst werden (Hedrich und Carpentier 2009).

68 Zur Prävalenz der verschiedenen Infektionskrankheiten in Haft vgl. Kap. 2.2.4.1.

Impfungen gegen Hepatitis B können die Zahl der Infektionen und der langfristigen möglichen Folgen (wie Leberzirrhose) senken und somit insgesamt kostensenkend sein. Risikogruppen wie intravenös Drogenkonsumierenden sollte eine Impfung daher immer angeboten werden, begleitet von einer Beratung (Farrell, Strang und Stöver 2010). Das sächsische Justizministerium hat zumindest bis 1999 keine Hepatitis-B-Impfung für Gefangene finanziert (Stiehler 1999). Heute ist die Hepatitis-B-Impfung kostenlos in 15 Bundesländern in jeweils allen Justizvollzugsanstalten möglich (Deutscher Bundestag 2012b: 3), in Bayern ist dies nur in Ausnahmefällen möglich (Knorr und Sweers 2011: 51). Obwohl die ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts eine Hepatitis-B-Impfung u. a. „bei Drogenabhängigkeit oder längerem Gefängnisaufenthalt“ empfiehlt, scheinen Gefangene nicht regelmäßig über diese Möglichkeit informiert zu werden (ebd.).

Die antivirale Kombinationstherapie bei HCV mit pegyliertem Interferon und Ribavirin in Kombination bzw. hochaktive antiretrovirale Therapie bei HIV entspricht derzeitigem medizinischen Standard, wird in Haft jedoch selten initiiert, sondern eher nur bestehende Behandlungen weitergeführt. Zudem ergeben sich Kontinuitätsprobleme bei Verlegungen in andere Anstalten oder einer fehlenden Schwerpunktpraxis in der Nähe. Die Zugangshürden zur Behandlung sind größer als in Freiheit (Keppler et al. 2010). Die medikamentöse Behandlung kann insbesondere bei Haftantritt und -entlassung unterbrochen sein, aber auch während der Haft, wenn etwa disziplinarische Maßnahmen durchgeführt werden (Small et al. 2009). Auch versuchen manche Inhaftierte, ihren HIV-Status und damit die Medikamenteneinnahme vor anderen geheim zu halten. Dadurch kann die regelmäßige Einnahme beeinträchtigt werden (ebd.).

Ein Rahmenkonzept der UNODC zu HIV-Prävention und -behandlung im Gefängnis enthält elf grundsätzliche Prinzipien sowie 100 spezifische Aktionen und konkrete Vorschläge zur Umsetzung. Dieses Konzept bezieht sich auf internationale Leitlinien zu Menschenrechten und Public Health-Grundsätzen im Gefängnis. Die elf grundsätzlichen Prinzipien lauten (UNODC und WHO 2006):

- good prison health is good public health
- good prisoner health is good custodial management
- respect for human rights and international law
- adherence to international standards and health guidelines
- equivalence in prison health care

- evidence-based interventions
- holistic approach to health
- addressing vulnerability, stigma, and discrimination
- collaborative, inclusive, and intersectoral cooperation and action
- monitoring and quality control
- reducing prison populations.

In einem "toolkit" für PolitikerInnen, Programmverantwortliche, Gefängnispersonal und Gesundheitsdienstpersonal in Gefängnissen hat die UNODC umfangreiche Aspekte, Checklisten zur Umsetzung sowie Beispiele aus verschiedenen Ländern über HIV und AIDS in Gefängnissen zusammentragen lassen (UNODC 2008). In einem „technical paper“ werden Grundlagen, Forschungsergebnisse und Empfehlungen zu HIV-Tests und -Beratung komprimiert. Auf der Grundlage internationaler Empfehlungen und Richtlinien werden Zwangstests strikt abgelehnt sowie auf die Bedeutung von Beratung vor und nach dem Test sowie die Einverständniserklärung der Gefangenen Bezug genommen. Zudem wird deutlich gemacht, dass HIV-Tests und HIV-Beratung immer eingebettet sein sollen in ein umfangreiches Programm aus Harm Reduction, Beratung und Behandlung, so dass eine Stigmatisierung von Infizierten verringert werden soll (UNODC und WHO 2009b). HIV-Tests werden inzwischen nur noch in wenigen Ländern zwangsweise eingesetzt und die Zahlen gehen weiter zurück (a.a.O.: 20). Gleichzeitig ist der Zugang zu einem freiwilligen Testangebot nicht in allen Ländern/Gefängnissen möglich, oder ein begleitendes Beratungsangebot findet nicht statt, teilweise gibt es auch Probleme mit der Vertraulichkeit (a.a.O.: 23f.). Sowohl Zwangstests als auch die Separierung von HIV-Infizierten Gefangenen ist kontraproduktiv und kann zu negativen gesundheitlichen Folgen führen (WHO, UNODC und UNAIDS 2007b: 5), denn eine Separierung aus gesundheitlichen Gründen ist unnötig und verstärkt die Stigmatisierung (a.a.O.: 14). Durch umfassende Zwangstests wird eine Kompletterhebung über alle HIV-Infektionen suggeriert, die zum einen niemals umfassend sein kann, zum anderen werden dadurch keine besseren Daten über den Umfang der Infektionen erzielt als mit freiwilligen Testangeboten (WHO, UNAIDS und UNODC 2007a: 68). Grundsätzlich sind Zwangstests unethisch und verstoßen gegen grundlegende Menschenrechte wie das Recht auf Sicherheit und auf Privatheit (ebd.). Eine getrennte Unterbringung von infizierten Gefangenen verringert nicht die Häufigkeit von Neu-Infektionen, kann hingegen den Ausbruch anderer Krankheiten wie z. B. Tuberkulose begünstigen, und lässt sich nicht mit dem

Recht auf Geheimhaltung medizinischer Befunde vereinbaren (a.a.O.: 69). In Deutschland war der Umgang mit HIV-positiven Gefangenen in den 1980er Jahren von Kontrolle und Ausgrenzung geprägt. Der HIV-Status war häufig dem Personal und z. T. auch anderen Gefangenen bekannt, HIV-positive Gefangene wurden von den anderen Gefangenen abgesondert (vgl. ausführlich Singhartinger 1987). In Hessen wurden mit einem Erlass 1985 verpflichtende Tests auf HIV bei Inhaftierung eingeführt (a.a.O.: 56). Wie sehr damals die Ausgrenzung von HIV-positiven Gefangenen üblich war, zeigt auch die Haltung der Deutschen AIDS-Hilfe, die 1987 die Isolierung infizierter Gefangener forderte (a.a.O.: 162f.). Auch heute ist die Offenlegung des HIV-Status gegenüber Bediensteten des AVD ohne Einwilligung der betroffenen Gefangenen durchaus üblich, und Gefangene in Nordrhein-Westfalen beispielsweise müssen ihren Infektionsstatus bekannt geben, wenn sie am gemeinschaftlichen Umschluss teilnehmen wollen (Deutscher Bundestag 2012b).

Tuberkulose stellt eine weitere Infektionskrankheit dar, die im Strafvollzug überrepräsentiert ist, insbesondere in Mittel- und Osteuropa, aber auch in Deutschland ist die TB-Prävalenz in Haft bis zu 38-mal höher als außerhalb (Groß 2009: 184). Zur Tuberkulosekontrolle in Haft gibt es internationale Richtlinien der WHO und anderer Stellen. Die WHO empfiehlt die Umsetzung der StopTB Strategie, welche 2006 aus der DOTS-Strategie (directly observed treatment, short-course) weiterentwickelt wurde, und auf umfassende Maßnahmen der Prävention, Diagnose, Behandlung und Unterstützung abzielt (WHO Europe 2007: 11). Auch im Bereich der Tuberkuloseprävention und -behandlung im Vollzug sieht die WHO dringenden Handlungsbedarf (WHO Europe 2007: 3). Dazu seien u. a. folgende Punkte essentiell: Adäquate Finanzierung für Gesundheitsversorgung und TB-Kontrolle, genügend und geschultes Personal, umfassende Systeme zur Infektionskontrolle, Umsetzung von Behandlungsrichtlinien, kontinuierliches Testen und Behandeln, Verknüpfung mit TB-Kontrollprogrammen außerhalb des Vollzuges, Einbeziehen aller vollzuglichen Aspekte wie Überbelegung, Ernährung, frische Luft und Bewegung (a.a.O.: 3ff.). Das Problem der multi-resistenten TB wird immer größer, so dass neue Behandlungsformen nötig werden. Für eine Übersicht zur Tuberkuloseprävention und -behandlung s. Veen (2007).

3.3.7 Informationen und Schulungen für Inhaftierte und Personal

Informationsveranstaltungen und Schulungen zu Gesundheitsthemen für Gefangene und Personal tragen zu einem besseren Verständnis und somit

Miteinander bei. Sie thematisieren Ängste (z. B. bezüglich Infektionsrisiken), klären auf, bieten Wissensvermittlung⁶⁹ und bieten die Möglichkeit zum Austausch. Vielfältige Herangehensweisen und Methoden (Peer Support, externe und interne Schulungen, Plakate, Flyer, ...) unterstützen dabei den Erfolg solcher Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Ziele umfassen (vgl. Stöver und Trautmann 2001) ein besseres Verständnis und Bewusstsein für gesundheitliche Themen der Infektionsprophylaxe, des Drogenkonsums, des Tätowierens etc..⁷⁰ Darüber hinaus zielen sie auf vermehrtes Wissen über Ansteckungsmöglichkeiten, Erkennen von Risikosituationen und -verhalten bei Gefangenen und Personal sowie Förderung von Risikominimierung. Zudem soll eine Bedürfnisorientierung sowohl der Gefangenen als auch der Bediensteten umgesetzt werden.

Das Wissen über Infektionskrankheiten, Ansteckungsmöglichkeiten, Safer Use und generell gesundheitliche Risiken im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum wird bei Inhaftierten insgesamt als gut eingestuft, jedoch gibt es auch Unsicherheiten und falsches Wissen, die sich dann jeweils wieder auf das Verhalten auswirken (können) (z. B. Eckert und Weilandt 2008: 51ff.).

Insbesondere das Thema Infektionskrankheiten und somit auch Schadensminimierung betrifft das Personal in besonderem Maße, da die Sicherheit am Arbeitsplatz relevant ist, und große Ängste vorhanden sind. Somit sind regelmäßige Schulungen für das Personal hilfreich. Das Verhalten des Personals wird durch ihr Wissen über Infektionswege und -risiken beeinflusst (Alarid und Marquart 2009). Ängste über mögliche Ansteckungen und Infektionsrisiken sind unter denjenigen Bediensteten größer, die geringeres Wissen über HIV sowie über geringere Bildung verfügen (ebd.). Auch Fortbildungen und Schulungen über psychische Krankheiten und den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Gefangenen für nicht-medizinisches Personal kann hilfreich und notwendig sein (Gray, Pearce und Marks 2006).

Eine methodische Herangehensweise ist der Peer Support, der aufgrund der größeren Nähe der Beteiligten zueinander mit mehr Akzeptanz assoziiert wird. Einzelne Projekte im Gefängnissetting deuten auf verbessertes Gesundheitsverhalten hin, so beispielsweise in einem Projekt mit jugendlichen Dro-

69 In den USA fordert Rector bereits in den 1920er Jahren eine bessere Gesundheitserziehung unter Kooperation von internen und externen Gesundheitsdiensten (Rector 1929: 21).

70 Hierzu können auch weitere Bereiche der „Gesundheitserziehung“ gehören, die sich beispielsweise mit Ernährung und Bewegung auseinandersetzen. In diesem Kapitel wird jedoch auf drogenbezogene Aspekte fokussiert.

genkonsumentInnen in den Niederlanden, in dem Informationen besser von den Mitgefangenen als vom Personal aufgenommen wurden (Lodewijks 2006). Auch im Bereich Tätowieren wurden in russischen Straflagern positive Effekte von Peer-Support-Angeboten berichtet (Dolan, Bijl und White 2004). Es bietet sich an Peer-Support insbesondere zu schadensminimierenden Angeboten zu installieren, da Vertrauen und das Gefühl ähnlicher Situationen und Expertisen erfolgversprechend scheinen (Eder 2012: 270). Strukturelle Bedingungen des Vollzuges und die Angst vor der Offenlegung des eigenen Konsumstatus können die Teilnahme an solchen Programmen jedoch erschweren (ebd.).

Auch bei externen Anbietern kann die Akzeptanz größer sein als bei internen. Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet sowohl regelmäßige als auch projekthaft begrenzte Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen von Infektionsprophylaxe, Risikominimierung, Tätowieren, Drogenkonsum etc. sowohl für Gefangene als auch Bedienstete an (s. Deutsche AIDS-Hilfe 2008). Die Akzeptanz von und das Interesse an solchen Veranstaltungen ist i.d.R. groß und wird auch mit eigenen Ideen und Engagement begleitet (ebd.).

3.3.8 Entlassungsvorbereitung und Übergangsmanagement

Die Vorbereitung auf die Entlassung und die Organisation der Zeit nach der Haft können entscheidend zu einer geringeren Rückfallhäufigkeit beitragen. Dabei beginnt die Entlassungsvorbereitung „mit dem ersten Tag der Haft“, so der ideale Anspruch: Der Vollzug soll auf das Leben danach vorbereiten. Die Entlassungsvorbereitung wirkt entscheidend auf den späteren Drogenkonsum, „kriminelle“ Aktivitäten und Wieder-Inhaftierung (WHO, UNAIDS und UNODC 2007c). Aspekte der Entlassungsvorbereitung umfassen die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Drogenkonsum, familiäre und soziale Kontakte, Gesundheitsversorgung und psychische Bedarfe und erfordern somit umfassende und differenzierte Herangehensweisen (Crow 2006). Generell ist der Justizvollzug verpflichtet, mit Behörden und Stellen von außerhalb zusammenzuarbeiten, wie z. B. mit der Bewährungshilfe, Bildungseinrichtungen, sozialen Diensten und Wohlfahrtsverbänden (Eder 2012: 76).

Ein Beispiel für ein koordiniertes Übergangsmanagement bietet das KompetenzCentrum in Bremen (Matt und Hentschel 2008). Hier wird in Kooperation zwischen JVA, freier Straffälligenhilfe und weiterer Träger „unter einem Dach“ vernetzte Hilfe angeboten, die im Idealfall sechs Monate vor der Entlassung beginnt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Beschäftigungsangeboten

und Berufshilfe (ebd.), die Entwicklung der Maßnahmen wird am Bedarf der KlientInnen ausgerichtet. Durch die Organisation und das frühzeitige Ansprechen sowie die Kooperation wird die Kommunikation zwischen den Fachdiensten der JVA, den Gefangenen und den externen Fachkräften verbessert. Insbesondere das Ansprechen während der Haft hat sich als effektiv herausgestellt (Matt und Hentschel 2008: 87). In Österreich wurde das Programm „Schritt für Schritt“ erfolgreich evaluiert, welches mit einem Case-Management-Ansatz durch externe SozialarbeiterInnen auf Arbeit und Beschäftigung für Entlassene fokussiert (Hammerschick und Krucsay 2007). Eine gute Kooperation zwischen den externen Kräften und dem Justizvollzug ist dabei bedeutend (ebd.).

Die ununterbrochene Weiterführung medizinischer Behandlungen wie Substitution, der HIV-Behandlung mit HAART, Hepatitis- oder Tuberkulosebehandlungen oder anderer chronischer Erkrankungen ist aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit der intra- und extramuralen Medizin kritisch, da ein nahtloser Übergang nicht immer umgesetzt werden kann.

DrogenkonsumentInnen (insbesondere Opiat- und MischkonsumentInnen) haben nach der Entlassung, und hier insbesondere signifikant in der ersten Woche nach der Entlassung, ein sehr hohes Mortalitätsrisiko. In einer Studie über Hamburger Drogentodesfälle der Jahre 1990 bis 1997 zeigt sich ebenfalls ein erhöhtes Risiko in den ersten zehn Tagen nach Haftentlassung (Heinemann, Kappos-Baxmann und Püschel 2002). Für England wurde ein 40fach erhöhtes Risiko in der ersten Woche nach der Haftentlassung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ermittelt. Von diesen Todesfällen waren über 90% drogenbezogen (Singleton et al. 2003). Für eine Übersicht verschiedener Studienergebnisse s. WHO Europe (2010: 5f.). Das erhöhte Mortalitätsrisiko lässt sich zum einen auf eine geringere Toleranz von Opiaten nach der Haftentlassung zurückführen, zum anderen auf Mischkonsum verschiedener Substanzen mit Opiaten. Denn häufig wird nach der Entlassung die gleiche Dosis wie vor der Haft konsumiert. Der in Haft entwöhnte oder zumindest weniger gewohnte Körper kann diese jedoch nicht verarbeiten. Darüber hinaus beeinflussen Faktoren wie unzureichende Entlassungsvorbereitung und Nachsorge sowie fehlgeschlagene Identifikation der Risikogruppe das Mortalitätsrisiko (a.a.O.: 10). Sowohl Drogenkonsum im Monat vor der Inhaftierung als auch Abstinenz während der Haftzeit sowie Rückfälle deuten auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko nach Haftentlassung (ebd.). Eine enge Verbindung zwischen dem Justizvollzug und externen Diensten wird als essentiell angesehen, eben-

so Substitutionsbehandlung, psychosoziale oder psychotherapeutische Angebote und eine kontinuierliche Betreuung/Behandlung zwischen Vollzug und außerhalb (WHO Europe 2010: 1f.), auch die Gabe von Naloxon (z. B. in Peer-Programmen, nach der Entlassung) kann hilfreich sein (a.a.O.: 16, sowie Wakeman et al. 2009).

Eine gute Entlassungsvorbereitung und -begleitung für die ersten Monate nach der Haftentlassung sind besonders bedeutsam (vgl. z. B. Zurhold, Haasen und Stöver 2005). Die Nachbetreuung von inhaftierten DrogenkonsumentInnen verringert signifikant die Rückfälligkeit des Drogenkonsums. Insbesondere Obdachlosigkeit und Arbeitslosigkeit sowie fehlende Behandlungsangebote zum Konsumverhalten verstärken das Risiko von Rückfälligkeit (Fox 2000). Dementsprechend sollte also besonderes Augenmerk in der Nachbetreuung auf die Aspekte Wohnen und Arbeit gelegt werden. Gleichzeitig macht die Relevanz von Entlassungsvorbereitung bzw. Übergangsmanagement noch einmal deutlich, wie sehr das System Strafvollzug von dem System außerhalb abgetrennt ist (vgl. auch Kap. 2.1.4), so dass der Übergang in beide Richtungen einen enormen Schnitt und Systemwechsel für die Betroffenen bedeutet.

3.4 Zusammenfassung

Die intramurale Gesundheitsversorgung ist von einer Reihe Besonderheiten gekennzeichnet. Durch die Zuständigkeit der Justiz und die fehlende Krankenversicherung kommt dem Staat ein besonderer Fürsorgeauftrag für die Gefangenen zu. Die institutionellen Rahmenbedingungen erschweren jedoch eine adäquate medizinische und gesundheitsfördernde Versorgung. Dies drückt sich u. a. aus in einem multiplen Rollenkonflikt des medizinischen Personals, des fehlenden Vertrauensverhältnisses zwischen dem medizinischen Personal und den Gefangenen oder der Unterordnung medizinischer Belange unter ein Primat der „Sicherheit“ im Justizvollzug. Das in internationalen Richtlinien immer wieder geforderte Äquivalenzprinzip stößt nicht nur in Bezug auf die freie Arztwahl an seine Grenzen, sondern auch und vor allem in der Gesundheitsversorgung drogenkonsumierender Gefangener. Die Diskrepanz zwischen sinnvollen, durch Studien erprobten und durch internationale Organisationen geforderten Angeboten und der Realität des Vollzugsalltags lässt sich insbesondere im Bereich der Schadensminimierung konstatieren. Dies lässt sich auf die vorherrschende Abstinenzorientierung des Justizvollzugs zurückführen, welche zusammen mit dem Sicherheits- und

Kontrollparadigma grundlegend für das Behandlungs- sowie Drogenkonsumverständnis im Justizvollzug ist. Drogenkonsum wird einerseits als behandlungsbedürftige Krankheit, andererseits jedoch weitaus deutlicher als unerwünschtes und zu bestrafendes Verhalten stigmatisiert. So werden die strukturell bedingten Widersprüchlichkeiten des Justizvollzugs im klassischen Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle am Beispiel des Drogenkonsums besonders deutlich. Hierdurch werden adäquate und umfassende Behandlungsangebote erschwert und sinnvolle Maßnahmen nicht umgesetzt.

4 Analyse der strukturellen Bedingungen – Widersprüchlichkeiten in der Umsetzung von Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung in Haft ist mit Herausforderungen und Ambivalenzen konfrontiert, die sich aus der besonderen Situation und dem Auftrag des Justizvollzuges ergeben. Die Ziel- und Aufgabenkonflikte des Justizvollzugs als Institution sowie des Personals erschweren so eine gesundheitsorientierte Perspektive. Des Weiteren bedeuten die gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen und die Bedingungen der Lebenswelt Justizvollzug besondere Herausforderungen für die intramurale Gesundheitsversorgung.

Strukturelle Problembereiche und Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft wurden in den bisherigen Ausführungen offenkundig. Als Problembereiche werden hierbei systemimmanente problematische Aspekte verstanden, die sich nicht einfach auflösen lassen, wie z. B. die Ziel- und Rollenkonflikte des Personals. Darüber hinaus werden als Defizite hier Mängel in der Gesundheitsversorgung definiert, die es laut der verschiedenen Gesetze und Richtlinien nicht geben sollte, wie z. B. die lückenhafte bzw. fehlende Umsetzung der Substitutionsbehandlung. Im Folgenden werden Schwierigkeiten und Barrieren, die einer adäquaten Gesundheitsversorgung hinderlich sind, erörtert.

Die im Fachdiskurs thematisierten Barrieren einer adäquaten Gesundheitsversorgung für inhaftierte DrogenkonsumentInnen werden auf unterschiedlichen Ebenen verortet (vgl. Tabelle 4). Die hier aufgeführten Barrieren sind zum Teil eher der politischen Ebene zuzuordnen, teilweise auch der institutionellen Ebene, wobei allerdings Überschneidungen und Doppelungen existieren. Darüber hinaus wird der systematisierende Versuch unternommen, die genannten Barrieren sowohl auf den Justizvollzug generell, die organisatorische Dimension sowie die Versorgung von DrogenkonsumentInnen im Speziellen zu beziehen. Zum Teil bedingen sich die einzelnen Faktoren gegenseitig bzw. lassen sich auf die gleichen Ursachen zurückführen, wie z. B. ein bestimmtes Suchtverständnis oder knappe Ressourcen.

Es werden häufig ähnliche Barrieren benannt bzw. die gleichen Problembe-
reiche ausgemacht, unabhängig davon, um welche Länder (der westlichen
Welt) es geht. Die strukturellen Probleme scheinen international übergreifend
zu existieren. Die genannten Barrieren sind auf verschiedenen Ebenen ange-
ordnet von einer international politischen (EU-) Ebene bis hin zur Organisa-
tion von einzelnen Abteilungen einer JVA. Zur Überwindung dieser Barrie-
ren werden im Fachdiskurs und in der Praxis Lösungsansätze und -vorschläge
für eine bessere Gesundheitsversorgung in Haft erarbeitet und z. T. umge-
setzt. Es ist jedoch zu bedenken, dass häufig von Idealzuständen des Status
quo außerhalb als Ziel ausgegangen wird. Diese Idealzustände sind auch in
der extramuralen Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen nicht
gegeben. Auch dort gibt es Defizite, Behandlungslücken und unterschiedliche
Wahrnehmungen von Bedürfnissen. Zudem impliziert die Sprachwahl von
Defiziten und Barrieren eine eindeutige Bearbeitungsmöglichkeit und Prob-
lemdefinition, die in dieser Eindeutigkeit nicht gegeben ist.

Die gesundheitliche Versorgung von DrogenkonsumentInnen im Justizvoll-
zug ist im Vergleich zur Versorgung in Freiheit eingeschränkt. Die Imple-
mentierung von Leitlinien, neuen Behandlungsansätzen und Angeboten für
DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug ist oft sehr spärlich, verzögert und
von Widerständen geprägt. Die Verbindung „Good policies, good prisons?“
(Coyle 1994: 88) stellt Coyle zu Recht in Frage. Das Gefüge um die Institu-
tion Justizvollzug ist komplex, die verschiedenen Akteure von innerhalb und
außerhalb tragen zu einem vielschichtigen und kontroversen Bild bei. Die
Implementierung (inter-)nationaler Richtlinien zur Gesundheitsversorgung in
Haft weist auf eine Reihe von Defiziten hin, die z. T. über lange Jahre hin-
weg bestehen, und überwiegend strukturell bedingt sind. Der Schritt von poli-
tischen Empfehlungen hin zur Umsetzung wird von ExpertInnen als kontinu-
ierliche Herausforderung begriffen (so etwa Gatherer, Moller und Hayton
2005: 1696). Eine immer größer werdende Diskrepanz zwischen dem An-
spruch politischer Strategiepapiere und der Wirklichkeit der Umsetzung wird
ausgemacht (Carlen 2005: 428), insbesondere die mangelnde Umsetzung des
Äquivalenzprinzips wird vielfach bemängelt. Bezogen auf schadensminimie-
rende Maßnahmen für DrogenkonsumentInnen ist die Umsetzung von Richt-
linien häufig lückenhaft, selbst wenn die Implementierung von politischer
Seite akzeptiert und autorisiert ist (z. B. Rehman et al. 2004).

Tab. 4 Übersichtsmodell Barrieren der Umsetzung

	Politische und gesellschaftliche Ebene	Institutionelle Ebene
Strafvollzug generell	– Mangelnde finanzielle Ressourcen – Mangelnde personelle Ressourcen – Überbelegung – Behandlung im Strafvollzug keine politische Priorität – Überzeugung, dass Gefangene keine bessere Gesundheitsversorgung „verdient“ haben – Unterordnung gesundheitlicher Belange unter Sicherheit – Fehlende Verbindlichkeit internationaler Richtlinien	– Überbelegung – Personelle Widerstände gegen Schadensminimierung – Finanzielle Restriktionen – Unterordnung gesundheitlicher Belange unter Sicherheit – Traditionen und Gegebenheiten des Vollzugs – Bedingungen des Justizvollzugs nicht gesundheitsförderlich
Organisatorisch	– Fehlende gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Verweis auf andere JVAen und Länder, die Angebote wie Substitution auch nicht oder kaum vorhalten – Fehlen eines Regelwerkes, verbindlicher Richtlinien, einheitlicher Standards zur Substitutionsbehandlung – Zu viele inhaftierte DrogenkonsumentInnen	– Geringe Kooperation und Vernetzung mit Institutionen außerhalb – Geringe Einbindung von NGOs – Mangel an Training für med. und Sicherheitspersonal – Unhygienische Verhältnisse – Traditionen der Institution – Unzureichende Vertraulichkeit – Fehlende Initiativen der Anstaltsärzte und -Ärztinnen – Rollen- und Zielkonflikte – Unzureichende Kontinuität in den Übergängen
Drogenproblematik	– Fokus auf Angebotsreduzierung und Abstinenz – Politische und gesellschaftliche Widerstände gegen Schadensminimierung – Widerstände gegen Rehabilitationsparadigma – Stigmatisierung von KonsumentInnen – Verleugnung Drogenproblem – Unzureichendes Verständnis der Dynamik und Natur von Abhängigkeit und Sucht – Fehlende (evidenzbasierte) Forschungsergebnisse	– Kein konsequentes Testen, Impfen, Behandeln auf Infektionskrankheiten – Fehleinschätzung der Infektionsausbreitung und Mythos, Infektionskrankheiten kontrollieren zu können – Unzureichendes Verständnis der Dynamik und Natur von Abhängigkeit und Sucht – Stigmatisierung von KonsumentInnen – Fehlende Behandlungskapazitäten

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage folgender Texte: (Decorte 2007: 39; Eder 2012; Gatherer, Moller und Hayton 2005: 1700; Morgenstern 2008; Pont, Stöver und Wolff 2012; Stöver und Thane 2011: 243ff.).

Nachdem im vorherigen Kapitel das Gesundheitssystem in Haft sowie dessen strukturelle Defizite und Problembereiche dargestellt und diskutiert wurden, soll im Folgenden eine Analyse dieser Problembereiche erfolgen, indem ver-

schiedene mögliche Erklärungsansätze analysiert werden, die die Veränderungsresistenzen, Schwierigkeiten und Widersprüche in der Umsetzung der herausgearbeiteten strukturellen Defizite beleuchten. Dazu wird einleitend auf die grundsätzliche Veränderungs- und Reformfähigkeit des Justizvollzugs eingegangen. Sodann werden Ansätze aus der kriminologischen und kriminalpolitischen Diskussion erörtert und auf die intramurale Gesundheitsversorgung bezogen. Es sollen Mechanismen und Strukturen verdeutlicht werden, die eine Implementation bestimmter Angebote und Richtlinien erschweren und/oder verhindern sowie Möglichkeiten der Überwindung analysiert werden. Damit werden Reformpotenziale im Bereich der Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen in Haft diskutiert und generell mit Reformmöglichkeiten des Justizvollzuges in Verbindung gebracht.

4.1 Reformprozesse im Justizvollzug

Der Justizvollzug unterliegt Veränderungen, Reformprozessen und -ansprüchen. Dabei wird die Reformbereitschaft und -fähigkeit des Justizvollzuges insgesamt unterschiedlich beurteilt. Reformen, als „planmäßige Neuordnung, Umgestaltung, Verbesserung des Bestehenden (ohne Bruch mit den wesentlichen geistigen und kulturellen Grundlagen)“ (Dudenredaktion 2013) definiert, sind immer auch verknüpft mit den Ziel- und Schwerpunktsetzungen der jeweiligen Zeit. So stand das 18. Jahrhundert im Zeichen des Besserungsvollzugs, anschließend wurde der Verwahrvollzug dominant, während im 20. Jahrhundert der Behandlungsvollzug im Vordergrund stand. Die Strafrechtsreform der 1970er Jahre zielte ebenfalls auf größere Veränderungen unter Beachtung der Menschenrechte und Behandlungsmöglichkeiten (zu historischen Reformbemühungen s. Kap. 2.1.1). Heute gewinnt das Thema Menschenrechte auf internationaler Ebene nach und nach im Strafvollzug eine immer größere Bedeutung (z. B. Bammann und Feest 2009; Sparks 2007: 91). Weiterhin werden z. B. neue Behandlungsprogramme umgesetzt (insbesondere im Bereich Sexualstraftäterbehandlung), die Entlassungsvorbereitung als sogenanntes Übergangsmanagement ausgebaut oder vermehrt Wohngruppenvollzug praktiziert. Gleichzeitig werden jedoch auch Sicherungs- und Kontrollmöglichkeiten zunehmend eingesetzt, wie die Entwicklung der Sicherungsverwahrung zeigt. Der Justizvollzug verändert sich also permanent. Die Veränderungen und Reformprozesse sind dabei Teil einer größeren gesellschaftlichen Betrachtung auf Strafe und Strafvollzug. Doch was verändert sich im System Justizvollzug und was erscheint unveränder-

bar? Welche grundsätzlichen Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Veränderung lassen sich feststellen?

Düinkel und Drenkhahn (2001) weisen auf gegenläufige Tendenzen zwischen Reform als Umsetzung fortschrittlicher Vollzugskonzepte und Gegenreform mit dem Ruf nach Härte und der Praxis der Überbelegung hin. Von der „Innovationsbereitschaft und -fähigkeit“ des deutschen Strafvollzuges sind sie überzeugt (Düinkel, Drenkhahn und Morgenstern 2008: 234) und gehen dabei davon aus, dass Reform mit einer Humanisierung des Strafvollzuges und nicht mit verstärkten Sicherheitsmaßnahmen einhergeht bzw. darauf abzielt. Ähnliche Vorstellungen betonen auch Flüge et al., wenn sie das Gefängnis als „lernende Organisation“ (Flüge, Maelicke und Preusker 2001) betrachten. Weiterhin werden die Fortschritte der Entwicklung, z. B. in der Thematisierung und Beachtung von Menschenrechten auf internationaler Ebene (z. B. Bammann und Feest 2009: 8) oder auch in der Umsetzung und Ausgestaltung einzelner (Behandlungs-) Angebote (z. B. Preusker 2001) hervorgehoben. Insbesondere in den 1960–1970er Jahren während der sogenannten großen Strafrechtsreform war der Strafvollzug „reformfreudig“, diese Organisationskultur „färbte auf das Handeln vor Ort ab“ (Gratz 2010: 287). Heute wird mit Strafvollzugsreform überwiegend ein humanerer Strafvollzug als Ziel ausgerufen: „Nach einem über 100 Jahre andauernden Reformprozess hat sich eine rationale, humane und integrative Zielvorstellung durchgesetzt“ (Preusker 2001: 16). Entgegen solcher Verlautbarungen wird allerdings zugleich ein Trend zum härteren Vollzug ausgemacht, mit einem „schleichenden Übergang vom Resozialisierungs- zum Sicherheitsparadigma“ (Ohler 2007: 704). Dies versteht Ohler als Scheitern der Reform und zugleich als „normale“ Veränderung:

„Der postmoderne Vollzug ist als Krise zu verstehen, da die Reformversprechen nicht eingelöst sind und die innovatorischen Kräfte sich allmählich erschöpfen. Diese Krise ergibt sich zwangsläufig aus dem Kontrast zwischen Reformtheorie und Reformalltag, das heißt, das Scheitern der Reform ist keine Katastrophe, sondern selbst Teil der Entwicklung“ (Ohler 2007: 706).

Hier wird also bereits auf die Diskrepanz zwischen dem Anspruch und dessen Umsetzung verwiesen, wie es für die intramurale Gesundheitsversorgung kennzeichnend ist. Reform im Justizvollzug wird gemeinhin als eine positive Veränderung verstanden, hin zu einer Humanisierung des Strafvollzugs. Hin-gegen werden Veränderungen, die z. B. vermehrt auf den Strafaspekt oder den

Sicherheitsaspekt rekurren, als Gegenreform bezeichnet. Nach Gratz verlaufen Reformbewegungen des Strafvollzuges in vier Phasen (Gratz 2008: 9)⁷¹:

1. „Reformbewegungen in Richtung menschengerechter und behandlungsorientierter Strafvollzug;
2. bescheidene Erfolge in der Umsetzung;
3. (überwiegendes) Scheitern der Reformbewegung infolge knapper Mittel, gesellschaftlicher Umbrüche oder Katastrophen oder auch veränderter gesellschaftspolitischer Hauptströmungen und entsprechender Begründungen von Strafrecht;
4. Verschlechterung der Haftbedingungen (gemessen an der Lebenssituation eines ungelernten Arbeiters in Freiheit) und/oder Zunahme der Repression in einem Ausmaß, das die Phase 1 initiiert.“

Carlen beschreibt den Mechanismus der Implementierung als Variante eines solchen Phasenmodells folgendermaßen: Auf einen Konsens über die Bedarfe folgt eine Hyperaktivität von Plänen und Programmen, die wiederum von nahezu absoluter Paralyse bezüglich der tatsächlichen Implementierung gefolgt sei (Carlen 2005: 423). In beiden Modellen wird ein Kreislauf beschrieben, in dem ein Scheitern bereits angelegt ist. Das Beispiel der Substitutionsbehandlung kann das Modell von Gratz verdeutlichen: Die Bemühungen um die Umsetzung der Substitutionsbehandlung führten zu einer Ausweitung der Behandlung, gleichwohl nicht in dem anvisierten Ausmaß. Verschiedene Barrieren wie knappe personelle und finanzielle Ressourcen und eine ablehnende Haltung können als ursächlich für ein teilweises Scheitern begriffen werden. Erneute Bemühungen werden unternommen, wenn die Defizite in der Umsetzung im Vergleich zur Situation in Freiheit größer werden bzw. vermehrt wahrgenommen werden. Dieses Modell vermag allerdings nicht zu erklären, wie die großen Unterschiede zwischen den Bundesländern und einzelnen Anstalten zustande kommen. Auch die Auswahl dessen, was als reformbedürftig definiert wird, kann dadurch nicht erklärt werden.

Trotz diverser Reformbemühungen und Veränderungen argumentiert Mathiesen, dass das „Gefängnis als System im großen und ganzen unverändert geblieben ist“ (Mathiesen 1989: 7, Hervorh. im Original). Die Struktur und der strafende Charakter des Justizvollzugs würden also nicht verändert, wenn es sich um systemerhaltende und somit positive Reformen handele.

71 Ähnlich beschreibt auch Rothman für die USA die „cycles of reform“ (Rothman 2003: 404), die sich von den Argumenten her immer wiederholen.

Nach Mathiesen zielen positive Reformen auf eine Verbesserung oder Fortentwicklung des Systems, so dass es effektiver arbeite (Mathiesen 1979: 184), wodurch das System gefestigt werde und seine Legitimation gesteigert werde (ebd.). Dagegen sind „negative“ Reformen [...] Veränderungen, die größere oder kleinere Teile abschaffen, von denen das Gesamtsystem mehr oder weniger abhängig ist“ (Mathiesen 1979: 184). Hierdurch erfolgt keine neue gesteigerte Legitimität, so dass neue Reformen erleichtert würden (ebd.). Als positive Reformen benennt Mathiesen die zunehmende Behandlungsorientierung des Strafvollzugs und die Zunahme des Behandlungspersonals (ebd.). Zugleich implizieren die ständigen Reform- und Verbesserungsbemühungen, dass das System Justizvollzug tatsächlich Ziele der Resozialisierung erreichen kann (vgl. dazu Kap. 4.2.6). Auch Sykes sieht die grundsätzliche Reformfähigkeit des Strafvollzugs begrenzt:

“The prison is an authoritarian community and it will remain an authoritarian community no matter how much the facts of the custodians power may be eased by a greater concern for the inmates betterment“ (Sykes 1958: 133).

Während Mathiesen und Sykes mit dem strafenden Charakter des Justizvollzugs argumentieren, betont Hannah-Moffat darüber hinaus die limitierte Veränderungsfähigkeit aufgrund der materiellen Strukturen des Machtgefüges sowie kulturellen Sensibilitäten und Mentalitäten (Hannah-Moffat 2001: 197). Dies verdeutlicht einerseits eine eher organisationssoziologische Argumentationslinie und andererseits die Bedeutsamkeit kultureller Vorstellungen von Strafe. Foucault weist darüber hinaus auf die Relevanz von Herrschaftsstrategien von Gefängnissen hin und begründet Veränderungsresistenzen im Strafvollzug damit, dass der Vollzug tief in „Machtanlagen und -strategien eingebettet ist, setzt es jedem Veränderungswillen ein großes Beharrungsvermögen entgegen“ (Foucault 1994: 367), da es eben nicht nur ein „Verstoßungs- oder Unterdrückungsinstrument“ (ebd.) sei.

