



Wilfried Weyl, Heino Stöver (Hrsg.)
Krankenpflege im Justizvollzug

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

31

BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

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

Herausgegeben von Heino Stöver und Jutta Jacob

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können.“ Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen. Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen. Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potenziale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Wilfried Weyl, Heino Stöver (Hrsg.)

Krankenpflege im Justizvollzug

Band 31



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Umschlagfoto: Heino Stöver

Oldenburg, 2019

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 978-3-8142-2382-7

Inhaltsverzeichnis

1	Geleitwort	7
2	Einleitung	9
3	Die Geschichte der Krankenpflege in Haft	11
3.1	Geschichte	11
3.1.1	Frühzeit	11
3.1.2	Christentum	12
3.1.3	Mittelalter	13
3.1.4	Das 19. Jahrhundert	14
3.1.5	Das 20. Jahrhundert	15
3.1.6	Die NS-Zeit	16
3.1.7	Stationen der Pflege von 1945 bis 1985	17
3.1.8	Stationen der Pflege von 1985 bis heute	17
3.1.9	Zusammenfassung	17
3.2	Der Strafvollzug	18
3.3	Die Krankenpflege im Strafvollzug	19
3.4	Revier	20
3.5	Stationäre Einrichtungen	21
3.6	Pflegeethik	22
3.6.1	Präambel	22
3.6.2	Der Kodex	23
3.6.3	Pflegende und die Berufsausübung	23
3.6.4	Pflegende und die Profession	24
3.6.5	Pflegende und ihre Kollegen	24
3.6.6	Pflegeethik und Krankenpflege im Justizvollzug	24
3.7	Literaturverzeichnis	25
4	Pflege im „Offenen Vollzug“	27

5	Umgang mit langstrafigen Gefangenen	29
5.1	Krankenpflege in der Justiz	29
5.1.1	Standards für den Tagesablauf im FD stationär	31
5.1.2	Sucht und Substitution in Haft	32
5.1.3	Wann wird Konsum zur Sucht?	33
5.2	Psychiatrische Pflege im Jugendvollzug am Beispiel der Jugendanstalt Hameln	36
5.2.1	Die Vorarbeit	37
5.2.2	Ambulante psychiatrische Versorgung	38
5.2.3	Stationäre psychiatrische Versorgung	39
5.2.4	Das Team	40
5.2.5	Die Vollzugsabteilung	40
5.2.6	Arbeitstherapie	42
5.2.7	Sport- und Physiotherapie	42
5.2.8	Neurofeedback	43
5.2.9	Ohrakupunktur	43
5.2.10	Gruppentherapie	43
5.2.11	Tagesablauf	44
5.2.12	Schnittstellenproblematiken	46
6	Anekdoten aus der Krankenpflege im Justizvollzug	49
7	Palliativversorgung und hospizliche Begleitung für Menschen in Vollzugseinrichtungen	97
7.1	Ausgangssituation	97
7.2	Ziele	99
7.3	Umsetzung	100
7.4	Maßnahmenkatalog	100
7.4.1	Zusammenfassung der Arbeitsgruppe 3	104
7.5	Alter, Pflege, Sterben und demographischer Wandel im Vollzug (Arbeitsgruppe Basel)	106
7.5.1	Diskussionsthemen	107
7.5.2	Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden?	107
7.5.3	Umgang mit Gefangenen, die im Vollzug aufgrund ihrer Haftzeit altern	108
7.5.4	Lebensende sterben im Freiheitsentzug	108
8	„Tod eines Sünders“	111

1 Geleitwort

Endlich ist es da! Das Buch über Pflege im Justizvollzug.

Die Medizin spielt im System Justizvollzug eine entscheidende Rolle. Sie wirkt in nahezu allen Bereichen des Gefängnisses. Pflege hat eine wesentlich höhere zeitliche Präsenz als der Arzt. So ist die (Mit-)Wirkung von Pflege am vollzuglichen Geschehen noch evidenter als die des Arztes.

Qualifizierte Beobachtung gerade bei suchtkranken und psychiatrischen Menschen ist wichtig. Ebenso wichtig ist sie bei Menschen in labilen Lebenslagen, die möglicherweise suizidale Impulse nach sich ziehen können, wie es nach einer Inhaftierung regelmäßig der Fall ist.

Die Pflege ist das wichtige Bindeglied zwischen Arzt und Vollzug. Wichtige vollzugliche Informationen fließen über die Pflege an den Arzt. Nicht immer schaut der Arzt selbst aus dem Fenster und sieht den kranken Gefangenen quatschvergnügt mit einer Zigarette über den Hof rennen, nachdem er humpelnd die Sprechstunde verlassen hat. Auch das Verhalten auf Station ist von der Medizin nicht zu beobachten, ist aber in dem Setting Justizvollzug wichtig. Die fast schon qualifizierte Krankenbeobachtung auf der Station durch den erfahrenen Vollzugsbeamten (ohne medizinische Qualifikation) landet als Info via Pflege beim Arzt.

Der Arzt kann noch so gut sein, ohne die Pflege ist er nichts.

Leider gelingt es heute vielfach nicht mehr, formal qualifizierte Pflegekräfte für den Vollzug zu gewinnen. Krankenpflege im Justizvollzug muss daher auch auf andere medizinische Assistenzberufe zurückgreifen. Wichtig ist nicht die medizinische Vollqualifikation als Krankenpflegekraft. Wichtiger ist ein medizinischer Hintergrund und eine Primär-Persönlichkeit, die den besonderen Anforderungen des Justizvollzuges auch gerecht wird.

Pflege spielt die entscheidende Rolle gerade bei den brennenden Fragen des zeitgenössischen Strafvollzuges: Zunahme psychiatrischer Erkrankungen,

Suizidalität, Alter und Tod, Substitutionsbehandlungen, Behandlung der einschlägigen Infektionskrankheiten.

In allen diesen Bereichen spielt die Pflege eine Schlüsselrolle.

Der allen Bediensteten zugemutete Spagat zwischen einerseits Sicherheit/Ordnung und andererseits Empathie/Resozialisierung wird bei den Krankenpflegekräften besonders deutlich. Jeden Tag sind sie mit der alltagspraktischen Auflösung des Widerspruchs von vollzoglicher Verpflichtung im Gegensatz zur pflegerischen Aufgabe belastet. Diesen Spagat auszuhalten und im Zweifel das Primat der Medizin hochhalten, das zeichnet gute Pflege aus.

Gerade die Pflegekräfte müssen ja nicht nur den Straftäter, sondern den ganzen Patienten mit seinen sicher auch positiven Anteilen sehen. Bei all diesen Aufgaben ist es ein Wunder, dass Pflegekräfte im Justizvollzug noch nicht mit Gold aufgewogen werden.

Ich wünsche diesem Buch eine breite, auch nicht pflegerisch tätige Leserschaft und allen im Justizvollzug Pflegenden, gleich welcher Profession, immer ein empathisches und glückliches Händchen.

Karlheinz Keppler

2 Einleitung

Warum schreibt man über die Krankenpflege im Justizvollzug? Krankenpflege ist doch Krankenpflege. Denkt man(n), denkt frau.

Im Buch werden die Unterschiede zur Pflege „draußen“ hergestellt. Die Pflege wird kaum im Vollzug wahrgenommen. Sie ist halt da! Nur wenn sie fehlt, geht das ‚Gejammer‘ los. Die Pflege ist für: die PatientInnen ein Mittel zum Zweck, für den Aufsichtsdienst ein notwendiges Übel und für die Ärzte eine Arbeitskraft, die sie nicht selbst bezahlen müssen. In vielen Justizvollzugsanstalten ist die jeweilige Pflegekraft der einzige Ansprechpartner für Gefangene und Justizpersonal. Da Ärzte meist nur stundenweise in den Anstalten sind, muss die Pflegekraft muss „es richten“. Damit keine Ausführungen stattfinden müssen, kein Personal im Aufsichtsdienst, wird die jeweilige Krankenschwester, der Krankenpfleger schnell zum „Arzt/Ärztin light“. Viele Entscheidungen in dem täglichen Arbeitsablauf werden getroffen ohne eigentlichen rechtlichen Schutz. Die Krankenpflege im Justizvollzug ist „ApothekerIn light“, Schreibkraft, ComputerspezialistIn, SozialarbeiterIn, PsychologIn, BeschwerdesachbearbeiterIn, Mülleimer und gleichzeitig KollegIn. Das Betätigungsfeld kann den gesamten medizinischen Bereich umfassen, je nach Anstalt. Wie ich beim Sammeln der Anekdoten festgestellt habe, ist es aber ein erfüllendes Arbeiten im Strafvollzug. Trotz aller Schwierigkeiten, in dem hierarchischen System klarzukommen, kann ich nur empfehlen, die Pflegekraft aus dem Schattendasein herauszuholen und für mehr Wertschätzung der Arbeit zu werben. Für mich steht schon lange fest, dass es ein eigenes Berufsbild als Fachkrankenschwester/Fachkrankenschwester im Justizvollzug geben muss.

Einige Themen konnten wir in diesem Buch nicht behandeln. Nicht das wir es nicht wollten, es scheiterte aber an Einsprüchen ihrer Vorgesetzten.

Wir hoffen trotzdem, den LeserInnen einen kleinen Einblick geben zu können.

September 2019, Butzbach/Frankfurt
Wilfried Weyl/Heino Stöver

3 Die Geschichte der Krankenpflege in Haft

3.1 Geschichte

Die Krankenpflege als professionalisiertes Berufsbild befasst sich mit der Betreuung, Behandlung und Pflege von Menschen aller Altersgruppen. Im Christentum zählt die Krankenpflege zu den sieben Werken der Barmherzigkeit und steht damit in der jüdischen Tradition, der Zedaka, des Wohltätigkeitsgebots. Viele Heilige wurden durch die Pflege von Kranken, wie Cosmas und Damin, Michael, Johannes von Damaskus, Caesarius von Nazianz, Kamillus von Lellis, Pantaleon, erst zu dem was sie sind. Kamillus von Lellis ist sogar der Schutzheilige der Krankenpflege. Die übrigen werden auch von Ärzten und Apotheker als Schutzheilige verehrt.

In Lukas 10, 25–37 erzählt Jesus das Gleichnis des Barmherzigen Samariters und gibt damit jedem Christen den Auftrag, danach zu handeln. In den folgenden Jahrhunderten entstanden an den Pilgerwegen ins Heilige Land Hospitale, um kranken Pilgern zu helfen. Mit den Kreuzzügen gelangten Krankheiten nach Europa, wie z. B. Lepra, die man hier noch nicht kannte. Die Idee der Hospitäler wurde von Nonnen und Mönchsorden aufgegriffen, um Kranke abzusondern. Viele Heilige entstanden bei der Pflege von Kranken. Ihre erste „Blüte“ hatten die Hospitäler ab ca. 1350 n. Chr. als die Pest in Europa wütete. Mit der Gründung des ersten Diakonissenhauses 1836 durch Pastor Theodor Fliedner und der damit verbundenen ersten „Pflegeschule“, wurde der Vorläufer eines eigenständigen Berufsbildes geschaffen.

3.1.1 Frühzeit

Die Geschichte der Krankenpflege lässt sich bis in die Frühzeit der menschlichen Entwicklung zurückverfolgen.

Frauen waren zuständig für die Pflege und Erziehung der Kinder, betreuten das Feuer, sammelten Nahrungsmittel, betrieben Ackerbau, züchteten Kulturpflanzen und machten sich die vielfältigen Erfahrungen mit Kräutern zu Nutze, wie z. B. zur Geburtenregelung und zum Heilen. Pflegerische Handlungen fanden sich auch in magischen und religiösen Bräuchen und Riten wieder (Schamanismus). Das Betreuen von Kranken und Verwundeten lag zumeist bei der Familie und deren Sippe. Bereits in den frühen Hochkulturen Mesopotamiens, Ägyptens, Chinas und Indiens wurde hoch entwickelte Heilkunst betrieben, wie Ausgrabungen zeigen. Es wurden mehrere 100 Rezepte zum Herstellen von Heilmitteln aus dieser Zeit gefunden und übersetzt. Das Element der hippokratischen Medizin, nämlich die genaue Beobachtung des Kranken, hat für die heutige Krankenpflege noch immer eine große Bedeutung.

3.1.2 *Christentum*

Am Anfang der Christianisierung wurde Heilen noch als etwas von Gott gegebenes gesehen. Im Mittelalter konnte nur Gott heilen (siehe auch Hexenverfolgung). Aus der von Jesus gepredigten Nächstenliebe entsprang der Dienst am Menschen – Caritas. Das Waschen und Salben von Kranken, das Bekleiden und Bestatten der Toten waren die niedrigsten Dienstleistungen – das Diakonat – mit der höchsten Hoffnung auf das Ewige Leben.

Mit großer Achtung erzählte der heilige Hieronymus um 399 n. Chr. von der vornehmen Römerin Fabiola, die ihr Leben caritativen Aufgaben widmete. Sie gründete das erste öffentliche Gemeindepital und war dort als Ärztin, Heilerin und Krankenpflegerin tätig. Das Leben der Menschen war in der Zeit vom Zerfall des Römischen Reiches bis zum Hochmittelalter hin durch Kriege und Seuchen geprägt. Durch verheerende Brände in Klöstern und deren Bibliotheken wurden die heilerischen und medizinischen Niederschriften zerstört. Hebammen, Chirurgen, Bader und Wundärzte überlieferten der Bevölkerung die Heilkünste mündlich. Seit dem 11. Jahrhundert zeichnete sich eine kontinuierliche Zunahme der Bevölkerung ab. Es entstanden Städte, klösterliche Hospitäler, der Handel weitete sich aus und entlang großer Pilgerwege entstanden Spitäler. Während der Kreuzzüge in den Jahren 1096–1291 übernahmen Frauen die Pflege von Kranken und Verwundeten. Es entstanden die Orden, z. B. der Johanniterorden und der Deutschorden, in deren Satzungen auch die Pflege von Kranken und Verwundeten geregelt wurde.

3.1.3 *Mittelalter*

Im Mittelalter gründeten Frauen, die „Beginnen“, einen weltlichen Orden frei von hergebrachten Ordensregeln. Sie kamen aus allen Schichten der Bevölkerung und pflegten vorwiegend die Armen, da die wenigen Ärzte nur den Reichen zur Verfügung standen.

Vor allem im 14. und 15. Jahrhundert, einer Zeit geprägt von Hexenwahn und Hexenverfolgungen, hatten sie einen schweren Stand und wurden als Ketzerinnen und damit als Feinde der Kirche angesehen. Im 16. Jahrhundert, dem Jahrhundert der Reformationen und Gegenreformationen, wurden viele Klöster geschlossen und zerstört. Die Pflege etablierte sich vor allem in öffentlichen Siechenhäusern. Die Kranken und Hinfälligen wurden dort unter katastrophalen, hygienischen Verhältnissen und von Frauen mit teilweise eher zweifelhaftem Ruf betreut. In den mittelalterlichen Spitälern mühten sich Ärzte und Pflegende nach Kräften, zumindest das größte Elend zu lindern.

Der Dreißigjährige Krieg (1618–1648) hatte Verwüstungen, Hungersnot und Massenelend im Gefolge. Außerdem wütete die Pest und weitere Seuchenzüge folgten. Die Krankenversorgung wurde dadurch erheblich erschwert. Es kam zu einer Verwilderung der Sitten. Dies hatte natürlich Einfluss auf die Krankenpflege. 1574 erschien in Dillingen ein dreibändiges Lehrbuch zur „Krankenfürsorge“ von Jacob Oetheus. Es ist eines der ältesten Abhandlungen zur „Krankenwartung“. Jacob Oetheus war der Meinung, dass Kranken „fleißige und fürsichtige“ Pfleger zugeordnet werden sollten. Des Weiteren erschien 1679 ein Lehrbuch: „Der unterwiesene Krancken-Wärter: in 14 Capitel best.; darinnen dessen so bey den Krancken umgeheth Gebühr und Ampt abgebildet und fürgestellt wird“ in Kiel von Georg Detharding, einem Doktor der Medizin. In diesem Buch beschrieb er das Amt des Krankenwärters, nannte Auswahlkriterien und formulierte Grundsätze der Krankenwartung. Zur Krankenpflege favorisierte Detharding Frauen. Sie sollten aber nicht jünger als 40, und auch nicht zu alt sein, um die Kranken nicht zu „verdrießen“. Außerdem sollten sie kräftiger Statur sein, um den Kranken zu betten, ihm aufzuhelfen und Mut zusprechen zu können. Erstmals wurden Anforderungen an die Bildung der Pflegenden gestellt, sie mussten mindestens lesen und schreiben können. Einhundert Jahre später stellte Johann Storch ähnliche Eigenschaften an die Krankenwärter in seinem 1746 in Gotha erschienenem Lehrbuch für „Die Wohl-unterrichtete Krancken-Wärterin“. Auch Storch favorisierte Frauen für die Pflegetätigkeit. Die Ärzte im 18. Jahrhundert setzten sich zunehmend mit Fragen der Krankenpflege im Rahmen wissenschaft-

licher Abhandlungen auseinander. Als Gründer der ersten öffentlichen deutschen Krankenpflegeschule (1781 in Mannheim) gilt Franz Anton May.

3.1.4 Das 19. Jahrhundert

Das Krankenhauswesen veränderte sich im frühen 19. Jahrhundert grundsätzlich. In Kaiserswerth wurden 1836 der Rheinisch-Westfälische Diakonissenverein und die Diakonissenanstalt als Bildungsanstalten für evangelische Pflegerinnen von Theodor und Friederike Fliedner gegründet. Fliedner stellte die Krankenpflege als eine religiöse Aufgabe dar. Die Diakonissen wurden strengen Lebensregeln unterworfen. Die Ausbildung in der leiblichen Krankenpflege wurde einem Arzt übertragen und die Frauen bewusst zur Helferin des Arztes erzogen. Der geistliche Teil der Krankenpflege bestand in religiösen Gesprächen mit dem Kranken und Vorlesungen religiöser Schriften. Geistliche und leibliche Krankenpflege wurde als eine Einheit gesehen, die praktische Hilfe sollte aber Vorrang haben. Somit schuf Fliedner in der Mitte des 19. Jahrhunderts die Ethik der Krankenpflege. Fliedner stellte auch Diakonissen für die auswärtige Privatpflege zur Verfügung, erkannte aber bald, dass für eine harmonische Zusammenarbeit organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden mussten. Sie begann Diakonissen nur in solche Krankenhäuser zu entsenden, in denen sie auch die Verwaltung des Hauses übernahmen. Die Institution der Oberin wurde in diesem Zusammenhang zu einer entscheidenden Position im Krankenhaus und erhielt ein hohes Sozialprestige im Gegensatz zu den bisherigen Krankenwärterinnen. Die Oberinnen achteten streng darauf, dass nur moralisch geeignete Frauen und Mädchen als Diakonissen aufgenommen wurden. An der Charité zu Berlin arbeiteten seit 1850 Diakonissen, doch die liberalen Ärzte der naturwissenschaftlichen Schule konnten sich nicht mit deren weltanschaulichen Ansätzen arrangieren. Im Jahre 1856 setzte sich deshalb der Arzt Rudolf Virchow, Leiter der Berliner Charité, entschieden für die Ausbildung und Ausübung der Krankenpflege außerhalb kirchlicher Organisationen ein.

Henry Dunant, der als Gründer des Roten Kreuzes gilt, engagierte sich für eine verbesserte Versorgung der Verwundeten. Grund dafür waren seine Erlebnisse auf dem Schlachtfeld von Solferino (1859). Es wurden vaterländische Frauenvereine gegründet. Diese übernahmen die Versorgung der Verwundeten in den darauffolgenden Kriegen. Die Idee der öffentlichen Krankenpflege wurde weiter vorangetrieben. Durch die Verbesserung der Ausbildung der Krankenschwester, die keinem konfessionellen Orden angehörte, wurde das

soziale Ansehen gehoben. Im Laufe der Zeit wurden an vielen öffentlichen Krankenhäusern Krankenpflegeschulen errichtet, da vor allem der große Fortschritt und die Entwicklung in den operativen Fächern immer höhere Anforderungen an die Krankenpflegekräfte stellte. Um die Jahrhundertwende wurden an großen öffentlichen Krankenhäusern eigene Schwesternschaften gegründet. Die Berufsbezeichnung der Krankenschwester und die Schwesterntracht waren nun allgemein gültig und nicht nur den konfessionell Gebundenen vorbehalten. Es entwickelten sich die Berufe Säuglings- und Kinderkrankenpflege, deren Ausbildung an gesonderten Schulen stattfand.