Reformen im Justizvollzug bzw. der strafrechtlichen Sanktionspraxis können mit verschiedenen Erklärungsrationalitäten begründet werden. Sie können entweder auf Kriminalitätsbekämpfung zielen, humanitäre Beweggründe haben oder auf managerialistische Gesichtspunkte fokussieren (vgl. Mills und Roberts 2011: 39). Während die humanitären Einstellungen im Zentrum von progressiver Strafrechtsreform stünden – wie beispielsweise eine verbesserte Gesundheitsversorgung –, werden die anderen beiden Argumentationslinien eher in öffentlichen und politischen Arenen befördert (ebd.). Reformen kön-

nen auch nicht intendierte (Neben-) Folgen oder Probleme nach sich ziehen. So werden gesundheitswissenschaftliche Argumente stark gemacht, die sich unter anderem auf die finanziellen Kosten beziehen (ebd.). Reformbemühungen können der Gefahr erliegen, in ihrer Effektivität überschätzt zu werden, so dass sie quasi das System grundlegend verändern würden (Mills und Roberts 2011: 39). Auch kann durch eine Fokussierung auf kleine, machbare Schritte ein größeres Ziel aus den Augen verloren werden. Um bestimmte Anliegen umzusetzen, können Informationen so verwässert werden, dass sie z. B. in der Öffentlichkeit oder bestimmten Interessensgruppen Zustimmung finden. Auch eine an die herrschende Idee angepasste Zielrichtung stützt das Justizvollzugssystem (ebd.). Ebenfalls kann die mögliche Vereinnahmung von Substitution als ordnungspolitisches Instrument als ursprünglich nicht intendiert gelten.

Für die Gesundheitsversorgung in Haft ist die grundsätzliche Gegensätzlichkeit von Gesundheit und Strafvollzug entscheidend, und damit das Problem von tatsächlichen Reformen:

“The mistake is to think that prisons can be reformed. Imprisonment and healing are antithetical in part because prison relations are fundamentally adversarial. Power imbalances and abuses, arbitrary discipline, claustrophobia and paranoia all mitigate against the ideal of humanitarian reform. Prison confinement produces fear, tension, depression, anger, and/or a desire for revenge and brings out the worst in many, including prisoners, guards, and health care professionals. It is a conflicted environment by definition, inherently unhealthy” (Faith 2009: 80).

4.2 Strafvollzug zwischen Risikoorientierung und Moral – Diskurse in Bezug auf die intramurale Gesundheitsversorgung

Im Folgenden werden aktuelle gesellschaftliche, kriminalpolitische und kriminologische Diskurse auf die Gesundheitsversorgung von inhaftierten DrogenkonsumentInnen bezogen, denn „medizinische Leistungen im Vollzug sind immer auch Gegenstand politischer Debatten“ (Stöver 2008: 264). Strafvollzugspolitik als Teil der Kriminalpolitik unterliegt Veränderungen in der Ziel- und Funktionsbestimmung ebenso wie in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit. Seit einigen Jahren werden sowohl risikoorientierte, managerialistische Tendenzen in der Kriminalpolitik sowie eine fortschreitende Ökonomisierung im Umgang mit Kriminalität als

auch vermehrte punitive und sicherheitsorientierte Tendenzen ausgemacht: „Das Gefängnis hat sich im Zeichen der Disziplinarmacht als Institution herausgebildet, doch mit dem Bedeutungszuwachs des Sicherheitsdispositivs erhielt die Institution zusätzlich eine andere Funktion“ (Schauz 2010: 106). Die Gleichzeitigkeit von Risikoorientierung und moralischem Strafbedürfnis im Sinne von Vergeltung kann als zwei sich ergänzende Logiken begriffen werden, die beide – aus unterschiedlichen Blickrichtungen – eine repressiv ausgerichtete „Sicherheitspolitik“ legitimieren (vgl. z. B. Lutz und Thane 2003). Die Verortung in der Risikoorientierung bzw. in einem moralischen „Strafbedürfnis“ stellt zugleich einen bestimmten Deutungshorizont dar:

„Das Gefängnis ist genau an dem Punkt angesiedelt, wo sich die beiden wichtigsten sozialen und strafrechtlichen Kräfte unserer Zeit kreuzen: das Risiko und die Vergeltung. Mit der absolutistischen Logik einer Strafsanktion bestraft und beschützt es, verurteilt und kontrolliert es. Die Inhaftierung dient zugleich als expressive Befriedigung von Rachegehlüsten und als Instrument des Risikomanagements und der Gefahreneindämmung“ (Garland 2008: 353).

Dagegen werden allerdings auch Entwicklungen hin zu einem auf Humanisierung ausgerichteten Behandlungsvollzugs ausgemacht (z. B. Dünkel, Drenkhahn und Morgenstern 2008). Somit scheinen gegensätzlichen Tendenzen der Humanisierung, der Risikoorientierung und der Vergeltung nebeneinander zu existieren.

4.2.1 Funktionen und Funktionalisierungen von Strafvollzug

Neben den offiziellen Funktionszuweisungen des Justizvollzugs mit den Stichworten Resozialisierung und Sicherung werden jenseits von Strafe weitere Funktionen des Strafvollzugs benannt:

“storage of the unproductive or those awaiting trial or sentence; reform of the reformable; exclusion of the troublesome or already excluded; protection of the public; provision of employment for millions and unemployment for millions of others; and so on” (Carlen 2002: 115).

So sind Gefängnisse zwar nicht sonderlich erfolgreich in der Reduktion von „Kriminalität“, dafür jedoch in der Demonstration von Entschlossenheit im Kampf gegen AbweichlerInnen, in der managerialistischen Verwahrung der Armen und Marginalisierten, sowie für die Dauer der Inhaftierung beim Schutz der Bevölkerung vor „gefährlichen“ StraftäterInnen (Carlen 2005:

422). Nach Foucault ist das Gefängnis zudem erfolgreich darin, „die Delinquenz als ein anscheinend an den Rand gedrängtes, tatsächlich aber zentral kontrolliertes Milieu zu produzieren; es ist ihm gelungen, den Delinquenten als pathologisiertes Subjekt zu produzieren“ (Foucault 1994: 357), anstatt „Kriminalität“ einzudämmen. Dabei wird eine symbolische Dichotomisierung in die „Bösen“ und die „Guten“ deutlich: „Die hartnäckige Grenzziehung zwischen dem Normalen und dem Anormalen, der jedes Individuum unterworfen ist, verewigt und verallgemeinert die zweiteilende Stigmatisierung“ (Foucault 1994: 256). Diese Perspektive greift Garland mit dem Begriff des „fremden Anderen“ (Garland 2008: 250) auf. Die Funktion der Ausgrenzung und Disziplinierung ist nach Foucault erfolgreich (Foucault 1994: 367):

„Warum sind die Gefängnisse trotz ihrer negativen Produktivität geblieben? Ich glaube, gerade weil sie Kriminelle produzieren und weil Kriminalität in den uns bekannten Gesellschaften einen gewissen ökonomischen und politischen Nutzen hat. Diesen ökonomischen und politischen Nutzen der Kriminalität können wir leicht erkennen. Je mehr Kriminelle, desto mehr Verbrechen. Je mehr Verbrechen, desto größer die Angst in der Bevölkerung, desto akzeptabler und wünschenswerter das System der polizeilichen Kontrolle. Die Existenz dieser permanenten kleinen inneren Gefahr gehört zu den Voraussetzungen für die Akzeptanz des Kontrollsystems“ (Foucault 2005: 233, zit. nach Schauz 2010: 105).

Garland spricht sogar von einer „Neuerfindung des Gefängnisses“ (Garland 2008: 318) in der heutigen Zeit und meint damit eine neue Funktionalisierung der Institution Gefängnis mit dem Schwerpunkt auf einem „Exklusions- und Kontrollmechanismus“ (ebd.), während es zu

„wohlfahrtstaatlichen Zeiten eher als Endpunkt auf einem Behandlungskontinuum betrachtet wurde. Das Behandlungs- und Resozialisierungsideal sei heute trotz ‚zahlreicher Lippenbekenntnisse‘ und den vorhandenen behandlungsorientierten Einrichtungen in den Hintergrund getreten, ebenso wie das „Ideal des durchlässigen, offenen Gefängnisses“ (ebd.).

Diese Entwicklung und ihre Auswirkungen treffen auf die von Garland untersuchten Länder USA und Großbritannien sehr viel drastischer zu als auf Deutschland. Doch lassen sich auch hierzulande Beispiele finden für den „Exklusions- und Kontrollmechanismus“, wie etwa die Entwicklung der Sicherungsverwahrung und die Debatte darum. Auch die in vielen Bundes-

ländern beobachtbare Tendenz zu einer restriktiveren Anwendung von Vollzugslockerungen oder der geringe werdende Anteil von im offenen Vollzug untergebrachten Gefangenen deuten in diese Richtung. Wenn Gruppen von Menschen als RisikoproduzentInnen wahrgenommen werden, fungiert das Gefängnis weniger „Konformität disziplinierend eingeübt, sondern es geht primär um die Verwahrung und das Wegsperrn von gefährlichen Körpern“ (Legnaro 2010: 64).

Durch die Funktion der „ökonomischen Steuerung“ (Walter 1999: 155), die Mathiesen als „Säuberungsfunktion“ (Mathiesen 1989: 157) bezeichnet, werden „unproduktive Elemente“ aus der Gesellschaft entfernt, wie Wacquant für die USA detailliert analysiert hat (Wacquant 2011, ähnlich auch Garland 2008: 353). Dies gilt im übertragenen Sinne auch für das Thema Gesundheit, indem die nicht „leistungsfähigen“ Mitglieder der Gesellschaft wie DrogenkonsumentInnen und psychisch Kranke durch „Einsperren“ exkludiert werden. Darüber hinaus wirkt die Ablenkungsfunktion des Strafvollzugs, die von den Handlungen der Machthabenden und anderen gesellschaftlichen Problemen ablenken soll (Mathiesen 1989: 158). Weiterhin geht es um die Symbolfunktion des Strafvollzugs; durch die Etikettierung der Inhaftierten als die „fremden Anderen“ wird der Generalprävention Rechnung getragen (vgl. Kap. 2.1.2).

Das „Gefängnis hat in hohem Ausmaß symbolische Bedeutung. [...] dass eine wichtige Funktion des Gefängnisses darin bestünde, wirksam zu demonstrieren: ‚Wer in mich hineingerät, dem geht es schlecht‘“ (Gratz 2008: 171). Somit erfüllt der Straf- und Vergeltungsgedanke eine symbolische Funktion für die Gesellschaft, auch wieder im Sinne einer Abgrenzung zu den Gefangenen. Mit solchen Symbolisierungen wird Politik betrieben,⁷² und

72 Die Debatte um eine symbolische Dimension von Strafrechtspolitik und damit auch von Strafvollzug hat in der Kriminologie eine lange Tradition. Es werden symbolische und instrumentelle Funktionen des Strafrechts unterschieden, oder auch wirkliche und scheinbare (so Hassemer, 1989: 555). Strafgesetze seien auf „symbolische“ Wirkungen angelegt, beispielsweise wenn es um Wertbekenntnisse, einen moralischen Appellcharakter oder Ersatzreaktionen gehe (a.a.O.: 554). Zugleich impliziere das Symbolische eine Täuschung (ebd.). Hassemer geht von einem „mehr oder weniger“ (a.a.O.: 556) des Symbolischen im Strafrecht aus, während andere Autoren einen „Gegensatz oder eine Diskrepanz“ zum wirklichen Strafrecht sehen (ebd.). Auch wenn Umsetzungsdefizite zum Strafrecht gehörten, wirft es symbolisch politischen Gewinn ab. Solch symbolischer Gewinn kann Handlungsbedarf demonstrieren, die Bevölkerung beschwichtigen oder einen starken Staat demonstrieren (Hassemer, 1989: 556). Darüber hinaus geht es „bei dem Einsatz symbolischer Mittel [...] auch um die Benennungs- und Deutungsmacht, also um die Durchsetzung einer bestimmten Perspektive auf soziale Probleme“ (Groenemeyer, Hohage & Ratzka, 2012: 174).

der Strafvollzug scheint als Gegenstand einer solchen Politik besonders geeignet zu sein:

„Symbolische Politik steht für falschen Schein, bewusste Täuschung, eine Politik des ‚Als-Ob‘, für Placebopolitik, Verschleierung, Verstellung, Übertünchung, Verdrängung, für Politik als Unterhaltungsshow, als ästhetische Inszenierung, als Medienspektakel und Massenmanipulation“ (Nullmeier 2005: 199).⁷³

Zugleich werden Herrschaftsfunktionen mittels symbolischer Politik bedient:

„Die symbolische Ebene der Politik erfüllt insofern ideologische Funktionen, als über die Produktion symbolischer Formen (von Mythen, Metaphern, Rhetorik, Identitäten) und über die Inszenierung von Ritualen System- und Gesellschaftskritik abgewehrt und politische Herrschaft legitimiert wird“ (Stehr 2012: 466).

Interessens- und Machtkonflikte können verdeckt werden (a.a.O.: 470), wenn beispielsweise ein Bild des Strafvollzugs als strafende, aber auch resozialisierende Institution transportiert wird. Somit geht es den beteiligten Institutionen nicht notwendigerweise um die Lösung eines Problems, da ihnen durch ein solches symbolisches Bild ein Nutzen entsteht (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 121). Daraus könne eine „symbolischer Wirkung bei intendierter Unwirksamkeit“ (Blankenburg 1987: 1, zit. nach Treiber 1996: 8) folgen.

In der Umsetzung der intramuralen Substitutionsbehandlung finden sich disziplinierende Positionen wieder. Es besteht die Tendenz, dass die Substitutionsbehandlung „zunehmend den Ordnungsbestrebungen dieser totalen Institution untergeordnet“ (Schultze 2001: 249) wird. Hierbei kommt zum Tragen, dass sich der „ärztliche Dienst die Argumentation des Gefängnisses zu eigen gemacht [hat], das einheitliche Regeln und Sanktionen benötigt, um einer sonst befürchteten Chaotisierung des Vollzuges entgegenzuwirken“ (Schultze 2001: 249). So wird der Beigebruch durch den ärztlichen Dienst sehr viel strikter sanktioniert als extramural üblich (ebd.). Die Substitutions-

Nach Edelman zielt Politik weniger auf die Lösung sozialer Probleme als auf die „Manipulation von Symbolen, die signalisieren, dass ‚etwas getan‘ wird“ (ebd.).

- 73 Das Phänomen, dass scheinbar irrationale Lösungsversuche unternommen werden, die entgegen wissenschaftlicher und empirischer Befunde stehen, ist ein weit verbreitetes in Strafrechtssystem und unterstreicht die symbolische Bedeutung des Strafrechtssystems. So wurde im Jugendstrafrecht der sogenannte Warnschussarrest im Frühjahr 2013 neu eingeführt entgegen quasi aller Expertenmeinungen. Ähnlich können die vielen Gesetzesverschärfungen im Bereich der Sicherungsverwahrung eingeordnet werden.

behandlung wird somit als „ordnungspolitisches bzw. justizvollzugliches Instrument“ (Keppler, Fritsch und Stöver 2009: 202) benutzt, indem z. B. die Teilnahme an der Behandlung positiv auf die Sozialprognose der Gefangenen einwirkt, oder an eine vorzeitige Entlassung gekoppelt ist (ebd.), oder die Behandlungsteilnahme an die Vollzugsdauer gekoppelt ist. Auch im Strafvollzug werden mit der Substitution klare Sicherheits- und Ordnungsziele verbunden: Als eine Folge von intramuraler Substitutionsbehandlung wird regelmäßig die positive Auswirkung auf das Anstaltsklima, den im Zusammenhang mit vermindertem Drogenkonsum auch verminderten Handel mit Drogen und Schwächung subkultureller Aktivitäten oder eine bessere Ansprechbarkeit der Substituierten verknüpft (s. Kap. 3.3.4). Diese Effekte betonen also eine erhöhte Kontrolle und Kontrollmöglichkeit im Justizvollzug. Dadurch kann die Substitution für das Sicherheitsparadigma des Justizvollzugs funktionalisiert werden.

Resümierend lassen sich eine Reihe von Funktionen des Strafvollzugs finden, die in der Konsequenz die intramurale Gesundheitsversorgung beeinflussen. Der disziplinierende und ordnungspolitische Charakter erschwert eine auf die individuelle Gesundheit ausgerichtete Versorgung. Durch symbolische Konnotationen des „fremden Anderen“ werden zwar generalpräventive Zwecke verstärkt, die aber zugleich den Fokus gerade nicht auf die individuellen Bedürfnisse dieser „fremden Anderen“ setzen.

4.2.2 *Managerialistische Risikoorientierung*

Nach Feeley und Simon und ihrem Konzept der „actuarial justice“ (Feeley und Simon 1992) folgen die Kriminalpolitik und die Strafvollzugspolitik heute neben dem Strafaspekt einer weiteren Logik, nämlich der sicheren und risikoorientierten „actuarial justice“ mit dem Zweck, Risiken zu managen statt individuelles Verhalten zu ändern: „The task is managerial, not transformative“ (Feeley und Simon 1992: 452).⁷⁴ Damit werden Prinzipien eines „new public managerialism“ wie Autonomie der einzelnen Anstalten, Unternehmertum und Kosteneffizienz für den Justizvollzug insgesamt und die einzelnen Justizvollzugsanstalten immer wichtiger (Scott 2007: 57). Auf diese Weise wird der „responsible prisoner“ (a.a.O.: 59) geschaffen, der eigenverantwortlich an seiner Resozialisierung arbeiten soll. Ein Beispiel hier-

74 Die verschiedenen Veränderungen, die Feeley und Simon erörtern, sind dabei nicht eines einheitlichen Ursprungs, wie z. B. „tough on crime“, sondern aus einem Konglomerat unterschiedlicher Aspekte entstanden (Feeley und Simon 1992: 449).

für ist der sogenannte „chancenorientierte Betreuungsvollzug“ in Niedersachsen (vgl. Steinhilper 1999), in dem

„die begrenzten Mittel des Vollzugs zur Behandlung und Betreuung sowie zur Aus- und Fortbildung [...] gezielt bei motivierten Gefangenen eingesetzt [werden], von denen nicht nur die verbale Bereitschaft zur Veränderung, sondern Mitwirkung durch konkretes Tun und eigenverantwortliches Handeln erwartet werden“ (a.a.O.: 185).

Alle anderen Gefangenen, die ihre Bereitschaft nicht sowohl „verbal“ als auch „durch konkretes Tun“ kundtun, werden somit erneut und selbstverantwortet exkludiert. Eine solche individualisierte Verantwortungszuschreibung bedeutet nicht nur eine neuerliche Ausschließung derjenigen Personen, die die Anforderungen nicht erfüllen können oder wollen, sondern darüber hinaus die Abtrennung des individuellen Verhaltens aus den jeweiligen sozialen, kulturellen und ökonomischen Zusammenhängen.

Der scheinbar humanere Strafvollzug seit Mitte der 1990er Jahre, der sich in vermehrten Behandlungsprogrammen, der Einführung von Qualitätsstandards etc. ausdrückt, ist Ausdruck eines solchen Managerialismus (Scott 2007: 67). Zudem wird eine sichere Verwahrung seit den 1990er Jahren wieder als Hauptziel (nicht nur) in England betrachtet (Scott 2007: 67): „Auch im Strafvollzug [ist] das neue Sicherheitsdenken [...] bereits fest verankert. Es geht nur noch um das möglichst kostengünstige Wegsperrten“ (Alex und Feltes 2009: 98). Moralische Diskurse um Besserung treten in dieser Sichtweise in den Hintergrund. „The new penology is neither about punishing nor about rehabilitating individuals. It is about identifying and managing unruly groups“ (Feeley und Simon 1992: 455). Hierzu werden verstärkt psychisch Kranke und insbesondere solche Menschen, die Straftaten begangen haben, gezählt (so etwa Fennell 2006: 246). „Risk management becomes treatment“ (a.a.O.: 250), indem Menschen auf unbestimmte Zeit eingesperrt werden können, wenn sie ein „Risiko“ für die Gesellschaft darstellen.

Dieser Risikogedanke betrifft auch die Gesundheitsversorgung in Haft,⁷⁵ indem nach versicherungsmathematischer Logik die Gesundheit bzw. Krankheit der Gefangenen als Risiken betrachtet werden.⁷⁶ Gefangene – und Dro-

75 Für differenzierte Betrachtungen und Beispiele eines risikoorientierten Gesundheitsbegriffs vgl. die verschiedenen Beiträge in Paul und Schmidt-Semisch (2010).

76 Die traditionelle Gesundheitsversorgung kann mit dem Modell der „Old Public Health“ beschrieben werden, nach der der Staat als zentrale Autorität die Kontrolle über Gesundheitsmaßnahmen führt, bei Bedarf und reaktiv tätig wird. Im Gegensatz dazu firmiert das

genkonsumentInnen noch einmal in besonderer Weise – werden aufgrund der vielfältigen Krankheits- und Infektionsrisiken, die sie möglicherweise in „die Gesellschaft“ tragen, als Risikogruppe betrachtet. Mit dem somit für die Gesellschaft verbundenen Nutzen wird eine adäquate Gesundheitsversorgung in Haft gefordert (vgl. Robert 2008). Die Eigenverantwortung in Gesundheitsthemen wird von den Gefangenen erwartet, wie z. B. die Abstinenz im Drogengebrauch. Die Gefängnissituation wirkt durch ihre Beschränkungen und Bedingungen jedoch einer solchen Eigenverantwortung entgegen. Dies zeigt sich z. B. in der Bürokratisierung des Zugangs zu medizinischer Versorgung, der fehlenden freien Arztwahl, den Schwierigkeiten an SpezialistInnen weitervermittelt zu werden, der Problematik der durchgängigen Behandlung zwischen Freiheit und Gefängnis oder dem begrenztem Zugang zu nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten und Naturprodukten (a.a.O.: 340f.). Insgesamt wird die Responsibilisierung der Gefangenen für ihre eigene Gesundheit durch solche strukturellen Gegebenheiten unterminiert und der Widerspruch zwischen Eigenverantwortung der Gefangenen und Kontrolle des Justizvollzugs tritt um so deutlicher zutage (Robert, Frignon und Belzile 2007: 183).⁷⁷ Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Erreichbarkeit sonst schwer erreichbarer – weil marginalisierter – Bevölkerungsgruppen durch die Gesundheitsversorgung im Gefängnis, welche z. B. von der WHO als wünschenswert herausgestellt wird (Robert 2008: 338). Somit werden Gefangene als „Gesundheitsbotschafter“ für die Gesellschaft und Gefängnisse als Mittler der Gesundheitsregulation für die (sonst schwer erreichbare) Bevölkerung (a.a.O.: 339). Gleichzeitig erfolgt eine Moralisierung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten („Healthization“) auch im Gefängnis, wenn die Verantwortung für ihre Gesundheit den Gefangenen übertragen,

„New Public Health“ Modell unter Maximen wie Prävention, Eigenverantwortung und Selbstregulierung. Eine gesunde Lebensweise bzw. gesunde und rationale Entscheidungen der Einzelnen und Risikomanagement werden in die individuelle Verantwortung gelegt, Krankheiten als Konsequenz falscher Entscheidungen bzw. falschen Verhaltens gesehen (Robert 2008: 337). Diese beiden Prinzipien schließen sich nicht aus, sondern existieren nebeneinander, jedoch mit unterschiedlichen Zielsetzungen (ebd.). Ansätze der so verstandenen „New Public Health“ zeigen sich auch in Gefängnissen, welches sich in zwei Mechanismen (so Robert 2008: 337f.) manifestiert: Die Mobilisierung der Gefangenen und Gefängnisse als Werkzeuge der „New Public Health“ dienen der Förderung der allgemeinen, gesellschaftlichen Gesundheit (community health), zum zweiten dienen sie der Produktion von Gefangenen als KonsumentInnen des Gesundheitswesens.

77 Beispielsweise werden Gefangene in Kanada mit Isolationshaft bestraft, wenn sie sich weigern, ihre Medikamente in angeordneter Dosis einzunehmen (Robert 2008: 341). Eigenverantwortliches Handeln der Gefangenen wird hier also bestraft und nicht gefördert, da es sich nicht um das gewünschte „eigenverantwortliche“ Tun handelt.

eine wirkliche Verantwortungs- und Entscheidungsübernahme jedoch faktisch nicht möglich ist. Die große Aufmerksamkeit auf Drogenkonsum und psychische Krankheiten im Vollzug kann ebenfalls mit dem Wunsch nach früher Entdeckung und Isolation der individuellen Fälle – also der Möglichkeit die Infektionsrisiken zu managen – und nicht ausschließlich mit Gesundheitsförderung begründet werden (vgl. Caraher et al. 2002: 222). Ein solches Risikomanagement kann in das „kontrollorientierte Präventionsstrafrecht“ (Kunz 2010: 16, vgl. hierzu Kap. 2.1.2.1) eingeordnet werden. In diesem Sinne geht es nicht um das individuelle Krankheits- oder Infektionsrisiko der Gefangenen, sondern um die Bearbeitung von Risikogruppen. Es werden in den formellen und informellen Netzwerken der Strafgewalt, die sich zwischen den Polen des Managerialismus und einem Strafgedanken bewegen, grundlegende Hindernisse für die Gesundheitsversorgung ausgemacht, so dass eine wirkliche Verbesserung unwahrscheinlich sei (vgl. Sim 2002: 319).

Pollack macht am Beispiel der psychischen Behandlung weiblicher Gefangener in Kanada auf die Strategien der Individualisierung und Responsibilisierung der inhaftierten Frauen aufmerksam. Strukturelle Ursachen der gesundheitlichen Problemlagen werden eher ausgeblendet und den Frauen ihre Verantwortung für ihr Verhalten zugeschrieben. Gleichzeitig werden sie durch vielfache Etikettierungen, vorwiegend als Borderline-Störung oder anderes unangepasstes Verhalten, pathologisiert, indem kognitiv-behavioural ausgerichtete Behandlungsprogramme eingesetzt werden, die auf individuelle Bewältigungsstrategien fokussieren (Pollack 2005). Die Disziplinen der Psychologie, Psychiatrie und Sozialen Arbeit sind Teil einer Responsibilisierungs- und Remoralisierungsentwicklung und können dazu benutzt werden, politische bzw. soziale Macht zu verstärken (a.a.O.: 73). Strukturelle Faktoren wie Armut, Rassismus und Gewalt gegen Frauen werden eher ausgeblendet, es wird vielmehr an individuellen „Defiziten“ der Frauen gearbeitet, damit diese mit ihrer Situation anders bzw. angemessener umgehen. Soziale Kontrolle wird damit zur Selbstkontrolle. Hier wird eine Dominanz von individualisierenden und pathologisierenden Diskursen deutlich (a.a.O.: 83). Darüber hinaus wird die Machtlosigkeit aus Gewalterfahrungen durch die genannten Mechanismen im Gefängnis erneut erfahren (a.a.O.: 76).

In einer weiteren, US-amerikanischen, Studie wird das Konzept der „new penology“ für das Gesundheitsrisiko von Inhaftierten untersucht. Die Untersuchung über weibliche Gefangene analysiert deren gesundheitliche Risiken auf der individuellen, gesellschaftlichen und ökonomischen Ebene (Marquart

et al. 1999). Die AutorInnen konstatieren, dass inhaftierte Frauen viel eher ein „Gesundheitsrisiko“ als ein „kriminelles“ Risiko darstellen (a.a.O.: 152). In der versicherungsmathematischen Logik der „new penology“ wäre eine solche gesundheitliche Risikogruppe eher ökonomisch außerhalb des Strafvollzugs zu „managen“ (a.a.O.: 153). Die Identifizierung einer solchen gesundheitlichen Risikogruppe würde andere Maßnahmen als den Strafvollzug implizieren, die nichtsdestoweniger die Anwendung von Kontrolle bedeuten. Im Justizvollzug bestehen solche Kontrollmaßnahmen in der Durchführung von HIV- und HCV-Tests, ebenso wie die Forderung nach verbesserter Kooperation der verschiedenen Institutionen innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs (ebd.): „The ‚medicalization‘ of supervision will allow the State to maintain control and oversee heretofore-closed aspects of offenders‘ life” (Marquart et al. 1999: 153).⁷⁸

Verbunden mit dem hier skizzierten Managerialismus findet ein ökonomisiertes Denken in der Kriminalpolitik und im Justizvollzug, wie auch in anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung, seit ca. Anfang der 1990er Jahre statt. Der ökonomische Druck zwingt auch den Resozialisierungsgrundsatz, „sich als rational und vergleichsweise preiswert zu präsentieren“ (Walter 2001: 36). Möglicherweise positive Effekte einer solchen Ökonomisierung werden nahe gelegt:

„Die Nachhaltigkeit von Reformen (auch für die Lebensbedingungen der Gefangenen) wird möglicherweise gerade unter Kostengesichtspunkten, überprüfbaren und überprüften Zielvereinbarungen, akkreditierter und wiederholter Qualitätskontrolle ausgesetzten Behandlungs-

78 Eine andere Studie analysierte die Auswirkungen eines managerialistisch ausgerichteten Strafvollzugs in einer vergleichenden Untersuchung zum Frauenvollzug in Kalifornien und England. In England fanden sich höhere Raten selbstverletzenden Verhaltens und Suizid (-versuchen) als in Kalifornien (Kruttschnitt und Vuolo 2007). Diese Unterschiede wurden u. a. auf die jeweiligen Politikstile zurückgeführt; In England wird unter einer managerialistischen und versicherungsmathematischen Logik viel Aufwand zur Suizidprävention betrieben, die Suizidrate bleibt jedoch hoch, so dass hier auf die Schwierigkeit, innerhalb dieser Logik eine humane Umgebung zu schaffen, verwiesen wird (Kruttschnitt und Vuolo 2007: 140). In Kalifornien andererseits wird wenig Aufmerksamkeit auf das Wohlbefinden der Gefangenen gelegt. Durch enorme Überbelegung sind die Frauen häufig zu mehreren in einer Zelle untergebracht, was sich wiederum positiv auf die Suizidrate auswirkt, zudem verbringen die Frauen hier mehr Zeit in Arbeit oder Bildung (a.a.O.: 141). „While all of this adds up to a much more sterile, and in some respects punitive, environment than women prisoners’s experience in England, it is also one that perhaps creates less uncertainty, isolation and boredom, and ultimately self-harm” (ebd.). Inwieweit sich diese Ergebnisse auf Deutschland übertragen lassen, bedarf einer genaueren Untersuchung.

programmen etc. besser gesichert als durch die ‚weichen‘ Gesetzesformulierungen des StVollzG“ (Dükel und Drenkhahn 2001: 21).

Hierbei setzt Dükel Kostengesichtspunkte mit anderen scheinbar der Qualitätssicherung dienenden Faktoren gleich, obwohl ersteres eher ein Hindernis des zweiten darstellen würde. Die finanzielle – und damit verbunden die personelle – Ausstattung der Gesundheitsversorgung in Haft ist begrenzt. Damit werden auch verschiedene Angebote wie z. B. die Substitution nur eingeschränkt umgesetzt. Eine Anstaltsärztin/ein Anstaltsarzt kann nur eine bestimmte Anzahl Gefangener substituieren, so dass u. a. aus Kapazitätsgründen die Behandlung abgelehnt wird. Aber auch die Durchführung von Informationsveranstaltungen und Präventionskampagnen kann an zu geringen Ressourcen scheitern. Im Bereich der HIV- und HCV-Behandlung kann der relativ hohe Preis der Medikamente eine Hürde sein,⁷⁹ die Behandlung durchzuführen, da das Budget der medizinischen Abteilung begrenzt ist, bzw. das medizinische Personal diese Begrenzung internalisiert und antizipiert. Nicht zuletzt bedeuten Kosteneinsparungen auch Personalkosteneinsparungen im AVD und den Sozialdiensten, was sich wiederum deutlich negativ auf die sozialen und psychischen Gesundheitsbelange auswirkt. Von verschiedenen Seiten wird argumentiert, die unzureichende Gesundheitsversorgung sei nicht genügend mit finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet (s. Kap. 3.1.4). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) betont hingegen, dass fehlende Ressourcen keine Rechtfertigung für menschenunwürdige Haftbedingungen seien und folgt damit u. a. den European Prison Rules (Morgenstern 2008: 46). Wenn die Gesundheitsversorgung als Teil der Haftbedingungen verstanden wird, dürften demnach Kostengründe allein als Argument für eine unzureichende Versorgung nicht greifen.

Zusammenfassend lässt sich für die risikoorientierte Perspektive festhalten, dass (drogenkonsumierende) Gefangene als Risikogruppe betrachtet werden, die für ihre Gesundheit eigenverantwortlich und unter Ausblendung struktureller Bedingungen verantwortlich sein sollen. Gesundheitsversorgerische Angebote werden in dieser Sichtweise als Risikomanagement verstanden und entsprechend eingesetzt und instrumentalisiert. Dass dennoch die Substitution im Justizvollzug unzulänglich umgesetzt wird, kann unter diesem Blickwin-

79 Bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden die Preise von Medikamenten im Justizvollzug thematisiert: Da Heroin unter dieser geschützten Bezeichnung teuer ist, sind Anstaltsärzte gehalten, stattdessen Diäthylmorphin (also ein Generikum) zu verschreiben (Leppmann 1909: 116).

kel des Risikomanagements als durchaus ausreichende Umsetzung betrachtet werden, um das Funktionieren der Justizvollzugsanstalt zu gewährleisten. Diese sind dann keine Zugeständnisse an eine fachliche und umfassende Gesundheitsversorgung, sondern dienen eher dem Ziel des Managings, des Überblicks und des Befriedens der Gruppe der Gefangenen.

4.2.3 *Strafe und Vergeltung*

Strafe und Vergeltung sind als zentrale Bestimmungen dem Strafvollzug (wie schon in der Begrifflichkeit deutlich wird) immanent. In öffentlichen und politischen Diskursen über den Strafvollzug ist der Strafgedanke häufig vorherrschend, obwohl ExpertInnen dagegen argumentieren: “people are sent to prison as punishment, not for punishment” (Davies und Shewan 2000: 248, Hervorh. im Original). Zwar soll – nach offiziellen Verlautbarungen und Zielsetzungen – der Strafaspekt in der Freiheitsentziehung bestehen und ansonsten auf die Resozialisierung hingearbeitet werden, doch kann die Strafe als die einzig erfolgreich umgesetzte Zielsetzung betrachtet werden:

“Since the advent of criminology in the late nineteenth century, the rationales for building prisons have been to keep the public safe, deter prisoners from repeating offences, deter others from breaking the law, and rehabilitate offenders as well as punish them, so as to induce law-abiding social values and behaviors. With the exception of punishment, prisons fail to achieve these objectives” (Faith 2009: 77).

Denn trotz aller Reformbestrebungen und sinnstiftenden Straftheorien, “the overarching aim of the prison is to fulfil its punishment role” (Scott 2007: 49). Die Dominanz des Strafaspekts über andere Aufgaben und Funktionen des Justizvollzugs bedeutet zugleich eine gewisse Beliebigkeit der zu Grunde liegenden Straftheorien (vgl. Kap. 2.1.2.1) bzw. den Aufgaben und Schwerpunktsetzungen:

„Das Programm kann wechseln, es kann Resozialisierung, Erziehung, Verwahrung, Abschreckung oder wie immer heißen, seine Prioritäten können sich verändern, einzelne Teile können wie Module eingesetzt oder ausgemustert werden; Hauptsache: Der Vollzug bleibt als Strafritual erhalten und wird durch seine Programme nicht ad absurdum geführt“ (Ohler 2007: 707).

Das Prinzip der „less eligibility“, im Deutschen auch „Abstandsgebot“ genannt, nach dem die Versorgung und die Lebensbedingungen im Justizvollzug unter dem Niveau liegen soll, welches für die ärmsten Teile der Bevölke-

rung außerhalb des Justizvollzugs gilt, impliziert ebenfalls den Strafcharakter des Strafvollzugs. Vorwürfe, dass es den Gefangenen „zu gut“ gehe, werden regelmäßig erhoben und medial aufbereitet. Hier wird gerne ein „Hotellvollzug“ oder der „Komfort-Knast“ (Schütz 2013) angeprangert, in dem die Gefangenen unverdientermaßen offensichtlich ein „Luxusleben“ führen.⁸⁰ Auch mit finanziellen Erwägungen wird hier argumentiert:

„Die Medien möchten die Öffentlichkeit nicht mit Kostenforderungen erschrecken, die die Folge einer Personalverstärkung oder des Neubaus zusätzlicher Gefängnisse sein würden. Sie erheben solche Forderungen auch deshalb nicht, weil diese Aufwendungen in den Augen der Öffentlichkeit das Leben der Gefangenen erleichtern könnten“ (Rotthaus 2007: 814).

Inwieweit dies wirklich eine Sorge der Medien oder vielmehr der politischen und administrativen Entscheidungsebene ist, sei dahingestellt. Mit solcherart Argumentationen wird eine „Wasser und Brot“-Ideologie aufrechterhalten. Doch auch für das Abstandsgebot gilt: „Es muss sich etwas ändern, damit es gleich bleibt“ (Gratz 2008: 108). Denn der Abstand der vollzuglichen Lebensbedingungen vergrößert sich im Vergleich zu den Lebensumständen in Freiheit, wenn sich die Bedingungen im Gefängnis nicht anpassen. Somit bedeutet eine permanente Angleichung der Bedingungen im Vollzug an die Lebensbedingungen außerhalb eher ein Aufrechterhalten des Abstands. Beispielsweise gehört ein Fernsehgerät heute zu der üblichen Ausstattung im Vollzug, während andere – außerhalb des Vollzugs übliche – technische Geräte und Möglichkeiten wie Internetnutzung und Mobiltelefone nach wie vor nicht erlaubt sind und somit eine deutliche Einschränkung und Schlechterstellung bedeuten.⁸¹

Heute ist „Bestrafung zu fordern wieder hoffähig geworden“, es geht daneben „vor allem um Sicherung, nicht unbedingt Reintegration“ (Krasmann

80 So in einem Artikel des Weserkuriers, nach dem der niedersächsische Justizminister und die Anstaltsleiterin bei dem Richtfest des neuen Gebäudes für Sicherungsverwahrte in der JVA Rosdorf dem traditionellen Richtspruch widersprachen, in dem vom „Paradiese“ die Rede ist. Es würden lediglich gesetzliche Vorgaben umgesetzt (Mlodoch 2012). Der Anschein, gar nur die Erwähnung, im Gefängnis würden gute, gar paradiesische, Zustände herrschen, muss sofort mit dem Verweis auf rechtliche Vorgaben entkräftet werden.

81 Inzwischen gibt es erste – jedoch sehr begrenzte – Möglichkeiten der Internetnutzung für Gefangene. So besteht beispielsweise in Hamburg die Möglichkeit in der offenen JVA Glasmoor für diejenigen Gefangenen, die sich auf den Freigängervollzug oder die Entlassung vorbereiten (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2012: 14). Dies betrifft also nur einen sehr kleinen Teil aller Hamburger Gefangenen.