In dieser Zeit waren die Berufsverhältnisse des Pflegepersonals von Überanstrengung, ungenügender und willkürlicher Besoldung und mangelnder Zukunftsversorgung geprägt. Agnes Karll, eine Rot-Kreuz-Schwester (1868–1927) setzte sich sehr für die Rechte der freiberuflich arbeitenden Schwester ein und gründete 1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (BOKD). Die Berufsorganisation bot den Mitgliedern Versicherungsschutz und Arbeitsplatzvermittlung, trat für die Rechte der freiberuflichen Pflegerinnen ein und sorgte für eine Ausbildung mit staatlicher Anerkennung. Agnes Karll erreichte durch ihr unermüdliches Engagement internationale Anerkennung und wurde 1909 zur Präsidentin des ICN (International Council of Nurses) gewählt.

3.1.5 Das 20. Jahrhundert

Am Ende des 1. Weltkrieges kam es im November 1918 zur Revolution, die Monarchie wurde gestürzt und die Republik ausgerufen. In dieser Zeit waren die Reaktionen aus den Reihen der Krankenpflege sehr unterschiedlich. Die Gewerkschaften bekamen jetzt wieder einen höheren Zulauf, da die Arbeitsbedingungen der Krankenpflege immer noch miserabel waren. Die Krankenpflege zersplitterte in drei große Hauptgruppen, die kirchlichen Vereinigungen, die weltlichen Genossenschaften und die freiberuflichen Krankenpflegekräfte. Auch in dieser Zeit wurde die Krankenpflege der weiblichen Eignung zugeordnet. Die Schwester sollte sich ganz und gar der Pflege widmen. Die Arbeitszeit der Krankenpflegekräfte war in dieser Zeit katastrophal. Im November 1918 gab es eine „Demobilmachungsverordnung“ (Kern der Vereinbarung waren die Anerkennung der Gewerkschaften, die Koalitionsfreiheit, tarifliche Vereinbarungen über die Arbeitsbedingungen z. B. Acht-Stunden-Tag und die Schaffung von Betriebsräten). In dieser wurde für alle gewerblichen Arbeiter, auch in der Krankenpflege, der Acht-Stunden-Tag eingeführt. Die

Arbeitszeit wurde jedoch aus sogenannten Volkszwängen von den Arbeitgebern unterlaufen. Die Pflegenden wehrten sich jedoch erfolgreich dagegen und erreichten eine Arbeitszeit von 10 Stunden pro Tag bzw. 60 Stunden wöchentlich. Zwischen 1919 und 1920 wurde der erste Tarifvertrag abgeschlossen. Doch wurden in diesem Vertrag die weiblichen Pflegekräfte vor allem finanziell stark benachteiligt.

In der Weimarer Republik begann zwar die Umsetzung der beruflichen Rechte und Möglichkeiten, doch stand die deutsche Krankenpflege, hin und her gerissen zwischen Idealismus und Rollenverständnis, in sich uneins und berufspolitisch zersplittert, an der Schwelle des Nationalsozialismus.

3.1.6 Die NS-Zeit

Der nationalsozialistische Staat begann unmittelbar nach der Machtübernahme, das gesamte Bildungssystem umzustrukturieren, so auch die Krankenpflege und Krankenpflegeausbildung. Die grundlegende Neuorganisation verfolgte im Wesentlichen zwei Ziele. Zum Ersten: die Vereinheitlichung der verschiedenen Berufsverbände, zum Zweiten: die Verdrängung der kirchlichen Verbände.

Für den Nationalsozialismus wurde die Krankenpflege zu einem wichtigen Pfeiler ihres Systems. Der Hauptaufgabenbereich der nationalsozialistischen Schwester sollte die Gemeindekrankenpflege sein, denn hier sah man die größte Einflussmöglichkeit. Die NS-Schwesternschaft sollte die Elite der deutschen Schwestern bilden. 1936 wurde ein „Fachausschuß für Schwesternwesen“ gegründet. In diesem waren vertreten: die NS-Schwesternschaft („Braune“ Schwestern), der Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen („Blaue Schwestern“), die Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes, die Diakoniegemeinschaft und der Caritasverband. Ziel der Nationalsozialisten war es, die NS-Schwesternschaft zur zahlenmäßig stärksten Gruppe zu machen. Aus diesem Grund wurde 1942 der Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen mit der NS-Schwesternschaft zusammengelegt. Trotzdem wurde dieses Ziel nicht erreicht; zu weit klafften die Weltanschauungen der verschiedenen Verbände auseinander. Dennoch empfanden viele Pflegekräfte die Neuordnung positiv. Sie versprach endlich eine Besserung der bis dahin häufig so unerträglichen Arbeitszustände. Viele erkannten jedoch erst später, bzw. viel zu spät, wie diese Verbesserung aussah und wozu die Krankenpflege dann tatsächlich missbraucht wurde. Nach dem Zusammenbruch des

Deutschen Reiches 1945 war eine völlige Neuorganisation der Krankenpflege erforderlich.

3.1.7 Stationen der Pflege von 1945 bis 1985

- Prozess der Entnazifizierung, besonders der „Braunen Schwestern“.
- Großer Bedarf an Pflegepersonen nach dem Kriegsende.
- Helene Blunck baut Agnes-Karll-Verband (BOKD) wieder auf.
- 1957: Erneute Diskussion zwischen freien Schwestern und Mutterhaus-schwestern.
- Krankenpflegegesetz von 1957, jedoch bald überarbeitungsbedürftig, da die Ausbildungsdauer von 2 Jahren von Vielen als zu kurz angesehen wird.
- 1965: Intensivmedizin und Medizintechnik verlangen gut ausgebildete Pflegekräfte: erste Schritte zur Professionalisierung.
- Novellierung des Krankenpflegegesetzes; dreijährige Ausbildung.
- Weitere Änderungen: 1969 und 1972.

3.1.8 Stationen der Pflege von 1985 bis heute

- Integration der Pflegeausbildung in das Berufsfachschulsystem.
- EU-Normen werden umgesetzt.
- Ausbildungsziele und -inhalte werden formuliert.
- Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts werden festgelegt.
- Bildungsplan: „Pflege mit System“ wird 1994 eingeführt.
- Einrichtung von Studiengängen zur Pflegewissenschaft.
- Am 01.01.2004 Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes.
- Änderung der Berufsbezeichnung von „Krankenschwester – Krankenpfleger“ in „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“.
- Generalisierung der Ausbildung mit dem Zusammenlegen der „Grundausbildung der Krankenpflege und Altenpflege“.

3.1.9 Zusammenfassung

Die Anfänge der organisierten Pflege wurden mit dem Christentum in der späten Antike begründet. Das Gebot der christlichen Nächstenliebe, der Caritas, verpflichtete zum Dienst am Nächsten und damit auch zur Sorge um den kranken Menschen.

Im späten Mittelalter nahmen sich vor allem die Orden der Ausübung der Pflege an. Durch die Reformation kam es in der Neuzeit zu einem Mangel an Pflegepersonal, dem mit dem Lohnwartesystem (d. h. Lohn wurde damals als Naturallohn verstanden, die Wärter erhielten Unterkunft, Kost und ein Bett im Krankensaal) begegnet wurde. Dadurch motivierte erstmals nicht nur die christliche Nächstenliebe die Pflegenden. Im 18. Jahrhundert arbeiteten zu wenige und zu schlecht ausgebildete Pflegepersonen in den Hospitälern; daher wurde 1781 die erste Krankenwärterschule errichtet.

Die aber immer noch desolate Pflege erforderte im 19. Jahrhundert eine Neuorganisation, der sich die konfessionellen Pflegeverbände mit einer Ausweitung des Mutterhaussystems auf katholischer Seite und der Entwicklung des Diakonissenvereins auf evangelischer Seite stellten. Die Differenzen zwischen den Pflegenden, ob die Pflege nun als Beruf oder caritative Tätigkeit anzusehen sei, prägte die Pflege bis ins 20. Jahrhundert.

Erst 1965 kam es dann zu der bereits seit langem geforderten dreijährigen Ausbildung für die Krankenpflege. Im Zuge der sich etablierenden Intensivmedizin wurden Weiterbildungen für Pflegepersonen eingerichtet, welche vorübergehend die psychosozialen Aufgaben in den Hintergrund treten ließen. Mit dem Anspruch der Patientenorientierung hielt die ganzheitliche, prozesshafte Pflege Einzug. Die eingeleitete Professionalisierung dürfte die nächsten zehn Jahre richtungweisend für die weitere Entwicklung der Pflege sein.

3.2 Der Strafvollzug

Unter Strafvollzug im weiteren Sinne des Wortes versteht man den Vollzug gerichtlich ausgesprochener Strafen bis hin zur Todesstrafe. Der engerer, und meist benutzte Sinn des Begriffs bezeichnet lediglich den Vollzug der Freiheitsstrafe. Diese hat sich in den westlichen Gesellschaften im Verlauf des 19. Jahrhunderts als Hauptstrafe durchgesetzt. Der Strafvollzug in diesem engeren Sinn findet im Rahmen eines rechtsförmigen Strafvollstreckungsverfahrens statt und wird durch das Strafvollzugsrecht geregelt. Der Vollzug der Freiheitsstrafe erfolgt in Gefängnissen die in Deutschland Justizvollzugsanstalten (JVA), in Österreich Justizanstalten und in der Schweiz Strafanstalten heißen.

3.3 Die Krankenpflege im Strafvollzug

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

Die „Schwester oder der Pfleger“ oder Knastjargon „Wärter und Wärterin“ waren bis dahin, bis auf wenige Ausnahmen, vor allem im Frauenvollzug, Wachpersonal das seinen Dienst im „Revier“ machte. Dies galt auch für die so genannten „Knast“ Krankenhäuser. Eine einheitliche Aussage über die Einstellungs Voraussetzungen, Beschäftigungsverhältnisse und Bezahlung der Krankenpflege in den einzelnen Bundesländern ist auf Grund des Föderalismus nicht zu 100% möglich. Man kann aber davon ausgehen, dass bei der Einstellung als Krankenschwester/Krankenpfleger grundsätzlich das Staatsexamen für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen notwendig ist. Die Besonderheit des Vollzugs, hoheitsrechtliche Aufgabe zu sein, bringt es mit sich, dass die neu eingestellte Pflegekraft Polizeidiensttauglich sein soll. Je nach Bundesland machen die Dienstanfänger einen Lehrgang an den jeweiligen Schulen für den Justizvollzug, um die Voraussetzungen für die Beamtenlaufbahn zu erlangen.