2007: 160). Inwieweit dies auf das Scheitern der „Behandlungsideologie“ zurückzuführen ist (so Calliess 2001: 110) oder nicht eher andere gesellschaftliche Veränderungen für beide Phänomene herangezogen werden können, bleibt zu diskutieren. Eine zunehmende Punitivität, ein steigendes Strafbedürfnis, wird in Gesellschaft, Politik und Strafrechtswesen diagnostiziert, wobei allerdings die Punitivitätsdebatte durchaus kontrovers geführt wird. Während z. B. nach Sack im Anschluss an Garland „eine schärfere kriminalpolitische Gangart nahezu weltweit zu registrieren ist“ (Sack 2010: 76), stellen andere eine solche Zunahme mit Verweis darauf in Frage, dass neben einer Zunahme oder Verschärfung des Strafrechts weitere Indikatoren wie die Problemdeutung von Kriminalität herangezogen werden müssten (Peters 2013: 52ff.). Garland u. a. machen eine Wiederbelebung des Vergeltungsgedankens aus, hinter dem der Reintegrationsgedanke mehr und mehr zurücktritt. Dabei werden unterschiedliche Entwicklungen als Anzeichen einer steigenden Punitivität gewertet. Dazu gehören die Einstellungen der Bevölkerung aus Umfragen, politische Programme und Äußerungen, Strafverschärfungen im Strafrecht, sowohl was die Straflänge, den Anteil verhängter Freiheitsstrafen, die Ausweitung von Sicherungsverwahrung, als auch der Anteil der im offenen Vollzug Untergebrachten⁸² etc. betrifft. Dabei sind die Prozesse solcher Einstellungen und Veränderungen komplexe Wechselspiele in der Gesellschaft:

„Veränderungen kriminalpolitischer Einstellungen folgen eher politischen Entscheidungen und massenmedialen Thematisierungskonjunkturen als umgekehrt. Eine repressive und expressive Kriminalpolitik hat eher punitive Einstellungen in der Bevölkerung zur Folge, und liberale, auf Rehabilitation und Toleranz ausgerichtete Kriminalpolitiken führen, jeweils mit entsprechenden massenmedialen Informationen, eher zu liberalen und toleranten Einstellungen in der Bevölkerung“ (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 182).

Der Vergeltungs- und Strafgedanke – ob nun als „Strafbedürfnis“ in der Tendenz zunehmend oder nicht – führt dazu, dass auch die Gesundheitsversor-

82 Der Anteil der im offenen Vollzug untergebrachten Gefangenen variiert je nach Bundesland: in Bayern sind 4,7% der erwachsenen Strafgefangenen im offenen Vollzug untergebracht, in Berlin und Nordrhein-Westfalen hingegen knapp 30%. In Hamburg, Hessen und Niedersachsen ist der Anteil rückläufig von um 30% Mitte der 1990er Jahre auf 8–19% in 2003 (Rotthaus 2007: 827). Es ist anzunehmen, dass die föderalistische Struktur in Deutschland solche Unterschiede verstärkt. Auch die Strafaussetzung zur Bewährung und Vollzugslockerungen wurden in Deutschland in den 1990er Jahren restriktiver umgesetzt (z. B. Dünkel und Drenkhahn 2001).

gung nur zögerlich und mit Widerständen verbessert wird (vgl. auch Williams 2009: 260). Für die Gesundheitsversorgung impliziert der Vergeltungsgedanke im Sinne des „Abstandsgebots“ einen geringeren Versorgungsstandard. Die mangelhafte Umsetzung des Äquivalenzprinzips kann somit teilweise mit der Bedeutung des Vergeltungsgedankens in Verbindung gebracht werden. Indem Strafe und Vergeltung als Motiv und Funktion des Strafvollzuges – zwar nicht offiziell, so doch implizit – fungieren, scheint eine umfassende Behandlung, die sich an den Standards der allgemeinen Gesundheitsversorgung orientiert, nachrangig. So äußert sich diese Sichtweise in einer Philosophie “that is the antithesis of the principle of equivalence, i.e. the ‘principle of least eligibility’” (Larney und Dolan 2009: 110). Dieses Abstandsgebot bzw. die auf dem Vergeltungsgedanken basierende Überzeugung findet sich in den vollzuglichen Rahmenbedingungen wie Ernährung, Unterbringung oder der Reglementierung sozialer Kontakte, aber auch in der medizinischen Versorgung wieder. Diese Überzeugung, dass Gefangene keine „gute“ Behandlung verdient hätten, wird als eine der stabilsten Barrieren zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung betrachtet (Williams 2009: 260). Darüber hinaus werden Angleichungsargumente herangezogen, die die Gefangenen stärker in die finanzielle Beteiligung ziehen wollen. So wird von Seiten der JVAen argumentiert: „Den Gefangenen geht es besser als den GKV Versicherten draußen. Die sollen auch eine Praxisgebühr zahlen. Medikamente können die auch nicht einfach umsonst erhalten“ (zit. nach Knorr 2012). Hier wird quasi anders herum mit dem Äquivalenzprinzip argumentiert, indem die Gefangenen wie GKV-Versicherte behandelt werden bezogen auf die Pflichten, jedoch nicht bezogen auf ihre Rechte. Es werden also Vorbehalte gegenüber einer „unverdienten“ Versorgung in Haft deutlich. Indem auf den Strafcharakter verwiesen und der „Hotelvollzug“ angeprangert wird, erscheint Behandlung nicht als Rechtsanspruch der Gefangenen, sondern als „Güte“, und somit eine qualitativ und quantitativ geringere Versorgung als Teil der Strafe.

Der Einfluss des Strafverständnisses auf die Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten in Haft macht eine US-amerikanische Studie eindrucksvoll deutlich. Sowohl die Inhaftierungsraten als auch die ökonomischen Aufwendungen für den Strafvollzug (vgl. Kap. 2.1.3) werden hier als Indizien für ein unterschiedliches Strafverständnis und somit als konstruierendes Element der Zielgruppe interpretiert. In der Studie wird Unterfinanzierung und problematische Programm-Implementation von HIV- und TB-Prävention und Behandlung im Justizvollzug auf die negative soziale Konstruktion der

Betroffenen zurückgeführt (Nicholson-Crotty und Nicholson-Crotty 2004). In einer vergleichenden Analyse der 50 US-Bundesstaaten waren die Ausgaben für die Gefängnisesundheit dort am niedrigsten, in denen die negativsten Konstruktionen von „Kriminellen“ und „potentiell Kriminellen“ herrschten. Diese Konstruktionen wurden anhand der Inhaftierungsraten, der finanziellen Aufwendungen für den Strafvollzug und für sozial Marginalisierte generell identifiziert. Niedrige Ausgaben wiederum gefährden die Implementation von Präventions- und Behandlungsprogrammen von HIV und TB (ebd.). Die Studie geht davon aus, dass negative soziale Konstruktionen der Zielgruppe dazu führen, dass die politischen EntscheidungsträgerInnen entsprechend in einer Art und Weise planen und finanzieren, die der umfassenden Implementation nicht förderlich ist (a.a.O.: 244). Je positiver die Sichtweise auf Gefangene, desto höher war die durchschnittlich ausgegebene jährliche Summe für die Gesundheitsversorgung pro Gefangenem. Hingegen hatte das Ausmaß von HIV- und TB-Infektionen keinen Einfluss auf die Ausgaben (a.a.O.: 250), es wurde also nicht bedarfsgerecht gehandelt. Somit wird die mangelhafte Umsetzung von HIV- und TB-Programmen auf Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung zurückgeführt, welche wiederum aus der negativen sozialen Konstruktion der Zielgruppe der Inhaftierten resultiert (a.a.O.: 254). Zwei Schlussfolgerungen werden in der genannten Studie gezogen: Die Sichtweise auf die Zielgruppe ist erstens die Schlüsseldeterminante der politischen Entscheidungsfindung und nicht der Bedarf oder die finanzielle Kapazität. Die soziale Konstruktion der Zielgruppe kann enorme geographische Unterschiede aufweisen, die wiederum als wichtiger Indikator für die Umsetzung von Präventionsprogrammen gelten können. Zweitens ist eine adäquate Finanzierung ausschlaggebend für die erfolgreiche Umsetzung erwünschter Zielkriterien. Somit kann eine negative soziale Konstruktion zum Scheitern solcher Programme führen (a.a.O.: 255). Auf Deutschland bezogen können gleichermaßen die unterschiedlichen Inhaftierungsraten betrachtet werden, ebenso wie die unterschiedlichen Ausgaben der einzelnen Bundesländer pro Gefangenem (zu den Daten s. Kap. 2.1.3). In beiden Bereichen fällt Bayern aus dem gesamtdeutschen Durchschnitt heraus mit erstens einer hohen Inhaftierungsrate und zweitens einem geringem finanziellen Aufwand für den Justizvollzug. Dies könnte, in Analogie zur Analyse der Nicholson-Crotty's, als Ausdruck ebenso wie als Folge einer eher negativeren Einstellung gegenüber den Gefangenen gewertet werden. Daraus ergibt sich dann ein geringerer Aufwand für die gesundheitliche Versorgung, sowohl finanziell als auch organisatorisch. Zudem erscheint Drogenkonsum in einer

solchen Perspektive eher als unerwünschte Handlung kriminalisiert als in einer liberaleren und eher medizinisierten Perspektive.

Die von einem Straf- und Vergeltungsgedanken getragene Einstellung in der Gesellschaft gegenüber dem Strafvollzug wird als eine Hürde für Reformen ausgemacht. So würden Anerkennung und die Unterstützung der Öffentlichkeit für die Arbeit im Justizvollzug fehlen (Gatherer, Möller und Hayton 2009: 88). Reformversuche, die mit Menschenrechten und Menschenwürde argumentierten, brachten nicht die erhofften Veränderungen. Dies wird mit der fehlenden Unterstützung von Seiten der politischen und professionellen Führung sowie einer unterstützenden öffentlichen Meinung begründet (a.a.O.: 94). Es wird also gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung als eine Voraussetzung für eine bessere Arbeit im Vollzug gesehen. Auch in Deutschland wird der politische Umgang mit dem Justizvollzug generell als unzureichend bemängelt. Es fehle dem Strafvollzug an „Durchsetzungskraft und politischer Unterstützung, nur so sind die zum Teil erheblichen Verschlechterungen der vollzuglichen Rahmenbedingungen zu erklären“ (Preusker 2001: 14), so dass der Autor mit „größtmöglichem Nachdruck die Unterstützung von Staat und Gesellschaft“ (ebd.) einfordert. Zudem plädiert er dafür, „die unbestreitbaren Leistungen des Strafvollzuges deutlich zu machen, sowohl was die Behandlungsbemühungen als auch was seinen Beitrag für die innere Sicherheit und das soziale Klima in unserem Staat angeht“ (ebd.). Durch das Hervorheben der guten Leistungen des Justizvollzugs und der mangelnden Anerkennung durch Politik und Öffentlichkeit wird diesen quasi die (Mit-) Verantwortung für ein Scheitern aufgrund schlechter Rahmenbedingungen gegeben. Dies impliziert zugleich, dass Verbesserungen der Rahmenbedingungen auch eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse bedeuten würden. Weiterhin wird ein relevanter Einfluss der öffentlichen Meinung auf die Politik konstatiert, indem Politiker eher populistischen Meinungen folgen würden (Rotthaus 2007: 827).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Strafaspekt und punitive Einstellungen sowohl als Begründung für eine schlechtere Versorgung als auch als eine Hürde zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung gelten können.

4.2.4 Die totale und bürokratische Institution

Die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen finden sich in der konkreten Ausgestaltung und Organisation des Justizvollzugs wieder und werden hier reproduziert: „Die Institutionen der Problembearbeitung verkör-

pern und stabilisieren bestimmte Problemdiskurse“ (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 118). Die Institution Gefängnis als totale und bürokratische Organisation unterliegt eigenen Strukturprinzipien, die sich sowohl aus der vorwiegend geschlossenen und als Behörde organisierten Struktur ergeben, als auch durch die politischen und gesellschaftlichen Perspektiven auf den Strafvollzug bedingt sind, wie sie im vorigen Abschnitt diskutiert wurden. Organisationssoziologisch ist der Justizvollzug eine bürokratische Organisation mit den entsprechenden strukturellen Merkmalen. Dazu gehören nach Max Weber (zit. nach Bögemann 2004: 30): Ein kontinuierlicher und regelgebundener Betrieb, verschiedene Kompetenzebenen, die Verteilung von Leistungserwartung und Leistungspflichten, eine klare Zuordnung von Befehlsgewalten und Zwangsmitteln, bürokratische Regelungen ihrer Anwendung sowie eine Amtshierarchie (ebd.). In der intramuralen Gesundheitsversorgung finden sich diese Strukturprinzipien wieder. Als eine Behörde ist der Justizvollzug hierarchisch und mit klaren Aufgabenzuschreibungen versehen und somit auch die Gesundheitsversorgung. So wird diese ganz überwiegend als Aufgabe des medizinischen Dienstes statt als Gesamtaufgabe des Justizvollzugs verstanden (vgl. Kap. 3.1.2). Beispielsweise lässt sich Substitution besser als andere schadensminimierende Angebote in den Vollzugsalltag integrieren und an den Ordnungsbestrebungen des Justizvollzuges ausrichten, da Substitution eine medizinische Maßnahme ist und nicht durch die Anstalt organisiert werden müsse (so Schultze 2001: 36).⁸³ Der ordnungsgemäße bzw. sichere Ablauf als „regelgebundener Betrieb“ wird im Alltag des Justizvollzugs regelmäßig als oberstes Ziel wahrgenommen, dem individuelle Interessen und Bedürfnisse sowie gesundheitliche Belange untergeordnet sind. Abweichungen von der Routine werden als störend und teilweise bedrohlich wahrgenommen, als ein erfolgreicher Tag wird der wahrgenommen, an dem „nichts passiert“ (vgl. Liebling, Price und Elliott 1999). Durch die sich immer wieder selbst produzierende und selbsterhaltende Funktionsweise des Justizvollzugs würden Veränderung erstickt (Carlen 2005: 437). Die disziplinarische Ausrichtung des Strafvollzugs habe sich seit dem 19. Jahrhundert so sehr verstärkt und transformiert, dass sie nicht nur auf die Gefan-

83 Nichtsdestotrotz erfordert die Substitutionsbehandlung die Organisation durch die Anstalt, da beispielsweise die Gefangenen von BeamtInnen des AVD zum medizinischen Dienst gebracht werden und somit, z. T. recht erhebliche, Personalkapazitäten binden. Doch kann die Substitution als eine medizinische Behandlung auch der Verantwortung und Zuständigkeit des medizinischen Personals zugeordnet werden. Diese ist beispielsweise bei der Spritzen- oder auch Kondomvergabe bzw. bei ganzheitlicheren Ansätzen bezüglich der Ernährung oder Bewegung nicht so eindeutig zuzuweisen.

genen zerstörerisch wirke, sondern gleichzeitig zerstörend wirke auf Reform- und Veränderungsbemühungen ebenso wie auf Versuche, Haftalternativen zu implementieren (Carlen 2005: 424). Durch immer mehr bürokratische Konstruktionen wird die Tatsache verschleiert, dass Inhaftierung eine schwerwiegende und schmerzhafteste Strafe ist. Diese Konstruktion bedroht zudem die Versuche des Personals, minimal gesunde Organisationen zu installieren (a.a.O.: 431).

Bürokratie ist neben der Organisation in Hierarchiestrukturen auch als Herrschaftsform und Herrschaftsmittel zu begreifen.

„Nach Max Weber [...] ist die bürokratische Herrschaft definiert als legale Herrschaft mit bürokratischem Verwaltungsstab, deren Legitimitätsgeltung auf dem Glauben an die Legalität einer gesetzten Ordnung und der darauf beruhenden Befugnisse der durch diese Ordnung mit der Ausübung von Herrschaft betrauten Personen begründet ist“ (Zimmermann 2006: 43, Hervorh. im Original).

Bürokratismus wird dabei verstanden als eine Form der übersteigerten Bürokratie, „die zum Selbstzweck wird, indem sie ihre interne Organisation gegenüber den eigentlichen Zielen in den Vordergrund stellt“ (a.a.O.: 44). Aufgrund der strukturellen Merkmale haben Bürokratien „Schwierigkeiten, sich dem sozialen Wandel anzupassen“ (ebd.) und scheinen demnach eher veränderungsresistent. Der Justizvollzug als eine Behörde passt in diese Beschreibung. So ist der Strafvollzug insbesondere auf Struktur- und Politikfragen ausgerichtet, wodurch Aufgaben und Arbeitsinhalte in den Hintergrund geraten würden (Gratz 2010: 293), was nach Zimmermann als Bürokratismus gilt. Zwar wird die Gewährleistung der Grundversorgung der Gefangenen in den Bereichen Nahrung, Unterbringung, ärztliche Versorgung und Rechtsschutz als Erfolg des Strafvollzugs als einer „modernen Behörde“ (Preusker 2005: 196) bewertet. Wenn jedoch der reibungslose Ablauf in der JVA als bedeutender behandelt wird als Resozialisierungsbemühungen und damit bestimmte Routinen auch im Bereich der Gesundheitsversorgung ein individuelles Eingehen auf einzelne Gefangene erschweren, so kann dies mit solchen bürokratischen Strukturen zusammenhängen. Darüber hinaus bedeuten Veränderungen eine mögliche Instabilität, die vom Justizvollzug nicht befördert wird:

„Die Vollzugsorganisation, das heißt ihre jeweilige Entscheidungsinstanz, ist nicht permanent bemüht, nach dem Optimum rationalen zielfördernden Verhaltens zu suchen und dabei in Kauf zu nehmen,

ihren Bestand immer von neuem in Frage zu stellen. Vielmehr versucht sie in einer Art Beharrungsstreben die einmal gefundene Struktur möglichst unverändert zu erhalten, um sich auf diese Weise zu stabilisieren“ (Ohler 2007: 702).

Institutionelle Widerstände gegen Reformen und Veränderungen können insofern stärker als politische und öffentliche Widerstände wirken (Christie 1978: 187). Hinzu kommt die Ambivalenz zwischen den Zielen Sicherung und Resozialisierung, zwischen Sicherheit und Gesundheit. Diese wird auf der institutionellen Ebene im Alltag des Justizvollzugs immer neu ausbalanciert und lässt sich nicht auflösen. Dabei kommt dem Sicherheitsaspekt generell mehr Bedeutung zu. Diese Ambiguität wirkt sich sowohl auf die Institution als Gesamtheit als auch auf die einzelnen Mitglieder des Personals aus und kann Verunsicherung hervorrufen. Der beschriebene Zielkonflikt wird in aller Regel mit der Betonung von Sicherheitsargumenten umgesetzt, da hier eine geringe „Fehlertoleranz“ erwartet wird und diese damit als das Hauptargument fungieren. Dabei wird als Sicherheit innerhalb der Justizvollzugsanstalt häufig ein reibungsloser und störungsarmer Ablauf verstanden. Darüber hinaus kann das Sicherheitsargument für andere Zwecke instrumentalisiert werden:

„Das Anmelden von Sicherheitsbedenken ist weiteres ein verbreitetes und erprobtes Instrument, Veränderungen zu verhindern, und dies auch dann, wenn es um die Verteidigung anderer als Sicherheitsinteressen geht“ (Gratz 2008: 150).⁸⁴

Die medizinische Fachlichkeit steht nicht im Fokus, wenn beispielsweise das Budget der Anstalt oder die Sicherheit und Ordnung als Argumente angeführt werden, bestimmte Maßnahmen nicht durchzuführen, weil sie entweder als zu teuer (HIV- und HCV-Behandlung) oder unter Sicherheitsgesichtspunkten (Spritzentausch) nicht umgesetzt werden. Allerdings wird das Sicherheitsargument auch von Befürwortern schadensminimierender Angebote verwendet. Denn Gesundheitsförderung, schadensminimierende Angebote und Infektionsprophylaxe seien kein Gegensatz zum Sicherheitsparadigma (s. Jürgens

84 Der Hamburger Senat beantwortet in einer Großen Anfrage zur Gesundheitsfürsorge und -förderung im Justizvollzug die Frage danach, inwieweit die Empfehlungen der Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ von 2009 umgesetzt werden, mit „Die Empfehlungen werden auf ihre Umsetzbarkeit geprüft“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2010: 32). Sie werden also nicht auf ihre fachliche Tauglichkeit oder ihre Notwendigkeit geprüft, sondern auf die Umsetzbarkeit, was die Vorrangstellung des Sicherheitsaspekts impliziert.

2000: 16), auch wenn dieser Gegensatz häufig impliziert wird. Im Gegenteil kann eine ausreichend angebotene Substitution beispielsweise die Sicherheit und den Ablauf in der JVA positiv beeinflussen. Und auch die Abgabe von Spritzen kann zu mehr Sicherheit beitragen, da die Aufbewahrung der Spritzen stichsicher erfolgt und somit Nadelstichunfälle des Personals bei Zellen-durchsuchungen verringert werden. Hier wird also das Kriterium der Sicherheit von der Justiz aufgegriffen.

Eine Ambivalenz zwischen Sicherheit und Gesundheit wird auch in ethischer Hinsicht deutlich. Mit dem medizinischen Primat der Therapie bzw. Behandlung (dazu gehören u. a. der Respekt für Autonomie, informed consent und Vertraulichkeit) steht diese Zielsetzung grundsätzlich der des Justizsystems mit den Grundsätzen Abschreckung, Vergeltung, sozialer Schutz, selektive Entmündigung und Opferrechte (Fennell 2006: 250) entgegen. Hieraus entstehen Konflikte zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihrer jeweiligen Zielsetzung.

Die Übernahme der institutionellen Ziele durch das Personal kann beispielsweise in einer strafenden Einstellung des medizinischen Personals zum Tragen kommen, wenn medizinische Behandlungen an Bedingungen geknüpft werden oder die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung eine Voraussetzung für Lockerungen ist. Wenn das Personal kaum Möglichkeiten hat, die Praxis, Standards und Methoden zu beeinflussen, wird es wahrscheinlich desillusioniert und dysfunktional (McCallum 1995: 4). In der Funktion als „street-level bureaucrats“ kann das Personal die Implementation z. B. von Gesundheitsförderung blockieren (Dixey und Woodall 2011: 14). Zugleich wird individuelles Verhalten auf der institutionellen Ebene als Motor von Veränderungen deutlich. Unterschiede zwischen einzelnen JVAen in der Gesundheitsversorgung lassen sich auf individuelles Engagement zurückführen, wie beispielsweise die umfangreich umgesetzte Substitution in der JVA Bremen, die eng mit dem (inzwischen ehemaligen) Anstaltsarzt verbunden ist. Wird Substitution als positiv und vorteilhaft durch die Beteiligten und Verantwortlichen bewertet, dann wird sie auch häufiger durchgeführt. So ist die Umsetzung in Bremen frühzeitig unterstützt und gefordert worden und wird bis heute in vergleichsweise großem Umfang durchgeführt (vgl. Schultze 2001). Somit können Personen an dieser Stelle den Umfang und die Bedingungen der Substitution entscheidend beeinflussen. Ein weiteres Beispiel für die Relevanz solcher individueller Überzeugungen für die Umsetzung zeigt der Beginn des ersten Spritzentauschangebots im Justizvollzug aus

der Schweiz im Jahr 1992. Dort begann der Anstaltsarzt, Spritzen an Gefangene zu verteilen, ohne die Anstaltsleitung darüber zu informieren. Dieser Akt des „medizinischen Ungehorsams“ (Nelles und Stöver 2002: 157) führte letztendlich zur Einführung des offiziell genehmigten Spritzentauschs.

Institutionelle Widerstände gegen Veränderung lassen sich am Beispiel der Spritzenvergabe exemplarisch verdeutlichen. Die geringe Akzeptanz beim Personal ist auf Ängste und Unsicherheiten vor Nadelstichverletzungen bei Zellendurchsuchungen als auch auf die Möglichkeit, die Spritze als Waffe einzusetzen, zurückzuführen, betrifft also Aspekte bezüglich der Sicherheit am Arbeitsplatz. Zudem wurde das Aufgabenverständnis, wie sich bei Zellendurchsuchungen, Drogen- und/oder Spritzenfunden verhalten werden soll (soll bei vorhandener Spritze besonders gründlich nach Drogen gesucht werden? Wie kann eine legale Spritze „ignoriert“, eine illegale aber disziplinarisch bestraft werden?), als unklar beschrieben (Stöver und Nelles 2003; WHO 2005: 7). Die Akzeptanz des Personals wurde in unterschiedlichen Studien sehr different wahrgenommen (vgl. Kap. 3.4.5). Insbesondere nach dem Start des Programms und bei einer intensiven Einbindung des Personal wurden Unsicherheiten abgebaut (Jürgens, Ball und Verster 2009). Es zeigt sich auch, dass in der Praxis eine gewisse Normalisierung in die Diskussion und ein Klima der Akzeptanz zur Spritzenvergabe eintritt. In einer Hamburger Studie wurden unter den BeamtInnen des AVD große Ressentiments festgestellt, Ängste bezogen auf gefährliche Situationen mit Spritzen als auch unklare Situation bei Spritzenfunden waren hier besonders präsent (Glet 2008). Zwei Drittel der BeamtInnen sahen keinen Nutzen in dem Modellprojekt und fühlten sich durch das Projekt verunsichert. Auch Gefangene, die keine Drogen konsumierten oder im Vollzug konsumfrei leben wollten, standen dem Projekt ablehnend gegenüber (ebd.). Die Akzeptanz des Personals gegenüber der Einrichtung des Spritzentauschprojektes war gering, obwohl keine Bedrohungen in Zusammenhang mit Spritzen im Projektzeitraum bekannt wurden. Dies zeigt, wie wichtig das frühzeitige Einbinden des Personals in die Konzeption und das Eingehen auf ihre Ängste ist (Heinemann und Gross 2001). Andere Evaluationen von gefängnisinternen Spritzentauschprogrammen fanden grundsätzlich hohe Akzeptanz unter Personal und Inhaftierten, sobald das Programm implementiert war (Jürgens, Ball und Verster 2009). Negative Einstellungen des Personals zu schadensminimierenden Ansätzen können mit dem Konzept eines drogenfreien Gefängnisses zu tun haben, welches durch solche Ansätze bedroht erscheint (Stöver, Hennebel und Casselman 2004: 156). Eine solche Einstellung wird durch Zitate wie

„we are no dealers“ deutlich (ebd.). Weiterhin ist die Veränderungsbereitschaft generell von Belang, die evtl. auch mit Arbeitsplatzzufriedenheit und Gestaltungsmöglichkeiten zu tun hat, aber auch mit Anerkennung der Arbeit und mangelnder Schulung und Information (Stöver, MacDonald und Atherton 2007: 125). Denn eine Veränderung in Arbeitsabläufen und die Auseinandersetzung mit neuen Maßnahmen und Methoden bedeutet zunächst einmal auch zusätzliche Arbeit und Unsicherheit.

Ungewöhnlich an diesem Beispiel der Spritzenvergabe scheint, dass auf die Bediensteten in dieser Frage vorgeblich Rücksicht genommen wird, indem der Spritzentausch nicht weitergeführt wird, da sonst doch eher ohne sie die Einführung neuer Maßnahmen beschlossen und umgesetzt werden. Die Argumentation der Einbindung des Personals bzw. der Ängste der Bediensteten wird spätestens dann ad absurdum geführt, wenn die Wünsche nur in eine Richtung berücksichtigt werden, nämlich als Argument gegen die Spritzenvergabe, nicht jedoch dafür. Bei der Schließung des Spritzentauschs in der JVA Vechta hat sich das Personal für die Weiterführung ausgesprochen. Dies wurde jedoch in der politischen Entscheidung nicht berücksichtigt. So werden die Bedenken und Ängste der Bediensteten für die eigene politische Zielerreichung instrumentalisiert, anstatt das Personal tatsächlich einzubinden und in der Entscheidungsumsetzung zu berücksichtigen.

4.2.5 Strafvollzugspolitik als Teil der Drogenpolitik

„Drug policies make prisons worse“ (Stern 2006: 141), denn durch die Illegalisierung von Drogen und die Kriminalisierung der DrogenkonsumentInnen werden zum Einen viele KonsumentInnen inhaftiert (vgl. Kap. 2.3.4). Zum Anderen wirkt die Illegalisierung natürlich auch im Strafvollzug weiter und bestimmt den Umgang mit Drogen und den KonsumentInnen maßgeblich. Da der „war on drugs“ als „war on drug users“ umgesetzt wird, fungieren Gefängnisse somit als „Kriegsgefangenenlager“ (Fox 2000: 83). Obwohl die negativen Konsequenzen der Prohibition hinlänglich bekannt sind (s. die verschiedenen Beiträge in Stöver und Gerlach 2012), zeichnet sich keine grundsätzliche Änderung dieser Politik ab. Die Legalisierung von Drogen oder zumindest eine Entkriminalisierung der KonsumentInnen scheint weitgehender Konsens im Fachdiskurs (z. B. Decorte 2007: 40; Dünkel 2005; Gerlach und Stöver 2012) und in offiziellen internationalen (WHO) und nationalen Organisationen zu sein, jedoch nicht auf der politischen Entschei-

dungsebene.⁸⁵ Eine Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen würde den Strafvollzug grundlegend verändern, nicht nur den Umfang des Vollzugs und die Zusammensetzung der Gruppe der Gefangenen betreffend, sondern darüber hinaus auch die Struktur und die Auswirkungen auf den Gefängnisalltag, wie er in Kap. 2.3. dargestellt wurde. Die Prohibition hat jedoch einen stark symbolischen Charakter. Durch das Schaffen eines scheinbar eindeutigen Feindbildes vermittelt der Staat seine Stärke und Kampfbereitschaft. Gleichzeitig kann darüber eine Ablenkung von anderen sozialen Problemen erfolgen (Christie und Bruun 1991).

Am Beispiel der intramuralen Substitution lässt sich diese drogenpolitische Rationalität anschaulich verdeutlichen. Die enormen Unterschiede in der Durchführung der Substitutionsbehandlung zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Kap. 3.3.4) machen deutlich, dass es nicht um eine fachliche Umsetzung der Bedarfe geht. Es lassen sich Verbindungen zur jeweiligen drogenpolitischen Ausrichtung der einzelnen Bundesländer ziehen. Auch außerhalb des Justizvollzugs ist der Umgang mit DrogenkonsumentInnen sehr unterschiedlich. Ein grobes Nord-Süd-Gefälle lässt sich auch hier feststellen, z. B. bei der Einrichtung von Drogenkonsumräumen oder der polizeilich festgelegten Menge an Cannabis zum Eigenverbrauch, bei der von einer Strafverfolgung abgesehen werden kann. Bayern tendiert zu einem repressiveren Umgang als viele andere Bundesländer. Die symbolische Komponente der Drogen- und Strafvollzugspolitik wird hier deutlich. Eine „Kapitulation vor der Sucht“ soll nicht stattfinden. Fehlende Akzeptanz von Substitution durch das medizinische, Sicherheits- und Leitungspersonal im Vollzug erschwert die umfassende Durchführung. Dies liegt z. T. darin begründet, dass Substitutionsmedikamente als Drogen wahrgenommen und damit als ungeeignet für die Behandlung erachtet werden (z. B. Hennebel, Stöver und Casselman 2005: 32). Daneben wird ein fehlendes Verständnis von Heroinabhängigkeit als „chronisch rezidivierende Erkrankung“ (Eder 2012: 206) ausgemacht, was durch Schulungen des Personals verbessert werden könne (ebd.). Hierin wird ein spezifisches Suchtverständnis deutlich, sowohl auf Seiten des ablehnenden Personals und der gesamten Institution als auch in der Kritik. Die Debatte um Substitution unterliegt allseits einem medizinisch geprägten Verständnis von Sucht und Abhängigkeit sowie einer

85 Die Veränderungsresistenz in der Drogenpolitik führt Bossong auf die Aspekte Internationalismus, Ideologismus und die Eignung des Themas als symbolische Instrumentalisierung zurück (Bossong, 1995).

kriminalisierenden Perspektive, bzw. häufig einer Mischform dieser beiden Perspektiven mit unterschiedlichen Ausschlägen in die eine oder andere Richtung.⁸⁶

Die Prohibitionspolitik auf politischer Ebene wird auf der institutionellen Ebene mit dem Fokus auf Angebotsreduzierung sowie von Abstinenzorientierung auf der Behandlungsebene fortgeführt. Akzeptanzorientierte Ansätze und schadensminimierende Angebote sind folglich schwer zu integrieren. Sie laufen den politischen Verlautbarungen entgegen, die Drogenkonsum nicht akzeptieren sondern kriminalisieren. Drogenkonsum wird als delinquentes und zu bestrafendes Verhalten erachtet und entsprechend handelt der Justizvollzug (EATG und GAT 2006). Dabei wird Drogenkonsum als scheinbarer Widerspruch zum Vollzugsziel der Straffreiheit gesehen, Drogenabstinenz somit als Vollzugsziel ausgegeben. Schadensminimierende Ansätze im Gefängnis werden als dem Auftrag des Justizsystems widersprechend gesehen, Drogenkonsum zu reduzieren (Stevens, Stöver und Brentari 2010: 379), da hierdurch Spannungen zwischen Strafverfolgung und Schadensminimierung entstünden (a.a.O.: 380). Diese abstinenz- und straforientierte Umgangsweise kann als Ideologie – im Sinne von Weltanschauung – begriffen werden: „... es gibt im Vollzug und auf der politischen Ebene tiefe ideologische Blockaden, diesen notwendigen Transfer erprobter und erfolgreicher HIV/AIDS-Präventionsstrategien in den Strafvollzug zu unterstützen“ (Lesting und Stöver 2012: 385). Denn wenn der politische Grundgedanke nicht akzeptierend ist, kann es auch die Umsetzung nicht sein. Auf der institutionellen Ebene des Strafvollzugs finden sich die gesellschaftlichen Debatten wieder und erfahren ihre Anwendung. Dabei wird auf die spezielle Situation des Justizvollzugs verwiesen:

„Die häufig ideologisch geprägten Reaktionen reichen von der Verleugnung der Problematik und der Utopie eines drogenfreien Gefängnisses bis hin zur Forderung einer Übertragung aller in Freiheit angebotenen Hilfsmaßnahmen in den Justizvollzug und werden damit in den Problembeschreibungen und -lösungsvorschlägen den unterschiedlichen Erscheinungsbildern der Drogenabhängigkeit und den Realitäten im Gefängnis nicht gerecht“ (Thiel 2004: 167).

86 Hierbei werden weitere Perspektiven wie psychosoziale Suchtdefinitionen (Degkwitz 2007), das Genussmittelmodell (Schmidt-Semisch 1992) oder subjektorientierte Ansätze (Herwig-Lempp 1994) vernachlässigt.

Eine Äquivalenz in der Behandlung wird von der Hamburger Justizverwaltung hiermit also ebenso als ideologisch geprägt tituliert wie die These eines drogenfreien Gefängnisses, und beides als nicht vereinbar mit den „Realitäten im Gefängnis“. Mit einer solchen Betonung der „Ränder“ im Umgang mit DrogenkonsumentInnen als Utopie wird demzufolge ein „Mittelweg“ favorisiert. Dieser findet sich beispielsweise in der restriktiven Umsetzung der Substitutionsbehandlung wieder. Der rigidere Umgang mit dem Beigebrauch während der Substitution mit häufigerem Ausschluss aus der Behandlung im Vergleich zu außerhalb macht den Abstinenzanspruch des Justizvollzugs deutlich (ähnlich bereits Althoff und Schmidt-Semisch 1992: 26). Die umfassenden Ziele der Substitution (vgl. Kap. 3.4.4) werden damit auf Abstinenz eingeengt.⁸⁷ Substitution als ursprünglich akzeptanzorientiertes Angebot steht im Widerspruch zu den Prämissen des Justizvollzugs, die keine Akzeptanz gegenüber DrogenkonsumentInnen und Drogenkonsum zeigen (vgl. Althoff und Schmidt-Semisch 1992: 25).⁸⁸

Alternativen zur Inhaftierung werden trotz des bekannten Drehtüreffekts, also der häufigen Wieder-Inhaftierung vieler DrogenkonsumentInnen, kaum umgesetzt, wie sich an den Zahlen zu den inhaftierten KonsumentInnen als auch zur Nutzung von Haftalternativen zeigt. So stieg die Zahl der DrogenkonsumentInnen in Haft in den letzten Jahren in Deutschland (so die Bremische Bürgerschaft 2012: 2). Der entsprechende Trend einer steigenden Zahl inhaftierter DrogenkonsumentInnen setzt sich somit seit den 1980er Jahren fort (s. Kap. 2.3.3). Die Zahl der aufgrund von Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Erwachsenen ist seit 2006 relativ konstant, bei den nach Jugendstrafrecht Verurteilten ist sie leicht rückläufig (DBDD 2012: 178). Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist seit 2008 zwar rückläufig (DBDD 2012: 171), doch dies findet sich noch nicht in den Gefängniszahlen wieder. In Bremen beispielsweise wurde der Anteil der Drogenabhängigen im Strafvollzug für das Jahr 1990 auf ca. 10–15% geschätzt, im Jahr 1999 bereits auf 40% (Schultze 2001: 35). Der Anteil der nach dem BtMG verurteilten Gefangenen ist seit 2006 „relativ konstant“ (a.a.O.: 178). Die

87 In Frankreich wird das „Missbrauchspotenzial“ von Buprenorphin – das dort gebräuchlichste Substitutionsmedikament – als eine Barriere für die zögernde Umsetzung von Substitution in Haft gesehen (Michel et al. 2011).

88 Die ordnungs- und kontrollpolitische Dimension von akzeptanzorientierten Angeboten der Drogenhilfe existiert auch außerhalb des Justizvollzugs (vgl. Schmidt-Semisch und Wehrheim 2007). Ähnlich wird am Beispiel von Drogenkonsumräumen die Überwachung, Disziplinierung und Exklusion von DrogenkonsumentInnen als Risikogruppe deutlich gemacht (Fischer et al. 2004).

geringe Nutzung von Alternativen zur Inhaftierung kann zum Teil mit der unzureichenden politischen Förderung solcher Maßnahmen zusammenhängen.⁸⁹

Somit kann zusammenfassend konstatiert werden, dass die prohibitionistische Drogenpolitik den Justizvollzug prägt. Die Zusammensetzung der Gefangenen ebenso wie der Umgang mit ihnen in einer abstinenzorientierten und disziplinierenden Weise ist dem Vollzug dementsprechend systemimmanent und wirkt sich somit auch auf die Gesundheitsversorgung aus. Legalisierungs- und Entkriminalisierungsbestrebungen zeigen trotz all der bekannten negativen Folgen der Prohibition kaum Wirkung. Haftalternativen werden ebenfalls nur in geringem Maße umgesetzt.