Das ist ein großer Unterschied zu der Welt vor den Mauern; der Krankenpfleger/die Krankenschwester im JVD (Justizvollzugsdienst) ist, in der Regel, Person im Beamtenstatus.

Der Pflegedienst gehört in Deutschland dem uniformierten, mittleren Dienst an. Die Besoldungen und die Amtsbezeichnungen richten sich nach dem Bundesbesoldung, bzw. den Länderbesoldungsgesetzen. So sind die Besoldungsstufen und das Einstiegsamt zum Beispiel in Hessen:

- A 7 Krankenschwester / Krankenpfleger
- A 7 Z Abteilungsschwester / Abteilungspfleger
- A 8 Stationsschwester / Stationspfleger
- A 9 Oberschwester / Oberpfleger
- A 9 Z Oberin / Pflegevorsteher
- A 10 Z Erste Oberin / Erster Pflegevorsteher

In der Amtssprache ist das Pflegepersonal „Ärztliches Hilfspersonal“ und untersteht dem jeweiligen Anstaltsarzt in fachlicher Hinsicht. Der/Die Disziplinarvorgesetzte ist der/die jeweilige LeiterIn der Justizvollzugsanstalt.

Je nach Art der Gefangenen – Jugendvollzug, Frauenstrafanstalt, Offener Vollzug, Sicherheitsverwahrung, „normale“ Strafvollzugsanstalt, Krankenhaus für den Strafvollzug, Vollzugsanstalt mit Bettenstation – gibt es spezifische Unterschiede im Personalschlüssel. So gilt – und hier schaue ich wieder nach Hessen – ein Schlüssel von 1 Krankenpfleger/ Krankenschwester auf 135 Gefangene. Bei Besonderheiten (z. B. viele Durchgangsgefangene oder ein hoher Anteil von Entzügen, überdurchschnittlich hohe Zahlen an psychisch auffälligen Gefangenen und andere Erschwernisse) erhöht sich die Zahl der Pflegekräfte in der jeweiligen Einrichtung.

In den stationären Einrichtungen erhöht sich der Schlüssel je nach Bettenzahl und Art der untergebrachten Gefangenen.

Krankenpflege im Justizvollzug heißt, man(n)/frau ist Pflegepersonal, Schreibkraft, ComputerspezialistIn, SozialarbeiterIn, VollzugsbeamterIn, PsychologIn, ArztIn light, BeschwerdesachbearbeiterInin, Mülleimer für alle Sorgen und KollegIn.

3.4 Revier

Jede Justizvollzugsanstalt ist anders. Aber alle haben eins gemeinsam, das Revier. Der Begriff Revier, hier Krankenrevier, stammt aus dem Militärischen Sprachgebrauch und bezeichnet die Stelle, an der der Patient dem Arzt vorgestellt wird. Das Revier ist in den meisten Fällen auch der Ort, an dem das Pflegepersonal seine meiste Arbeit hat. Im Revier findet die Sprechstunde des Anstaltsarztes oder des Krankenpflegepersonals statt. Es ist aber auch die Stelle, die dem/der Gefangenen die Möglichkeit gibt, „Urlaub“ von der Zelle zu nehmen. Die meisten Gefangenen suchen das Gespräch, Krankheiten sind oft nebensächlich.

Im Revier werden die Krankenakten schriftlich oder elektronisch geführt bzw. gelagert. Medikamente werden dort vorrätig gehalten, gestellt und ausgegeben. Die Medikamente werden von der/dem jeweiligen Anstaltsärztin/ Anstaltsarzt oder von einem/einer beauftragten Fachärztin/Facharzt verordnet. Das medizinische Hilfspersonal stellt die Medikamente, das heißt, es richtet die Medikamente für eine angeordnete Zeit, meist täglich, in Dispenser oder Tüten und veranlasst, dass diese den PatientInnen zukommen. Die Methadonvergaben finden meist auch durch das Pflegepersonal in den Krankenrevieren statt. Nicht nur die jeweilige Anstalt beeinflusst die Arbeit des

Pflegepersonals, sondern auch die Vielfalt der PatientInnen, die unterschiedlichen Nationalitäten, die unterschiedlichsten Krankheitsbilder.

Der Tag in einem Revier einer Justizvollzugsanstalt ist von PatientInnen mit Schnupfen, Hauterkrankungen, Prellungen, Zustände nach Schlägereien, Platzwunden, Arbeitsunfällen jeder Art, Verbände, Blutabnahmen, EKG, Hörtest, Medikamentenvergaben, Drogen- und Alkoholentzügen bis hin zu Zahnschmerzen geprägt. Es gibt alle Formen der Hepatitis, HIV positiven bis an AIDS erkrankten Menschen in Haft. Psychiatrische Fälle in allen Formen sind in einer Justizvollzugsanstalt an der Tagesordnung. Besonders auffällige Patienten werden in Überwachungshaftträume verbracht. Dies können Zellen mit Kameraüberwachung oder auch „besonders gesicherte Haftträume ohne gefährdende Gegenstände“, sogenannte B – Zellen sein. Eigenheiten des Vollzugs sind aber auch Bodypackstationen. Dort bleibt der durch die Polizei Festgenommene, bis er/sie die Bodypacks – im Körper eingeschmuggelte Rauschgiftpäckchen – auf natürliche Weise ausgeschieden hat. Neu sind so genannte Fesselbetten. Auf ihnen sollen Gefangene, die Gewalt gegen sich selbst richten, fixiert werden.

3.5 Stationäre Einrichtungen

Die Stationären Einrichtungen im Justizvollzug sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Es gibt Justizkrankenhäuser die zentral alle Patienten, die eine stationäre Behandlung bedürfen aufnehmen. Es gibt aber auch kleinere Einrichtungen, die dezentral zur Entlastung der Justizvollzugsanstalten arbeiten. Die stationären Einrichtungen sind für die Fälle zuständig die in einer „normalen“ Justizvollzugsanstalt nicht mehr zu „händeln“ sind. Dies können psychiatrische Fälle sein, Zustände nach chirurgischen Eingriffen die außerhalb aber auch innerhalb der Justiz durchgeführt wurden, internistische Patienten, starke Entzüge jeder Art, Pflege bei Patienten mit Zustand nach Apoplexia cerebri, Pflege bei Verbrennungsoffer und alle Arten von Erkrankungen, die in den jeweiligen Einrichtungen der Justiz behandelbar sind. Diese Abwechslung im täglichen Ablauf der Tätigkeiten, der Umgang mit allen Arten von Menschen macht den Reiz der Arbeit im Justizvollzug aus. In fast allen stationären Einrichtungen gibt es eigene wie oben beschriebene Einrichtungen mit Überwachungshaftträumen und B-Zellen.

Die andere Seite der Krankenpflege im Justizvollzug ist der ständige Zwiespalt, in dem man sich als Pflegekraft befindet. Auf der einen Seite ist man

Krankenpflegekraft (Beichtvater), auf der anderen ist man Justizbeamter. Dieser Widerspruch, der offiziell nicht sein darf, ist in der täglichen Arbeit für viele MitarbeiterInnen des Pflegediensts schwer zu ertragen. Der „weiße Dienst“, sprich Pflegedienst, ist einmal der „Beichtvater“, ein Vertrauter, einer der einem im System Justiz hilft und auf der anderen Seite der, der einschließt, der Zellenkontrolle macht, der die Post zensiert, der eine Uniform trägt. Die so entstehenden Probleme der Pflegeethik sind es, die manche MitarbeiterInnen zur Kündigung bei der Justiz treibt. Die meisten Gefangenen haben sich mit diesem System arrangiert. Sie haben oft weniger Probleme mit der zweigeteilten Rolle der Bediensteten des Krankenpflegedienstes als dieser selbst.

3.6 Pflegeethik

Ethik ist die Lehre vom mitmenschlichen Handeln unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedingungen. Aristoteles (384–322 v. Chr.) sagt, es ist die Lehre vom „guten Leben und rechten Handeln“. Das heißt für die Pflegenden das Mitmenschliche und das Fachsachliche im Handeln zu vereinen. Die Ethik als Lehre wertet nicht, sondern klärt darüber auf, welche Maßstäbe das menschliche Handeln bestimmen müssen. Die Ethik regt also zum Nachdenken über das eigene Handeln an. Ethisch ist das Handeln dann, wenn der, der handelt, sein Tun und Lassen auf der Grundlage ethischer Aussagen rechtfertigen kann. Der Ethik-Kodex für Pflegenden vom Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) in der Fassung aus dem Jahr 2000 sagt aus:

3.6.1 Präambel

Die/Der Pflegenden hat vier grundlegende Aufgaben:

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

Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe,

die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.

Die/Der Pflegende übt ihre Tätigkeit zum Wohle der/des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

3.6.2 Der Kodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende hat vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen.

Elemente des Ethikkodex: Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert der/die Pflegende ein Umfeld, in dem Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des einzelnen Menschen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.

Die/Der Pflegende gewährleistet, dass die/der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er/sie seine Zustimmung zu ihrer/seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die/Der Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die/Der Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die/Der Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

3.6.3 Pflegende und die Berufsausübung

Die/Der Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung. Die/Der Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen. Die Pflegekraft beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie/er Verantwortung übernimmt oder delegiert. Die/Der Pfl-

gende achtet in ihrem persönlichen Verhalten darauf, das Ansehen des Berufs hochzuhalten und das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege zu stärken. Die/Der Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten des Menschen.

3.6.4 Pflegende und die Profession

Die/Der Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung. Die/Der Pflegende beteiligt sich aktiv an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, die auf Forschungsergebnissen basieren. Durch ihren Berufsverband setzt sich die/der Pflegende dafür ein, dass gerechte soziale und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen werden.

3.6.5 Pflegende und ihre Kollegen

Die/Der Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren/seinen BerufskollegInnen und mit den MitarbeiterInnen anderer Bereiche. Die/Der Pflegende greift zum Schutz der PatientInnen ein, wenn ihr/sein Wohl durch einen/eine KollegIn oder andere Person gefährdet ist.

3.6.6 Pflegeethik und Krankenpflege im Justizvollzug

In dieser oben genannten Pflegeethik spiegelt sich das Problem, dass einige Pflegekräfte mit den starren Strukturen, den Sicherheitsanordnungen und dem täglichen Tagesablauf in einer Justizvollzugsanstalt haben, wider. Die/Der PatientIn ist eine/ein GefangeneR, die/der seine Haftstrafe unter den Bedingungen, die das Gesetz bestimmt, „absitzen“ muss. Bis in die 80er Jahren des letzten Jahrhunderts gab es in den Justizvollzugsanstalten noch vermehrt den „Ehrenkodex“ bei den Gefangenen. Das heißt, die Strafe, die sie/er „absitzen“ musste, gehörte zu seiner Tat und wurde von ihr/ihm auch akzeptiert. Es gab noch die/den richtigeN „SchränkerIn“ eineR, der noch stolz auf sein Handwerk war. „Du machst hier deine Arbeit, ich mach sie draußen“. Bei ihr/ihm galt noch das „Ehrenwort“.

Heute ist die Gefangenenpopulation anders, das „Gift“ hat den „Knast“ verseucht. Eine/Ein SüchtigeR hat keinen Ehrenkodex, sie/er hat die Sucht. Für

sie/ihn gibt es kein Ehrenwort mehr, sie/er sucht ständig einen Weg die Sucht zu stillen, auch auf Kosten der mitgefangenen Personen. Seit der Öffnung des „Eisernen Vorhangs“, ist das Gewaltpotenzial innerhalb der Gefängnismauern gestiegen. Ein anderes Verständnis im Umgang mit Gewalt ist in den Mauern eingekehrt. Bei all den oben genannten Veränderungen der letzten Jahre ist aber der Pflegedienst in den Augen der meisten Gefangenen ein stabilisierender Faktor geblieben. Man sieht ihn zwar als MitarbeiterIn im System, aber doch auch als eine Person, der man trotzdem vertrauen kann.

Damit ist eigentlich fast alles gesagt: ein respektvoller Umgang, sich Zeit nehmen für den Patienten, die Gefangenen als Mensch sehen und Zufriedenheit in sich finden. Frau Marianne Tober, Schwester an der Vollzugsanstalt Josefstadt in Wien, zitiert aus Wilhelm Tell, wenn sie von ihrem Umgang mit Gefangenen spricht:

„Ich kann Dir nicht alles geben, was du willst, aber ich kann Dir den Respekt geben.“

3.7 Literaturverzeichnis

Bauer, F. (1965). Geschichte der Krankenpflege. Handbuch der Entstehung und Entwicklung der Krankenpflege von der Frühzeit bis zur Gegenwart. Schriftenreihe zur Theorie und Praxis der Krankenpflege. Herausgegeben vom Deutschen Zentralblatt für Krankenpflege. Band I. Kulmbach: Verlag E.C. Baumann KG.

Bischoff, C. (1992). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert (überarbeitete und erweiterte Neuausgabe). Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.

Prof. Dr. Heinrich Haeser (1857). Geschichte christlicher Kranken-Pflege und Pflugschaften, Berlin, Verlag Hertz

Lauber, A. (Hrsg.) (2001). Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Möller, U. & Hesselbarth, U. (1994). Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege – Hintergründe – Analysen – Perspektiven (1. Auflage). Hagen: Brigitte Kunz Verlag.

Pancke-Kochinke, B. (2001). Die Geschichte der Krankenpflege (1679–2000). Ein Quellenbuch. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Schmidbaur, M. (2002). Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Frankfurter Feministische Texte – Sozialwissenschaften – Band 3 herausgegeben von Ute Gerhard in Kooperation mit dem Cornelia Goethe Centrum für Frauenstudien und die Erforschung der Geschlechtsverhältnisse, Goethe-Universität Frankfurt am Main. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.

Steppe, H. (Hrsg.) (1993). Krankenpflege im Nationalsozialismus (7. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Gökhan Randa (JVA Gießen)

4 Pflege im „Offenen Vollzug“

Die Aufgaben des Krankenpflagedienstes im offenen Vollzug sowie die Aufgaben des geschlossenen Vollzugs ähneln sich sehr. Es gibt aber einige gravierende Ausnahmen.

Im offenen Vollzug befinden sich viele Gefangene in einem Arbeitsverhältnis mit einem externen Arbeitgeber. Die JVA ist nur noch ihre Wohnadresse. Im Gegensatz zum geschlossenen Vollzug haben sie deshalb keinen Anspruch auf freie Heilfürsorge. In einem freien Beschäftigungsverhältnis sind sie, wie jeder andere ArbeitnehmerIn, krankenversichert. Im Krankheitsfall gehen sie zu einem „normalen“ Arzt, der von ihnen selbst ausgesucht werden kann. Sie werden dort wie jeder andere PatientIn behandelt. Wie jeder außerhalb der Mauern sind sie für ihre Gesundheit selbst verantwortlich. Medikamente werden von ihnen, über die Apotheke ihres Vertrauens, selbst besorgt. Verordnete Medikamente werden lediglich „beim ins Haus“ (JVA) bringen kontrolliert. Hierbei ist es wichtig, was für Wirkstoffe enthalten sind. Besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, dass keine BTM dabei sind. Benzodiazepine, Tramadol und ähnliche Wirkstoffe werden nur abgezählt, in Tagesdispenser, an die Gefangenenschaft ausgehändigt. Andere Medikamente wie Blutdrucksenker, Anti-Diabetika und andere werden in ihrer original Packung mit auf den Wohnraum (Zelle) gegeben.

Im offenen Vollzug werden regelmäßig Urinkontrollen und Alkoholtests durchgeführt. Dadurch besteht im Gegensatz zum geschlossenen Vollzug, ein erhöhtes Aufkommen an laborchemischen Untersuchungen. Primär werden sogenannte „Langzeitalkohol-Bestimmungen“ durchgeführt. Dies hängt auch damit zusammen, dass Gefangene auch ab und zu über mehrere Tage zuhause nächtigen dürfen, etwa am Wochenende. Gefangene, die zwar im offenen Vollzug sind, aber für das Land Hessen arbeiten, wie zum Beispiel Hausar-

beiter, haben weiterhin eine freie Heilfürsorge wie es die Gefangenen im geschlossenen Vollzug haben. Das heißt, der Fiskus kommt für alle anfallenden medizinischen Versorgungen auf und ist weiterhin die „Krankenkasse“ der Gefangenen.

Eine Abweichung zum geschlossenen Vollzug erleichtert extrem unsere Arbeit. Gefangene gehen zu ihren externen Ärztinnen und Ärzten selbstständig, ohne Begleitung eines Vollzugsbeamten. Termine können daher flexibler in der Terminabsprache mit den Praxen außerhalb des Vollzugs gestaltet werden.

5 Umgang mit langstrafigen Gefangenen

5.1 Krankenpflege in der Justiz

Voraussetzungen

1. Abgeschlossene Berufsausbildung
2. Polizeidiensttauglichkeit

Wünschenswert:

1. Berufserfahrung
2. Teamfähigkeit
3. Selbständigkeit
4. Empathie
5. Durchsetzungsvermögen
6. Organisationsfähigkeit

Unterschiede zum Krankenhaus „draußen“:

1. „Geschlossenes Umfeld“
2. Unfreiwillige PatientInnen, die mit ihrem Lebensumstand grundsätzlich unzufrieden sind
3. Klagefreudigkeit der PatientInnen
4. jedeR PatientIn ist psychisch in unterschiedlichem Ausmaß durch den Freiheitsentzug an sich und dem zugrunde liegendem Delikt belastet
5. Das pflegerische Tätigkeitsfeld umfasst alle Bereiche der medizinischen Versorgung (psychiatrisch, internistisch, chirurgisch, zahnärztlich, urologisch, onkologisch, zunehmend auch geriatrisch – „vom Fußpilz bis zu OP“)
6. Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV, TBC stellen in einer solchen Zwangsgemeinschaft eine besondere Herausforderung dar

7. Eine 24 h-Rundumbetreuung durch ÄrztInnen ist nicht möglich, die Pflegekraft entscheidet in den arztfreien Zeiten über die Dringlichkeit von pflegerischen/ärztlichen Behandlungen
8. Private Probleme der inhaftierten PatientInnen werden oft instrumentalisiert
9. Justiziale Belange widersprechen den pflegerischen Zielen:
 - Distanz zu PatientInnen
 - Haftfähigkeit
 - Haftraumkontrollen
 - Überwachung der Sicherheit und Ordnung der Anstalt
 - hoheitsrechtliche Handlungen wie Anwendung von unmittelbarem Zwang
10. Beamtenum mit einem hierarchischen System (Zeit mal A gleich Beförderung; nicht das Leistungsprinzip)
11. Manipulations-, Erpressungs-, Einschüchterungsversuche der PatientInnen, um Vorteile zu erlangen
12. Keine Übergabezeiten zwischen den Schichten

Während meiner Ausbildungszeit zur Krankenschwester lehrte man uns den Grundsatz der ganzheitlichen Pflege – Körper, Geist und Seele!!!

Ein gesunder Körper kann durchaus durch einen belasteten Geist/Seele erkranken, das ist allgemein bekannt. Bei meinen Patienten gibt es nicht allzu viele, die nicht durch das Delikt und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Opfer, die Familie und sie selbst belastet sind. Die Haftsituation an sich, vollständiger Kontrollverlust über die Selbstbestimmung, verursacht in vielen Fällen u.a. Depressionen.