4.2.6 *Das Scheitern des Resozialisierungsparadigmas*

Die Diskussion um das Resozialisierungsparadigma, wie sie in Kap. 2.1.2.2 dargestellt wurde, verdeutlicht, wie schwierig dieser Anspruch umzusetzen und wie kontrovers der Diskurs ist. Der „unüberbrückbare Widerspruch zwischen institutionellem Anspruch und der Realität der Gefängnisse“ (Schultze 2001: 32) kann als systemimmanent gelten, wie bereits Goffman feststellte: „Die Einsicht, daß totale Institutionen normalerweise recht weit hinter ihren offiziellen Zielen zurückbleiben, ist weit verbreitet“ (Goffman 1973: 87).⁹⁰

89 Die vermehrte Nutzung von ambulanten Maßnahmen im Strafrecht durch Einstellungen von Verfahren und Entkriminalisierung bestimmter Straftatbestände insbesondere im BtMG ist möglich und wird z. T. auch umgesetzt. Hierzu gibt es immer wieder Bestrebungen und Modellprojekte, sowohl für DrogenkonsumentInnen als auch für andere strafrechtlich Verurteilte, doch hat sich dieses ambulante System vielfach als Ausweitung der Kontrolle statt als Ersetzung von schwerwiegenderen Maßnahmen wie den Freiheitsentzug gezeigt. Dieses „net-widening“ führt also letztendlich nicht oder nur geringfügig zu einer Senkung der Inhaftiertenzahlen. Es werden mehr Menschen durch das Strafrechtssystem erfasst, betreut und bestraft, aber der Einsatz von ambulanten Maßnahmen hat kaum eine Wirkung auf die Inhaftierungszahlen (z. B. Mills & Roberts, 2011). Häufigere Nutzung der bedingten Entlassung, weitgehender Verzicht auf kurze Haftstrafen sowie Inhaftierung bei Ersatzfreiheitsstrafen, Halbstrafenentlassungen, Entkriminalisierung von Drogenkonsum und U-Haft-Vermeidung könnten enorm zu einer Senkung der Inhaftiertenzahlen beitragen (Dünkel, 2005). Darüber hinaus würden vermehrte Lockerungen, Ausgang und Urlaub zu einer besseren sozialen Gesundheit im Sinne von Sozialkontakten beitragen. Doch die Praxis in den letzten Jahren zeigt eine immer restriktivere Handhabung von Lockerungen, obwohl es keine Anhaltspunkte gibt, dass eine liberalere Lockerungspraxis zu Gefährdungen der Sicherheit führe (z. B. Dünkel & Drenkhahn, 2001: 20).

90 Ähnlich wird auch aktuell in England argumentiert: „...the clear inability to find a coherent and sustainable set of principles to guide what prisons are for. The numerous, often contradictory aims of imprisonment seem to be constantly reinvented when previous aims have exhausted plausibility. [...] The conclusion that must be reached from this merry-go-round

Fritz Sack nennt den „Verweis auf die verfassungsrechtlich und -gerichtlich garantierte Gültigkeit des Resozialisierungsgebots – ein normativ zwar unschlagbares Argument, kriminologisch-empirisch jedoch wenig belangvoll“ (Sack 2010: 78). In diesem Sinne kann „der Strafvollzug als exemplarisches Beispiel für erfolgreiches Scheitern“ (Gratz 2008: 182)⁹¹ begriffen werden. Der Erfolg besteht demnach in dem Weiterführen und dem Bezug auf die Relevanz der Einrichtung Justizvollzug. Das Scheitern wiederum bezieht sich auf die Umsetzung des Resozialisierungsparadigmas, wie auch Foucault bereits konstatierte:

„Der Erfolg des Gefängnisses ist so überwältigend, daß es nach anderthalb Jahrhunderten von ‚Mißerfolgen‘ noch immer existiert, daß es immer noch dieselben Wirkungen hervorruft, und daß man die größten Skrupel hat, darauf zu verzichten“ (Foucault 1994: 357).

Carlens Konzept der „imaginary penalties“ (Carlen 2008)⁹² beschreibt die Diskrepanz zwischen dem Anspruch an den Strafvollzug im Sinne der Resozialisierung einerseits und der tatsächlichen Gestaltung des Strafvollzugs andererseits, bei der durch das Umdefinieren des (Resozialisierungs-) Ziels

is that prison does not work, at least not on the grounds that have been promoted by the Prison Service to defend its legitimacy” (Scott 2007: 68).

- 91 Das Konzept der „erfolgreich scheiternden Institutionen“ hat Seibel für Institutionen des sogenannten dritten Sektors analysiert. Dabei vertritt er die These, dass „Organisationen oder Arrangements von Organisationen im ‚Dritten Sektor‘ zwischen Markt und Staat nicht trotz, sondern *wegen* ihres Versagens gegenüber den Maßstäben norm- und zweckrationaler Kontrolle überleben“ (Seibel 1992: 15, Hervorh. im Original). Übertragen auf den Justizvollzug kann man davon sprechen, dass der Justizvollzug nicht trotz des Scheiterns des Resozialisierungsziels, sondern genau aufgrund dessen erfolgreich ist. Denn es sind andere Funktionszuschreibungen als die der Resozialisierung, die entscheidend sind für den „Erfolg“ der Institution. Dazu gehört das moralisch konnotierte Strafverständnis ebenso wie die über symbolische Politik transportierte Herrschaftsausübung des Staates.
- 92 Der englische Begriff „penalties“ kann mit den Begriffen Strafrechtssystem, Strafe oder Strafbarkeit nur unzureichend übersetzt werden. Daher wird im Folgenden weiter der englische Ausdruck verwendet. Garland definiert den Begriff *penalty* folgendermaßen: “‘Penalty’ has come to be the standard term used to refer to the subject matter of the sociology of punishment. It refers to the whole of the penal complex, including its laws, sanctions, institutions, and practices and its discourses, symbols, rituals, and performances. As a generic term it usefully avoids the connotations of terms such as ‘penal system’ (which tend to stress institutional practices but not their representations, and to imply a systematicity that often is absent) or else ‘punishment’ (which suggests that the phenomenon in question is primarily ‘retributive’ or ‘punitive’ in character, thereby misrepresenting penal measures that are oriented to other goals such as control, correction, compensation, etc.).” (Garland 2013: 476).

eine andere Schwerpunktsetzung und Aufhebung vom Ambivalenzen geschieht. Sie definiert „imaginary penalties“ als

“policies and practices where agents charged with either the authorisation, development and/or implementation of a system of punishment address themselves to its principles and persist in manufacturing an elaborate system of costly institutional practices ,as if‘ all objectives are realisable” (Carlen 2008: 1).

Diese „imaginary penalties“ sieht sie im Rahmen einer „risk-crazed“ Form des Regierens (vgl. Kap. 4.2.2), welche risikoorientierte Kontrolle ausübt und dabei punitive und managerialistische Elemente im Anschluss an die actuarial justice vereint (Carlen 2008: 1).⁹³ Mit einer solchen Zielveränderung wird die offiziell verlaubliche Begründung für die Existenz von Gefängnissen unterminiert (a.a.O.: 4).⁹⁴ Die Unmöglichkeit zwischen dem Anspruch des Justizvollzugs und den Umsetzungsmöglichkeiten ist den Beteiligten und Bediensteten des Strafvollzugs durchaus bewusst, ebenso wie die Notwendigkeit, so zu tun als ob die Umsetzung möglich wäre (ebd.). Bereits Goffman hat auf diese Ambivalenz in der Zielsetzung hingewiesen: „Dieser Widerspruch zwischen dem, was die Institution tut, und dem, was sie offiziell als ihre Tätigkeit angeben muß, bildet den grundlegenden Kontext für die tägliche Aktivität des Personals“ (Goffman 1973: 78). Das Konzept der “imaginary penalties” geht davon aus, dass mit der „rhetoric of therapy“ (Malloch 2000: 364), die mit einer Betonung auf Behandlung und damit auf dem Erfolg des Justizvollzugs, Wirklichkeit geworden sei, die These des “prison works” verteidigt und das System Strafvollzug legitimiert und ausgebaut wird (Carlen 2008: 5). Die „as if“ – Philosophie macht es für die Alltagsarbeit möglich, solche Widersprüchlichkeiten zu ignorieren (a.a.O.: 8). Somit tendieren die Professionellen dazu, in unmögliche Ziele einzuwilligen, gleichzeitig wissend, damit eine imaginäre Ordnung zu billigen (a.a.O.: 9).

93 Als konkretes Beispiel einer „imaginary penalties“ stellt Carlen eine neue moderne JVA in Australien vor, die einen großen Fokus auf Behandlung und Rehabilitation setzt. Obwohl das Personal ganz überwiegend rehabilitativ eingestellt war, war es gleichzeitig davon überzeugt, dass die reintegrativen Ziele der Anstalt nicht erreicht werden könnten (Carlen 2008: 2). Dies wurde unter anderem mit der durchschnittlich sehr kurzen Haftdauer sowie fehlenden Möglichkeiten und Maßnahmen nach der Haftentlassung begründet. Dementsprechend wurden die Ziele der Anstalt umgeändert in solche, die zu erreichen sind, und die auf das Verhalten während der Haftzeit bezogen sind. Diese Veränderung der Ziele wurden vom Personal als gerechtfertigt angesehen, jedoch nicht nach „draußen“ kommuniziert, etwa an das Strafverfolgungssystem (ebd.).

94 Auch die Vorstellung, dass allein staatliche Initiative die Kriminalität senken und somit für mehr Sicherheit sorgen könne, sei eine solche imaginäre Idee (s. Hope 2008: 45).

Carlen grenzt die „imaginary penalties“ einerseits von der materiellen penalty, welche Kriminalität durch Abschreckung oder eine Mischung aus wohlfahrtsstaatlichen, strafenden oder disziplinierenden Maßnahmen reduzieren will, ab. Andererseits erfolgt die Abgrenzung zur symbolischen penalty, die moralische Grenzen der Gesellschaft markieren will. Demgegenüber zielt die „imaginary penalty“ auf imaginäre „Kriminelle“ (z. B. KurzstraflerInnen statt LangstraflerInnen) und geht durch ein solches Umdefinieren davon aus, dass Kriminalität abgeschafft werden kann.

Trotz des dafür vielleicht irreführenden Namens haben die „imaginary penalties“ durchaus reale Folgen, und tragen dazu bei, die Widersprüchlichkeiten des Systems Strafvollzug dahingehend aufzulösen, dass die Ziele erreicht werden können (a.a.O.: 7), indem sie umdefiniert werden. Die umfangreichen sozialen und ökonomischen Kosten des Systems gehören ebenfalls zu den sehr realen Folgen. Das Ziel der Kriminalitätsreduzierung wird durch den Strafvollzug nicht erreicht, dennoch wird gleichzeitig einerseits permanent darauf verwiesen und andererseits wird dieses Ziel als unmöglich in Abrede gestellt (Carlen 2008: 21).

In der deutschsprachigen Debatte zum Strafvollzug hat das imaginäre Moment Einzug gefunden, indem das Resozialisierungsziel als utopisch bezeichnet wird: „Die Befreiung des Vollzuges von der Utopie einer Resozialisierung, die alle anderen Vollzugszwecke diskriminiert, passt zudem in die Landschaft pragmatischer Lösungen, die zwar unvollkommen aber machbar erscheinen“ (Ohler 2007: 703). Preusker hingegen deutet diesen „als-ob-Modus“ (Legnaro 2010: 65) als Mahnung an die kontinuierliche Verbesserung und als Möglichkeit der positiven Veränderung:

„Resozialisierungsvollzug ist Idee und Programm zugleich. Das Auseinanderklaffen von Theorie und Vollzugswirklichkeit darf nicht Anlass für die Aufgabe der Idee sein. Für ihre Realisierung bedarf es einer zielstrebigsten und kontinuierlichen Verbesserung der die Vollzugswirklichkeit prägenden personellen, organisatorischen, kriminalpolitischen, finanziellen und sozialpsychologischen Rahmenbedingungen“ (Preusker 2001: 13).

Auch hier wird also argumentiert, dass Resozialisierung nicht funktioniert bzw. eine Idee ist, die nicht der Realität entspricht, dass an der Idee aber festgehalten werden solle. Denn eine kontinuierliche Verbesserung sei möglich und vermehrte Anstrengungen und bessere Rahmenbedingungen würden irgendwann auch die gewünschten Effekte zeitigen. Auch der immer wieder

beschworene und beklagte Mangel an personellen und ökonomischen Ressourcen, an politischer und öffentlicher Unterstützung und Sympathie für das schwierige Geschäft des Justizvollzugs, wird als imaginär bezeichnet (Sim 2008: 146).⁹⁵ Imaginär ist dieser Mangel in dem Sinne, dass er impliziert, „as if they believe they can, and indeed want to deliver on the promised benefits of the prison” (ebd.). Damit wird zugleich die Legitimation des Strafvollzugs gestärkt:

“Study after study has shown how penal measures and long-term incarceration have been made more acceptable to society if they were disguised as treatment, training or pure help to suffering individuals in need of such measures” (Christie 1978: 181).

Die Idee der Resozialisierung ist also weiter erfolgreich. Das Umdefinieren von Zielen des Strafvollzuges dient auf mehreren Ebenen dazu, Dissonanzen zu vermeiden (Temme 2010: 60). Temme hat eindrücklich und detailliert analysiert, wie Strafvollzugsbedienstete ihren Glauben an die Verhaltenssteuerung durch das Strafrechtssystem herstellen. So sind die beiden Möglichkeiten „Akzeptieren der Glaubenserschütterungen“ und „Vermeiden von persönlichen Glaubenserschütterungen“ relevant (zur Übersicht s. Temme 2006: 344). Mechanismen wie u. a. Ironie, Pragmatik, Verdrängung, aber auch „Rollenspaltung“ ermöglichen den Umgang mit solchen Glaubenserschütterungen (a.a.O.: 344). Temme regt hierzu an zu untersuchen, „inwieweit Institutionen ihre Funktionsfähigkeit gerade dadurch herstellen, dass kognitive Dissonanzen bei ihren Mitarbeitern zu vermeiden suchen, indem sie Zuständigkeiten im Gesamtapparat weit differenzieren und zersplittern, so dass Gesamtkontexte nicht mehr gebildet werden“ (Temme 2010: 62). Es werden also kleine, überschaubare Ziele verfolgt, die machbar erscheinen, da das übergeordnete Gesamtziel sich als unmöglich zu erreichen zeigt.

Auch die ökonomische Debatte im Justizvollzug lässt sich im Rahmen der „imaginary penalties“ betrachten. „Der gegenwärtige Strafvollzug ist aufgrund der immer noch sehr ungünstigen Rahmenbedingungen teuer und ineffizient“ (Preusker 2001: 28). Hier werden also die misslichen Rahmenbedingungen als Legitimation dafür herangezogen, dass der Strafvollzug teuer sei.

95 Eine bessere Anerkennung und Unterstützung von Politik und Öffentlichkeit wird ebenfalls als eine wichtige Bedingung für gute vollzugliche Arbeit ausgemacht (z. B. Gatherer, Alex, Möller & Hayton, 2009; Preusker, 2001: 14). Dass es allerdings mit einer besseren Unterstützung möglich ist, das Resozialisierungsziel zu erreichen, scheint zumindest fragwürdig, so dass hier zum einen eine Sündenbockfunktion deutlich wird, zum anderen der hier beschriebene als-ob-Modus.

Dazu passt, dass mangelnde finanzielle Ressourcen von den Akteuren der Strafverfolgungspraxis angeführt werden, um bessere Ausstattung (oder rechtliche Kompetenzen) für sich und ihren Bereich zu erlangen (so Aden 2008: 125), aber auch, um „unbefriedigende Arbeitsergebnisse mit strukturellen Defiziten zu erklären und daraus Forderungen nach einer besseren Ausstattung abzuleiten“ (Aden 2008: 129). Das Argument der unzureichenden finanziellen Mittel wird als „Totschlag-Argument“ geführt, gleichzeitig impliziert es, dass mehr desgleichen bessere Ergebnisse erzielen würde. Hierzu führt Temme das Beispiel der drogenfreien Station an:

„Es entsteht das Bild, wenn es sich der Strafvollzug leisten könnte, im gesamten Gefängnis diesen Personalschlüssel und diese technische Kontrolle sicherzustellen, dann wäre auch ein drogenfreies Gefängnis und eine wirksame Umsetzung der Zwecke und Ziele des Strafrechtssystems möglich“ (Temme 2006: 345).

Zugleich zeigen Versuche der Haftreduzierung und Haftvermeidung oder die Einführung von Schadensminimierung etc., die allesamt als kostengünstiger bezüglich der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden des Drogenkonsums eingestuft werden (z. B. Stevens, Stöver und Brentari 2010: 394; WHO, UNODC und UNAIDS 2007a: 7) und dennoch nur zögerlich umgesetzt werden, dass ökonomische Gesichtspunkte nicht ausschlaggebend sind. Eine adäquate Gesundheitsversorgung in Haft würde sich positiv auf die Kosten der Gesundheitsversorgung außerhalb auswirken (siehe z. B. Williams 2009: 261), was jedoch ebenfalls nicht zu einer vermehrten Nutzung von Haftalternativen führt. Das Kostenargument scheint also nicht ausschlaggebend zu sein. Dies impliziert, dass andere Rationalitäten im Vordergrund stehen und ökonomische Gesichtspunkte vorgeschoben werden, „als ob“ sie entscheidend wären für die Umsetzung einer besseren Gefängnisrealität.

Sim analysiert im Sinne der „imaginary penalties“

“how the official rhetoric of the institution, based upon the essential benevolence, justice and accountability of its everyday operations, ideologically mystifies the grim reality faced by many of the confined” (Sim 2008: 139).

Ein solches imaginäres Element bezieht sich darauf, dass davon ausgegangen wird bzw. es so transportiert wird, als ob Gefängnisse Kriminalität verhindern würden, und folglich würden mehr Gefängnisse mehr Kriminalität verhindern (Sim 2008: 140). Dabei werden Behandlungsprogramme, entweder als klassische psychologische Ansätze oder als neuere Disziplinen wie die

Gesundheitsförderung, ausgeweitet, was zu einer möglichen Disziplinierung und Kontrolle beiträgt (Sim 2008: 143).⁹⁶ Zwei fundamentale Kritikpunkte bringt er hier an: Die Responsibilisierung und Individualisierung der Gefangenen, denen eine Interventionsnotwendigkeit bescheinigt wird, sowie die in allen Behandlungsprogrammen liegende und diese stützende Straf- und Sicherheitsfunktion (ebd.). Denn trotz aller Reformen und Reformbemühungen bleibt das Gefängnis ein gefährlicher und gesundheitsgefährdender Ort, sowohl hinsichtlich des physischen als auch psychischen Wohlbefindens (a.a.O.: 144). Für die gesundheitliche Versorgung von inhaftierten DrogenkonsumentInnen fasst Decorte prägnant zusammen:

“If reintegration of prisoners in general, and drug users in prison in particular, is truly an objective and a function of our prison systems, then these barriers and problems in organising healthcare in prison need to be tackled in a much more convincing way” (Decorte 2007: 40).

Demzufolge bedeutet dieser Blickwinkel, dass andere Funktionen und Ziele dem der adäquaten und äquivalenten Gesundheitsversorgung übergeordnet sind (s. Kap. 4.2.1). Die Gesundheitsversorgung in Haft kann insofern als „imaginär“ begriffen werden. Analog dem Resozialisierungsgedanken bzw. als Teil dessen zielt die Gesundheitsversorgung auf einen verbesserten Gesundheitsstatus der Gefangenen, der jedoch kaum erreicht wird. In dem Umgang mit DrogenkonsumentInnen wird von „imaginären“ Zuständen ausgegangen, wenn beispielsweise die „Heilung“ von „Drogenabhängigkeit“ durch den Einsatz von Kontrollmaßnahmen und Repression erwartet wird. Dies dient immer wieder dazu, Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen auszubauen, um möglichst geringe Mengen an Drogen in den Strafvollzug gelangen zu lassen (vgl. Kap. 2.3.2). Auch hier dient die Idee dazu, den Strafvollzug zu legitimieren und als Gelegenheit zu einer gesundheitlichen Verbesserung einer besonders vulnerablen Gruppe zu begreifen. Die Ausweitung von und die Fokussierung auf Gesundheitsthemen und Gesundheitsförderung im Justizvollzug kann insbesondere auch für die inhaftierten DrogenkonsumentInnen zur Exklusion führen, wenn sie sich nicht entsprechend verhalten, das heißt drogenabstinent leben und somit als Erfolg für den Justizvollzug gelten. Denn der Justizvollzug agiert, *als ob* der Konsum eingeschränkt, die KonsumentInnen geheilt und der Justizvollzug irgendwann drogenfrei sein könnte, wenn es genügend Maßnahmen und Ressourcen gäbe. Gleichzeitig

96 So ist in Großbritannien der Justizvollzug beispielsweise der größte Arbeitgeber für PsychologInnen (Sim 2008: 143).

wird jedoch auch auf die Unmöglichkeit dieser Zielsetzung verwiesen, indem das Vorhandensein von Drogen und Drogenkonsum im Vollzug als normales Phänomen betrachtet wird.

Kritik am Strafvollzug wird so eingebettet und bearbeitet, dass sie mehr oder weniger unwirksam wird. Eine solche Unterdrückung von Kritik wird durch verschiedene Strategien ermöglicht. Dazu gehört nach Carlen z. B. die Übernahme radikaler Kritik in den offiziellen Diskurs, die Disziplinierung Professioneller durch Androhungen von Privatisierungen, Beschämungstaktiken und ständiger managerialistischer Audits und Inspektionen,⁹⁷ sowie generell durch die Schaffung einer Kultur der Duldung bzw. Einwilligung durch verschiedene „silencing techniques“. Darüber hinaus wird Forschung eher einseitig gefördert, wenn sie nämlich als unterstützend für das System wahrgenommen wird (Carlen 2008: 18).⁹⁸ Mathiesen analysiert in seinem Buch „Silently Silenced“ diese Techniken der Kritikbewältigung, die darauf abzielen, Kritik zu bündeln und „lautlos“ so bearbeiten zu können, dass sie keine grundlegenden Veränderungen im System zur Folge hat. Diese Techniken werden nicht notwendigerweise bewusst eingesetzt.⁹⁹

Die Technik der Individualisierung behandelt einen Gegenstand der Kritik als etwas Spezielles, Einmaliges, Untypisches (Mathiesen 2004: 25). Dadurch wird das Ganze (also das System Strafvollzug) nicht in Frage gestellt. Auf die Kritik der unzureichenden Substitutionsbehandlung ist dann entsprechend die Argumentationslinie, dass die Substitution grundsätzlich ja möglich sei,

97 Diese Methode ist in Großbritannien weiter voran geschritten als in Deutschland. Sie führt dort zu einer Zielerreichung bestimmter festgelegter Parameter beispielsweise durch „self-fulfilling measurements“. So werden solche Gefangenen auf Drogen getestet, die bekanntermaßen nicht konsumieren, um das Ziel höherer Quoten negativer Urinkontrollen zu erreichen (Carlen 2008: 18f.).

98 Ein Beispiel für diese letztere Taktik beschreibt Hope detailliert anhand eines Berichts des britischen Home Office. Dieses hat bei Studien zu Kriminalität und deren Bekämpfung Daten publiziert, deren Bearbeitung nicht nur selektiv war, sondern deren daraus gezogenen Erkenntnisse nicht auf den Ergebnissen an sich beruhten. Somit wurde die Evidenz manipuliert, indem bestimmte Evidenzkriterien ausgegeben wurden, die die erhofften Ergebnisse unterstützten und zugleich wurden Kritiker als unglaubwürdig dargestellt (vgl. Hope 2008).

99 Neben diesen verschiedenen Silencing-Techniken analysiert Mathiesen Strategien der Neutralisierung bei grundsätzlicher Kritik an einem Zustand oder System (vgl. Mathiesen, 2004: 30ff.) wie dem Justizvollzug. Diese Strategien umfassen folgende Aspekte: Als unmöglich ausgelegt (construed), als schwierig ausgelegt (z. B. zu teuer, kompliziert, risikohaft), als unerwünscht ausgelegt, oder Ziele als zweispurig ausgelegt (teilweise Umorganisation, zweites Ziel hinzugenommen, aber das erste bleibt relevanter). Ein weiterer Aspekt wäre das Absorbieren der Kritik in das bestehende System, wenn z. B. Substitution als Kontrollfunktion und -möglichkeit eingesetzt wird.

nur in diesem Fall, für diesen Gefangenen oder in dieser Anstalt nicht, es handele sich also um einen Einzelfall. Ähnlich fungiert der Verweis auf die grundsätzlich gute medizinische Versorgung in Haft mit der Substitution als einzelne nicht optimal umgesetzte Maßnahme. Das Prinzip der Normalisierung ist eine weitere mögliche Technik des „Silencing“. Darunter fasst Mathiesen Prozesse bzw. Argumentationen, in denen Ereignisse als etwas Normales und Erwartbares oder als notwendige Konsequenz einer bestimmten Aktivität gerahmt werden (Mathiesen 2004: 26). Diese Strategie steht im scheinbaren Gegensatz zur Individualisierung, kann jedoch parallel und komplementär auf die gleichen Aspekte angewendet werden. Im Substitutionsdiskurs findet diese Strategie in der Argumentationslinie Anwendung, dass es unter den Umständen des Justizvollzugs und der begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen nicht möglich sei, die Substitution auszuweiten. Eine weitere mögliche Technik ist die der Kooption (Hinzuwahl), bei der ein Ereignis dazu genutzt wird, ein Prozedere zu verbessern, welches vorher bereits existierte, jedoch optimiert werden kann (a.a.O.: 27). Für die intramurale Substitution passt die Ausweitung der Substitutionsbehandlung hierzu oder generell eine bessere Organisation und Ausstattung der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten und Vernetzung mit der Gesundheitsversorgung in Freiheit. Weiterhin wird die „vordergründige Befürwortung“ von Kritikpunkten als eine mögliche Technik des Silencing erwähnt, die insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn die vorherigen Techniken nicht ausreichen. Die Unterschiede zur Kooption sind graduell, jedoch werden hier Fehler eingeräumt und der Kritik zumindest teilweise zugestimmt (ebd.). Die Substitutionsrichtlinien in Nordrhein-Westfalen könnten als implizites Eingeständnis eines Veränderungsbedarfs gedeutet werden. Auch werden beispielsweise die in Kap. 3.1.4 diskutierten Problembereiche der intramuralen Gesundheitsversorgung wie die Rollenkonflikte des Personals oder Behandlungsprobleme im Übergang als Probleme anerkannt und thematisiert. Eine wirkliche Veränderung scheitert jedoch zumeist an den systemimmanenten Strukturen des Justizvollzugs. Die Verlagerung von Verantwortung ist eine weitere Technik, die eine Umorganisation nach einem kritisierten Ereignis folgen lässt, wenn die Kritik zu stark wird (a.a.O.: 28). Für die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug könnte dies höchstens auf individueller Ebene geschehen, z. B. mit einem personellem Wechsel. Die hierarchisch und klar organisierte Struktur des Justizvollzugs lässt eine Umorganisation grundsätzlicherer Art eher unwahrscheinlich aussehen. Dies zeigt auch die Forderung nach der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für die Gesundheitsversorgung, die ge-

setzlich vorgeschrieben und von ExpertInnen befürwortet wird (vgl. Kap. 3.1.3.1) und dennoch aktuell keine Aussicht auf Umsetzung hat.

Das Konzept der „imaginary penalties“ begreift die Zielerreichung der Resozialisierung im Justizvollzug als imaginär, *als ob* sie erreichbar wäre. Obwohl den Beteiligten klar ist, dass dieses Ziel nicht erreicht werden kann und somit imaginär bleibt, wird nicht auf dieses Scheitern verwiesen, sondern durch ein Umdenken von Zielen in solche, die machbar erscheinen, wird das System Strafvollzug aufrecht erhalten. Dies führt also zu einer weiteren Legitimation der Gefängnisse, die damit nicht in Frage gestellt werden. Dazu werden verschiedene Strategien deutlich, Kritik und Veränderungen zu unterbinden, und so den Status quo und das System des Strafvollzugs aufrecht zu erhalten, und damit auch die bestehende intramurale Gesundheitsversorgung.

4.3 Der Advocacy-Koalitionsansatz als Analyserahmen

Die intramurale Gesundheitsversorgung ist Gegenstand politischer Aushandlungsprozesse, denn „im politischen Diskurs kursieren stets verschiedene Situationsdefinitionen, Problemdeutungsmuster und Zielvorstellungen, die um Geltung konkurrieren“ (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 165). Im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft werden solche unterschiedlichen Problemdeutungsmuster und differierende Zielvorstellungen insbesondere bei den Themen Substitutionsbehandlung und Spritzenvergabe deutlich. Um diese verschiedenen Zielvorstellungen und Aushandlungsprozesse herauszuarbeiten, wird im Folgenden der Advocacy-Koalitionsansatz als Rahmenkonzept unter Bezugnahme auf die bisherige Analyse herangezogen. Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass es in einem Politikfeld konkurrierende Interessenskoalitionen gibt und Veränderungen im Politikfeld einem längeren Prozess unterliegen. Daher erscheint dieser Ansatz gut geeignet, die Dynamiken um die intramurale Gesundheitsversorgung zu untersuchen. Im Folgenden werden zunächst die Grundlagen des Ansatzes erläutert. Sodann wird dieser auf die Strafvollzugs- und Drogenpolitik bezogen. Anschließend wird überblicksartig auf die verschiedenen Akteure und Akteursgruppen, die für die Politik der Gesundheitsversorgung in Haft relevant sind, eingegangen. Abschließend werden Entwicklungen des Politikfelds mit den Akteursgruppen und ihre jeweiligen Interessen und Problemdeutungen erörtert. Der hier untersuchte Zeitraum reicht von Beginn der 1990er Jahre bis heute, umfasst also rund 20 Jahre.

4.3.1 Die Grundlagen des Advocacy Koalitionsansatzes

Der Advocacy-Koalitionsansatz (ACF – Advocacy Coalition Framework) ist ein Ansatz der Politikfeldanalyse bzw. Policy-Analyse. Deren Gegenstand ist die „inhaltliche Dimension von Politik, die mit dem englischen Begriff Policy erfasst wird“ (Schneider und Janning 2006: 14, Hervorh. im Original).¹⁰⁰ Der Policy-Begriff kann auf ein einzelnes Politikfeld bezogen werden (ebd.). In der vorliegenden Arbeit wird das Politikfeld „Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen in Haft“ analysiert, welches Teil einer übergeordneten Strafvollzugs- sowie Drogenpolitik ist. Der Ansatz des ACF wird hier als Rahmenkonzept bzw. Hintergrundfolie genutzt, um Umsetzungsprobleme und Veränderungspotentiale der Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen in Haft systematisch zu untersuchen und Bedingungsfaktoren für einen Policy-Wandel ausmachen zu können.

Das Ziel des Advocacy-Koalitionsansatzes nach Sabatier und Kollegen ist es, Veränderungsprozesse in einem Politikfeld zu verdeutlichen. „Es geht also [...] um eine bessere Erklärung der Politik“ (Bandelow 2009: 328), darum, wie sich Ziele und Überzeugungen der beteiligten Akteure verändern und damit letztlich auch die Politik in diesem Politikfeld. Dazu werden drei Grundannahmen formuliert (Sabatier und Weible 2007: 191f.): Auf der Makro-Ebene besteht die Überzeugung, dass ein Politikfeld vom weiteren politischen und sozioökonomischen System beeinflusst wird. Dazu gehören hier neben der Kriminal- und Drogenpolitik generelle sozioökonomische und politische Bedingungen. Auf der Mikro-Ebene sind sozialpsychologische Individualmodelle bedeutsam. Diese Ebene bietet beispielsweise Erklärungen dafür, dass Substitution in einzelnen Justizvollzugsanstalten z. T. sehr unterschiedlich eingesetzt wird trotz identischer rechtlicher Grundlagen. Auf der Meso-Ebene schließlich geht der ACF von der Bildung von Advocacy-Koalitionen zur Durchsetzung bestimmter Überzeugungen oder Interessen aus. Diese Grundannahme bildet den Kern des Ansatzes.

100 Demgegenüber beschreibt der Begriff Politics den politischen Prozess, „in dem Akteure mit unterschiedlichen Wertvorstellungen und Interessen versuchen, auf die Gestaltung öffentlicher Politik Einfluss zu nehmen“ (Schneider und Janning 2006: 15). Der Begriff Policy wiederum befasst sich mit den Institutionen des politischen Systems (ebd.). Für einen umfassenden Überblick sowie Diskussion der Policy- bzw. Politikfeldanalyse s. Groenemeyer et al. (2012).

Der Advocacy-Koalitionsansatz geht davon aus, dass in einem Politikfeld mehrere sogenannte Advocacy-Koalitionen¹⁰¹ existieren, die jeweils bestimmte handlungsleitende Orientierungen („belief systems“) gemeinsam haben. Diese handlungsleitenden Orientierungen bestehen aus Wertvorstellungen ebenso wie aus Annahmen über bestimmte Kausalitäten und Wirksamkeiten von bestimmten Maßnahmen (Sabatier 1993: 121). Dabei können die Akteure bzw. Akteursgruppen innerhalb einer solchen Koalitionsgruppe durchaus heterogen sein, sie verfolgen jedoch ähnliche Ziele im Politikfeld und stimmen ihre Handlungen mehr oder weniger intensiv miteinander ab (ebd.). Der Ansatz analysiert „die Existenz von mehreren Programmkoalitionen in einem Politikfeld, ihre Stellung zueinander und die Veränderungen in ihrem Kräfteverhältnis“ (Schneider und Janning 2006: 194). Dabei erfolgt die Analyse des Policy-Prozesses über einen längeren Zeitraum, um Veränderungen und Dynamiken herausarbeiten zu können, und es sollen alle Akteure bzw. Akteursgruppen in die Analyse einbezogen werden, die im jeweiligen Politikfeld in Erscheinung treten (Sabatier 1993: 130). Häufig existieren „Vermittler“ als eine dritte Gruppe von Akteuren (Sabatier 1993: 121), die darauf abzielen, Kompromisse zwischen den anderen Advocacy-Koalitionen herbeizuführen. Nicht alle Akteure in einem Politikfeld gehören einer der beteiligten Advocacy-Koalitionen an, sie können auch nur punktuell in Erscheinung treten und sich aus zentralen Debatten heraushalten (Sabatier 1993: 129). Der Koordinationsgrad innerhalb einer Advocacy-Koalition, die sich jeweils im Kern eine handlungsleitende Orientierung teilt, kann unterschiedlich stark oder schwach ausgeprägt sein (Schneider und Janning 2006: 196).

Es werden drei Gruppen von handlungsleitenden Orientierungen oder „belief systems“ unterschieden: Der Hauptkern (deep core beliefs), der Policy Kern (policy core beliefs) und die sekundären Aspekte (secondary beliefs) (Sabatier 1993: 132). Der Hauptkern mit den Grundüberzeugungen einer Koalition bezieht sich übergreifend auf alle Politikfelder und gilt als kaum veränderbar. Es handelt sich hier um normative Vorstellungen und Ideologien, auf die sich die einzelnen Koalitionen stützen (Gellner und Hammer 2010: 122). Der Policy Kern beinhaltet allgemeine Wahrnehmungen, Überzeugungen, Wertvorstellungen und Kausalannahmen, die sich auf dieses Politikfeld beziehen (Sabatier 1993: 133). Im Policy Kern werden auch Prio-

101 Andere mögliche Begriffe bzw. Übersetzungen sind z. B. Programmkoalitionen, Akteursgruppen oder Interessensgemeinschaften.

ritäten für bestimmte Policy-Instrumente deutlich, wie z. B. der Grad an staatlicher Regulierung und der Einsatz von Steuern oder Versicherungen für bestimmte Maßnahmen (Sabatier 1993: 132). Er kann sich vom Hauptkern insofern unterscheiden, wenn beispielsweise die tiefe Überzeugung konservativ ist, jedoch auf der Policy Kern Ebene eine Verbindung mit fortschrittlichen Akteuren eingegangen wird, um bestimmte, grundlegendere Ziele zu erreichen (Gellner und Hammer 2010: 123). Die sekundären Aspekte beinhalten eine Reihe von instrumentellen Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, spezifische Einstellungen und Informationen. Diese Aspekte unterliegen am ehesten Veränderungsmöglichkeiten (a.a.O.: 133).

Nach dem ursprünglichen Advocacy-Koalitionsansatz entsteht Veränderung in einem Politikfeld durch zwei mögliche Faktoren: Entweder durch externe „Schocks“ oder durch Policy-Lernen. In der überarbeiteten Version des ACF werden zudem interne Schocks sowie ausgehandelte Vereinbarungen bzw. Kompromisse als mögliche Auslöser für Veränderungen benannt (Sabatier und Weible 2007: 190). Als Beispiel für externe Schocks kann das Aufkommen von HIV und AIDS in den 1980er Jahren gelten, welches in der Drogenpolitik letztlich zu einer Veränderung in Richtung Akzeptanzorientierung führte. Der sogenannte „Foltermord von Siegburg“ kann als Beispiel eines internen Schocks innerhalb des Strafvollzugs betrachtet werden. Dieser löste vermehrte Anstrengungen aus, nächtliche Einzelunterbringung der Gefangenen umzusetzen¹⁰² und vermehrte Betreuungsangebote insbesondere im Jugendstrafvollzug zu schaffen. Policy-Lernen geschieht meist innerhalb der Advocacy-Koalitionen, und kann durch neue Informationen oder durch die Perzeption politischer Entscheidungen und Folgen daraus entstehen (Sabatier 1993: 121). Auch personelle Veränderungen innerhalb der Interessensgruppen können einen Wandel in einer Koalition oder im Politikfeld hervorrufen, indem politische Ressourcen dadurch verändert und Entscheidungen anders getroffen werden (a.a.O.: 123). So kann die Einführung der intramuralen Substitutionsbehandlung als ein Prozess des Policy-Lernens verstanden werden.

Die Möglichkeiten der Umsetzung bestimmter Überzeugungen und Ziele einzelner Advocacy-Koalitionen hängt von den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Diese Machtressourcen sind unterschiedlich verteilt und nach Sabatier in sechs Dimensionen aufgeteilt (Sabatier und Weible 2007: 201f.):

102 Die Einzelunterbringung war bereits vor diesem Ereignis im StVollzG (§ 18) vorgeschrieben und nur in Ausnahmefällen war eine gemeinschaftliche Unterbringung möglich, doch in der Praxis war die Gemeinschaftsunterbringung häufig.