Seit fast sechzehn Jahren arbeite ich im Erwachsenenstrafvollzug für männliche Gefangene (überwiegend langstrafige) und habe lernen müssen, dass der pflegerische Ansatz der ganzheitlichen Pflege nur modifiziert Anwendung finden kann, da der Grundsatz der Distanz zum Patienten im Vollzug deutlich höherwertiger ist und für die Sicherheit und Ordnung essentiell wichtig ist. Mit Betreten der JVA begibt man sich gewissermaßen in eine andere Welt, in der all jene in einer Zwangsgemeinschaft untergebracht sind, vor denen die Gesellschaft draußen geschützt werden muss. Dort gewinnen Dinge einen hohen Stellenwert für die Gefangenen, über die man sich als freieR BürgerIn keinerlei Gedanken macht; auch haben die Inhaftierten viel Zeit, Ideen zum Umgehen von unangenehmen Vorgaben zu entwickeln. Die

Menschen, die dort täglich arbeiten und sozusagen zwischen den Welten pendeln, sind „drinnen“ täglich Provokationen, potentiell gefährlichen Situationen und einem enormen bürokratischen Arbeitspensum und nicht gesellschaftskonformen Umgangsformen ausgesetzt. „Draußen“ begegnen sie Menschen, die ihnen mit Unverständnis und Missbilligung entgegentreten, die den Unterschied von Judikative und Exekutive nicht begreifen und die den Gedanken an Resozialisierung an sich verwerfen. Demzufolge sind auch die Bediensteten alleine durch ihre Tätigkeit in einer JVA und den Umgang mit Straftätern während ihrer Arbeitszeit von der normalen Gesellschaft entkoppelt. Es ist meines Erachtens notwendig, aber nicht einfach, im Arbeitsalltag nicht nur den Straftäter, sondern den gesamten Menschen mit seinen Stärken, Schwächen und Bedürfnissen zu sehen, um ihn im Hinblick auf Resozialisierung zu fördern, ohne das Gefahrenpotential und die notwendige Distanz außer Acht zu lassen.

Als Pflegepersonal in einer JVA ist das Arbeiten ausgesprochen vielschichtig. Letztendlich betreuen wir ein weitestgehend von der Umwelt abgeschnittenes „Dorf“ mit Bewohnern vieler unterschiedlicher Nationalitäten, Sprachen, Religionen, Sitten und soziale Hintergründe, mit nur männlichen Bewohnern in allen Altersgruppen, ausgenommen von Jugendlichen und Kindern. Anders als in einem Akutkrankenhaus auf Station, haben wir es ähnlich einer Notfallambulanz mit allen Krankheitsbildern bis hin zur Langeweile, Hypochondrie und manipulativen Erpressungsversuchen zu tun. Da unsere Patienten alle anwaltlich vertreten sind, wird der Begriff der unterlassenen Hilfeleistung gerne ins Feld geführt, um zu versuchen, Lifestyling zu betreiben und Befindlichkeiten zu befriedigen.

5.1.1 Standards für den Tagesablauf im FD stationär

(arbeitstäglich)

1. Dienstbeginn: Aufschluss zur Medikamenten- und Frühstücksvergabe, RR, Lebendkontrolle, anschließend Bestandsmeldung an die Zentrale
2. gleichzeitig Vergabe von Substitutionsmitteln (u.a. MTD)
3. Versorgung der ambulanten Patienten mit RR-Messung, Insulin tauschen, Clexane s.c. etc.
4. Müllabtragen nach Ansage der Zentrale
5. Blutentnahmen, Verbandwechsel, Infusionen, EKG, UK's o.ä.
6. Grundpflegerische Tätigkeiten (ca. 30 min.) in den Tagesablauf einplanen, je nach personeller Besetzung

7. Verbandswechsel, EKG, Infusionen, Lufu, LZ-EKG + -RR für einbestellte ambulante Patienten
8. Mittagessen-, Medikamentenausgabe, RR-Messungen. Insulin etc.
9. Röntgen, je nach personeller Besetzung
10. Freistunde/Hofgang nach Ansage der Zentrale ausschließen
11. Beaufsichtigung der Hausarbeiter bei den täglichen Reinigungstätigkeiten, Einteilung der Hausarbeiter zu nicht täglichen Reinigungsarbeiten (Grundreinigung von Hafträumen nach Verlegungen, Umkleiden, Röntgen-Raum, Apotheke etc.)
12. täglich offene Station
13. Auffüllen der Verbrauchsmaterialien (Verbandsstoffe, Medikamente, Vordrucke etc.)
14. Haftraumkontrollen
15. Assistenz bei Aufnahmegesprächen, OPs, jeglicher Behandlungen durch den Arzt

(nicht arbeitstätlich)

- Putzen im stationären Bereich organisieren
- Wäschereigang
- Visite
- planen, Patienten einbestellen, vorbereiten (Krankenakten, Materialien) für Sprechstunden externer Fachärzte
- Patienten zum Röntgen einbestellen
- Zu verlegende oder aufzunehmende Patienten bei den zuständigen Stellen zuführen
- Stationäre Patienten nach Abruf zuführen (unmittelbare Beaufsichtigung)
- Medikamente für stationäre Patienten richten
- Psychiatersprechstunde (stationär) begleiten und Ausarbeitung für ambulante und stationäre Patienten.

5.1.2 *Sucht und Substitution in Haft*

Obwohl drogenfreie „Knäste“ das erklärte Ziel sind, ist dieses Ziel in der Realität noch nicht erreicht. Drogenkonsum in der Haft liegt zwischen Akzeptanz und Verbot:

1. Welche Drogen werden in Haft konsumiert?
2. Was bedeutet Drogenkonsum für den Umgang von Personal mit den KonsumentenInnen?

3. Welche Begleiterscheinungen treten auf?
4. Substitution oder Entzug?
5. Was bedeutet Gefängnisaufenthalt für DrogenkonsumentInnen?

Es gibt keine Drogen im Knast !!!! ????

In unserer Gesellschaft stößt der Drogenkonsum auf viele Vorurteile und wird oftmals mit schwachem Charakter, Lebensunfähigkeit, Infektionskrankheiten, asozialem Verhalten, Gewalttätigkeit und Gefängnisaufenthalt in Verbindung gebracht.

Halluzinogene Substanzen werden konsumiert, seitdem die Menschheit sich Gedanken um das WOHER und WOHIN (Geburt und Tod) macht. Sie waren Bestandteil bei zeremoniellen Riten, Krankenbehandlung und der Umgang nur einigen Wenigen gestattet. In den 60er Jahren war der THC-Konsum nichts Ungewöhnliches und wurde nicht kriminalisiert, noch heute wird es als Lebensgefühl der Befreiung gewertet und belächelt.

Alkohol und Tabak sind gesellschaftsfähig und sind als besteuierungspflichtige Konsumgüter gewinnbringend. Trotz des hohen Abhängigkeitspotentials, der schweren gesundheitlichen Folgen und daraus resultierenden Mehrkosten für das Gesundheitswesen sind z. B. Oktoberfeste fester Bestandteil unserer Kultur. Zuerst muss ein Grundverständnis für krankhaftes Suchtverhalten erarbeitet werden, das sich nicht nur auf die bei uns illegalen Drogen bezieht, sondern auch legale Substanzen wie Tabak, Alkohol, Sex, Konsum von Kaufwaren und PC-Spiele etc. mit einbezieht.

5.1.3 Wann wird Konsum zur Sucht?

Wenn sich ein Verlangen aufbaut, dass alle anderen Bestandteile des Lebens in den Hintergrund rücken lässt. Wenn die Befriedigung dieses Verlangens auch das Durchbrechen erlernten Verhaltens und gesellschaftlicher Normen rechtfertigt, ist der Anfang zum persönlichen, wirtschaftlichen, beruflichen und sozialen Abstieg gemacht, der u. U. im Gefängnis endet. Eine Straftat z. B. Körperverletzung oder Mord macht nicht nur etwas mit dem Opfer, sondern verändert auch den Täter in seiner Selbstwahrnehmung. Die Haftstrafe verwehrt ihm seine gewohnten Abläufe, sozialen Kontakte, seine Selbstbestimmung – das ist die Strafe. Ziel ist die Resozialisierung, ein Überdenken des eigenen Fehlverhaltens und die Einsicht. Schon für einen geistig gesunden und stabilen Menschen ist dieses Maß an Selbstreflexion und -kritik ein harter Brocken und nicht leicht zu bewältigen. Wie stehen da

die Chancen für jemanden, der schon in Freiheit seine Selbstachtung, Stabilität, Zukunftsperspektiven und gesellschaftlichen Halt verloren hat?

Subutex, MTD, Substitol, Lyrica, Zopiclon, Tavor, Diazepam, Antidepressiva werden von dem ärztlichen Dienst zur Substitution, Suchtbekämpfung und Abschwächung der Begleiterscheinungen eingesetzt. Gerne werden sie zum Schlafenlegen der eigenen Gedanken und Aufrechterhaltung der Lebenslüge konsumiert. Der Einfallsreichtum der KonsumentInnen stellt das Vorstellungsvermögen der ÄrzteInnen oftmals in den Schatten. Denn in Haft ist aufgrund der besonderen Umstände eine sinnvolle, mit den KonsumentInnen abgesprochene Substitution mit dem Hintergedanken, trotz Sucht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, ab absurdum geführt. Somit ist der Beigebrauch (Alkohol, THC, „zugekaufte Medis“) vorprogrammiert, was den Teufelskreis der Kriminalisierung zur Drogenbeschaffung – auch innerhalb der Mauern – weiterleben lässt. Am Bedarf lässt sich erkennen, dass die dämpfenden Substanzen gefragt sind, die Gedanken sollen aufhören. Nebenwirkungen wie: Gewichtszunahme, QT-Zeit-Verlängerung, Ödeme, Obstipation bei MTD und Juckreiz, Ausschlag, vermehrtes Schwitzen, Obstipation bei Subutex werden in Kauf genommen. Es gibt keine generellen Empfehlungen, wie mit Süchtigen umzugehen ist. JedeR Einzelne hat seine Art, Delikt, Haft, Sucht und die eigene Situation zu verarbeiten. Viel hängt davon ab, wie die Einstellung zu o.g. Punkten ist: Wird die Strafe angenommen? Findet eine Verarbeitung statt? Wird die Sucht als Einschränkung wahrgenommen? – Krankheitseinsicht? Wird der medizinische Dienst als Kontrollinstanz, Hilfe verstanden? Gibt es eine Lebensperspektive für die Zeit nach der Haft? In wieweit ist Selbstdisziplin vorhanden?

Wenn man sich mit Personen auseinandersetzen und sie nicht nur verwarren möchte, die einen solchen Berg von Problemen vor sich her schieben, ist das ein zeitraubendes, von Rückschlägen geprägtes Unterfangen, das viel Empathie, Verständnis und strukturiertes Verhalten erfordert. Die Neigung, die Realität den eigenen Bedürfnissen anzugleichen und die eigene Unzulänglichkeit auf äußere Umstände zu schieben, ist weit verbreitet. Wenn erreicht wird, dass nur einer von Hundert zu der Einsicht gelangt, dass die Sucht ihn versklavt, ist das zwar noch nicht der Sieg über die Sucht, aber eine Grundvoraussetzung wurde geschaffen. Grundsätzlich kann man sagen, dass es der beste Ausgangspunkt ist, keinerlei Erwartungen zu haben. Es ist davon auszugehen, dass gelogen und gestohlen wird, denn das sind erlernte Muster. Viele Süchtige haben gar nicht den Anspruch, dass ihnen geglaubt wird und

reagieren bestenfalls mit Unglauben oder aber mit Ausnutzen von gewährten Gefälligkeiten, da langfristige Beziehungen, die auf Vertrauen beruhen in diesem Umfeld eher unüblich sind. So genannt Freundschaften enden spätestens, wenn nicht genug Stoff für alle da ist.

Es gilt, erlernte Muster zu löschen, den Blick auf das Leben als lebenswert zu korrigieren, Umgangsformen wie Höflichkeit, Verlässlichkeit, Ehrlichkeit, Zielstrebigkeit als erstrebenswert und nicht als Schwäche gelten zu lassen. Zuerst muss die Einsicht in die eigene Schwäche gewonnen werden, z. B. durch Entzugssymptomatik oder oft ist auch der drohende Verlust der Familie ausschlaggebend. Erst dann kann Aufbauarbeit stattfinden, die entweder ein Leben mit Sucht in einer sinnvollen Substitution oder (eher selten) ein abstinentes Leben zur Folge haben soll. Der menschliche Körper ist sehr leidend- und anpassungsfähig. Eine Dosis von 20–30 mg MTD (1%) führt unter normalen Umständen zu Atemdepressionen bis hin zum Tod. Im Substitutionsprogramm sind Dosen von 50–70 mg MTD die Norm, auch bis 160 mg MTD habe ich erlebt und von noch höheren Dosen wurde mir berichtet. Jedes Medikament/Substanz hat Nebenwirkungen, die den betroffenen Personen sehr wohl bekannt, lebeenseinschränkend bis lebensbedrohlich sind und trotzdem in Kauf genommen werden: Intoxikation, Infektionskrankheiten wie Hepatitiden, HIV, Abszesse, Thrombose/Embolie, Aszites, drogeninduzierte Psychosen, Depressionen, Ekzeme, Zahnverlust, Mykosen, vorzeitige Alterungsprozesse, Impotenz/Zeugungsunfähigkeit, etc.

Substitution oder Entzug ist immer eine Einzelfallentscheidung! Ob ein Patient für ein Substitutionsprogramm geeignet ist (MTD, Subutex oder Substitol, in unserer Einrichtung) hängt davon ab, welche Substanzen über welchen Zeitraum konsumiert wurden, die Einstellung des Betroffenen zur Substitution/Beigebrauch, Einschätzung des Arztes i.B.a. eine sinnvolle Substitution, Haftdauer, Begleiterkrankungen, Vollstreckungszugehörigkeit, Situation nach Haftentlassung u.v.m. Der Arzt entscheidet über Substitution vs. Entzug und über das Substitutionspräparat. Die Pflegekräfte allerdings müssen sich mit den Befindlichkeiten, dem Suchtdruck der Patienten 24h/7Tage auseinandersetzen. Oftmals waren die Patienten vor der Inhaftierung derart „vollgedröhnt“, dass sie ihren körperlichen Verfall nicht bemerkten. Erst im Rahmen des Entzuges oder einer beigebrauchsfreien Substitution in einem geschützten Raum, mit wenig Ablenkung im Alltag, werden Beschwerden wie Zahnschmerzen, infizierte Wunden wahrgenommen und plötzlich erwacht ein

Gesundheitsbewusstsein auch für langjährige chronifizierte Erkrankungen wie z. B. eine Hepatitis, mit dem Wunsch nach Therapie.

Die Substitutionstherapie dient dazu, den Suchtdruck zu befriedigen, ohne in die Beschaffungskriminalität eintauchen zu müssen, den Patienten alltags-tauglich/arbeits-tauglich zu machen und wieder an ein strukturiertes Leben heranzuführen. Sie dient der Resozialisierung und sollte die Drogenfreiheit zum Ziel haben, was allerdings oftmals Wunschdenken bleibt. In einem geschlossenen „Dorf“ (JVA) stellt eine politisch gewollte und in der Praxis bereits umgesetzte vermehrte Substitution das Personal allerdings vor enorme logistische, strukturelle und organisatorische Probleme. Da ein Tag bekanntermaßen nur aus 24 h besteht und die Arbeitszeit des Personals wie auch der Gefangenen festgeschrieben ist und im Alltag eine Vielzahl von standardisierten wie auch unverhofft eintretenden Abläufen gestemmt werden müssen, stellt ein Anstieg der Substitutionen aufgrund des Zeitaufwands eine kaum zu bewältigende Aufgabe dar.

5.2 Psychiatrische Pflege im Jugendvollzug am Beispiel der Jugendanstalt Hameln

Daniela Niggemann (JVA Hameln)

„Die Pflegekraft ist weniger „Bewirker“ als vielmehr „Ermöglicher“, d.h. sie bietet nicht Pflege an, weil sie besser wüsste, was der Kranke braucht, sondern sie hilft ihm, Selbstpflege-(Selbsthilfe-)Möglichkeiten wahrzunehmen. Erst dann ergänzt sie, wo der Kranke allein nicht zurechtkommt.

Sie steht nicht in der Entscheidung für den Kranken, sondern steht mit dem Kranken in der Entscheidung. Sie erfüllt keine Bedürfnisse der Kranken, sondern hilft ihm, seine Bedürfnisse selbst zu erfüllen.“

(Viktor v. Weizsäcker)

Dieses Zitat Viktor von Weizsäckers beschreibt sehr gut das pflegerische Selbstverständnis psychiatrisch Pflegenden. Wir legen unser Hauptaugenmerk auf die Autonomie und die eigene Entscheidungsfähigkeit der PatientInnen. So klingt es fast paradox, dass die psychiatrische Pflege einen immer größer werdenden Stellenwert in einer totalen Institution (der Begriff beschreibt den Absolutanspruch des Staates) wie einer Justizvollzugsanstalt einnimmt. Dass Psychiatrie und Justizvollzug jedoch nicht zwangsläufig im Widerspruch zueinander stehen müssen, soll dieses Kapitel aufzeigen. Um einen umfassenden Einblick in die psychiatrische Arbeit von uns Pflegenden im Justiz-

vollzug zu gewähren, werden auch die Problematiken, die durch das Aufeinandertreffen dieser zwei Welten gelöst werden wollen thematisiert. Im Folgenden wird hauptsächlich die Situation im Jugendvollzug in Hameln, Deutschlands größter Jugendstrafanstalt, dargestellt.

5.2.1 Die Vorarbeit

Die Idee zur Implementierung Psychiatrischer Abteilungen in verschiedenen niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen entstand, aufgrund der Beobachtungen von Justizvollzugsbediensteten, die eine deutliche Zunahme an psychisch auffälligen Gefängnisinsassen festgestellt haben. Psychische Auffälligkeiten erfordern einen deutlich höheren Betreuungsbedarf. Dieser konnte, in dem bis dato gegebenen Rahmen, ausschließlich durch hohes persönliches Engagement der Vollzugsbediensteten gewährleistet werden. So wurde seitens des Justizministeriums eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, welche einen Vorschlag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Inhaftierten erarbeitet hat.

Der Inhalt des erarbeiteten Projektgruppenberichts bestand unter Anderem aus der Vergrößerung bestehender psychiatrischer Stationen, der besonderen Qualifizierung des dort bereits eingesetzten Personals, sowie der Eröffnung neuer Abteilungen und der Einrichtung ambulanter psychiatrischer Betreuung. Ziel sollte zunächst sein, das benötigte Personal aus den „eigenen Reihen“ der betroffenen Anstalten zu gewinnen. Geeigneten Bediensteten (Bedienstete mit dem staatlichen Examen in einem Pflegeberuf) wurde die Möglichkeit der zweijährigen Ausbildung zur „Fachkraft für psychiatrische Pflege“ gegeben.

In Hameln gab es zu diesem Zeitpunkt noch keine Vollzugsabteilung für psychisch erkrankte Insassen, jedoch stand bereits ein leeres Unterkunftshaus zum Umbau bereit. Für die zweijährige Fachweiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege konnten hier drei Bedienstete aus dem Vollzug gewonnen werden. Die Leitung der Jugendanstalt sowie die Beteiligten der Bauabteilung und Wirtschaftsverwaltung haben frühzeitig begonnen, die angehenden FachpflegerInnen in die Planungen von Bau und Ausstattung mit einzu beziehen. So konnten die relevanten Aspekte von Justizvollzug und Psychiatrie zu einem stimmigen Konzept zusammenfließen. In der Planungs- und Bauphase wurde in unterschiedlichsten Gremien sehr kontrovers diskutiert und argumentiert. Justizvollzugsanstalten sind hierarchisch organisiert. Bezogen auf den Planungsprozess der Psychiatrischen Abteilung in Hameln war

es aber so, dass auch sehr viel Wert auf die Beiträge der Kolleginnen und Kollegen des mittleren Dienstes gelegt wurde. Besonders hinsichtlich der Ausstattung der zu eröffnenden Abteilung wurden fast alle Entscheidungen unter Einbeziehung der FachpflegerInnen getroffen. Hier sei insbesondere die farbliche Gestaltung der Abteilung erwähnt, die doch einiger Überzeugungsarbeit bedurfte. Bisher sind die Unterkunftsbereiche der Jugendanstalt in Weiß gehalten. Das hat zur Folge, dass die Atmosphäre eher kühl ist. Schmiere-reien an den Wänden oder andere Schäden jedoch schnell und relativ kosten-günstig ausgebessert werden können. Um den Leiter der Bauabteilung hier von der Sinnhaftigkeit, farblich unterschiedlich gestrichener Wände zu über-zeugen, wurde auf Grundlage der Farbpsychologie argumentiert. Außerdem fand ein gemeinsamer Besuch im Hamelner Demenzdorf statt, da hier bereits ein durchgehendes Farbkonzept umgesetzt wurde. Letztlich wurde folgender Kompromiss gefunden: das erstellte Farbkonzept beinhaltet keine Sonder-, sondern ausschließlich nachbestellbare Standardfarben. Somit kann der Kostenaufwand für Ausbesserungs- und Reparaturarbeiten auf einem ähnli-chen Niveau, wie bisher, gehalten werden.