Erstens die formale politische Macht, zweitens der Einfluss auf den öffentlichen Meinungs- und Willensbildungsprozess, drittens Informationen über Hintergründe, Alternativen und Kosten eines Problems, viertens die Unterstützung durch „SympathisantInnen“, fünftens finanzielle Ressourcen sowie sechstens eine geschickte Führung. Die Konzentration dieser Machtresearchen innerhalb einer Advocacy-Koalition lässt Veränderungen im Politikfeld unwahrscheinlicher erscheinen, da die andere(n) Koalition(en) dadurch wenig Möglichkeiten haben, ihre Interessen durchzusetzen.

Im ACF werden zudem Faktoren angegeben, die als „relativ stabile Parameter“ ein Politikfeld kennzeichnen (Sabatier 1993: 124; Schneider und Janning 2006: 198). Dazu zählen grundlegende Merkmale des Problembereichs, die sich in der intramuralen Gesundheitsversorgung in der Ambivalenz zwischen Hilfe und Kontrolle ausdrücken sowie in den Strukturen des Systems Justizvollzug als einer totalen Institution. Weiterhin gehört dazu eine grundlegende Rechtsstruktur wie sie die Illegalisierung bestimmter Substanzen durch das BtMG darstellt. Auch fundamentale soziokulturelle Wertvorstellungen und soziale Strukturen zählen zu diesen stabilen Parametern. Bezogen auf die intramurale Gesundheitsversorgung kann z. B. der Straf- und Vergeltungsgedanke im Strafvollzug als grundlegende Wertvorstellung gelten. Demgegenüber gibt es externe Ereignisse, die relativ schnell Veränderungen im Politikfeld zur Folge haben können. Das kann ein Wandel in den sozioökonomischen Bedingungen oder in der öffentlichen Meinung sein, ein Regierungswechsel oder Entscheidungen aus anderen Politikfeldern (Sabatier 1993: 122). Als Wandel in den sozioökonomischen Bedingungen kann evtl. der Umbau des Wohlfahrtsstaats in Richtung „Risikogesellschaft“ genannt werden. Regierungswechsel können sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene das Politikfeld der intramuralen Gesundheitsversorgung beeinflussen. Die Einführung und die Abschaffung der Spritzenvergabeprojekte sind markante Beispiele dafür. Weiterhin kann die Föderalismusreform von 2006 als externer Einfluss gelten. Zwar weisen die infolgedessen umgesetzten Landesstrafvollzugsgesetze wenig Unterschiede bezüglich der Gesundheitsfürsorge im engeren Sinne auf, doch kann beispielsweise die Vorrangstellung der Sicherheit vor der Resozialisierung die Gesundheitsversorgung beeinflussen. Zudem werden noch größere Unterschiede als bisher in der Ausgestaltung des Justizvollzugs zwischen den Bundesländern erwartet.

4.3.2 *Der Advocacy-Koalitionsansatz in der Drogenpolitik*

Im deutschsprachigen Raum haben zwei Studien Aspekte der Drogenpolitik mit Hilfe des Advocacy-Koalitionsansatzes untersucht. Für den Bereich des Strafvollzugs existieren bisher keine ACF Studien. Kübler untersucht die Schweizer Drogenpolitik der 1980er und 1990er Jahre mit Hilfe des ACF (Kübler 2001). Hier wird der Übergang der Schweizer Drogenpolitik von einem Prohibitionsmodell zu einem Harm-Reduction-Modell als Ergebnis eines Prozesses gesehen, bei dem zwei Advocacy-Koalitionen mit unterschiedlichen Grundüberzeugungen in Konkurrenz zueinander stehen. Die erste folgt dem Prohibitionsmodell, und sieht Drogenabstinenz als Ziel drogenpolitischer Maßnahmen. Diese Maßnahmen umfassen sowohl helfende Maßnahmen wie Prävention und Therapie als auch die strafrechtliche Verfolgung der KonsumentInnen. Die zweite Advocacy-Koalition sieht sich einem schadensminimierenden Modell verpflichtet. Im Laufe der 1980er Jahre wurde vor dem Hintergrund von HIV und AIDS unter DrogenkonsumentInnen das „belief system“ der Harm-Reduction Bewegung stärker, maßgeblich begründet von SozialarbeiterInnen in der Drogenhilfe. AIDS erscheint dabei als externer Schock, welcher das Politikfeld der Drogenpolitik dramatisch verändert. Pionierprojekte wie die Spritzenvergabe wurden auf lokaler Ebene lediglich toleriert, aber kaum aktiv unterstützt, dies geschah eher durch Bundesmittel. Seit Anfang der 1990er Jahre wurde die AIDS-Prävention wichtiger als die Abstinenzorientierung. Eine dritte, kleinere Koalition wehrte sich jedoch gegen akzeptanzorientierte Einrichtungen in ihrer Nachbarschaft, und vertrat „Lebensqualität im Stadtteil“ als ihren Hauptkern (Kübler 2001: 634). Letztendlich wurde die Stadtteilverträglichkeit eines der Hauptprinzipien von der akzeptanzorientierten Koalition aufgrund der Aktivitäten der dritten Koalition, da die Umsetzung schadensminimierender Angebote sonst durch die Proteste der dritten Gruppe schwierig geworden wäre. Somit wurden ordnungspolitische Maßnahmen in das „belief system“ der Harm-Reduction-Koalition aufgenommen. Dies kann als sekundärer Aspekt nach dem ACF gelten, der für die Umsetzung der eigentlichen Ziele hilfreich ist. Gleichzeitig unterstützte die Lebensqualität-Koalition eher die akzeptanzorientierte Koalition als die Abstinenzorientierung, was für letztere zu geringerem Einfluss führte. Es hat also ein Lernprozess im Sinne des Policy-Lernens in der Harm-Reduction-Koalition stattgefunden, der auf der schwierigen Implementation aufgrund der Proteste der dritten Lebensqualität-Koalition beruhte (Kübler 2001: 639).

Die zweite Analyse auf Grundlage des Advocacy-Koalitionsansatzes untersucht die deutsche Drogenpolitik im Straßenverkehr in den 1990er Jahren (Neumeyer 2000). Ähnlich wie bei Kübler werden auch hier zwei Hauptkoalitionen ausgemacht. Die erste Advocacy-Koalition zielt auf eine drogenfreie Gesellschaft und bildet die Mehrheitskoalition in Politik und Bevölkerung (a.a.O.: 29). Die zweite Advocacy-Koalition ist in sich sehr viel heterogener, bildet als Hauptkern die Überzeugung der individuellen Selbstbestimmung auch im Drogenkonsum (a.a.O.: 33). Diese zweite Gruppe zielt sowohl auf Wünschenswertes als auch pragmatisch Machbares im Hinblick auf die Umsetzung ihrer Grundorientierung. Sie hat im Sinne des Policy-Lernens strategische Zwischenschritte hinzu gelernt, wie z. B. das Denkmuster der Medizinalisierung der „Sucht“ und die Sichtweise, Abhängigkeit als Krankheit zu sehen und nicht als Kriminalität (a.a.O.: 39). Dieses Lernen und eine pragmatische Vorgehensweise ermöglichte der zweiten Koalition die Durchsetzung von Zwischenschritten, der Förderung von Verhaltensänderungen von Institutionen auf der faktischen Ebene, und förderte zugleich die Diffusion ihrer Überzeugungen (a.a.O.: 41f.). Die Verfolgung von DrogenkonsumentInnen im Straßenverkehr wurde zwar als vorgebliches Ziel mit einer verbesserten Verkehrssicherheit begründet, doch tatsächlich waren andere Interessen ausschlaggebend:

„Wie sich jedoch gezeigt hat, ging es bei der Durchsetzung des Gesetzesentwurfs nicht primär um die Erhöhung der Verkehrssicherheit, sondern um die Durchsetzung des von der K1 vertretenen Abstinenzanspruchs“ (a.a.O.: 98).

Koalitionsübergreifendes Lernen und eine produktive Debatte könnten nach Neumeyer gelingen, wenn auf sekundäre Aspekte beider Gruppen gezielt wird, sowie auf empirische Forschung und der Einrichtung einer politischen Enquete-Kommission, deren Erfolgsindikatoren von beiden Gruppen akzeptiert wird (a.a.O.: 100).

Beide hier dargestellten Studien analysieren die Grundüberzeugungen ihrer jeweiligen (Haupt-) Koalitionsgruppen sehr ähnlich. Der jeweils ersten Koalition liegt eine Überzeugung zu Grunde, die die Einhaltung von gesellschaftlichen Normen als sehr wichtig erachten und diejenigen, die von diesen Normen abweichen, entsprechend behandelt und/oder bestraft werden müssen. Die jeweils zweite Koalition setzt auf Grundüberzeugungen der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen, und somit auch in Drogenkonsumfragen sowie eine akzeptanzorientierte Drogenpolitik. Weiterhin verorten beide

Studien das Policy-Lernen eher in der reformorientierten zweiten Koalition. Zudem analysieren beide das Aufkommen und die Problematisierung von HIV und AIDS in den 1980er Jahren als einen „externen Schock“, der Veränderungen in der Drogenpolitik ermöglichte hin zu einer eher akzeptanzorientierten Politik.

4.3.3 Akteure und Koalitionen im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft

Die Akteure bzw. Akteurskonstellationen im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft umfassen unterschiedliche Ebenen. Dazu gehören internationale politische Gremien (insbesondere auf EU-Ebene), Bundesrat und Bundestag, die einzelnen Parteien, die Justizministerien als Aufsichtsbehörden, die Justizvollzugsanstalten mit den verschiedenen Berufsgruppen, die Gefangenen, Wohlfahrtsverbände, Medien und Öffentlichkeit¹⁰³, Wissenschaft sowie verschiedene Interessensverbände. All diese Akteure sind Teil des Politikfelds Gesundheitsversorgung in Haft und lassen sich mehr oder weniger eindeutig den unterschiedlichen Advocacy-Koalitionen zuordnen. Dass es zur Erreichung bestimmter politischer Ziele eine Vielzahl Akteure braucht, zeigt die folgende Erfahrung mit der Einführung der Substitutionsbehandlung in Osteuropa:

“Unfortunately, successful pilots – of opioid substitution therapy, for instance – have often proven politically impossible to scale up rapidly. Experience in Eastern Europe has shown that it is necessary to win the approval of a large number of stakeholders in order to put such treatment methods into practice” (Eurasian Harm Reduction Network 2009; ähnlich auch WHO 2005: 6).

Eine konstruktivistische Perspektive ermöglicht es, die Ambivalenzen des Politikfelds „Gesundheitsversorgung im Justizvollzug“ in den Blick zu nehmen. Das politische System ist weder ein geschlossenes, „noch finden politische Entscheidungen rational nach Sachgesichtspunkten unter Auswahl der besten möglichen Lösungsalternative statt“ (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 158). Daher kann ein Blick auf die den Koalitionsgruppen zugrunde liegenden „belief systems“ unterstützen, die Entscheidungen und Veränderungen einzuordnen. Ähnlich wie in den beiden Studien zur Drogenpolitik wird auch in der vorliegenden Analyse zwischen zwei Advocacy-Koali-

103 Diese werden im Weiteren nicht berücksichtigt. In Ansätzen wird auf die Rolle der Öffentlichkeit in Kap. 4.2.3 eingegangen.

tionen unterschieden, die in dem Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft in Erscheinung treten.

Die erste Advocacy-Koalition ist die Prohibitionskoalition. In ihrem Hauptkern findet sich die Orientierung auf gesellschaftliche Normen und Werte und die daraus entstehende Notwendigkeit mit nicht-normkonformen Menschen (wie DrogenkonsumentInnen und StraftäterInnen) so umzugehen, dass sie sich wieder gesellschaftskonform verhalten. Daraus ergibt sich für den Policy Kern die Abstinenz von Drogen als zentrale Annahme und Norm. Zur Umsetzung dieser Norm setzt die Prohibitionskoalition neben der Behandlung mit dem Ziel der Abstinenz verstärkt auf ordnungspolitische, strafrechtliche, kontrollorientierte und repressive Maßnahmen. Diese Umsetzung des Abstinenzziels wird auf der Ebene der sekundären Aspekte im Justizvollzug mit überwiegend repressiven Maßnahmen, Sanktionen sowie Behandlungsangeboten, die Abstinenz bereits voraussetzen, verfolgt. Diese Akteursgruppe vertritt eine Perspektive auf Drogenkonsum, die die Gefährlichkeit der Substanzen betont und dementsprechend den „Schutz“ vor diesen Substanzen herausstreicht. Dies wird in dieser Perspektive am besten durch Verbote und Abschreckung erreicht, wobei auch Behandlungsangebote zur Erreichung des Abstinenzziels dazu gehören. Die Prohibitionskoalition ist dominant im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft, ihre Problemdeutungen und Lösungsansätze sind im Wesentlichen die, die umgesetzt werden. Es geht ihren VertreterInnen also eher um den Erhalt des Status quo. Lernprozesse im Sinne des Policy-Lernens finden eher reaktiv statt, wie z. B. in der Übernahme von Substitution als nutzbringende Interventionsform in den 1990er Jahren. Mit der Betonung der Gefährlichkeit von Drogen verfügt diese Akteursgruppe über die gesellschaftlich weitgehend anerkannte Problemdeutungsmacht als relevante Ressource. Diese werden mit verschiedenen Strategien verteidigt (s. Kap. 4.2.6). Weiterhin bzw. im Zusammenhang mit der Deutungsmacht verfügt die Prohibitionskoalition über die politische (Durchsetzungs-) Macht in Form von Mehrheitskonstellationen und dem entsprechenden Organisations- und Unterstützungsapparat dahinter, die ebenfalls wichtige Ressourcen nach dem ACF darstellen.

Die zweite Advocacy-Koalition ist die Akzeptanzkoalition. Sie geht in ihrem Hauptkern davon aus, dass der Mensch autonom und selbstbestimmt ist, und somit auch der Umgang mit psychoaktiven Substanzen dazugehört. Diese Grundüberzeugung wird höher bewertet als die Einhaltung bestimmter sozio-kultureller Normen (so auch Kübler 2001: 631). Im Policy Kern bedeutet dies

die Bereitstellung von Hilfeangeboten ohne Zwang oder einer bestimmten Zielsetzung. Im Bereich Strafvollzug setzt sich die Akzeptanzkoalition für eine Entkriminalisierung, insbesondere von DrogenkonsumentInnen, ein. Weiterhin wird eine Resozialisierung unter möglichst humanen und menschenwürdigen Haftbedingungen und die Förderung der individuellen Gesundheit als wichtig erachtet. Die Akzeptanzkoalition zielt daher auf die Legalisierung von Drogen bzw. die Entkriminalisierung von KonsumentInnen. Für die intramurale Gesundheitsversorgung zielt sie auf eine äquivalente Versorgung, die sich auch aus menschenrechtlichen Erwägungen ergibt. Die Akzeptanzkoalition fokussiert in den sekundären Aspekten auf schadensminimierende statt auf repressive Ansätze. Sie ist jedoch durchaus heterogen in ihren Überzeugungen. Die Spannbreite reicht von pragmatisch ausgerichteten Verbesserungen z. B. in der Implementation neuer Behandlungsangebote bis hin zu abolitionistischen Positionen. Die Akzeptanzkoalition hat Lernprozesse durchlaufen, die Veränderungen im Policy Kern und den sekundären Aspekten bedeuten. Dazu gehört beispielsweise die Betonung ökonomischer Vorteile von schadensminimierenden Maßnahmen und von Entkriminalisierungsansätzen (s. Kap. 4.2.5). So gehören ökonomische Aspekte nicht zu den grundlegenden Überzeugungen der Akzeptanzkoalition, doch erweitern sie die Argumentation ähnlich wie auch die Nutzbarmachung von Substitution als ein disziplinierendes Instrument im Strafvollzug. Somit wird die Umsetzung dadurch wahrscheinlicher, die Handlungsoptionen der Akzeptanzkoalition werden also erweitert. Als Ressourcen im Sinne des ACF verfügt die Akzeptanzkoalition über eine alternative Problemdeutung, die mit Instrumenten der Schadensminimierung bzw. Konzepten der Entkriminalisierung (s. hierfür die Beiträge in Gerlach und Stöver 2012) ein auf die individuelle Gesundheit ausgerichtetes Ziel besser zu erreichen vermag als die eher repressiven Ansätze der Prohibitionskoalition, wie die in Kap. 3.3 erörterten Ansätze und die entsprechenden Forschungsergebnisse schadensminimierender Angebote zeigen. Damit verfügt die Akzeptanzkoalition in diesem Feld über eine rationale und gesundheitsfördernde Problembewältigung.

Somit unterscheiden sich die beiden Advocacy-Koalitionen fundamental in ihren Grundannahmen und damit auch in ihren Zielsetzungen. Zwar wird von VertreterInnen beider Advocacy-Koalitionen die Gesundheit der Betroffenen bzw. der abstrakte Begriff der Volksgesundheit als ein wichtiges Anliegen betont. Doch mit den unterschiedlichen zu Grunde liegenden Orientierungen wird damit auch jeweils unterschiedliches in Verbindung gesetzt, nämlich Drogenabstinenz auf der einen Seite und Autonomie auf der anderen Seite.

Die politischen Parteien in Deutschland als wichtige politische Akteure unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Vorstellungen über die „richtige“ Drogen- und Strafvollzugspolitik. Die CDU steht tendenziell einer Akzeptanzorientierung skeptischer gegenüber als die SPD, beruft sich stärker auf die strafrechtliche Verfolgung. Die Parteien DIE LINKE sowie Bündnis 90/Die Grünen treten für eine – zumindest partielle – Entkriminalisierung und Legalisierung ein, doch vertreten sie diese Positionen nicht sonderlich lautstark. Die parteipolitischen Unterschiede zwischen den beiden großen Parteien sind gering und beziehen sich eher auf Detailfragen.¹⁰⁴ Entsprechend fordert die SPD beispielsweise vermehrte Behandlungsplätze in der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug und die Abkehr vom Abstinenzparadigma in der Substitutionsbehandlung generell (Deutscher Bundestag 2013b), betont aber dennoch, dass „die grundsätzliche Strafbarkeit von illegal benutzten Betäubungsmitteln [...] ein wichtiges Instrument der Suchtprävention und für den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen und sozialen Schädigungen unerlässlich“ (Deutscher Bundestag 2013b: 1) sei. Die Prohibition wird also bekräftigt als Hauptkern, gleichzeitig wird eine umfassende Substitution als notwendig erachtet und entsprechende bundeseinheitliche Regelungen angemahnt. Der Abstinenzanspruch in der Substitutionsbehandlung, wie er in der BtMVV festgelegt ist, wird von der SPD in Frage gestellt und als reformbedürftig angesehen (a.a.O.: 3). Ein entsprechender Antrag der SPD wurde im Bundestag mit den Stimmen von CDU/CSU und FDP abgelehnt (Deutscher Bundestag 2013a). Die CDU/CSU-Fraktion begründet die Ablehnung u. a. damit, dass „einige der in dem SPD-Antrag vorgeschlagenen Maßnahmen in Konflikt mit dem Ziel, die Sicherheit im Betäubungsmittelverkehr zu garantieren“ (a.a.O.: 6) stünden. Hier befindet sich also das Argument des Missbrauchspotenzials unter Vorhaltung des Sicherheitsaspekts im Vordergrund, der laut CDU/CSU im Spannungsverhältnis zu einer „angemessenen Versorgung der Opiatabhängigen“ (ebd.) stehe. Diese Angemessenheit der Versorgung wird von der SPD allerdings als wichtiger erachtet. Auch das Beispiel Spritzenvergabe zeigt, dass die SPD in einigen Bundesländern zwar die entsprechenden Modellprojekte ermöglichte, die dann unter den jeweiligen

104 Ein Beispiel für solche geringen Unterschiede und die Macht des Wahlkampfes ist die Hamburger Drogenpolitik Anfang des 21. Jahrhunderts. Im Wahlkampf 2001 war der Rechtspopulist Ronald Schill mit seinen repressiven Forderungen populär. Die Umsetzung einer Reihe von repressiven Maßnahmen wie dem Brechmitteleinsatz gegen Dealer und weitreichenden Repressionen gegen die offenen Drogenszene wurden jedoch noch vor der Wahl vom damaligen SPD-Innensenator Olaf Scholz umgesetzt.

CDU-Landesregierungen wieder abgeschafft wurden. Allerdings haben SPD-geführte Länder die Spritzenabgabe auch nicht (wieder) eingeführt. Somit lassen sich die Unterschiede zwischen den beiden großen Parteien eher in den sekundären Aspekten verorten, wobei die SPD größeres Gewicht auf Behandlung und die CDU/CSU auf repressive Maßnahmen setzt. Beide stimmen jedoch darin überein, dass die Prohibition ein wichtiges Instrument zur Schutz der Bevölkerung sei. Ähnlich sind beim Thema Strafvollzug die Unterschiede in der Bandbreite zwischen „mehr Behandlung“ und „mehr Sicherheit und Strafcharakter“ verortet.

Die Judikative in Form des Bundesverfassungsgerichts als ein weiterer Akteur im Politikfeld fordert Standards im Justizvollzug ein wie z. B. bezüglich der Mindestgröße und Ausstattung der Zellen, Verwirklichung der Einzelunterbringung etc. (Ohler 2007: 702) und wird von Preusker daher als „Motor der Strafvollzugsreform“ (Preusker 2005) bezeichnet, da es mit seinen Entscheidungen relevante Veränderungen angestoßen habe. So stellt das Bundesverfassungsgericht auf Resozialisierung ab und forderte den Gesetzgeber zur Schaffung eines Strafvollzugsgesetzes auf (ebd.). In seinen Entscheidungen bezieht sich das Bundesverfassungsgericht auch auf die European Prison Rules, wenn es um Fragen der Unterbringung und Versorgung geht (vgl. Kap. 3.2). Andere Gerichte nehmen mit ihrer Rechtsprechung ebenfalls Einfluss auf das Politikfeld, so etwa das OLG München mit dem Urteil zur Substitution nach der Klage eines Gefangenen (s. Kap. 3.3.4).

Die Landesjustizministerien als Aufsichtsbehörden über den Justizvollzug sowie die einzelnen Justizvollzugsanstalten lassen sich aufgrund ihres gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrags der Prohibitionskoalition zuordnen. Wie in Kap. 4.2.5 diskutiert, wirken zudem die institutionellen Rahmenbedingungen veränderungsresistent und sind darüber hinaus auf das Sicherheitsparadigma fokussiert. Dass auch langfristige Forderungen – die sogar gesetzlich im StVollzG verankert waren – wie die Eingliederung der Gefangenen in die GKV nicht umgesetzt werden, scheint symptomatisch für die generelle Veränderungsresistenz.

Empirische Forschungsergebnisse können als Grundlage politischen Handelns fungieren bzw. können Informationen für das Politikfeld liefern. Insofern stellt die Wissenschaft einen relevanten Akteur im Politikfeld dar. So fokussieren die Gesundheitswissenschaften auf die Notwendigkeit gesundheitlicher Reformen und Verbesserungen: “From the public health point of view, one of the most urgent tasks is to improve the health, resilience, and

well-being of all those in compulsory detention” (Gatherer, Möller und Hayton 2009: 85). Eine Reihe von Forschungsergebnissen zeigen die positiven Effekte der Substitutionsbehandlung und der Spritzenvergabe in Haft (vgl. Kap. 3.3.4 und 3.3.5), so dass diese Ergebnisse von der Akzeptanzkoalition genutzt werden. Allerdings zeigt gerade der Umgang mit diesem Thema eindrücklich, dass Forschungsergebnisse und deren Implikationen für die Praxis nicht umgesetzt werden, wenn sie den Orientierungen der deutungs- und wirkmächtigeren Interessenskoalition zuwider laufen. Das bedeutet in der konkreten Konsequenz, dass der Einfluss soziologischer und kriminologischer Forschung zum Strafvollzug auf die jeweilige Politik gering ist. Ein Großteil der Forschung habe sich mit humanitären, humanistischen, menschlichen Aspekten beschäftigt in der Hoffnung auf Veränderung des Systems Strafvollzug (so Sykes 2003: 363), doch die Politik der letzten ca. 25 Jahre weise in die entgegengesetzte Richtung. Dennoch können wissenschaftliche Erkenntnisse und Studien als relevante Akteure im Hinblick auf Veränderungen gelten, da sie relevante Grundlagen und Argumentationen für Veränderungsprozesse liefert.

Internationale Organisationen und politische Gremien bemühen sich um eine Verbesserung der intramuralen Gesundheitsversorgung. Dass die Einführung von schadensminimierenden Maßnahmen im europäischen Justizvollzug so langsam geschieht, bemängelt die WHO Europe bereits im Jahr 2005 als „increasingly unacceptable“ (WHO 2005: 14). Sie fordert die europäischen Staaten auf, so schnell wie möglich entsprechende Maßnahmen einzuführen bzw. auszuweiten (a.a.O.). Denn diese

“can be safely introduced into prisons, that such measures can significantly bolster preventing the transmission of HIV/AIDS in communities and that action in the interests of public health as a whole is now required” (WHO 2005: 15).

Auch die Europäische Kommission fordert die Mitgliedstaaten auf, Schadensminimierung im Justizvollzug umzusetzen (Commission of the European Communities 2007). Aus dieser Perspektive werden somit überwiegend gesundheitswissenschaftliche sowie Menschenrechtsargumente (Äquivalenzprinzip, Rechte der Gefangenen) stark gemacht. Die WHO Europe hat 1995 das Health in Prisons Project (HIPP) ins Leben gerufen, um ein Netzwerk zum Erfahrungsaustausch zu schaffen. Es soll Richtlinien erarbeiten sowie Best Practice Modelle bekannt machen (WHO 2005: 4). Weitere internationale Netzwerke sind Gesundinhalt im deutschsprachigen Raum und das

Eurasian Harm Reduction Network in Mittel- und Osteuropa (EHRN). Ziel dieser Projekte ist es, die intramurale Gesundheitsförderung zu stärken, Praxismodelle zu entwickeln und über den internationalen Austausch zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung beizutragen. Auch auf nationaler Ebene setzen sich verschiedene Institutionen, Interessensverbände und Initiativen für eine bessere Versorgung von DrogenkonsumentInnen in Haft ein. Wichtige Akteure sind die Organisation akzept e.V. und die Deutsche AIDS-Hilfe. Außerdem existieren z. B. Online-Kampagnen wie die von der Deutschen AIDS-Hilfe initiierte „Drogen und Menschenrechte“, in der die Justizminister der Länder aufgefordert werden, Spritzen und Substitution flächendeckend zur Verfügung zu stellen (Knorr und Sweers 2011: 51). Auch weitere Organisationen, Vereine und Bündnisse wie das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ setzen sich beispielsweise für Spritzentauschangebote im Justizvollzug ein (Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch 2006).

Auffällig, aber nicht verwunderlich, ist die nahezu vollständige Abwesenheit der Stimme der Gefangenen als Hauptbetroffene in den Debatten um die intramurale Gesundheitsversorgung. Die Gefangenen als Akteure kommen nur marginal und nicht als organisierte Gruppe vor. Auf der Ebene der einzelnen Justizvollzugsanstalten existiert die Gefangenenmitverantwortung (GMV), neuerdings auch unter dem Begriff „Interessensvertretung der Gefangenen“. Darüber hinaus gibt es in vielen Anstalten eine Gefangenenzeitung, die allerdings nicht als freies Organ fungiert. Beide Gremien sind jedoch auf die konkrete Institution beschränkt, und auch hier ist ihr Einfluss marginal. Stattdessen werden sie von ExpertInnen aus Parteien, Nichtregierungsorganisationen (NGOs), Wohlfahrtsverbänden und Wissenschaft „vertreten“, wie dies typisch ist für „die am meisten von sozialen Problemen betroffenen Gruppen“ (Groenemeyer, Hohage und Ratzka 2012: 135). Dadurch besteht die Gefahr der Vereinnahmung und Uminterpretation von Problemlagen durch diese ExpertInnen.

4.3.4 Das Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft

Die politischen Aushandlungsprozesse im Politikfeld intramurale Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen sind gekennzeichnet durch entgegengesetzte Positionen und ideologische Auseinandersetzungen. Das Feld ist Teil sowohl der Drogenpolitik als auch der Strafvollzugspolitik, beide Politikbereiche sind stark durch symbolische Herrschaftsansprüche und ideologisch geprägte „Glaubensgegensätze“ gekennzeichnet (vgl. auch Kap. 4.2.1).

Während die dominante Prohibitionskoalition u. a. mit Sicherheitsargumenten darauf abzielt, ein drogenfreies Gefängnis zu erreichen und dabei eher auf repressive und Kontrollmaßnahmen setzt, strebt die Akzeptanzkoalition eine äquivalente Gesundheitsversorgung mit dem Ziel eines verbesserten Gesundheitsstatus der Gefangenen an. Die Abbildung 1 veranschaulicht modellhaft die Konstellationen im Politikfeld intramurale Gesundheitsversorgung mit den beiden Advocacy-Koalitionsgruppen und ihren Ressourcen sowie die externen Einflüsse auf das Politikfeld der intramuralen Gesundheitsversorgung.

Seit den 1990er Jahren erlebt die intramurale Gesundheitsversorgung Veränderungen. Ähnlich wie in der extramuralen Drogenhilfe gab es einen Wandel vom strikten Abstinenzparadigma hin zu einer vorsichtigen Akzeptanzorientierung. Dieser Wandel hängt, wie bereits beschrieben, mit dem Aufkommen und der Problematisierung von HIV und AIDS als „externes Ereignis“ zusammen. Für das Politikfeld der intramuralen Gesundheitsversorgung wird die Bedeutung von HIV/AIDS auch dadurch deutlich, dass vor dem Beginn der „AIDS-Epidemie“ die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sich nicht mit dem Thema Gesundheit im Strafvollzug beschäftigte: „Until the AIDS epidemic, the World Health Organization had not devoted one single activity, consultation or study to the prison environment“ (Harding 1997: 22). Die Problematisierung von intramuralen Gesundheitsthemen setzte somit erst mit HIV ein und kann als Erfolg der Akzeptanzkoalition betrachtet werden. Schadensminimierende Ansätze und Substitution wurden nun auch für den Strafvollzug diskutiert und zumindest partiell eingeführt. Zugleich wurden im Strafvollzug vermehrt versicherungsmathematische bzw. risikoorientierte Perspektiven deutlich, wie in Kap. 4.2.2 dargestellt. Unter dieser Perspektive erscheinen schadensminimierende Ansätze ebenfalls sinnvoll im Sinne des Risikomanagements, so dass entsprechende Projekte bis hin zu den Modellprojekten zur Spritzenvergabe im Laufe der 1990er Jahre initiiert wurden. Die Implementation erfolgte allerdings eher zögerlich, regional ungleich sowie zeitlich verzögert im Vergleich zur Umsetzung außerhalb.

In beiden Advocacy-Koalitionen haben in diesem Prozess Veränderungen im Sinne des Policy Lernens stattgefunden, d. h. sie haben ihren Policy Kern verändert, indem sie auf Anforderungen bzw. Informationen reagiert und diese in ihr „belief system“ integriert haben. In der Prohibitionskoalition wird die Substitutionsbehandlung inzwischen als ein Baustein in der Gesundheits-

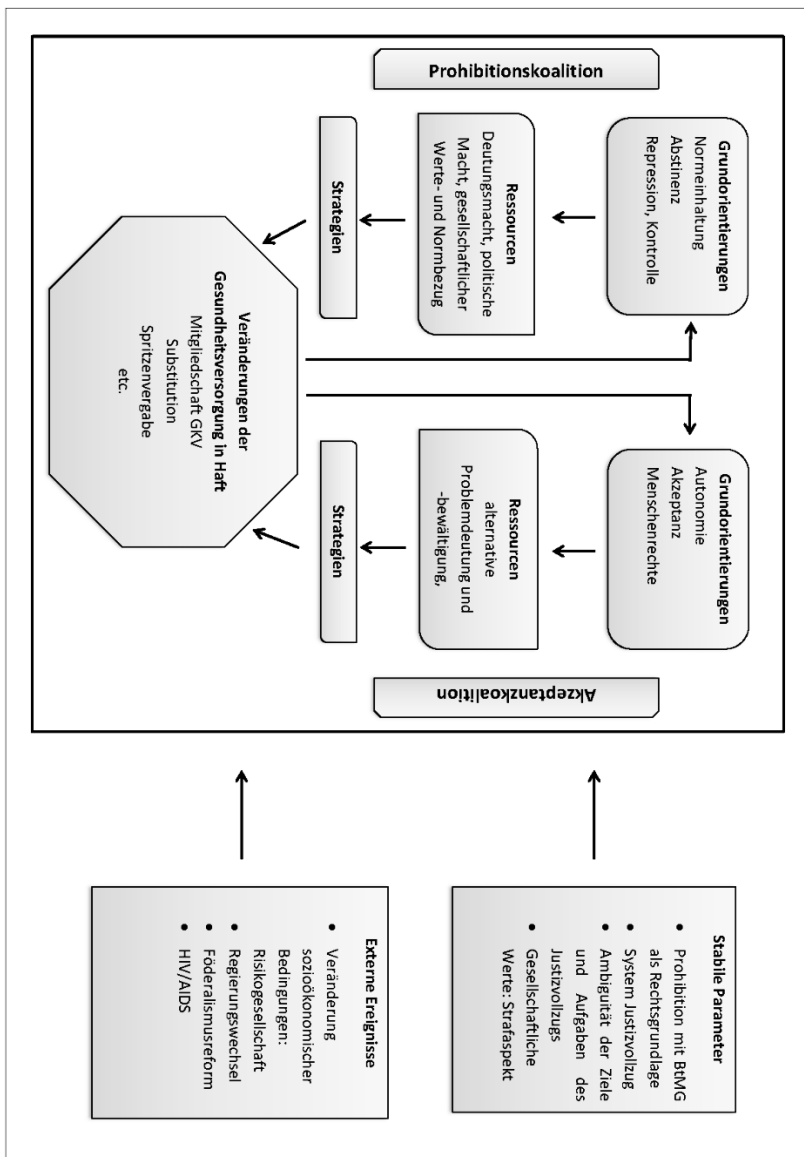


Abb. 1: Das Politikfeld intramurale Gesundheitsversorgung

versorgung weitgehend anerkannt. Die Veränderung von Einstellungen erfolgte über einen längeren Zeitraum mit schrittweisen Zugeständnissen und neuen Sichtweisen. Die Ambivalenz in der Einstellung zur Substitution wird in dem folgenden Zitat des damaligen ärztlichen Leiters des Gesundheitswesens im Berliner Justizvollzug deutlich:

„Dieses im Einzelfall segensreiche Behandlungsprinzip [Substitutionsbehandlung, K.T.] ist in Freiheit in die Hand der niedergelassenen Ärzteschaft gegeben und nach unseren Erfahrungen an einer großen Zahl im Vollzug aufgenommener Substituierter leider oft völlig verwildert und hat seine Zielklarheit verloren“ (Rex 2000: 263).

Substitution wird hier also eher als Maßnahme im Einzelfall betrachtet, die nicht „verwildern“ darf. Ein solches ja-aber-Argument zeigt die Orientierung der Prohibitionskoalition, die zwar inzwischen der Substitution nicht mehr grundsätzlich entgegensteht, doch die Befürchtung einer „Verwilderung“ und Verwässerung des Abstinenzgedankens befürchtet. Darüber hinaus besteht hier auch die Gefahr, dass die Ziele der Substitution umdefiniert werden (im Sinne der „imaginary penalties“, s. Kap. 4.2.6), indem sie unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten fungieren und somit einer besseren Gesundheit der individuellen Gefangenen weniger Beachtung entgegenbringen.

Die Akzeptanzkoalition kann die Einführung von Substitution und Spritzenvergabe im Justizvollzug als Erfolg ihrer Arbeit verbuchen. Die gesundheitswissenschaftlich geprägte Argumentation zur Infektionsprophylaxe war im Zuge der „AIDS-Problematik“ letztlich vom Grundsatz her überzeugend. Hierbei wurden (gesundheits-) ökonomische und auch ordnungspolitische Argumente von der Akzeptanzkoalition herangezogen, um so den Nutzen von Schadensminimierung (und Entkriminalisierung) zu betonen. Dieses Lernen bzw. der Einsatz dieser Argumentation ist nicht unbedingt in den handlungsleitenden Grundorientierungen dieser Akteursgruppe angelegt, die sich auf Autonomie-Aspekte des Menschen beziehen. Doch bietet diese Veränderung im Policy Kern die Möglichkeit, eine größere Unterstützung zu gewinnen. Es wird darüber hinaus aus einer menschenrechtsorientierten und humanistischen Perspektive heraus das Recht der Gefangenen auf eine adäquate und äquivalente medizinische Versorgung betont. Auch mit der besonderen Fürsorgepflicht für besonders vulnerable Gruppen und damit der Notwendigkeit einer besseren Versorgung wird argumentiert (z. B. Lines 2006; Williams 2009: 260).

Koalitions-übergreifendes Lernen findet nach dem ACF eher statt, wenn Einigkeit besteht über Erfolgsindikatoren eines Themas. Eine solche Einigkeit wurde mit dem Aufkommen von HIV und den damit verbundenen Befürchtungen hergestellt, indem der Erfolgsindikator „Verhinderung von Infektionen“ gemeinsam bearbeitet wurde. Allerdings wurde die Herangehensweise in den sekundären Aspekten unterschiedlich favorisiert mit den Schwerpunkten „Abstinenz und Sicherheit“ vs. „Gesundheit der Gefangenen“. Veränderungen durch Policy-Lernen können nach dem ACF-Ansatz auch durch personellen Wechsel innerhalb einer Advocacy-Koalition entstehen. So kann sich eine inhaltliche Neuausrichtung oder auch eine veränderte Schwerpunktsetzung ergeben, wenn Einzelne ein bestimmtes Thema wie Spritzenvergabe hervorheben. Dies kann ein individueller „medizinischer Ungehorsam“ (Nelles und Stöver 2002: 157) eines Anstaltsarztes sein wie in dem Beispiel aus der Schweiz. Auf beiden Seiten kommen Strategien zum Tragen, die zur Erreichung der jeweiligen Advocacy-Koalitionsziele hilfreich sind. Dazu gehören Strategien zur Überzeugung der Öffentlichkeit,¹⁰⁵ der politischen Entscheidungsträger oder der Bediensteten, aber auch weniger offensichtliche Strategien des Silencing (vgl. Kap. 4.2.6). Hierzu gehört die Durchsetzung bestimmter Interessen, die moralisch bzw. symbolisch gerahmt werden, wie dies in der Verwendung des Straf- und Vergeltungsgedankens deutlich wird. Dergestalt wird unter der Verwendung vorgegeblicher Ziele wie Sicherheit oder Gesundheit der Abstinenzanspruch in der Gesellschaft umgesetzt.

In der kontrovers geführten Debatte um den Spritzentausch im Justizvollzug werden die unterschiedlichen Grundüberzeugungen der beiden Koalitionen sowie die eingesetzten Strategien besonders deutlich. Es werden gesundheitliche und sicherheitsbezogene, politische und ethische Aspekte angeführt.¹⁰⁶

105 Für die extramurale Drogenpolitik rät Bossong beispielsweise als Strategie zur Überzeugung der Öffentlichkeit davon ab, ein „Recht auf Rausch“ zu installieren oder Drogensucht zu verharmlosen, sondern die Risiken und Kosten der Illegalisierung zu betonen (Bossong 1995: 179). Weiter betont er die Notwendigkeit, die Vorteile einer veränderten Drogenpolitik für die Gesamtgesellschaft hervorzuheben (a.a.O.: 180).

106 Auch außerhalb des Justizvollzugs war Spritzentausch lange umstritten, galt rechtlich als „Verschaffen einer Gelegenheit zum Konsum“ nach § 29(10) BtmG und war somit strafbar. Inzwischen wird Spritzentausch außerhalb seit über 20 Jahren umfassend angeboten, in verschiedenen Modalitäten und niedrigschwellig zugänglich. GegnerInnen von Spritzentausch gingen davon aus, dass Drogenkonsum zurückgeht, wenn es kein Spritzentauschangebot gibt (Kleinig 2006: 820). Besonders deutlich wurde der damalige US-amerikanische Präsidentschaftskandidat George W. Bush, der im Spritzentausch „misguided efforts to weaken drug laws“, sowie „a dead-end approach that offers despair and addiction“ (Kleinig 2006:

Dieser „kriminalpolitische Glaubenskrieg“ (Kreuzer 1999) scheint mit einer „irrational hostility“ (Michel, Carrieri und Wodak 2008) festgefahren, die Einführung von intramuraler Spritzenabgabe ist aktuell in keinem Bundesland zu erwarten. „Versuche zum Spritzentausch sind gescheitert und haben mittlerweile die medizinisch wissenschaftliche Diskussionsebene verlassen und sich im politischen Raum angesiedelt“ (Meyer et al. 2007: 120). Dass die Debatte jedoch von Anfang an eher auf der politischen als auf der medizinisch fachlichen Ebene geführt wurde,¹⁰⁷ zeigt sich an den überwiegend am Sicherheitsaspekt geführten Argumentationen und den verwendeten Begrifflichkeiten wie Ideologie, Glaubenskrieg, Irrationalität etc. Die herrschende Prohibitionskoalition argumentiert mit Sicherheitsrisiken, mangelnder Akzeptanz der Bediensteten und grundlegend mit dem Abstinenzziel. Eine bayrische Verwaltungsvorschrift (BayVV zum § 56 StVollzG) begründet die Verweigerung von Spritzen mit dem § 2 StVollzG (Leben ohne Straftaten). Hieraus folgert Boetticher „dass der Drogenabhängige ‚draußen‘ medizinisch als krank angesehen und auch als Kranker nach medizinischen Regeln behandelt und betreut wird, ist für den Strafvollzug nicht mehr der maßgebliche Maßstab“ (Boetticher 2005: 67), bzw. er war es wohl nie. Die beiden vorherrschenden Zuschreibungen von DrogenkonsumentInnen als krank oder kriminell werden hier also gegeneinander eingesetzt. Das baden-württembergische Justizministerium argumentiert, Spritzentausch und Bleichmittel seien „aus drogenpolitischen Gründen“ im Strafvollzug nicht verfügbar (Justizministerium Baden-Württemberg 2009). Dieser implizite Verweis auf die zugrunde liegende handlungsleitende Orientierung der Abstinenz bzw. der Verweigerung von Schadensminimierung wird somit in diesem Fall nicht auf sicherheitsrelevante Aspekte sondern auf eine bestimmte politische Haltung bezogen, hinter der das Abstinenzparadigma steht und Spritzenvergabe als Unterstützung der Sucht angesehen wird. Natürlich könnten drogenpolitische Erwägungen auch gerade *für* die Einführung von Spritzentausch sprechen, doch eine solche schadensminimierende Haltung ist in Baden-Württemberg offensichtlich nicht gemeint. Die bestehenden Spritzentauschprojekte in Niedersachsen und Hamburg wurden nach einem Regierungswechsel des jeweiligen Bundeslandes von einer SPD-geführten Regierung zu einer CDU-geführten Regierung abgeschafft. In Hamburg sollten nach dem Regierungswechsel

818) sah und daher ablehnte. In Deutschland gilt Spritzentausch außerhalb des Strafvollzugs inzwischen als eine weithin akzeptierte Maßnahme der Schadensminimierung.

107 Dass hier lediglich die Medizin als wissenschaftliche Kompetenz erwähnt wird, ist wiederum Ausdruck der medizinalisierten Sichtweise auf alle Aspekte des Drogenkonsums.

2001 vermehrt ausstiegsorientierte Hilfen angeboten werden (die natürlich auch vorher schon existierten). In Niedersachsen wurde der Ausstieg 2003 begründet mit

„rechtlichen Bedenken“ und „Sicherheitsrisiken“. Darüber hinaus sei ein „weiteres wesentliches Argument für die Beendigung des Spritzenaustausches [...] das widersprüchliche Signal an Gefangene und Bedienstete, dass Drogenbesitz zwar verfolgt wird, zugleich aber Instrumente zum Drogenkonsum bereitgestellt werden“ (Niedersächsischer Landtag 2005).¹⁰⁸

In Berlin wurde 2003 unter der rot-roten Regierung die mangelnde Akzeptanz der Bediensteten als Grund für die Schließung des Angebots im Männervollzug angeführt (Stöver 2005: 362f.). Somit werden je nach Bundesland drogenpolitische, abstinenzorientierte, sicherheitsorientierte, rechtliche und „Personal-Akzeptanz“ Argumente gegen die Einführung bzw. Weiterführung von intramuraler Spritzenvergabe angeführt. Dass diese scheinbar rationalen Begründungen in aller Regel vorgeschoben sind, um den dahinterliegenden Deutungsmachtsanspruch auf Abstinenz und Prohibition sicher zu stellen, wird deutlich, wenn diese Argumente näher betrachtet werden (s. dazu auch die Kap. 3.3.5 und 4.2.4). Worin die rechtlichen Bedenken bestehen, wird an der Stelle beispielsweise nicht ausgeführt, doch selbst wenn es welche gäbe, könnten diese auch auf gesetzgeberischem Weg ausgeräumt werden, wenn denn das Interesse daran bestünde. Des Weiteren kann die mangelnde Akzeptanz des Personals, welches sich gerade in den niedersächsischen Projekt-Anstalten explizit für das Weiterführen des Angebots ausgesprochen hatte (vgl. Kap. 4.2.4), somit gerade in dem Bundesland nicht greifen. Dieses Argument ist also nicht nur vorgeschoben, sondern verstärkt zugleich symbolisch das Bild, dass das Personal wichtig sei und ernst genommen werde.

VertreterInnen der Akzeptanzkoalition bemühen sich demgegenüber um eine grundsätzlich fachliche Argumentation. Die Grundüberzeugungen wie Autonomie des Menschen werden dabei weniger betont als z. B. gesundheitswissenschaftliche Aspekte wie die Infektionsprophylaxe oder die Argumentation von menschenrechtlichen Erwägungen. Die Vorteile für den Justizvollzug werden empirisch belegt. Studien zu Spritzenvergabe im Justizvollzug kom-

108 Diese Argumentation müsste natürlich auch außerhalb des Justizvollzugs gelten, und sie wurde dort auch tatsächlich in den 1990er Jahren eingesetzt in der Debatte um Spritzenaustauschangebote und Konsumräume. Inzwischen ist dieses Argument in der extramuralen Drogenhilfe kaum mehr zu finden.

men ganz überwiegend zu positiven Ergebnissen (vgl. Kap. 3.3.5). So wird der „Gegenseite“ regelmäßig eine Ideologie vorgeworfen, der fachlich-sachliche Argumente gegenüber stehen. Zudem wird mit dem Äquivalenzprinzip und gesundheitlichen Vorteilen argumentiert. Auch unter Verweis auf die Menschenrechte wird den Gefangenen das Recht auf schadensminimierende Angebote zugesprochen (z. B. Jürgens und Betteridge 2005). Der Sicherheitsaspekt wird ebenfalls als Argument angeführt, in dem Sinne, dass Spritzenvergabe Gefängnisse sicherer mache (Lines et al. 2004b, s. auch Kap. 4.2.4), also eine genau gegenteilige Rechtfertigung von Sicherheit als die Prohibitionskoalition. Da drogenfreie Gefängnisse eine Illusion darstellen, seien schadensminimierende Maßnahmen insbesondere geeignet, das Funktionieren des Gefängnisystems sicherzustellen und somit eine sinnvolle Politik, so z. B. Davies (2000: 248). Die Notwendigkeit von Spritzenvergabe in Haft wird mit Verweis auf die hohen Infektionsraten von HIV und HCV als sogar größer als außerhalb bewertet (z. B. Rutter et al. 2001). Auch eine moralische Verpflichtung gegenüber den Gefangenen und ihrer Gesundheit (s. Jürgens 2000: 1) wird angeführt, denn „Prisoners were sentenced to be imprisoned, not to be infected“ (Stöver und Lines 2006: 67). Die WHO argumentiert für schadensminimierende Ansätze u. a. mit Aspekten wie Problemen im Anstaltsmanagement durch Gewalt, Schmuggel und Konflikte bei entzügigen Gefangenen (s. WHO 2005: 10) und nicht ausschließlich mit gesundheitlichen Argumenten oder menschenrechtlich verankerten internationalen Standards. Diese Argumente verdeutlichen den disziplinierenden Charakter des Strafvollzugs, wenn es heißt, dass Spritzenvergabe positiv für das Anstaltsmanagement sei. Dies kann als eine Strategie der Überzeugung gelten und macht die widersprüchlichen Effekte einer solchen Maßnahme deutlich.

Seit der Abschaffung von Spritzenvergabeprogrammen im deutschen Justizvollzug (mit der einzigen Ausnahme der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg) vor rund zehn Jahren gibt es derzeit keine Anzeichen der (Wieder-)Einführung. In diesem Punkt scheint sich erst einmal die Prohibitionskoalition durchgesetzt zu haben. Im Bereich der Substitutionsbehandlung gibt es in einigen Bundesländern Entwicklungen, die zu einem Ausbau der Behandlungskapazitäten und -möglichkeiten führen, insbesondere in Nordrhein-Westfalen. In anderen Bundesländern, bzw. speziell in Bayern, sind die Widerstände gegen die Einführung der Substitution nach wie vor sehr hoch und vor allem mächtig. Auch in anderen Problembereichen der intramuralen Gesundheitsversorgung wie die Frage nach der gesetzlichen Krankenversicherung für Gefangene und einer veränderten Verantwortlichkeit für die

Gesundheitsversorgung hat es in dem Zeitraum der letzten rund zehn Jahre keine relevanten Neuerungen gegeben. Die Entwicklungen lassen sich insgesamt eher als Anpassung des Abstands fassen, wie sie in Kap. 4.2.3 diskutiert wurden. Es werden also die Substitution und andere Behandlungsangebote wie z. B. im Übergangsmanagement ausgebaut, doch die Lücken und Defizite im Vergleich zu Angeboten in Freiheit bleiben prinzipiell. Das „Abstandsgebot“ bleibt also bestehen, grundlegende Veränderungen konnten nicht ausgemacht werden.

Die Machtressourcen der Prohibitionskoalition sind durch das herrschende Deutungsmuster eines bio-medizinischen Suchtverständnisses und des Strafgedankens mächtiger als die Argumentationen der Akzeptanzkoalition. Mit verschiedenen Mechanismen und Techniken (vgl. Kap. 4.2.6) werden zudem Veränderungen erschwert. Die Rationalitäten sind so unterschiedlich, dass auch empirische Ergebnisse kein Umdenken bewirken, was der ACF als eine mögliche Art des Lernens ausgemacht hat. Die Ergebnisse zahlreicher Evaluationsstudien zu Substitution und Spritzentausch im Justizvollzug führten nicht dazu, dass diese Angebote umgesetzt wurden. Public Health Argumente und Kosten-Nutzen-Rechnungen greifen ebenfalls nur begrenzt. Auch pragmatische oder humanistische Argumentationen kommen bisher nicht gegen die Widerstände an (vgl. auch Hughes 2004). Die Prohibitionskoalition ist größer und deutungsmächtiger. Nach Stehr erfordert es eine „kontinuierliche Analyse und grundsätzliche Kritik von symbolischer Politik als Verdeckung von Interessenskonflikten und Machtprozessen“ (Stehr 2012: 470). Die handlungsleitende Grundorientierung der Prohibitionskoalition kann demnach weiterhin als deutungs- und wirkungsmächtig eingeschätzt werden. Die im Zuge der 1990er Jahre erfolgten Veränderungen können als Erfolge der Akzeptanzkoalition im Zuge der „AIDS-Problematik“ betrachtet werden. Hier hat die Prohibitionskoalition also Anpassungen vorgenommen bzw. im Falle der Spritzenvergabe die Deutungshoheit quasi zurück erlangt. Weitergehende Reformen, die insbesondere auf die Entkriminalisierung bzw. Legalisierung zielen,¹⁰⁹ scheinen unter dieser Prämisse auf absehbare Zeit nicht umsetzbar (vgl. Schmidt-Semisch und Urban 2012).

109 Zwar gibt es derzeit international einige Bestrebungen und Reformen im Bereich der Entkriminalisierung und Legalisierung für Cannabis (z. B. in den USA), Designerdrogen (Neuseeland) oder Coca (Bolivien), doch beziehen sich diese immer nur auf einzelne Substanzen. Es findet also kein grundsätzliches Umdenken statt.

Der Advocacy-Koalitionsansatz bietet als Analyserahmen die Möglichkeit, die politischen Aushandlungsprozesse, Veränderungspotenziale und Widersprüchlichkeiten des Politikfelds Gesundheitsversorgung für DrogenkonsumentInnen in Haft als einen Widerstreit unterschiedlicher Interessenskoalitionen und den Machtstrukturen zu analysieren.¹¹⁰ Unter Rückgriff auf die zugrunde liegenden handlungsleitenden Orientierungen und deren Veränderungsresistenzen und -möglichkeiten können die Barrieren der Umsetzung schadensminimierender Ansätze im Justizvollzug als überwiegend strukturell bedingt und systemimmanent begriffen werden. Somit werden auch in Zukunft mögliche Veränderungen davon abhängen, wie sich die grundlegenden Wertvorstellungen entwickeln und ob durch eine weitere Annäherung der beiden Advocacy-Koalitionen gemeinsame Zielsetzungen möglich sind.

110 Die Zuordnung der verschiedenen Akteure erfolgte idealtypisch und modellhaft, sollte jedoch nicht als statisch begriffen werden.

5 Fazit

Das System Justizvollzug ist eine spezielle Lebenswelt, die als totale Institution besonderen Bedingungen unterliegt. Dabei wird die Aufgabe der Resozialisierung durch die Umstände des institutionellen Alltags und durch den Straf- und Vergeltungsgedanken nicht nur stark beeinträchtigt sondern nachgerade konterkariert. Die Ambiguität der Zielsetzung zwischen Hilfe und Sicherung, Strafe und Unterstützung bedeutet in der Praxis sowohl für Gefangene als auch Bedienstete Unsicherheit und permanente Aushandlung in der speziellen Umgebung der totalen Institution. Die Gefangenen als eine bereits vor der Inhaftierung gesundheitlich belastete Gruppe werden dabei einer gesundheitlich überwiegend negativ wirkenden Institution ausgesetzt, wie im zweiten Kapitel dargestellt wurde. Ein großer Teil der Gefangenen hat Erfahrungen im Drogenkonsum und setzt diesen z. T. auch während der Haft fort. Der Umgang des Justizvollzugs mit DrogenkonsumentInnen als eine „Risikogruppe“ ist stark am Abstinenzgedanken orientiert und ganz überwiegend repressiv. Die grundsätzlich nicht gesundheitsfördernden Bedingungen von Gefängnissen (bzw. der mangelnde Ausgleich dessen) führen somit zu einer Verstetigung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Zu Recht kann daher mit O'Mahony geschlossen werden, dass ein Strafrechtssystem

“which selectively enforces laws in society and does not genuinely struggle to correct its own structural inequalities, is not merely illegitimate but is itself a major source of social injustice” (O'Mahony 2000: 79, zit. nach Caraher et al. 2002: 228).

Auf der Mikroebene wiederum bilden DrogenkonsumentInnen eine große Gruppe innerhalb der Gefangenen mit vielfältigen gesundheitlichen Problemlagen. Somit sind sie einer großen Vulnerabilität preisgegeben. Dies gilt noch einmal verstärkt für inhaftierte Frauen, die zu einem noch weitaus höheren Anteil gesundheitliche und soziale Problemlagen aufweisen. Eine hohe Kontrolldichte, die häufig argumentierte Ungeeignetheit von KonsumentInnen für Vollzugslockerungen sowie die Einschränkungen im Vollzugsleben, die sich in dem möglichen Vorhandensein von Drogen und damit einer Sicherheits-

gefährdung begründen, schränken die Autonomie aller Gefangenen immens ein.

Die Gesundheitsversorgung im Justizvollzug ist Teil dieses Systems und ist zugleich vom System der Gesundheitsversorgung außerhalb weitgehend abgekoppelt. Dadurch ergeben sich in der Gesundheitsversorgung eine Reihe struktureller Problembereiche. Dazu zählen die nicht vorhandene freie Arztwahl, die eingeschränkte medizinische Schweigepflicht, die durch die Rollen- und Aufgabenvielfalt des Personals bedingten Schwierigkeiten im Arzt/Ärztin-PatientIn-Verhältnis sowie Brüche in der Behandlung im Übergang zwischen Justizvollzug und Freiheit (vgl. Kap. 3.1). Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten der medizinischen Versorgung und der fehlenden Krankenversicherung der Gefangenen hat die intramurale Gesundheitsfürsorge einen Sonderstatus. Dem Staat obliegt zudem gegenüber den Gefangenen – aufgrund des geschlossenen Charakters der Institution Justizvollzug – eine besondere Fürsorgepflicht. Die organisatorischen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Haft, wie z. B. die Versorgung über die Justiz statt über die Krankenkassen, finanzielle Restriktionen und mangelnde Vernetzung mit der Gesundheitsversorgung außerhalb, erschweren eine bedarfsorientierte und angemessene Versorgung. Somit findet eine reaktive Gesundheitsfürsorge statt, während ganzheitliche Ansätze der Gesundheitsförderung kaum vorhanden sind. Diverse nationale Gesetze und Vorschriften sowie internationale Richtlinien und Vereinbarungen (z. B. von der WHO, der UNODC oder dem Europarat) zielen darauf ab, eine adäquate, menschenwürdige und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung in Haft sicherzustellen und die Einhaltung des Äquivalenzprinzips zu gewährleisten. Zudem sollen eine gesunde Lebensumgebung für Gefangene und Bedienstete so weit wie möglich realisiert werden, sofern dies unter den Bedingungen der totalen Institution mit ihren grundsätzlich nicht gesundheitsfördernden Beschränkungen möglich ist. Der Blick auf die Implementierung der verschiedenen Richtlinien, Gesetze und Vereinbarungen zeigt jedoch, dass diese Umsetzung defizitär ist. Es können somit strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung identifiziert werden. Wie im dritten Kapitel verdeutlicht wurde, erweisen sich diese für die Gruppe der DrogenkonsumentInnen in besonders ausgeprägtem Maße, da die Angebote hier überwiegend abstinenzorientiert sind. Schadensminimierende Angebote – und hier speziell die Spritzenvergabe – werden im Justizvollzug nicht bzw. nicht bedarfsgerecht vorgehalten. Die Substitutionsbehandlung wird trotz medizinischer Indikation in Haft sehr viel seltener durchgeführt als außerhalb. Auch existieren in der Ausgestaltung und

Umsetzung der Substitutionsbehandlung erhebliche Unterschiede zwischen Bundesländern und einzelnen Anstalten. Diese spiegeln weniger die unterschiedlichen Bedarfe als vielmehr einen unterschiedlichen Umgang und eine unterschiedliche Politik wider. Zwar kommt es immer wieder zu Modellprojekten und punktuellen Verbesserungen, doch sind die gesundheitsversorgerischen Defizite überwiegend strukturell bedingt, d. h. sie sind auf die Bedingungen der Institution Justizvollzug zurückzuführen.

Wenngleich die gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Freiheitsstrafen ebenso bekannt sind wie der Nutzen von Substitution und Spritzentausch, scheinen grundlegende Veränderungen in dieser Hinsicht dennoch nur sehr zögernd und unvollständig umzusetzen zu sein. Hier kann von Barrieren in der Umsetzung gesprochen werden. Diese lassen sich sowohl auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene verorten als auch in der Folge davon auf der konkreten institutionellen Ebene. Inwieweit solche Barrieren überwunden werden können, und der Justizvollzug „reformfähig“ ist, wird durchaus kontrovers diskutiert. Obwohl die Institution Justizvollzug permanenten Veränderungen unterliegt, kann in Anlehnung an Mathiesen u. a. die grundsätzliche Möglichkeit einer Systemveränderung bestritten werden (vgl. Kap. 4.1). Denn die Funktion des Strafers und damit die Leidzufügung bleiben systemimmanent der vorherrschende Aspekt des Strafvollzugs, dem sich andere Aspekte anfügen bzw. unterordnen. Auch wenn die jeweiligen Rationalisierungen sich ändern und eher in Sicherheit, Behandlung oder Risikomanagement liegen können.

Dies verdeutlicht, dass der Justizvollzug verschiedene Funktionen erfüllt, die jenseits der offiziellen Aufgaben von Resozialisierung und Sicherung vorhanden sind, wie in der Analyse des vierten Kapitels deutlich wurde. Zentral ist hierbei eine moralisch konnotierte Deutungsweise mit dem Straf- und Vergeltungsgedanken. Daraus erweist sich als logische Folge die nachrangige Position (und Qualität) der gesundheitlichen Versorgung, welche sich u. a. in einer mangelhaften Umsetzung des Äquivalenzprinzips ausdrückt. Ein Straf- und Vergeltungsbedürfnis impliziert, dass eine nicht gleichwertige gesundheitliche Versorgung als Teil der Strafe gerechtfertigt sei. Zudem kann ein „starker Staat“ mittels solch symbolischer Politik seine Macht und Handlungsfähigkeit besonders erfolgreich über den Strafvollzug mit den scheinbar eindeutigen und moralisch begründeten Etikettierungen demonstrieren. Gleichzeitig wird hier eine gesellschaftliche Abgrenzungsfunktion mit einer konstruierten klaren Trennung zwischen „Gut und Böse“ deutlich. Der Straf-

und Vergeltungsgedanke kann somit als Begründung für eine häufig inadäquate Gesundheitsversorgung gesehen werden. Daher stellt er eine der stärksten Barrieren, eine bessere Versorgung umzusetzen, dar.

Gleichzeitig lassen sich managerialistische und risikoorientierte Tendenzen ausmachen, die seit den 1990er Jahren verstärkt Einzug in den Justizvollzug halten. Mit einem „Schuldparadigma“ wird die Verantwortung für die Haftsituation und die Behandlungserfolge im Sinne einer individualisierten Responsibilisierung an die Gefangenen abgegeben: „Der Gefängnisinsasse sei selbst dafür verantwortlich, die vom Gefängnis angebotenen Besserungsangebote zu nutzen“ (Garland 2008: 224). Solch eine Verantwortungszuschreibung auf den „Unternehmer seiner selbst“ blendet die strukturellen Bedingungen und Dimensionen des Strafvollzugs und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aus. Werden DrogenkonsumentInnen als Risikogruppe wahrgenommen, steht nicht die individuelle Gesundheit des Einzelnen im Vordergrund, sondern die Verwahrung und das Managen dieser Gruppe. Die Gesundheitsversorgung wird in dieser Perspektive zu einem Instrument (neben anderen) des Managens.

Auf der institutionellen Ebene des Justizvollzugs werden die gesellschaftlichen und politischen Perspektiven umgesetzt und fortgeführt. Hier wird das Primat der Sicherheit deutlich, wenn Maßnahmen mit dem Argument der „Gefährdung der Sicherheit und Ordnung“ der Anstalt nicht umgesetzt oder befürwortet werden. Die Tendenz, den Sicherheitsaspekt in den Vordergrund zu stellen, erscheint insbesondere für eine symbolische Wirkungsmacht relevant. Das immer wieder vorgebrachte Sicherheitsargument greift jedoch nur vordergründig und situativ. So dient die Freiheitsstrafe zwar der Sicherheit der Allgemeinheit, kann dies jedoch nur für die Zeit der Inhaftierung und auch dann nur für die Allgemeinheit außerhalb der Gefängnisse umsetzen. Denn sowohl innerhalb der Gefängnisse als auch nach Haftentlassungen wirkt dieses Sicherheitsargument nicht. Veränderungen im Vollzug werden eher blockiert, da sie als potentielle Gefährdung für den Ablauf in der bürokratischen und totalen Institution wahrgenommen werden, und die Ablehnung wird vordergründig häufig mit der „Sicherheit und Ordnung“ in der Anstalt begründet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Ziel- und Funktionsveränderung, wenn z. B. die Substitution für einen reibungslosen Ablauf des Vollzugsalltags funktionalisiert oder ordnungspolitisch instrumentalisiert wird. Die Strukturen der totalen und bürokratischen Institution Strafvollzug behindern Veränderungen eher als dass sie ermöglicht werden.

Der störungsarme Ablauf kann andere Ziele wie die Resozialisierung, neue Angebote oder eine Fokussierung auf Gesundheitsförderung hemmen und deren Durchführung behindern. Doch kommt es andererseits durch das Engagement einzelner Personen und deren Problemdeutung bzw. -bearbeitung zu substantiellen Veränderungen, wenn beispielsweise die Substitutionsbehandlung erstmals eingeführt oder massiv ausgeweitet wird.

Die bereits vor knapp hundert Jahren formulierte Erkenntnis, dass der Strafvollzug nicht die geeignete Maßnahme für DrogenkonsumentInnen ist (Rector 1929: 14), hat bis heute nicht zu einem veränderten Umgang geführt. Im Gegenteil ist der Anteil der KonsumentInnen im Strafvollzug heute höher als je zuvor. Die Illegalisierung von Drogen und die Kriminalisierung der KonsumentInnen sind bedeutsamer und wirkmächtiger. Diese Problemdeutung wird im Strafvollzug weiter umgesetzt und bearbeitet. Der Umgang mit „dem Drogenproblem“ sowie das Suchtverständnis im Justizvollzug sind ganz überwiegend abstinenzorientiert und in ihren Widersprüchen zwischen Disziplinierung und Hilfe in der Umsetzung erkennbar, die sich in der gleichzeitigen Kriminalisierung und Medizinalisierung von Drogenkonsum manifestiert. Schadensminimierende Ansätze wie Substitution und Spritzenvergabe sind sowohl auf politischer als auch auf institutioneller Ebene vielfachen Bedenken und Widerständen ausgesetzt. Der gesellschaftliche und fachliche Diskurs über Drogen mit dem bio-medizinisch geprägten Deutungsmuster von Drogenkonsum sowie die Prohibition mit all ihren negativen gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen werden im Justizvollzug reproduziert und wirken sich somit auf die intramurale Gesundheitsversorgung aus. Substitution und Spritzenvergabe als akzeptanzorientierte und schadensminimierende Ansätze der Drogenhilfe sind dabei konsequenterweise besonders von Einschränkungen betroffen, denn sie unterminieren (scheinbar) die vorherrschenden Ziele der Sicherheit und Abstinenz.

Das Konzept der „imaginary penalties“ (Carlen 2008) interpretiert die Arbeit des Justizvollzugs als eine imaginäre in dem Sinne, „als ob“ sie das Ziel der Resozialisierung erreichen könnte. Das Scheitern des Resozialisierungsziels führt demnach nicht zu einer Aufgabe dieses Ziels, sondern zu einer Umformulierung hin zu Zielen, die eher erreichbar erscheinen. Mit verschiedenen Strategien wird dabei der Status quo aufrecht erhalten, Kritik und Reformversuche werden entweder umgedeutet oder so integriert, dass sie das System Strafvollzug an sich nicht bedrohen. Auch die Gesundheitsversorgung als Teil der Resozialisierungsaufgabe kann in diesem imaginären Sinne begriffen

werden. Insofern gehört das Scheitern zum Justizvollzug, ohne dass dadurch die Legitimation der Institution in Frage gestellt würde.

Die Anwendung des Advocacy-Koalitionsansatzes als Rahmenkonzept hat gezeigt, inwieweit die Strukturen im Politikfeld der intramuralen Gesundheitsversorgung verschiedenen Einflüssen unterliegen, die sich sowohl innerhalb als auch außerhalb des Politikfelds befinden. Dazu zählen neben sozio-ökonomischen Bedingungen und den rechtlichen Grundlagen, wie etwa die gesetzliche Verankerung der Prohibition, auch externe Ereignisse, die Veränderungen im Politikfeld bewirken wie das Aufkommen und die Problematisierung von HIV und AIDS. Die verschiedenen handlungsleitenden Grundorientierungen der Akteure bzw. Akteurskonstellationen liegen den jeweiligen konkreten Zielen und Umsetzungsstrategien zu Grunde. Die (deutungs-)mächtigere Prohibitionskoalition kann dabei auf vielfältige Ressourcen zurückgreifen, um ihre normorientierte Grundorientierung mit Hilfe des Abstinenzparadigmas und des Strafgedankens weitgehend durchzusetzen. Die Akzeptanzkoalition wiederum setzt auf gesundheitliche Argumente und die Relevanz der Menschenrechte und versucht so, ihre Grundorientierung von der Autonomie des Menschen umzusetzen. Damit konnte sie die Einführung von schadensminimierenden Ansätzen im Justizvollzug der 1990er Jahre erreichen, unter großen Widerständen und mit bis heute existierenden großen Unterschieden zum Angebot in Freiheit. Dabei soll die Dichotomisierung in zwei gegensätzliche Advocacy-Koalitionen nicht bedeuten, dass diese Unterschiede festgeschrieben sind und sich alle Akteure eindeutig einer Koalition zuordnen lassen. Die je unterschiedlichen Ressourcen, Strategien und Lernprozesse im Politikfeld bedingen und ermöglichen Veränderungen, behindern sie aber auch. Dabei kommt es zu Annäherungen der beiden Advocacy-Koalitionen, und auch zu Umdeutungen und Instrumentalisierungen, wenn beispielsweise die Substitutionsbehandlung von der Prohibitionskoalition als auch ordnungspolitische Maßnahme unterstützt wird. Es ist deutlich geworden, wie sehr die Aushandlungsprozesse von den Grundorientierungen der Akteurskoalitionen beeinflusst werden, die in ideologischen Auseinandersetzungen und verschiedenen Strategien, wie sie oben beschrieben wurden, sichtbar werden. Dabei geht es nicht, bzw. nur vorgeschoben und symbolisch, um eine fachliche Auseinandersetzung über eine bestmögliche Gesundheitsversorgung, sondern um die Stärkung von Problemdeutungsmacht. Damit zeigt sich auch, dass die in der Arbeit analysierten Barrieren der Umsetzung einer adäquaten Gesundheitsversorgung im Grundsatz systemimmanent und strukturell bedingt sind und eine Bearbeitung somit schwierig macht. Die Ver-

änderungen in der Gesundheitsversorgung sind nach den ersten vorsichtigen und eingeschränkten Veränderungsversuchen im Zuge der „AIDS-Problematik“ der 1990er Jahre hin zu einer größeren Akzeptanzorientierung weitgehend auf dem Niveau geblieben. In den letzten zehn Jahren seit der Einstellung der Spritzenvergabe sind lediglich graduelle Verbesserungen zu beobachten. Die Prohibitionskoalition behält in diesem Feld die Deutungshoheit.

Veränderungsprozesse in der intramuralen Gesundheitsversorgung sind schwierig und langwierig umzusetzen. Die Gleichzeitigkeit verschiedener Funktionen und Funktionalisierungen des Strafvollzugs zwischen einer managerialistischen und risikoorientierten Sichtweise und gleichzeitigen moralischen Konnotation mit dem Strafgedanken erschwert Veränderungen ebenfalls:

“To the extent that imprisonment serves different social functions this suggests that attempts to change the degree to which imprisonment is used are unlikely to succeed simply by proclaiming the utilitarian shortcomings of the enterprise” (Morgan und Liebling 2007: 1107).

Die Gleichzeitigkeit der verschiedenen Ziele, Aufgaben, Funktionen und Funktionalisierungen erschwert grundsätzliche Veränderungen. Insbesondere akzeptanzorientierte Angebote für DrogenkonsumentInnen laufen den abstinenz- und straforientierten Prämissen der (deutungs-) mächtigen Prohibitionskoalition zuwider. Somit ist eine Veränderung zuallererst in den Grundüberzeugungen nötig. Die Veränderungsresistenzen in der intramuralen Gesundheitsversorgung, die schwierige Umsetzung von gesundheitsfördernden und schadensminimierenden Angeboten im Justizvollzug, ergeben vor dem Hintergrund der hier dargestellten Funktionen und Funktionalisierungen von Strafvollzug einen neuen Sinn.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit bedürfen in mancher Hinsicht einer empirischen Untersuchung. Um die Entstehung, Bedeutung und detaillierte Zusammensetzung von Advocacy-Koalitionen sowie die zugrunde liegenden „belief systems“ genauer zu erfassen, bietet sich hierzu eine qualitativ ausgerichtete Forschung an. Dies könnte auch auf der Ebene der Bundesländer bzw. als Vergleichsstudie zwischen Bundesländern erfolgen, da die regionalen Besonderheiten dadurch nicht ins Hintertreffen geraten. Dazu bietet sich eine Dokumentenanalyse von politischen Papieren (Bundestagsdrucksachen etc.), (Partei-) Programmen oder anderen Akten an. Darüber hinaus stellen Interviews mit AkteurInnen auf unterschiedlichsten Ebenen aus unterschiedlichen Advocacy-Koalitionen ein sinnvolles Instrument dar, um die „belief

systems“ genauer fassen zu können und unterschiedliche Strategien der Umsetzung zu eruieren. Weiterhin wäre im Anschluss an diese Arbeit zu untersuchen, inwieweit politische und gesellschaftliche Vorstellungen und Diskurse im Alltag des Justizvollzugs reproduziert um umgesetzt werden und mit welchen Mechanismen Veränderungen im Vollzug vor dem Hintergrund der strukturellen Rahmenbedingungen ermöglicht oder behindert werden. Eine Analyse zu den verdeckten Mechanismen und Strategien der „imaginary penalties“ kann weitere Erkenntnisse über die Zusammenhänge und Machtstrukturen im Politikfeld Gesundheitsversorgung in Haft zu Tage fördern und so die Umdeutungen und Zielverschiebungen, die der Legitimation des Gefängnisses dienen, verdeutlichen.

Solange sich die Grundüberzeugungen zum Strafvollzugssystem als weiterhin stabil erweisen und der Straf- und Vergeltungsaspekt als ein Instrument moralischer Abgrenzungsbestrebungen in der Gesellschaft relevant bleibt, lassen sich die hier analysierten Paradoxien der intramuralen Gesundheitsversorgung nicht auflösen. Reformbemühungen können die Situation für die Gefangenen verbessern, jedoch bleiben sie in den Widersprüchlichkeiten gefangen und unterliegen der Gefahr der Vereinnahmung. Als optimale Maßnahme für bessere Gesundheitsverhältnisse im Gefängnis ist daher der massive Abbau des Strafvollzugs insgesamt herauszustellen (Christie 2006: 63). Dieses Ziel sollte nicht aus den Augen verloren werden.

Abkürzungsverzeichnis

ACF	Advocacy-Koalitionsansatz (Advocacy Coalition Framework)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALG II	Arbeitslosengeld II
AVD	Allgemeiner Vollzugsdienst
BayStVollzG	Bayerisches Strafvollzugsgesetz
bgH	besonders gesicherter Haftraum
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
BtmVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
DoH	Department of Health (Großbritannien)
EHRN	Eurasian Harm Reduction Network (ehemals: CEEHRN)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EPR	European Prison Rules
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMV	Gefangenenmitverantwortung
GPA	Gefangenenpersonalakte
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy (HIV-Behandlung)
HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis C
HIPP	Health in Prison Project (der WHO Europe)
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICRC	International Committee of the Red Cross

iv.	intravenös
JSA	Jugendstrafanstalt
JVA	Justizvollzugsanstalt
NGO	Non-Governmental Organisation
NJVollzG	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
OLG	Oberlandesgericht
PRI	Penal Reform International
PSB	Psychosoziale Begleitung
PTBS	Posttraumatisches Belastungssyndrom
SGB V	Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung)
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
TB	Tuberkulose
UNO	United Nations Organisation (Vereinte Nationen)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.
WMA	World Medical Association

Literaturverzeichnis

- Aden, H. (2008): Problemdefinition und Agendagestaltung in der Kriminalpolitik, in: H.-J. Lange (Hrsg.) Kriminalpolitik. S. 121–136. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aerts, A., Hauer, B., Wanlin, M., Veen, J. (2006): Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons, in: The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 10 (11), S. 1215–1223.
- Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch (2006): Handbuch – Hepatitis C und Drogengebrauch. Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht. Berlin: akzept e.V. http://www.akzept.org/hepatitis_c_fachtag/aktionsbundnis/pdf_07/auf_2_interaktiv.pdf, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- Alarid, L. F., Marquart, J. W. (2009): Officer perceptions of risk of contracting HIV/AIDS in prison: A two-state comparison, in: The Prison Journal, 89 (4), S. 440–459.
- Alex, M., Feltes, T. (2009): Von der Pathogenie des Strafvollzugs. Rationale Erklärung für ein irrationales Phänomen, in: H.-J. Lange, H. P. Ohly & J. Reichertz (Hrsg.) Auf der Suche nach neuer Sicherheit. Fakten, Theorien und Folgen (2. Aufl.). S. 89–102. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Althoff, M., Schmidt-Semisch, H. (1992): Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 15 (1), S. 23–28.
- Antonovsky, A., Franke, A. (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bammann, K. (2006): Tätowierungen und das Recht – allgemeine Rechtslage und rechtliche Situation im Strafvollzug, in: K. Bammann & H. Stöver (Hrsg.) Tätowierungen im Strafvollzug. Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen. S. 79–93. Oldenburg: BIS-Verlag.

- Bammann, K., Feest, J. (2009): Geschichte des Strafvollzuges und der Gefängnisse, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 6–9. Stuttgart: Thieme.
- Bandelow, N. C. (2009): Politisches Lernen: Begriffe und Ansätze im Vergleich, in: K. Schubert & N. C. Bandelow (Hrsg.) *Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0*. S. 313–364. München: Oldenbourg Verlag.
- Baratta, A. (2001): Resozialisierung oder soziale Kontrolle? Für ein kritisches Verständnis der sozialen „Reintegration“, in: G. Britz, H. Jung, H. Koriath & E. Müller (Hrsg.) *Grundlagen staatlichen Strafsens. Festschrift für Heinz Müller-Dietz zum 70. Geburtstag*. S. 1–17. München: C.H. Beck Verlag.
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2013): Das Urinkontrollprogramm der Justizvollzugsanstalt Aschaffenburg in: *Forum Strafvollzug*, (1), S. 36–37.
- Bennefeld-Kersten, K. (2009): Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen. Lengerich: Pabst.
- Bennefeld-Kersten, K. (2012): Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000 bis 2010. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges.
- Bereswill, M. (2004): „The Society of Captives“ – Formierungen von Männlichkeit im Gefängnis, in: *Kriminologisches Journal*, 36 (2), S. 92–108.
- BISDRO, WIAD (2008): *Reduction of Drug-related Crime in Prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners*. Bremen, Bonn: Universität Bremen und Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.
- Blaauw, E., van Marle, H. J. C. (2007): Mental health in prisons, in: L. Möller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. S. 133–145. Copenhagen: World Health Organization.
- Blaauw, E., Roesch, R., Kerkhof, A. (2000): Mental disorders in European prison systems: Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries, in: *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (5–6), S. 649–663.

- Blank, S., Sternberg, M., Neylans, L. L., Rubin, S. R., Weisfuse, I. B., St Louis, M. E. (1999): Incident syphilis among women with multiple admissions to jail in New York City, in: *The Journal of Infectious Diseases* 180 (4), S. 1159–1163.
- Bobrik, A., Danishevski, K., Eroshina, K., McKee, M. (2005): Prison health in Russia: the larger picture, in: *Journal of Public Health Policy*, 26 (1), S. 30–35.
- Boetticher, A. (2005): Einwilligung und Aufklärung in der Strafvollzugsmedizin, in: T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. S. 61–79: Springer.
- Bögemann, H. (2004): Gesundheitsförderung in totalen Institutionen: am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Bögemann, H. (2009): Betriebliche Gesundheitsförderung in Gefängnissen, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 293–300. Stuttgart: Thieme.
- Bögemann, H. (2010): Grundlegendes zur Gesundheit der Bediensteten in der totalen Institution Gefängnis, in: H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. S. 59–72. Weinheim und München: Juventa.
- Borrill, J., Maden, A., Martin, A., Weaver, T., Stimson, G., Farrell, M. et al. (2003): Differential substance misuse treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison. London: Home Office.
- Bose, A., Jenner, T. (2007): Dental health in prisons, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. S. 147–155. Copenhagen: World Health Organization.
- Bossong, H. (1995): Implementationsprobleme neuer Drogenpolitiken: Z.B. ärztliche Drogenverschreibung, Fixerräume und Coffeeshops, in: M. Erlei (Hrsg.) *Mit dem Markt gegen Drogen!? Lösungsansätze für das Drogenproblem aus ökonomischer Sicht*. S. 173–185. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R. et al. (2002): Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales, in: *Addiction*, 97 (12), S. 1551–1560.
- Bremische Bürgerschaft (2012): Drogentherapie und -beratung im Justizvollzug. Antwort des Senats auf die kleine Anfrage der Fraktion der CDU. Drucksache 18/574.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., Maden, A. (1998): Substance misusers remanded to prison – A treatment opportunity? in: *Addiction*, 93 (12), S. 1851–1856.
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf, zuletzt abgerufen am 18.12.2012.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2005a): Gesundheit in Haft. Große Anfrage der Abgeordneten Katja Husen, Dr. Till Steffen, Martina Gregersen, Dr. Heike Opitz, Dr. Verena Lappe (GAL) und Fraktion und Antwort des Senats.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2005b): Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft: Drogenbekämpfung im Strafvollzug. Hamburg.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2010): Gesundheitsfürsorge und -förderung im Justizvollzug. Große Anfrage der Abgeordneten Christiane Schneider, Kersten Artus, Dora Heyenn, Norbert Hackbusch, Elisabeth Baum, Dr. Joachim Bischoff, Wolfgang Joithe-von Krosigk, Mehmet Yildiz (Fraktion DIE LINKE) und Antwort des Senats. Hamburg.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2012): Optimierung der ambulanten und stationären Resozialisierung in Hamburg – was wurde getan? Große Anfrage der Abgeordneten Christiane Schneider, Cansu Özdemir, Kersten Artus, Tim Golke, Norbert Hackbusch, Dora Heyenn, Heike Sudmann, Mehmet Yildiz (DIE LINKE) und Antwort des Senats. Hamburg.

- Byrne, M. K., Howells, K. (2002): The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management, in: *Psychiatry, Psychology and Law*, 9 (1), S. 34–43.
- Calliess, R.-P. (2001): Die Strafzwecke und ihre Funktion. Straftheorie oder dialogische Strafrechtstheorie als Bezugsrahmen, in: G. Britz, H. Jung, H. Koriath & E. Müller (Hrsg.) *Grundlagen staatlichen Strafs. Festschrift für Heinz Müller-Dietz zum 70. Geburtstag*. S. 99–118. München: C.H. Beck Verlag.
- Caraher, M., Dixon, P., Hayton, P., Carr-Hill, R., McGough, H., Bird, L. (2002): Are health-promoting prisons an impossibility? Lessons from England and Wales, in: *Health Education*, 102 (5), S. 219–229.
- Carlen, P. (2002): Carceral clawback: The case of women's imprisonment in Canada, in: *Punishment & Society*, 4 (1), S. 115–121.
- Carlen, P. (2005): Imprisonment and the penal body politic: the cancer of disciplinary governance, in: A. Liebling & S. Maruna (Hrsg.) *The effects of imprisonment*. S. 421–441. Cullompton: Willan Publishing.
- Carlen, P. (2008): Imaginary penalties and risk-crazed governance, in: P. Carlen (Hrsg.) *Imaginary Penalties*. S. 1–25. Cullompton: Willan Publishing.
- Chambers, M. (2010): The truth about drugs in prisons, in: *The Guardian*, 19.03.2010.
- Chen, J. L., Bovee, M. C., Kerndt, P. R. (2003): Sexually transmitted diseases surveillance among incarcerated men who have sex with men – an opportunity for HIV prevention, in: *AIDS Education and Prevention* 15 (1 Suppl A), S. 117–126.
- Christensen, P. B., Hammerby, E., Smith, E., Bird, S. M. (2006): Mortality among Danish drug users released from prison, in: *International Journal of Prisoner Health*, 2 (1), S. 13–19.
- Christie, N. (1978): Prisons in society, or society as a prison. A conceptual analysis, in: J. C. Freeman (Hrsg.) *Prisons past and future*. S. 179–187. London: Heinemann.
- Christie, N. (1986): *Grenzen des Leids*. Bielefeld: AJZ.

- Christie, N. (2005): *Wieviel Kriminalität braucht die Gesellschaft?* München: C.H. Beck.
- Christie, N. (2006): Criminal justice policies: Trends and their impact on prison health, in: *International Journal of Prisoner Health*, 2 (1), S. 63–68.
- Christie, N., Bruun, K. (1991): *Der nützliche Feind. Die Drogenpolitik und ihre Nutznießer.* Bielefeld: AJZ.
- Clemmer, D. (1940): *The prison community.* New York u. a.: Holt, Rinehart and Winston.
- Commission of the European Communities (2007): Report from the Commission to the European Parliament and the Council: On the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf, zuletzt abgerufen am 21.09.2012.
- Condon, L., Hek, G., Harris, F. (2008): Choosing health in prison: Prisoners' views on making healthy choices in English prisons, in: *Health Education Journal*, 67 (3), S. 155–166.
- Condon, L., Hek, G., Harris, F., Powell, J., Kemple, T., Price, S. (2007): Users' views of prison health services: a qualitative study, in: *Journal of Advanced Nursing* 58 (3), S. 216–226.
- Copeland, J., Howard, J., Fleischmann, S. (1998): Gender, HIV knowledge and risk taking behaviour among substance using adolescents in custody in New South Wales, in: *Journal of Substance Misuse*, 3 (4), S. 206–212.
- Council of Europe (1950): *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocol No. 11.* Rome.
- Council of Europe (1987): *The European Prison Rules. Recommendation No. R (87) 3 of the Committee of Ministers to Member States.* <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec%2887%293&Language=lanEnglish&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>, zuletzt abgerufen am 16.10.2012.

- Council of Europe (2003): Council recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0488:EN:HTML>, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- Council of Europe (2006): The European Prison Rules. Recommendation Rec (2006)2 of the Committee of Ministers to member states <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, zuletzt abgerufen am 16.10.2012.
- Council of Europe (2012): Annual penal statistics. SPACE 1. Survey 2010. Council of Europe. http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2011/02/SPACE-1_2010_English1.pdf, zuletzt abgerufen am 04.12.2012.
- Council of Europe, Parliamentary Assembly (2009): Women in prison. Resolution 1663 (2009). Strassbourg. <http://www.assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=17733&Language=EN>, zuletzt abgerufen am 06.02.2013.
- Coyle, A. (1994): The prisons we deserve. London: HarperCollins Publisher.
- Coyle, A. (2007): Standards in prison health: The prisoner as a patient, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. S. 7–14. Copenhagen: World Health Organization.
- Coyle, A., Stern, V. (2004): Captive Populations. Prisons health care, in: J. Healy & M. McKee (Hrsg.) Accessing health care. Responding to diversity. S. 109–125. Oxford: Oxford University Press.
- CPT (2006): Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 March to 8 April 2005. Strasbourg: Council of Europe. <http://www.cpt.coe.int/en/states/hun.htm>, zuletzt abgerufen am 12.05.2010.
- CPT (2011): CPT Standards. Strasbourg: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).
- Crewe, B. (2005): Prisoner society in the era of hard drugs, in: Punishment & Society, 7 (4), S. 457–481.

- Crewe, B. (2011): Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment, in: *Punishment & Society*, 13 (5), S. 509–529.
- Crow, I. (2006): *Resettling Prisoners: A Review*. York: The University of Sheffield.
- Davies, J. B., Shewan, D. (2000): The macro and micro logic of drugs and prison, in: D. Shewan & J. Davies (Hrsg.) *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. S. 233–251. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- DBDD (2012): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD). http://www.dbdd.de/images/2012/reitox_report_2012_dt.pdf, zuletzt abgerufen am 30.05.2013.
- De Groot, A. S., Dilorenzo, M., Sylla, M., Bick, J. (2006): Challenges and opportunities for HIV care in jails and prisons in the United States, in: *International Journal of Prisoner Health*, 2 (3), S. 173–191.
- Dean, J. (2005): The future of mandatory drug testing in Scottish prisons: A review of policy, in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2–4), S. 163–170.
- Decorte, T. (2007): Problems, needs and service provision related to stimulant use in European prisons, in: *International Journal of Prisoner Health*, 3 (1), S. 29–42.
- Degkwitz, P. (2007): Plädoyer für ein psychosoziales Verständnis von Sucht, in: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.) *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. S. 59–81. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bergh, B. J. van den, Gatherer, A., Møller, L. F. (2009): Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice, in: *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (6), S. 406.
- Broek, A. N. G. van den (2000): Drug free units in the Netherlands: what did we learn in twenty years? in: Council of Europe (Hrsg.) *Drug-misusing offenders in prison and after release*. S. 117–126. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2008): *Modellprojekte in Haft*. Berlin.

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2009): Substitution in Haft. Broschüre. Berlin.
- Deutscher Bundestag (1986): Gesetzentwurf der Abgeordneten Fritsch, Mann und der Fraktion DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug. Drucksache 10/6395. Bonn.
- Deutscher Bundestag (2012a): Rechte der Kinder von Strafgefangenen und Inhaftierten wahren. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 17/11578. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2012b): Zur Einschränkung der Selbstbestimmung von HIV-positiven Gefängnisinsassen. Drucksache 17/11136, Antwort der Bundesregierung. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2013a): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Drucksache 17/14017. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2013b): Überlebenshilfe in der Drogenpolitik – Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten. Antrag der Abgeordneten Angelika Graf u. a. und der Fraktion der SPD. Drucksache 17/12181. Berlin.
- Dixey, R., Woodall, J. (2011): Prison staff and the health promoting prison, in: *International Journal of Prisoner Health*, 7 (4), S. 8–16.
- Dolan, K. (2009): Commentary. Prison research, in: *Addiction*, 104 (2), S. 223.
- Dolan, K., Bijl, M., White, B. (2004): HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males, in: *International Journal of Equity in Health*, 3, S. 7.
- Dolan, K., Rutter, S., Wodak, A. D. (2003): Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development, in: *Addiction*, 98 (2), S. 153–158.
- Dolan, K., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R. P., Hall, W., Wodak, A. D. (2003): A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system, in: *Drug and Alcohol Dependence*, 72, S. 59-65.

- Dolan, K., Shearer, J., White, B., Wodak, A. (2002): A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment in NSW prisons. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Dole, V. P., Robinson, J., Orraga, J., Towns, E., Searcy, P., Caine, E. (1969): Methadone treatment of randomly selected criminal addicts, in: *The New England Journal of Medicine*, 280 (25), S. 1372–1375.
- Döring, N. (2006): Sexualität im Gefängnis: Forschungsstand und Perspektiven, in: *Zeitschrift für Sexualforschung*, 19 (4), S. 315–333.
- Douglas, N., Plugge, E., Fitzpatrick, R. (2009): The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (9), S. 749–754.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Drogen- und Suchtbericht 2012. http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-05-22_DrogensuchtBericht_2012.pdf, zuletzt abgerufen am 18.12.2012.
- Drucker, E. M. (2006): Incarcerated people, in: B. S. Levy & V. W. Sidel (Hrsg.) *Social injustice and public health*. S. 161–175. Oxford: Oxford University Press.
- Dudenredaktion (2013): Duden online. <http://www.duden.de/woerterbuch>, zuletzt abgerufen am 03.10.2013.
- Dünkel, F. (2005): Das Gefängnis: ein absurdes System? Wie die Gefängnis-kapazitäten in Deutschland um 25.000 Haftplätze reduziert werden könnten! Qualitätsverbesserung und Erfüllung verfassungsrechtlicher Vorgaben durch Reduzierung der Gefängnisbelegung, in: W. Pecher, G. Rappold, E. Schöner, H. Wiencke & B. Wydra (Hrsg.) „... die im Dunkeln sieht man nicht.“ *Perspektiven des Strafvollzugs*. Festschrift für Georg Wagner. S. 52–66. Herbolzheim: Ventaurus Verlag.
- Dünkel, F. (2010a): Die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze von 2006, in: H. Preusker, B. Maelicke & C. Flügge (Hrsg.) *Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen*. S. 202–215. Baden-Baden: Nomos.
- Dünkel, F. (2010b): Strafvollzug in Deutschland – rechtstatsächliche Befunde, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (7), S. 7–14.

- Dünkel, F., Drenkhahn, K. (2001): Strafvollzugskonzepte. Aktuelle Entwicklungen zwischen Reform und Gegenreform, in: Neue Kriminalpolitik, (2), S. 16–21.
- Dünkel, F., Drenkhahn, K., Morgenstern, C. (2008): Praxismodelle und Humanisierung – eine Nachbetrachtung, in: F. Dünkel, K. Drenkhahn & C. Morgenstern (Hrsg.) Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle. S. 225–238. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Dünkel, F., Drenkhahn, K., Morgenstern, C. (Hrsg.). (2008): Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle. Mönchengladbach: Forum-Verlag Godesberg.
- Dünkel, F., Geng, B. (2007): Aktuelle Daten zum Strafvollzug in Deutschland, in: Forum Strafvollzug, (1), S. 14–18.
- EATG, GAT (2006): The Lisbon Agenda for Prisons. Lisbon.
- Eckert, J., Weilandt, C. (2008): Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts: Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff. Bonn: ENDIPP, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/01_NL_ahnrw/2008/2008_10_01_NL20/Endbericht_Gefangene_060808_kompl.pdf, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- Eder, S. (2012): Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Edgar, K., O'Donnell, I. (1998): Mandatory Drug Testing in Prisons: The Relationship Between MDT and the Level and Nature of Drug Misuse. London: Home Office.
- EHRN: Eurasian Harm Reduction Network. <http://www.harm-reduction.org>, zuletzt abgerufen am 12.08.2011.
- Elger, B. S. (2008a): Medical ethics in correctional healthcare: an international comparison of guidelines, in: The Journal of Clinical Ethics, 19 (3), S. 234–248; discussion 254–239.

- Elger, B. S. (2008b): Towards equivalent health care of prisoners: European soft law and public health policy in Geneva, in: *J Public Health Policy*, 29 (2), S. 192–206.
- Elger, B. S. (2011): Prison medicine, public health policy and ethics: the Geneva experience, in: *Swiss Medical Weekly*, 141, S. w13273.
- EMCDDA (2003): At least half of the EU prison population has a drug-use history, in: *Drugnet Europe*, 40.
- EMCDDA (2007): Drugs and crime – a complex relationship, in: *Drugs in focus*, (16).
- EMCDDA (2009): Health and social responses to drug use in prisons in the EU. (Statuspaper on the Madrid conference, October 2009): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2012): Prisons and drugs in Europe: The problem and responses. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- Entorf, H. (2010): Strafvollzug oder Haftvermeidung – was rechnet sich? in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (7), S. 15–21.
- Eurasian Harm Reduction Network (2009): The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network (EHRN).
- European Parliament (2004): P5_TA(2004)0142. The rights of prisoners in the European Union. European Parliament recommendation to the Council on the rights of prisoners in the European Union (2003/2188(INI)). <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pub Ref=//EP//NONSGML+TA+P5-TA-2004-0142+0+DOC+PDF+V0//EN>, zuletzt abgerufen am 24.10.2012.
- Faith, K. (2009): Prisons are sickening: What do we do about it? in: D. C. Hatton & A. A. Fisher (Hrsg.) *Women prisoners and health justice. Perspectives, issues and advocacy for an international hidden population*. S. 77–84. Oxford: Radcliffe.
- Farrell, M., Marsden, J. (2008): Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales, in: *Addiction*, 103 (2), S. 251–255.

- Farrell, M., Strang, J., Stöver, H. (2010): Hepatitis B vaccination in prisons: a much-needed targeted universal intervention, in: *Addiction*, 105 (2), S. 189–190.
- Fazel, S., Danesh, J. (2002): Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys, in: *Lancet*, 359 (9306), S. 545–550.
- Feeley, M. M., Simon, J. (1992): The new penology: Notes on the emerging strategy of corrections and its implications, in: *Criminology*, 30 (4), S. 449–474.
- Feest, J. (2006): Europäische Maßstäbe für den Justizvollzug. Zur Neufassung der Europäischen Gefängnisregeln (European Prison Rules), in: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, (5), S. 259–261.
- Feest, J. (2008): Alles anders? Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) *Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch*. S. 10–18. Berlin.
- Feest, J. (2009): Rechtliche Grundlagen, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 29–43. Stuttgart: Thieme.
- Fennell, P. (2006): Radical risk management, mental health and criminal justice, in: Y. Jewkes & H. Johnston (Hrsg.) *Prison readings. A critical introduction to prisons and imprisonment*. S. 245–252. Cullompton: Willan Publishing.
- Fischer, B., Turnbull, S., Poland, B. D., Haydon, E. (2004): Drug use, risk and urban order: examining supervised injecting sites as governmentality, in: *International Journal of Drug Policy*, 15, S. 357–365.
- Fitzgibbon, W. (2010): Risikoträger oder verletzte Individuen: über die präemptive Kriminalisierung von Menschen mit psychischen Problemen, in: B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.) *Risiko Gesundheit*. S. 227–240: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flügge, C. (2000): Instrumentalisierung der Vollzugsmedizin zu nichtmedizinischen Zwecken, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (4), S. 265–271.
- Flügge, C. (2010): Internationale und nationale Kontrollmechanismen im Strafvollzug, in: H. Preusker, B. Maelicke & C. Flügge (Hrsg.) *Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen*. S. 216–230. Baden-Baden: Nomos.

- Flügge, C., Maelicke, B., Preusker, H. (Hrsg.). (2001): Das Gefängnis als lernende Organisation. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Foucault, M. (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch.
- Fox, A. (2000): Prisoners Aftercare in Europe: a four country study. London: European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison (ENDHASP). Cranstoun Drug Services.
- Fraser, A. (2007): Primary health care in prisons, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. S. 21–31. Copenhagen: World Health Organization.
- Fraser, A., Gatherer, A., Hayton, P. (2009): Mental health in prison: great difficulties but are there opportunities? in: Public Health 123, S. 410–414.
- Freudenberg, N. (2001): Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health, in: J Urban Health, 78 (2), S. 214–235.
- Garland, D. (2008): Kultur der Kontrolle. Verbrechensbekämpfung und soziale Ordnung in der Gegenwart. Frankfurt/Main: Campus.
- Garland, D. (2013): Penalty and the penal state, in: Criminology, 51 (3), S. 475–517.
- Gatherer, A., Møller, L., Hayton, P. (2005): The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 years: persistent barriers and achievements, in: American Journal of Public Health, 95 (10), S. 1696–1700.
- Gatherer, A., Møller, L., Hayton, P. (2009): Achieving sustainable improvement in the health of women in prisons: The approach of the WHO Health in Prisons Project, in: D. C. Hatton & A. A. Fisher (Hrsg.) Women prisoners and health justice. Perspectives, issues and advocacy for an international hidden population. S. 85–97. Oxford: Radcliffe.
- Gellner, W., Hammer, E.-M. (2010): Policyforschung. München: Oldenbourg.

- Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.). (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Gessenharter, C. (2013): Sicherheit und Drogen. Eine ständige Herausforderung an den bayerischen Justizvollzug, in: Forum Strafvollzug, (1), S. 32–35.
- Ginn, S. (2012): Elderly prisoners, in: British Medical Journal, 345 (e6263).
- Girtler, R. (1996): Die Lebenswelt des Gefangenen und sein Ringen um Würde, in: W. Nickolai, G. Kawamura, W. Krell & R. Reindl (Hrsg.) Straffällig. Lebenslagen und Lebenshilfen. S. 69–77. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Glet, E. (2008): Evaluation eines Spriztentauschprogramms zur Prävention von HIV, Hepatitis B und C in der Justizvollzugsanstalt II am Hasenberge in Hamburg. Dissertation, Universität Hamburg.
- Goffman, E. (1973): Asyl. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch.
- Goldberg, D., Taylor, A., McGregor, J., Davis, B., Wrench, J., Gruer, L. (1998): A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? in: International Journal of STD & AIDS, 9 (1), S. 25–30.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., O'Grady, K. E. (2008): A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release, in: Addiction, 103 (8), S. 1333–1342.
- Gore, S. M., Bird, A. G. (1996): Cost implications of random mandatory drugs tests in prisons, in: Lancet, 348 (9035), S. 1124–1127.
- Grapendaal, M. (1990): The inmate subculture in dutch prisons, in: The British Journal of Criminology, 30 (3), S. 341–357.
- Gratz, W. (2008): Im Bauch des Gefängnisses. Beiträge zur Theorie und Praxis des Strafvollzuges (2. Aufl.). Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Gratz, W. (2010): Wie frei ist die Soziale Arbeit im Gefängnis? in: M. Brandstetter & M. Vysloulzil (Hrsg.) Soziale Arbeit im Wissenschafts-

- system. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. S. 283–298. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gray, A., Pearce, S., Marks, L. (2006): The training needs of doctors working in English and Welsh prisons: A survey of doctors, in: *International Journal of Prisoner Health*, 2 (2), S. 121–130.
- Griffin, S. (1994): The extent of injecting and syringe sharing in prison reported by Edinburgh drug clinic attenders, in: *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1(2), S. 83–85.
- Groenemeyer, A. (2012): Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, in: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.) *Handbuch Soziale Probleme*. Band 1 (2. überarbeitete Aufl.). S. 433–493. Wiesbaden: Springer VS.
- Groenemeyer, A., Hohage, C., Ratzka, M. (2012): Die Politik sozialer Probleme, in: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.) *Handbuch Soziale Probleme*. Band 1 (2. überarbeitete Aufl.). S. 117–191. Wiesbaden: Springer VS.
- Groß, F. (2009): Tuberkulose, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 184–187. Stuttgart: Thieme.
- Gross, U. (1998): Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spritzenaustauschprogrammes im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Forschungsberichte Nr. 73. www.kfn.de/Forschungsbereiche_und_Projekte/Abgeschlossene_Projekte/SPritzenaustauschprogramm_im_Hamburger_Strafvollzug.htm, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- Hagen, D. (2010): Gesunde Ernährung: Beschaffung, Verarbeitung von Lebensmitteln und Zubereitung von Mahlzeiten in Gefängnissen – den verlorenen Vitaminen auf der Spur – Ein Interview, in: H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. S. 211–228. Weinheim und München: Juventa.
- Hammerschick, W., Krucsay, B. (2007): Schritt für Schritt. Endbericht der Begleitforschung. Wien: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie.

- Hannah-Moffat, K. (2001): Punishment in disguise: Penal governance and federal imprisonment of women in Canada. Toronto [u. a.]: University of Toronto Press.
- Harbordt, S. (1972): Die Subkultur des Gefängnisses. Eine soziologische Studie zur Resozialisierung (2 Aufl.). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Harding-Pink, D. (1990): Mortality following release from prison, in: Medicine Science and the Law, 30 (1), S. 12–16.
- Harding, T. W. (1997): Do Prisons Need Special Health Policies And Programmes? in: International Journal of Drug Policy, 8 (1), S. 22–30.
- Harrison, L., Cappello, R., Alaszewski, A., Appleton, S., Cooke, G. (2003): The Effectiveness of Treatment for Substance Dependence within the Prison System in England: A review. Kent: University of Kent, Centre for Health Services Studies.
- Harvey, J. (2007): Young men in prison. Surviving and adapting to life inside. Cullompton: Willan Publishing.
- Hassemer, W. (2010): Vom Sinn des Strafens, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (7), S. 3–6.
- Häufle, J., Schmidt, H., Neubacher, F. (2013): Gewaltopfer im Jugendstrafvollzug – Zu Viktimisierungs- und Tätererfahrungen junger Strafgefangener, in: Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik, 60 (1), S. 20–38.
- Hayton, P. (2007): Protecting and promoting health in prisons: A settings approach, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. S. 15–20. Copenhagen: World Health Organization.
- Hayton, P., Gatherer, A., Fraser, A. (2010): Patient or prisoner: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners? A briefing paper for network meeting, Copenhagen October 2010: WHO Europe.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., Mayet, S. (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review, in: Addiction, 107 (3), S. 501–517.

- Hedrich, D., Carpentier, C. (2009): Prison and drugs in the European Union – focus on responses. Vortrag auf: Connections Conference: Integrated responses to Drugs and Infectious across European Criminal Justice Systems. Krakow.
- Heinemann, A., Bohlen, K., Püschel, K. (2002): Abstinenzorientierte Behandlungsstrategien im Strafvollzug. Evaluation des Abstinenz-Erprobungsprogramms in der JVA Vierlande in Hamburg, in: Suchttherapie, 3 (3), S. 146–154.
- Heinemann, A., Gross, U. (2001): Infektionsprophylaxe für Drogenkonsumenten im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten, in: Sucht, 47 (1), S. 57–65.
- Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I., Püschel, K. (2002): Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener – Eine katamnestiche Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg, in: Suchttherapie, 3 (3), S. 162–167.
- Hennebel, L. C., Stöver, H., Casselman, J. (2005): Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prison in 18 European countries, in: Heroin Addiction & Related Clinical Problems, 7 (2), S. 31–35.
- Herwig-Lempp, J. (1994): Von der Sucht zur Selbstbestimmung: Drogenkonsumenten als Subjekte. Dortmund: Borgmann.
- Heudtlass, J. H., Stöver, H. (1998): ‚Harm reduction-Strategien‘ für intravenös applizierende Drogenkonsumenten und Bedienstete – auch im Strafvollzug. Ein Safer-use-Training Programm, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 21 (1), S. 27–36.
- Hillenkamp, T. (2005): Der Arzt im Strafvollzug – Rechtliche Stellung und medizinischer Auftrag, in: T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.) Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. S. 11–30: Springer.
- Hillenkamp, T. (2006): Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug, in: B.-R. Kern, E. Wadle, K.-P. Schroeder & C. Katzenmeier (Hrsg.) HUMANIORA Medizin – Recht – Geschichte. Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag S. 881–907. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Hövel, J. auf dem (2012): Das normalisierte Drogenparadies am Ende Europas – In Portugal ist der Konsum aller Drogen seit über zehn Jahren entkriminalisiert. Die Erfahrungen sind positiv, in: R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.) Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. S. 189–193. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Hohmeier, J. (1977): Die soziale Situation des Strafgefangenen: Deprivationen der Haft und ihre Folgen, in: K. Lüderssen & F. Sack (Hrsg.) Seminar: Abweichendes Verhalten III. Die gesellschaftliche Reaktion auf Kriminalität 2. S. 433–451. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hope, T. (2008): The first casualty: evidence and governance in a war against crime, in: P. Carlen (Hrsg.) Imaginary Penalties. S. 45–63. Cullompton: Willan Publishing.
- Horstmann, I. (2010): Gefängnis und Popkultur. Die Besichtigung zweier Lebenswelten. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Hughes, R. (2004): Drugs, Prisons and Harm Reduction, in: Journal of Health & Social Policy, 18 (2), S. 43–54.
- Hughes, R. A. (2000): Drug injectors and prison mandatory drug testing, in: Howard Journal of Criminal Justice, 39 (1), S. 1–13.
- Hunt, D. R., Saab, S. (2009): Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern, in: The American Journal of Gastroenterology 104 (4), S. 1024–1031.
- Husmann, K. (2010): Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden? Das Beispiel NRW, in: akzept e.V. (Hrsg.) Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin. Berlin.
- ICPS (2012): World Prison Brief. <http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/>, zuletzt abgerufen am 21.11.2012.
- International Council of Prison Medical Services (1979): The Oath of Athens. Athens: amnesty international.
- Ionescu, C. (2009): The needle and syringe programs in Romanian penitentiary system. Case study: Jilava Penitentiary. Vortrag auf: Connec-

- tions Conference: Integrated responses to Drugs and Infections across European Criminal Justice Systems. Krakow.
- Irwin, J., Owen, B. (2005): Harm and the contemporary prison, in: A. Liebling & S. Maruna (Hrsg.) *The effects of imprisonment*. S. 94–117. Cullompton: Willan Publishing.
- Jacob, J., Stöver, H. (1998a): Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Justizvollzug – Empirische Befunde im Rahmen eines Modellprojektes, in: *Sucht*, 44 (4), S. 247–256.
- Jacob, J., Stöver, H. (1998b): DrogenkonsumentInnen in Haft zwischen Hilfe, vollzuglicher Kontrolle und Eigenkompetenz. Zur Entwicklung einer ‚Healthy Prisons‘-Bewegung, in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21 (2/3), S. 69–82.
- Jacob, J., Stöver, H. (2000): Drug use, drug control and drug services in German prisons: Contradictions, insufficiencies and innovative approaches, in: D. Shewan & J. Davies (Hrsg.) *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. S. 57–88. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Jakob, L., Stöver, H., Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, in: *Sucht*, 59 (1), S. 39–50.
- Joeres, A. (2008): „Suizide sind nicht überraschend“. Experte fordert mehr Freiheiten für Häftlinge, in: *Frankfurter Rundschau*, 09.06.2008.
- Jungbauer-Gans, M. (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen, in: C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.) *Soziologie der Gesundheit*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. S. 86–108. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jürgens, R. (2000): HIV/AIDS and drug use in prisons: Moral and legal responsibilities of prisons, in: D. Shewan & J. B. Davies (Hrsg.) *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. S. 1–26. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Jürgens, R. (2004): HIV/AIDS in prisons, in: *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 9 (2), S. 45–52.

- Jürgens, R., Ball, A., Verster, A. (2009): Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison, in: *The Lancet Infectious Diseases*, 9 (1), S. 57–66.
- Jürgens, R., Betteridge, G. (2005): Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives, in: *Health and Human Rights*, 8 (2), S. 46–74.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2009): Gesundheitsberichterstattung 2008 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Stuttgart: Justizministerium Baden-Württemberg.
- Justizministerium Nordrhein-Westfalen, Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (2010): Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. http://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/4_10/fin_beh_empfNRW2010.pdf, zuletzt abgerufen am 18.12.2012.
- Kane, D., MacDonald, M., Stöver, H. (2007): Editorial, in: *International Journal of Prisoner Health*, 3 (1), S. 1–2.
- Karstedt, S. (2010): Freiheit, Gleichheit und (Straf)Recht: Werte und Strafen in demokratischen Gesellschaften, in: F. Dünkler, T. Lappi-Seppälä, C. Morgenstern & D. Van Zyl Smit (Hrsg.) *Kriminalität, Kriminalpolitik, strafrechtliche Sanktionspraxis und Gefangenenraten im europäischen Vergleich*. S. 935–962. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Kastelic, A. (2007): Substitution treatment in prisons, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens., A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. S. 113–132. Copenhagen: World Health Organization.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A. (2001): Kontrollierte Opiatabgabe im Schweizerischen Strafvollzug, in: J. Jacob, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. S. 127–132. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Keppler, K. (2005): Gefängnismedizin im Frauenvollzug, in: T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. S. 169–193: Springer.

- Keppler, K. (2007): Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug, in: H. Stöver (Hrsg.) Substitution in Haft. S. 23–40. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Keppler, K. (2008a): Besonderheiten der Anstaltsmedizin, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. S. 46–70. Berlin.
- Keppler, K. (2008b): Frauen in Haft, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. S. 71–83. Berlin.
- Keppler, K. (2009): Anstaltsärztliches Handeln in der historischen Rückschau – Verfehlungen und Perspektiven, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. S. 10–18. Stuttgart: Thieme.
- Keppler, K., Fritsch, K. J., Stöver, H. (2009): Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. S. 193–207. Stuttgart: Thieme.
- Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.). (2009): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B., Reimer, J. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug: Ein Übersichtsbeitrag, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 53 (2/3), S. 233–244.
- Kerr, T., Wood, E., Betteridge, G., Lines, R., Jürgens, R. (2004): Harm reduction in prisons: A ‘rights based analysis’, in: Critical Public Health, 14 (4), S. 345–360.
- Kleinig, J. (2006): Thinking ethically about needle and syringe programs, in: Substance Use and Misuse, 41 (6–7), S. 815–825.
- Klewin, S., Reinke, H., Sälter, G. (2010): Inhaftierung im deutschsprachigen Raum seit dem 18. Jahrhundert, in: S. Klewin, H. Reinke & G. Sälter (Hrsg.) Hinter Gittern. Zur Geschichte der Inhaftierung zwischen Bestrafung, Besserung und politischem Ausschluss vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. S. 9–31. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.

- Knorr, B. (2007): Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer, in: H. Stöver (Hrsg.) Substitution in Haft. S. 66–77. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Knorr, B. (2012): Gesundheit, Drogengebrauch und Haft. Vortrag auf: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (Hrsg.) DGS-Kongress – Fit für den Alltag. Berlin.
- Knorr, B., Sweers, H. (2011): Drogen, Haft und Menschenrechte, in: Deutsche AIDS-Hilfe Mitteilungen, (3), S. 50–51.
- Koch, R., Suhling, S. (2005): Basisdokumentation im Frauenvollzug. Erprobung eines Verfahrens und erste Ergebnisse zu den Inhaftierten und Methoden, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 88 (2), S. 93–110.
- Kolind, T., Frank, V. A., Dahl, H. (2010): Drug treatment or alleviating the negative consequences of imprisonment? A critical view of prison-based drug treatment in Denmark, in: International Journal of Drug Policy, 21 (1), S. 43–48.
- Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. (2006): Spezifische Problemlagen und gesundheitliche Versorgung von Frauen in Haft. Projektbericht. Bremen: Universität Bremen, BISDRO.
- Konrad, N. (2009): Psychiatrie, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. S. 208–222. Stuttgart: Thieme.
- Koops, A. (2000): Infektionserkrankungen bei Drogenabhängigen. Prävalenz bei Häftlingen, Klienten in Drogenhilfeeinrichtungen und Drogentodesfällen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Krajewski, K. (2003): Drugs, markets and criminal justice in Poland, in: Crime, Law & Social Change, 40 (2–3), S. 273–293.
- Krasmann, S. (2007): Von der Disziplin zur Sicherheit. Foucault und die Kriminologie, in: R. Anhorn, F. Bettinger & J. Stehr (Hrsg.) Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. S. 155–168. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kreuzer, A. (1999): Spritzenvergabe im Strafvollzug. Forschung zwischen den Fronten in einem kriminalpolitischen Glaubenskrieg, in: W. Feuerhelm, H.-D. Schwind & M. Bock (Hrsg.) Festschrift für Alexander

- Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999. S. 379–395. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges (2011): Ein Jahr Telefonseelsorge für Gefangene in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten. Celle.
- Kruttschnitt, C., Vuolo, M. (2007): The cultural context of women prisoner's mental health, in: *Punishment & Society*, 9 (2), S. 115–150.
- Kübler, D. (2001): Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy, in: *Journal of European Public Policy*, 8 (4), S. 623–641.
- Kunz, K.-L. (2004): *Kriminologie* (4 Aufl.). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.
- Kunz, K.-L. (2010): Strafrechtsmodelle und Gesellschaftsstruktur, in: *Kriminologisches Journal*, 42 (1), S. 9–23.
- Kury, H. (1999): Zum Stand der Behandlungsforschung. Oder: Vom nothing works zum something works, in: W. Feuerhelm, H.-D. Schwind & M. Bock (Hrsg.) *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag*. S. 251–274. Berlin: Walter de Gruyter.
- Kury, H., Kern, J. (2003): Frauen und Kinder von Inhaftierten. Eine vergessene Gruppe, in: *Kriminologisches Journal*, 35 (2), S. 97–110.
- Langan, N. P., Pelissier, B. M. (2001): Gender differences among prisoners in drug treatment, in: *Journal of Substance Abuse*, 13 (3), S. 291–301.
- Larney, S. (2010): Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review, in: *Addiction*, 105 (2), S. 216–223.
- Larney, S., Dolan, K. (2009): A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? in: *European Addiction Research* 15 (2), S. 107–112.
- Laubenthal, K. (2001): *Lexikon der Knastsprache: von Affenkotelett bis Zweidrittelgeier. Das erste aktuelle, allgemein zugängliche Wörterbuch des Gefangenenjargons*. Berlin: Lexikon-Imprint-Verlag.
- Laubenthal, K. (2005): Sucht- und Infektionsgefahren im Strafvollzug, in: T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesund-*

- heitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. S. 195–211. Berlin + Heidelberg: Springer.
- Laubenthal, K. (2010): Gefangenensubkulturen, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (7), S. 34–39.
- Laubenthal, K. (2011): *Strafvollzug* (6. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lee, C. B., Sansone, F. A., Swanson, C., Tatum, K. M. (2012): Incarcerated fathers and parenting: importance of the relationship with their children, in: *Social Work in Public Health*, 27 (1–2), S. 165–186.
- Legat, M.-R. (2009): *Ältere Menschen und Sterbenskranke im Strafvollzug. Eine rechtsstaatliche Analyse des Vollzugsalltags von Gefangenen mit besonderem Pflegebedarf*. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Legnaro, A. (2010): Prekarität, Strafe und die Ökonomie der Freiheit, in: *Kriminologisches Journal*, 42 (1), S. 59–67.
- Lehmann, M. (2009): Medizinische Dokumentation im deutschen Justizvollzug, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 272–276. Stuttgart: Thieme.
- Lehmann, M. (2010): Medizinische Dokumentation im deutschen Justizvollzug, in: H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. S. 205–209. Weinheim und München: Juventa.
- Lehmann, M., Behrens, M., Drees, H. (Hrsg.). (2014): *Gesundheit und Haft: Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit*. Lengerich: Papst.
- Leitges, R., Reinehr, K. (2012): Suchtberatung in der JSA Wittlich, in: *Onlinezeitschrift für Suchtstoff-Recht – ÖzSR*, (4), S. 27–28.
- Leppmann, F. (1909): *Der Gefängnisarzt. Leitfaden für Aerzte an Gefängnissen, Zucht- und Arbeitshäusern, Zwangs- und Fürsorge-Erziehungsanstalten*. Berlin: Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz.
- Lesting, W., Stöver, H. (2012): Siebter Titel Gesundheitsfürsorge, in: J. Feest & W. Lesting (Hrsg.) *StVollzG. Strafvollzugsgesetz Kommentar* (6. Aufl.). S. 381–447. Köln: Carl Heymanns Verlag.

- Leukel, S. (2010): Unordnung und Ordnung – Strafanstalt und Geschlechtertrennung, in: S. Klewin, H. Reinke & G. Sälter (Hrsg.) *Hinter Gittern. Zur Geschichte der Inhaftierung zwischen Bestrafung, Besserung und politischem Ausschluss vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. S. 129–141. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Lewis, C. (2006): Treating incarcerated women: gender matters, in: *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (3), S. 773–789.
- Liebling, A. (2007): Prison suicide and its prevention, in: Y. Jewkes (Hrsg.) *Handbook on Prisons*. S. 423–446: Willan Publishing.
- Liebling, A., Price, D., Elliott, C. (1999): Appreciative inquiry and relationships in prison, in: *Punishment & Society*, 1 (1), S. 71–98.
- Lindberg, O. (2005): Prison cultures and social representations. The case of Hinseberg, a women's prison in Sweden, in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2–4), S. 143–161.
- Lines, R. (2006): From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons, in: *The International Journal of Prisoner Health*, 2 (4), S. 269–280.
- Lines, R. (2007): HIV infection and human rights in prisons, in: L. Möller, H. Stöver, R. Jürgens., A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO Guide to the essentials in prison health*. S. 61–71. Copenhagen: World Health Organization.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H. (2005): Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries, in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (1), S. 49–64.
- Lines, R., Jürgens, R., Stöver, H., Kaliakbarova, G., Laticevschi, D., Nelles, J. et al. (2004a): Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Prison health is public health. Dublin: Irish Penal Reform Trust. <http://www.iprt.ie/contents/287>, zuletzt abgerufen am 12.09.2010.
- Lines, R., R Jürgens, G Betteridge, H Stöver, D Laticevschi, Nelles., J. (2004b): Prison Syringe Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. <http://www.aids->

law.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173, zuletzt
abgerufen am 21.09.2014.

- Lodewijks, H. (2006): Brains 4 Use. An addiction programme for youth in a juvenile justice institution: Treatment of Rentray, Netherlands.
- Long, J., Allwright, S., Begley, C. (2004): Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons, in: *International Journal of Drug Policy*, 15 (2), S. 139–149.
- Lutz, T., Thane, K. (2003): Alles Risiko – oder was? Sicherheitsdiskurse zwischen Rationalität und Moral, in: *Widersprüche*, 22 (4), S. 9–20.
- MacDonald, M. (2006): People with problematic drug use and HIV/AIDS in European prisons: An issue of patient confidentiality, in: *International Journal of Prisoner Health*, 2 (3), S. 207–218.
- MacDonald, M., Harvey, L. (1997): Mandatory drug testing in prisons. Birmingham: Centre for Research into Quality, University of Central England. <http://www0.bcu.ac.uk/crq/publications/mdt.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.10.2007.
- Malliori, M., Sypsa, V., Psychogiou, M., Touloumi, G., Skoutelis, A., Tassopoulos, N. et al. (1998): A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons, in: *Addiction*, 93 (2), S. 243–251.
- Malloch, M. S. (2000): Caring for drug users? The experiences of women prisoners, in: *The Howard Journal*, 39 (4), S. 354–368.
- Marquart, J. W., Brewer, V. E., Mullings, J. L., Crouch, B. M. (1999): Health risk as an emerging field within the new penology, in: *Journal of Criminal Justice* 27 (2), S. 143–154.
- Marteau, D., Palmer, J., Stöver, H. (2010): Introduction of the Integrated Drug Treatment System (IDTS) in English Prisons, in: *International Journal of Prisoner Health*, 6 (3), S. 119–124.
- Martin, R. E., Gold, F., Murphy, W., Remple, V., Berkowitz, J., Money, D. (2005): Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia, in: *Canadian Journal of Public Health*, 96 (2), S. 97–101.

- Marzo, J. N., Rotily, M., Meroueh, F., Varastet, M., Hunault, C., Obradovic, I. et al. (2009): Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003–06), in: *Addiction*, 104 (7), S. 1233–1240.
- Mathiesen, T. (1979): *Überwindet die Mauern! Die skandinavische Gefangenbewegung als Modell politischer Randgruppenarbeit*. Neuwied: Luchterhand.
- Mathiesen, T. (1989): *Gefängnislogik. Über alte und neue Rechtfertigungsversuche*. Bielefeld.
- Mathiesen, T. (2004): *Silently silenced. Essays on the creation of acquiescence in modern society*. Winchester: Waterside Press.
- Mathiesen, T. (2006): The defences of the weak: a sociological study of a Norwegian correctional institution, in: Y. Jewkes & H. Johnston (Hrsg.) *Prison readings. A critical introduction to prisons and imprisonment*. S. 193–201. Cullompton: Willan Publishing.
- Matt, E., Hentschel, H. (2008): Das KompetenzCentrum an der JVA Bremen: Zur Umsetzung eines Übergangsmanagements für (Ex-) Gefangene, in: F. Dünkler, K. Drenkhahn & C. Morgenstern (Hrsg.) *Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle*. S. 83–93. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- McCallum, A. (1995): Healthy Prisons: oxymoron or opportunity? in: *Critical Public Health* 6(4), S. 4–15.
- McGovern, B. H., Wurcel, A., Kim, A. Y., Schulze zur Wiesch, J., Bica, I., Zaman, M. T. et al. (2006): Acute hepatitis C virus infection in incarcerated injection drug users, in: *Clinical Infectious Diseases* 42 (12), S. 1663–1670.
- McIntosh, J., Saville, E. (2006): The challenges associated with drug treatment in prison, in: *Probation Journal*, 53 (3), S. 230–247.
- Meier, B.-D. (2009): Äquivalenzprinzip, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 76–84. Stuttgart: Thieme.
- Meissner, K. M. (2011): Der Gesundheitsbericht im baden-württembergischen Strafvollzug (2008), in: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.)

Dokumentation 5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Hamburg, 15.–17. September 2010. S. 112–120. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

- Metz, V., Matzenauer, C., Kammerer, K., Winklbaaur, B., Ebner, N., Radler, D. et al. (2010): Evaluation of opioid-dependent prisoners in oral opioid maintenance therapy, in: *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 12 (1), S. 5–16.
- Meyer, M. F., Handke, G.-U., Wiegand, J., Manns, M. P., Wedemeyer, H., Lehmann, M. (2007): Verbesserung des objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes von Drogenabhängigen nach Inhaftierung: Eine prospektive Untersuchung in der Jugendanstalt Hameln, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 9 (2), S. 113–121.
- Michel, L., Carrieri, M. P., Wodak, A. (2008): Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review, in: *Harm Reduction Journal*, 5 (17).
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. et al. (2011): Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy, in: *BMC Public Health* 11, S. 400.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
- Mills, H., Roberts, R. (2011): Is penal reform working? Community sentences and reform sector strategies, in: *Criminal Justice Matters*, 84 (1), S. 38–41.
- Mlodoch, P. (2012): Extra-Gebäude für Schwerverbrecher, in: *Weserkurier*, 13.10.2012, S. 14.
- Mobley, A. (2011): Decarceration Nation? Penal Downsizing and the Human Security Framework, in: *Western Criminology Review*, 12 (2), S. 10–20.
- Moczydlowski, P. (1992): The hidden life of Polish prisoners. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.

- Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A., Nikogosian, H. (2007): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization.
- Moloney, K. P., van den Bergh, B. J., Moller, L. F. (2009): Women in prison: the central issues of gender characteristics and trauma history, in: Public Health, 123 (6), S. 426–430.
- Morgan, R., Liebling, A. (2007): Imprisonment: An expanding scene, in: M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Hrsg.) Oxford Handbook of Criminology (4. Aufl.). S. 1100–1138. Oxford: Oxford University Press.
- Morgenstern, C. (2008): Internationale Instrumente und Entwicklungen zur Humanisierung im Strafvollzug, in: F. Dünkel, K. Drenkhahn & C. Morgenstern (Hrsg.) Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle. S. 35–52. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Müller-Dietz, H. (2008): Strafvollzug und Verfassungsrecht, in: F. Dünkel, K. Drenkhahn & C. Morgenstern (Hrsg.) Humanisierung des Strafvollzugs – Konzepte und Praxismodelle. S. 11–33. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner, H. P., Harding, T. W. (1998): Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? in: British Medical Journal, 317 (7153), S. 270–273.
- Nelles, J., Stöver, H. (2002): Zehn Jahre Spritzenvergabe im Gefängnis: Ein Review der bisherigen Spritzenvergabeprojekte in der Schweiz, Deutschland, Spanien und Moldawien, in: Suchttherapie, 3 (3), S. 155–161.
- Neumeyer, J. (2000): Drogenpolitik im Straßenverkehr. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Nicholson-Crotty, J., Nicholson-Crotty, S. (2004): Social construction and policy implementation: Inmate health as a public health issue, in: Social Science Quarterly 85 (2), S. 240–256.
- Niedersächsischer Landtag (2005): Steigende Anzahl von HIV-Neuinfektionen – auch im niedersächsischen Justizvollzug? Kleine Anfrage mit

- Antwort. Wortlaut der Kleinen Anfrage der Abgeordneten Susanne Grote, Elke Müller (SPD). Drucksache 15/2585. Hannover.
- Nikolai, E. (2009): Zahnmedizin im Strafvollzug, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. S. 268–271. Stuttgart: Thieme.
- Nullmeier, F. (2005): Nachwort, in: M. J. Edelman (Hrsg.) Politik als Ritual. Die symbolische Funktion staatlicher Institutionen und politischen Handelns. S. 199–219. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Ochmann, N. (2011): Gesundheitsversorgung in Gefängnissen. Chancen und Grenzen der Gefängnismedizin und der Gesundheitsförderung. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bremen.
- Ohler, W. (2007): Strafvollzug als postmodernes Ritual: eine vage Antwort auf viele konkrete Fragen, in: H. Müller-Dietz, E. Müller, K.-L. Kunz, H. Radtke, G. Britz, C. Momsen & H. Koriath (Hrsg.) Festschrift für Heike Jung. S. 699–710. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Olejnik, A. N. (2005): Gefängnis und Gesellschaft. Die institutionelle Kongruenz von Gefängniskultur und russischer Wirtschaft und Gesellschaft, in: Berliner Journal für Soziologie, 15 (3), S. 331–350.
- Otto, M., Pawlik-Mierzwa, K. (2001): Kriminalität und Subkultur inhaftierter Aussiedler, in: DVJJ-Journal, 12 (2), S. 124–132.
- Palmer, J. (2007): Special health requirements for female prisoners, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. S. 157–170. Copenhagen: World Health Organization.
- Paul, B. (2010): „Pinkeln unter Aufsicht“ – Zur gesundheitlichen Problematik von Drogen- und Dopingtests, in: B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.) Risiko Gesundheit. S. 163–185: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.). (2010): Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Penal Reform International. (2001): Making standards work. an international handbook on good prison practice (2. Aufl.). London: Penal Reform International.
- Peters, H. (2013): Politiken und Konjunkturen des Strafens, in: P. Rieker, S. Huber, A. Schnitzer & S. Brauchli (Hrsg.) *Hilfe! Strafe! Reflexionen zu einem Spannungsverhältnis professionellen Handelns*. S. 42–59. Weinheim: Beltz Juventa.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Karachaliou, K., Lieb, C., Raiser, P. (2010): Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/ 2010.
- Pichler, K. (2006): Tätowieren als Element der Gefängniskultur, in: K. Bammann & H. Stöver (Hrsg.) *Tätowierungen im Strafvollzug. Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen*. S. 145–159. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Plourde, C., Brochu, S. (2002): Drugs in prison: A break in the pathway, in: *Substance Use & Misuse*, 37 (1), S. 47–63.
- Plugge, E., Yudkin, P., Douglas, N. (2009): Changes in women's use of illicit drugs following imprisonment, in: *Addiction*, 104 (2), S. 215–222.
- Pollack, S. (2005): Taming the shrew: Regulating prisoners through women-centered mental health programming, in: *Critical Criminology*, 13, S. 71–87.
- Pollähne, H. (2007): Internationale Standards gegen föderalen Wildwuchs? Neue Perspektiven für das Jugendstrafvollzugsrecht nach der BVerfG-Entscheidung, in: *Der Strafverteidiger*, (10), S. 553–558.
- Pollähne, H., Stöver, H. (2005): Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug, in: R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.) *20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft*. S. 140–151. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pompidou Group (2013): Pompidou Group – Combating drug abuse and drug trafficking. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/default_en.asp, zuletzt abgerufen am 24.09.2013.

- Pont, J. (2008): Überlegungen zu medizinischer Ethik im Gefängnis, in: B. Tag & T. Hillenkamp (Hrsg.) *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*. S. 231–234. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pont, J. (2009): Ethische Grundlagen, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. S. 20–28. Stuttgart: Thieme.
- Pont, J., Stöver, H., Wolff, H. (2012): Dual Loyalty in Prison Health Care, in: *American Journal of Public Health* 102 (3), S. 475–480.
- Preusker, H. (2000): Suchtprobleme hinter Gefängnismauern – Sicht der Vollzugsverwaltung, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (4), S. 309–313.
- Preusker, H. (2001): Strafvollzug im Wandel – kontinuierliche Verbesserung als Daueraufgabe, in: C. Flügge, B. Maelicke & H. Preusker (Hrsg.) *Das Gefängnis als lernende Organisation*. S. 11–28. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Preusker, H. (2005): Das Bundesverfassungsgericht als Motor der Strafvollzugsreform, in: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, (4), S. 195–197.
- Rector, F. L. (1929): *Health and medical service in American prisons and reformatories*. New York: The National Society of Penal Information.
- Rehman, L., Gahagan, J., DiCenso, A. M., Dias, G. (2004): Harm reduction and women in the Canadian national prison system: policy or practice? in: *Women Health*, 40 (4), S. 57–73.
- Reiman, J. H. (1984): *The Rich Get Richer and the Poor Get Prison* (2. Aufl.). New York: Macmillan.
- Rex, R. (2000): Die Stellung des Arztes im Justizvollzug – staatlicher Strafanspruch – rechtsstaatlich garantierte Individualinteressen, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (4), S. 258–265.
- Reyes, H. (2007): Pitfalls of TB management in prisons, revisited, in: *International Journal of Prisoner Health*, 3 (1), S. 43–67.

- Rich, J. D. (2007): Health Issues in Prisons and Jails: Implications for Urban Health, in: *Journal of Urban Health*, 84 (3), S. 316–318.
- Riekenbrauck, W. (2000): Schweigerecht versus Auskunftspflicht des Anstaltsarztes – Sicht des Vollzugsmediziners, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94 (4), S. 277–281.
- Robert, D. (2008): Prison and/as Public Health — Prisons and Inmates as Vectors of Health in the New Public Health Era. The Case of Canadian Penitentiaries, in: B. Tag & T. Hillenkamp (Hrsg.) *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs* S. 333–344. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Robert, D., Frignon, S., Belzile, R. (2007): Women, the embodiment of health and carceral space, in: *International Journal of Prisoner Health*, 3 (3), S. 176–188.
- Rothman, D. J. (2003): The crime of punishment, in: T. G. Blomberg & S. Cohen (Hrsg.) *Punishment and Social Control*. S. 403–415. New York: AldineTransaction.
- Rotthaus, K. P. (2007): Die Wirklichkeit des Strafvollzugs und ihr begrenzter Einfluss auf die Kriminalpolitik, in: H. Müller-Dietz, E. Müller, K.-L. Kunz, H. Radtke, G. Britz, C. Momsen & H. Koriath (Hrsg.) *Festschrift für Heike Jung*. S. 813–828. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Rutter, S., Dolan, K., Wodak, A., Heilpern, H. (2001): *Prison-Based Syringe Exchange Programs. A Review of International Research and Program Development*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Sabatier, P. A. (1993): Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik, in: A. Héritier (Hrsg.) *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*. S. 116–148. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sabatier, P. A., Weible, C. M. (2007): The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications, in: P. A. Sabatier (Hrsg.) *Theories of the Policy Process* (2. Aufl.). S. 189–220: Westview Press.

- Sack, F. (2010): Symbolische Kriminalpolitik und wachsende Punitivität, in: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.) Handbuch Jugendkriminalität. Kriminologie und Sozialpädagogik im Dialog. S. 63–89. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Safonova, S., Sidorova, S., Kononets, A., Kokotov, Y., Toichkina, T. (2009): Drug resistant tuberculosis in penitentiary sector of the Russian Federation. Poster auf: Prison Health Protection. What works in the prevention and control of major communicable diseases. Madrid.
- Salize, H. J., Dreßing, H., Kief, C. (2009): Mentally disordered persons in European prison systems – needs, programmes and outcome (EUPRIS): research project; final report. Lengerich: Pabst.
- Schäffler, F. (2012a): Drogenabhängigkeit in bayerischen Haftanstalten – Darstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse einer bayernweiten Umfrage bei ehemals inhaftierten, drogenkonsumierenden Menschen (n = 195), in: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work, 9, S. 25–38.
- Schäffler, F. (2012b): Justiz im Verzug. Zum Status Quo der Substitutionsbehandlung im bayerischen Justizvollzug. Vortrag auf: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.) Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. „Patient or Prisoner?“ Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft. S. 209–211. Genf.
- Schauz, D. (2010): Diskursiver Wandel am Beispiel der Disziplinarmacht, in: A. Landwehr (Hrsg.) Diskursiver Wandel. S. 89–111. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schay, P., Sichau, F. (2011): Konzeptionelle Akzentuierungen in der Betreuung suchtmittelkonsumierender und -abhängiger Jugendlicher im Strafvollzug, in: P. Schay (Hrsg.) Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe. Inhaltliche Weiterentwicklung in der Beratung, Betreuung und Behandlung. S. 15–52. Wiesbaden: VS Verlag.
- Schmidt-Semisch, H. (1992): Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen. München: AG-SPAK.
- Schmidt-Semisch, H., Urban, M. (2012): Von der Utopie zur Wirklichkeit oder: Über die (Un-) Möglichkeit, den utopischen Charakter der

- Legalisierung abzustreifen, in: R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.) Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. S. 263–275. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Schmidt-Semisch, H., Wehrheim, J. (2007): Exkludierende Toleranz oder: Der halbierte Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“, in: Widersprüche, 27 (1), S. 73–91.
- Schmidt, H. (2014): Der Gefangenensuizid – ein rein psychiatrisches Phänomen? Ein Kommentar zum Beitrag ‚Suizidprävention im Gefängnis‘ von Thomas Noll und Jérôme Endrass, in: Kriminologisches Journal, 46 (1), S. 15–27.
- Schneider, V., Janning, F. (2006): Politikfeldanalyse: Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schönfeld, C.-E. von, Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen, in: Nervenarzt, 77 (7), S. 830–841.
- Schulte-Scherlebeck, C. (2010): Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Strafvollzug – Einblicke in Problematiken und Konfliktbereiche der praktischen Behandlungsumsetzung am Beispiel der Justizvollzugsanstalten im Bundesland Nordrhein-Westfalen, in: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work, 7, S. 37–53.
- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., Reimer, J. (2009): Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates, in: International Journal of Prisoner Health, 5 (1), S. 39–44.
- Schultze, A. (2001): Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. 10 Jahre Substitution im Bremer Strafvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Schütz, J. (2013): Komfort-Knast: Klammer Berlin leistet sich neues Gefängnis, in: Spiegel Online, 12.03.2013.
- Scott, D. (2007): The changing face of the English prison: a critical review of the aims of imprisonment, in: Y. Jewkes (Hrsg.) Handbook on prisons. S. 49–72. Cullompton: Willan Publishing.

- Seal, D. W., Belcher, L., Morrow, K., Eldridge, G., Binson, D., Kacanek, D. et al. (2004): A qualitative study of substance use and sexual behavior among 18- to 29-year-old men while incarcerated in the United States, in: *Health Education & Behavior*, 31 (6), S. 775–789.
- Seelich, A. (2010): Gesundheit und Architektur am Beispiel von Gefängnissen, in: H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) *Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. S. 229–238. Weinheim und München: Juventa.
- Seibel, W. (1992): *Funktionaler Dilettantismus: Erfolgreich scheiternde Organisationen im „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Senior, J., Shaw, J. (2007): Prison healthcare, in: Y. Jewkes (Hrsg.) *Handbook on Prisons*. S. 377–398. Cullompton: Willan Publishing.
- Sim, J. (2002): The future of prison health care: a critical analysis, in: *Critical Social Policy*, 22 (2), S. 300–323.
- Sim, J. (2008): Pain and punishment: the real and the imaginary in penal institutions, in: P. Carlen (Hrsg.) *Imaginary Penalties*. S. 135–156. Cullompton: Willan Publishing.
- Singhartinger, J. (1987): *AIDS als Anlass. Kontrolle als Konzept. Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug*. München: AG SPAK.
- Singleton, N., Farrell, M., Meltzer, H. (2003): Substance misuse among prisoners in England and Wales, in: *International Review of Psychiatry*, 15, S. 150–152.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R. (1998): *Psychiatric morbidity among prisoners. Summary report*. <http://www.ons.gov.uk/ons/search/index.html?newquery=singleton+prisoners>, zuletzt abgerufen am 06.09.2012.
- Singleton, N., Pendry, E., Taylor, C., Farrell, M., Marsden, J. (2003): *Drug-related mortality among newly released offenders*. London: Home Office.
- Small, W., Kain, S., Laliberte, N., Schechter, M. T., O'Shaughnessy, M. V., Spittal, P. M. (2005): *Incarceration, addiction and harm reduction*:

- inmates experience injecting drugs in prison, in: *Substance Use & Misuse*, 40 (6), S. 831–843.
- Small, W., Wood, E., Betteridge, G., Montaner, J., Kerr, T. (2009): The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study, in: *AIDS care* 21 (6), S. 708–714.
- Smith, C. (2000): ‘Healthy prisons’: A contradiction in terms? in: *The Howard Journal of Criminal Justice*, 39 (4), S. 339–353.
- Söhnchen, R. (2008): Der Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein – Westfalen. Jahresbericht 2007 / 2008. Wuppertal
- Sparks, R. (2007): The politics of imprisonment, in: Y. Jewkes (Hrsg.) *Handbook on prisons*. S. 73–94. Cullompton: Willan Publishing.
- Stallwitz, A., Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prisons – a literature review, in: *International Journal of Drug Policy*, 18 (6), S. 464–474.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., Bienzle, U. (2006): A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany, in: *Epidemiology & Infection*, 134 (4), S. 814–819.
- Statistisches Bundesamt (2011a): *Justiz auf einen Blick*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b): *Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.1.* <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug.html>, zuletzt abgerufen am 20.11.2012.
- Statistisches Bundesamt (2012): *Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs. Stichtag 31. März.* <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug.html>, zuletzt abgerufen am 20.11.2012.
- Stehr, J. (2012): Symbolische Politik als Ideologieproduktion. Ein Kommentar zum Beitrag von Christian Hiebaum, in: *juridikum*, (4), S. 465–470.

- Steinhilper, M. (1999): Organisationsentwicklung im Justizvollzug. Ein Praxisbericht mit Beispielen aus Niedersachsen, in: W. Feuerhelm, H.-D. Schwind & M. Bock (Hrsg.) Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999. S. 177–186. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Stern, V. (2001): Speech by Baroness Vivien Stern, Senior Research Fellow ICPS. Vortrag auf: European Conference on Prisons, Drugs and Society. Bern, Switzerland.
- Stern, V. (2006): Creating Criminals. Prisons and people in a market society. London, New York: Zed Books.
- Stevens, A., Stöver, H., Brentari, C. (2010): Criminal Justice approaches to harm reduction in Europe, in: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Hrsg.) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. S. 379–402. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Stiehler, M. (1999): AIDS- und Hepatitisprävention im sächsischen Justizvollzug. Risikosituation und Schutzmöglichkeiten, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 42 (7), S. 577–582.
- Stoller, N., Gatherer, A. (2009): Standards for prison health care: US and British approaches, in: D. C. Hatton & A. A. Fisher (Hrsg.) Women prisoners and health justice. Perspectives, issues and advocacy for an international hidden population. S. 99–108. Oxford: Radcliffe.
- Stöver, H. (2000): Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg.
- Stöver, H. (2005): Infektionsgefahren (HIV/AIDS/Hepatitis) im Strafvollzug. Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden, in: S.-U. Burkhardt, C. Graebisch & H. Pollähne (Hrsg.) Festschrift. Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte. S. 354–366. Münster: Lit Verlag.
- Stöver, H. (2008): Healthy Prisons – Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft, in: B. Tag & T. Hillenkamp (Hrsg.) Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Straf-

- vollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs. S. 255–284. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stöver, H. (2010): Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung im Gefängnis, in: H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. S. 11–32. Weinheim und München: Juventa.
- Stöver, H., Gerlach, R. (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition, in: R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.) Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. S. 95–110. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H., Hennebel, L., Casselman, J. (2004): Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. London: Cranstoun Drug Services.
- Stöver, H., Keppler, K. (2009): Diskontinuitäten in Behandlung und Betreuung, in: K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. S. 151–154. Stuttgart: Thieme.
- Stöver, H., Lines, R. (2006): Silence Still = Death. 25 years of HIV/AIDS in Prisons. 25-Years of HIV/AIDS in Europe, in: S. Matic, J. V. Lazarus & M. C. Donoghoe (Hrsg.) HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. S. 67–85: WHO – Regional Office for Europe
- Stöver, H., MacDonald, M., Atherton, S. (2007): Harm Reduction in European Prisons. A Compilation of Models of Best Practice. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Stöver, H., Nelles, J. (2003): Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies, in: International Journal of Drug Policy, 14 (5–6), S. 437–444.
- Stöver, H., Schulte, B., Reimer, J. (2009): Drogenabhängigkeit und Versorgungsangebote in Haft, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 11 (1), S. 31–37.

- Stöver, H., Thane, K. (2011): *Towards a Continuum of Care in the EU Criminal Justice System*. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Stöver, H., Trautmann, F. (2001): *Risk Reduction for Drug Users in Prisons. 'Encouraging Health Promotion For Drug Users Within The Criminal Justice System'*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Stöver, H., Weilandt, C. (2007): *Drug use and drug services in prisons*, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens., A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. S. 85–112. Copenhagen: World Health Organization.
- Stratenwerth, G., Bernoulli, A. (1983): *Der schweizerische Strafvollzug. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Aarau: Sauerländer.
- Strieker, K. (2012): *100 Jahre Jugendstrafanstalt Wittlich – 100 Jahre Jugendstrafvollzug 1912–2012*, in: *Forum Strafvollzug*, 61 (3), S. 168–170.
- Sudbury, J. (2002): *Selling black bodies: black women in the global prison industrial complex*, in: *Feminist review*, 70, S. 57–74.
- Sykes, G. M. (1958): *The society of captives. A study of a maximum security prison*: Princeton University Press.
- Sykes, G. M. (2003): *The structural-functional perspective of imprisonment*, in: T. G. Blomberg & S. Cohen (Hrsg.) *Punishment and Social Control*. S. 357–365. New York: AldineTransaction.
- Szukala, A. (2012): *Das Implementationssystem europäischer Politik: Rechtsdurchsetzung im Mehrebenensystem*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Tag, B. (2005): *Das Arztgeheimnis im Strafvollzug*, in: T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.) *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. S. 89–105. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Temme, G. (2006): *Selbstreproduktionsmechanismen des Strafrechtssystems. Eine Analyse anhand des Betäubungsmittelstrafrechts*. Münster: Lit-Verlag.
- Temme, G. (2010): *Dissonanzreduktion in einer totalen Institution. Drogen im Strafvollzug als Auslöser von kognitiven Dissonanzen*, in: H. Pollähne & H. Stöver (Hrsg.) *Komplemente. In Sachen Krimi-*

- nologie, Drogenhilfe, Psychotherapie, Kriminalpolitik. Komplimente für Lorenz Böllinger. S. 51–63. Berlin: Lit Verlag.
- Thiel, A. (2004): Krank oder kriminell? Für einen rationalen Umgang mit Drogenabhängigen im Justizvollzug, in: G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.) Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges. S. 167–182. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag.
- Thiel, A. (2013): Regelangebote für suchtmittelmissbrauchende und suchgefährdete Gefangene im hamburgischen Justizvollzug – eine Gesamtkonzeption, in: Forum Strafvollzug, (1), S. 19–22.
- Tielking, K., Becker, S., Stöver, H. (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Tillack, J., Hari, M. (2000): Rauschgiftproblematik – dargestellt am Beispiel der Jugendanstalt, in der die jüngsten Gefangenen Bayern untergebracht sind, in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 6, S. 353–356.
- Toch, H. (1992): Living in prison. The ecology of survival (2 Aufl.). Washington DC: American Psychological Association.
- Tomasevski, K. (1992): Prison Health. International standards and national practices in Europe. Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control affiliated with the United Nations.
- Tompkins, C. (2008): Effects of imprisonment in injecting drug use. Vortrag auf: European Society for Social Drug Research (Hrsg.) ESSD 19th Annual Conference. Budapest.
- Torrey, E. F. (1995): Editorial: Jails and Prisons – America's New Mental Hospitals, in: American Journal of Public Health 85 (12), S. 1611–1613.
- Treiber, H. (1996): Zur Umsetzung von Rechtsnormen: begrenztes Steuerungspotential von Gesetzen und Verordnungen; [Vortrag, gehalten am 27. Februar 1996 im Rahmen des Gesamthemas „Recht und Rechtsvollzug – Anspruch und Wirklichkeit“]. Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.

- United Nations (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.
- United Nations (1955): Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36e8.html>, zuletzt abgerufen am 16.10.2012.
- United Nations (1990): Basic principles for the treatment of prisoners. United Nations. <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>, zuletzt abgerufen am 25.02.2013.
- UNODC (2008): HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policy-makers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings. Vienna: UNODC.
- UNODC, WHO (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings A Framework for an Effective National Response Vienna: UNODC, World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- UNODC, WHO (2009a): HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Policy Brief. Vienna. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf, zuletzt abgerufen am 21.09.2014.
- UNODC, WHO (2009b): HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Technical Paper. Vienna
- UNODC, WHO Europe (2009a): Gesundheit von Frauen im Strafvollzug. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/76514/E92347G.pdf, zuletzt abgerufen am 04.12.2012.
- UNODC, WHO Europe (2009b): Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health.
- Veen, J. (2007): Tuberculosis control in prisons, in: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. S. 73–83. Copenhagen: World Health Organization.
- Vescio, M. F., Longo, B., Babudieri, S., Starnini, G., Carbonara, S., Rezza, G. et al. (2008): Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis, in: Journal of Epidemiology and Community Health, 62 (4), S. 305–313.

- Viggiani, N. de (2007): Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health, in: *Sociology of Health & Illness* 29 (1), S. 115–135.
- Wacquant, L. (1997): Vom wohltätigen zum strafenden Staat. Über den politischen Umgang mit dem Elend in Amerika, in: *Neue Kriminalpolitik*, (2), S. 16–23.
- Wacquant, L. (2011): Die neoliberale Staatskunst: Workfare, Prisonfare und soziale Unsicherheit, in: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.) *Gerechte Ausgrenzung? Wohlfahrtsproduktion und die neue Lust am Strafen*. S. 77–109. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wagner, G. (1985): *Das absurde System. Strafurteil und Strafvollzug in unserer Gesellschaft* (2 Aufl.). Heidelberg: c.f. müller.
- Wakeman, S. E., Bowman, S. E., McKenzie, M., Jeronimo, A., Rich, J. D. (2009): Preventing death among the recently incarcerated: an argument for naloxone prescription before release, in: *Journal of Addictive Diseases*, 28 (2), S. 124–129.
- Walcher, G. (2005): Prisons as regional drivers of HIV/AIDS and tuberculosis in some Central Asian countries: A matter of ‘least eligibility’? in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2–4), S. 103–115.
- Walden, R. (2008): *Architekturpsychologie. Schule, Hochschule und Bürogebäude der Zukunft*. Lengerich: Pabst.
- Walter, M. (1999): *Strafvollzug* (2. Aufl.). Stuttgart u. a.: Boorberg.
- Walter, M. (2001): Strafvollzug – Ende der Resozialisierung? in: V. Bieschke & R. Egg (Hrsg.) *Strafvollzug im Wandel. Neue Wege in Ost- und Westdeutschland*. S. 25–38. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Weinhauer, K. (2010): Drogenkonsum, Drogenpolitik und Strafvollzug in der Bundesrepublik von den 1960er bis in die 1980er Jahre, in: S. Klewin, H. Reinke & G. Sälter (Hrsg.) *Hinter Gittern. Zur Geschichte der Inhaftierung zwischen Bestrafung, Besserung und politischem Ausschluss vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. S. 281–294. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Wheatley, M. (2007): Drugs in prison, in: Y. Jewkes (Hrsg.) *Handbook on prisons*. S. 399–422. Cullompton: Willan Publishing.

- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. New York.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2012.
- WHO (1993): WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: WHO.
- WHO. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten (2. Aufl.): World Health Organisation.
- WHO. (2005): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: WHO Europe.
- WHO (2010): The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health. Copenhagen. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_madrid_recommendation.pdf, zuletzt abgerufen am 17.10.2012.
- WHO, UNAIDS, UNODC (2007a): Effectiveness of interventions to manage HIV in prisons – a comprehensive review. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf, zuletzt abgerufen am 17.10.2012
- WHO, UNAIDS, UNODC (2007b): Effectiveness of interventions to manage HIV in prisons – needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNAIDS, UNODC (2007c): Effectiveness of interventions to manage HIV in prisons – Opioid substitution therapies and other drug dependence treatment. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNODC, UNAIDS (2007a): Interventions to address HIV in Prisons – Drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Paper. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNODC, UNAIDS (2007b): Interventions to address HIV in Prisons – HIV care, treatment and support: Evidence for Action Technical Paper. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNODC, UNAIDS (2007c): Interventions to address HIV in Prisons – Needle and syringe programmes and decontamination strategies.

- Evidence for Action Technical Paper. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNODC, UNAIDS (2007d): Interventions to address HIV in Prisons – Prevention of sexual transmission. Evidence for Action Technical Paper. Geneva: World Health Organization.
- WHO Europe: Health in Prison Project (HIPP). <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>, zuletzt abgerufen am 13.05.2013.
- WHO Europe. (2003): Moscow Declaration: Prison health as part of public health. Copenhagen: WHO Europe.
- WHO Europe (2007): Status Paper on Prisons and Tuberculosis. Copenhagen.
- WHO Europe (2008): Trenčín statement on prisons and mental health. Copenhagen. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Trencin_Statement.pdf, zuletzt abgerufen am 17.10.2012.
- WHO Europe (2009): Prison Health. WHO Europe, Health in Prison Project.
- WHO Europe (2010): Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen.
- WHO Europe, UNAIDS (2008): Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen: WHO Europe, UNAIDS. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf, zuletzt abgerufen am 17.10.2012.
- Wiessner, P., Stuikeyte, R., Häusler-Jitoboh, U. (2012): Macht es einen Unterschied, welches Ministerium für Gesundheit in Haft zuständig ist? Ein Plädoyer aus Community Perspektive. Vortrag auf: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.) Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. „Patient or Prisoner?“ Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft. S. 201–208. Genf.
- Williams, N. H. (2009): Prison Health and the Health of the Public. Ties that bind, in: A. Leon-Guerrero & K. Zentgraf (Hrsg.) Contemporary Readings in Social Problems. S. 254–263. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

- Wilmoth, D. (2005): Mental health needs of women in prison: An international perspective with an Australian angle, in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2–4), S. 249–254.
- Wirth, W. (2002): Das Drogenproblem im Justizvollzug. Zahlen und Fakten, in: *Bewährungshilfe*, 49 (1), S. 104–122.
- Woodall, J. (2012): Health promoting prisons: an overview and critique of the concept, in: *Prison Service Journal*, (202), S. 6–11.
- Woodall, J. (2013): Identifying Health Promotion Needs Among Prison Staff in Three English Prisons: Results From a Qualitative Study, in: *Health Promotion Practice*, 14 (2), S. 252–262.
- Woynar, I. (2010): Strafvollzugspolitik – Strafvollzug, besondere Haftbedingungen und Prognose aus Sicht der Praxis, in: H. Pollähne & H. Stöver (Hrsg.) *Komplemente. In Sachen: Kriminologie, Drogenhilfe, Psychotherapie, Kriminalpolitik. Komplimente für Lorenz Böllinger*. S. 261–270. Berlin: Lit Verlag.
- Zimmermann, G. E. (2006): Bürokratie, in: B. Schäfers & J. Kopp (Hrsg.) *Grundbegriffe der Soziologie* (9. Aufl.). S. 43–44. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zurhold, H., Haasen, C. (2005): Women in prison: Responses of European prison systems to problematic drug users, in: *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2–4), S. 127–141.
- Zurhold, H., Haasen, C., Stöver, H. (2005): Female Drug Users in European Prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Zurhold, H., Moskalewicz, J., Sanclemente, C., Schmied, G., Shewan, D., Verthein, U. (2011): What Affects Reintegration of Female Drug Users After Prison Release? Results of a European Follow-Up Study, in: *Journal of Offender Rehabilitation*, 50 (2), S. 49–65.

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.

Ab-schlußbericht. – 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 Strafvollzug. – 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 study of 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 – Oldenburg 2014. – 234 S. – ISBN 978-3-8142-2294-3 – € 14,80

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, Heike Zurhold. – Oldenburg 2014. – 200 S. – ISBN 978-3-8142-2295-0 – € 18,80

Band 28: HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen! – Heino Stöver, Bärbel Knorr. – Oldenburg 2014. – 110 S. – ISBN 978-3-8142-2315-5 – € 14,80