5.2.2 Ambulante psychiatrische Versorgung

Bis zur Fertigstellung des Baus der neuen Psychiatrischen Abteilung in Hameln wurde neben der konzeptionellen Vorbereitung bereits psychiatrisch gearbeitet. Die drei, damals noch angehenden, Fachkräfte für psychiatrische Pflege haben gemeinsam mit dem neu eingestellten Psychiater an mehreren Tagen in der Woche Sprechstunden für auffällige Insassen durchgeführt. Bei entsprechendem Bedarf, wurden Medikamente verordnet und in besonderen Fällen die ambulante Versorgung durch die Fachpfleger aufgenommen. Hier wurde bereits mit der Bezugspflege begonnen. Jeder psychiatrisch betreute Insasse hatte einen Fachpfleger als Hauptansprechpartner erhalten, der bei Problemen von der Vollzugsabteilung informiert wurde. Die ambulante Be-treuung ist auf unterschiedlichste Weise erfolgt. In einigen Fällen wurden regelmäßig entlastende Gespräche angeboten, in anderen wurde alltagsprakti-sches Training in Form gemeinsamen Haftraumreinigens, Anleitung zur Kör-perhygiene und tagesstrukturierenden Maßnahmen angeboten und mit Hilfe-stellung durchgeführt. Die Wirkungsweise der verordneten Medikamente wurde ebenso erklärt, wie die Wichtigkeit der regelmäßigen Einnahme. Auch die Aufklärung über die eigene Erkrankung und deren Symptome gehört zum Aufgabengebiet der ambulant psychiatrischen Versorgung.

Eine der Fachpflegerinnen hat die Ohrakupunktur bei Suchtbeschwerden, Unruhezuständen und Schlafstörungen angeboten. Die erste ADHS Behandlung durch Neurofeedback wurde durch eine zweite Fachpflegerin begonnen. Die meisten Kontakte fanden in den Hafträumen der jeweiligen Insassen statt. Hinzu kamen beispielsweise Laufangebote oder Spaziergänge innerhalb der Jugendanstalt. Während die meisten Insassen die Betreuung des psychiatrischen Dienstes gut angenommen haben, gab es durchaus auch skeptische Personen unter ihnen. Hier war die erste Aufgabe, eine Verlässlichkeit durch konsequentes Aufsuchen und regelmäßige Angebote zu signalisieren. So gelang es regelmäßig einen Zugang zu schaffen. Einige der zu Betreuenden waren in der Untersuchungshaft untergebracht. Sie hatten ihre Hauptverhandlung bei Gericht somit noch vor sich. In einigen wenigen Fällen ging es auch darum, eine psychische Stabilisierung für diese Gerichtstermine zu erzielen. In Einzelfällen wurden die Gefangenen auch bei der Hauptverhandlung durch die Fachpfleger betreut. Gefangene, die aufgrund einer akuten Gefahr der Selbstverletzung oder eines Suizides in einem besonders gesicherten Haftraum untergebracht werden müssen, wurden dort betreut und außerdem täglich durch den Facharzt für Psychiatrie aufgesucht.

Durch die Vollzugskollegen wurde das psychiatrische Angebot anfangs durchaus skeptisch beäugt. Während die Bediensteten im täglichen Kontakt häufig Negativentscheidungen treffen müssen und damit zwangsläufig auch Konflikten ausgesetzt sind, konnten sich die Bediensteten der ambulant psychiatrischen Betreuung auch immer wieder zurückziehen, indem sie nicht permanent für die Insassen „greifbar“ waren. Zudem trug die zweijährige Fachweiterbildung dazu bei, dass ein neues Verständnis für „auffälliges“ Verhalten entwickelt wurde. Nicht selten wurden psychiatrische Entscheidungen skeptisch hinterfragt, insbesondere da eine Ungleichbehandlung der Gefangenen befürchtet wurde. Die Behandlung der Erkrankten ist individuell auf den Einzelfall abgestimmt, somit ist die beschriebene Befürchtung zunächst auch bestätigt. Diese Ungleichbehandlung liegt in der Natur der zugrundeliegenden Erkrankungen und erntet bei den vermeintlich gesunden Gefangenen, in den meisten Fällen, sogar Verständnis. Denn auch sie sind froh, wenn dadurch etwas Ruhe in das Gruppenleben einkehrt.

5.2.3 *Stationäre psychiatrische Versorgung*

Die Intensität, der eben beschriebenen ambulanten Versorgung, wurde durch die Eröffnung der psychiatrischen Abteilung reduziert und durch die Mög-

lichkeit der stationären Versorgung ergänzt. Therapie- oder psychiatrisch Pflegebedürftige werden jetzt in der neuen Vollzugsabteilung untergebracht und behandelt. Lediglich zwei ambulante Sprechstunden pro Woche gibt es weiterhin. Außerdem suchen die (inzwischen) zwei Psychiater die Insassen auf, die aufgrund einer Krise in einem besonders gesicherten Haftraum untergebracht sind.

5.2.4 *Das Team*

In der psychiatrischen Vollzugsabteilung der Jugendanstalt wird im multi-disziplinären Team gearbeitet. Diesem Team gehören an: 14 Kollegen des allgemeinen Vollzugsdienstes (1 Physiotherapeut, 3 Fachpfleger für psychiatrische Pflege, 3 Krankenpfleger, 5 Bedienstete mit psychiatrischer Basisqualifikation und 2 Bedienstete die noch nicht zusätzlich geschult sind), ein leitender Psychiater, eine Psychiaterin, eine Psychologin (50% Psychologin, 50% Vollzugsabteilungsleiterin), eine Sozialpädagogin.

5.2.5 *Die Vollzugsabteilung*

Die psychiatrische Abteilung ist in der Jugendanstalt in einem einstöckigen Unterkunftshaus untergebracht. Sie bietet bis zu 20 Gefangenen Platz. Aufgeteilt ist die Abteilung in einen Unterkunftsbereich im oberen Stockwerk und den therapeutischen Bereich im Erdgeschoss.

Der Unterkunftsbereich ist in drei Wohngruppen unterteilt, die alle so miteinander verbunden sind, dass sie ohne Türen schließen zu müssen, zu jeder Zeit betreten werden können. Hierdurch soll dem häufig erhöhten Bewegungsdrang der Erkrankten Rechnung getragen werden. Jede der Wohngruppen hat in den Gemeinschaftsräumen ein eigenes Farbkonzept. Eine Gemeinschaftsküche gehört ebenso zu jeder Gruppe wie eine Gemeinschaftsdusche und ein großräumiger Aufenthaltsbereich.

In der Wohngruppe Drei, welche als Aufnahmegruppe dient, ist die Hauszentrale untergebracht, die in der Regel ständig besetzt ist. Direkt an die Zentrale grenzt der Timeout Raum¹ und ist nur durch eine große Glasfront getrennt. Der Timeout Raum ist für Insassen gedacht, die entweder suizidal sind oder unter Ängsten leiden. Auch stark agitierte Insassen können hier,

1 Der Timeout Raum ist analog eines besonders gesicherten Haftraumes zu verstehen. Die Unterbringung erfolgt ebenfalls auf Grundlage einer Sicherheitsverfügung.

entweder kurzzeitig am Tag oder auch über Nacht, untergebracht werden. Durch die Möglichkeit der ständigen Beobachtung wird dem gesteigerten Sicherheitsbedürfnis der dort Untergebrachten Rechnung getragen. Weiterhin befinden sich in der Aufnahmegruppe drei normale Hafträume und ein Doppelhaftraum. Farblich ist die Gruppe in freundlichem gelb und hellblau gehalten. Diese Farben sollen ein positives Gefühl, sowie Verlässlichkeit und Vertrauen erzeugen. Aus dieser Gruppe gelangt man durch die Verbindungstür direkt in den offenen Gemeinschaftsraum der Gruppe Vier. Hier befinden sich sieben Einzelhafträume von denen zwei mit einer Kamera ausgestattet sind. In diesen kameraüberwachten Hafträumen werden Insassen untergebracht, deren psychischer Zustand noch nicht sicher eingeschätzt werden kann, die jedoch keiner permanenten Beobachtung oder dem grundsätzlichen Entzug gefährdender Gegenstände bedürfen. Die Beobachtungsintervalle mittels Kamera werden individuell von der Abteilungsleitung angeordnet. Die Verlegung in einen kameraüberwachten Haftraum führt nicht zwangsläufig zum Ausschluss von Gemeinschaftsaktivitäten. Die Teilnahme an den regulären Angeboten der Station wird, je nach Symptomatik, für jeden Gefangenen individuell besprochen. Im offenen Gruppenbereich befindet sich die Tischtennisplatte, die von allen Insassen der Station genutzt werden kann. Die Gefangenen freuen sich besonders, wenn sie ihr Können auch gegen einen Bediensteten unter Beweis stellen können. Diese Wohngruppe ist in Grüntönen gehalten. Grün assoziiert Natur, Ruhe, Gelassenheit. In der Wohngruppe Eins, in die man von der Gruppe Vier gelangt, sind weitere sechs Einzelhafträume sowie ein Doppelhaftraum zu finden. Des Weiteren befindet sich hier der Wasorraum mit Waschmaschine und Wäschetrockner. Diese können von den Insassen unter Aufsicht genutzt werden. Der Kicker, der sich in diesem Gruppenbereich befindet, ist ein beliebter Treffpunkt für Gefangene und Bedienstete. Durch das Bilden von Spielteams wird das Gemeinschaftsgefühl deutlich gesteigert. In aktivierenden und stimmungsaufhellenden Orange- und Gelbtönen wurde dieser Gruppenbereich gestaltet.

In den Küchen der drei Wohngruppen werden regelmäßig Koch- und Backgruppen angeboten. Das Erlernen der Zubereitung geschmackvoller und gesunder Mahlzeiten steht bei diesen Gruppen ebenso im Mittelpunkt wie die Organisation der anschließenden Reinigungsarbeiten. Langfristig wird angedacht, eine sogenannte Selbstversorgergruppe zu etablieren. Insassen, die in dieser Gruppe untergebracht sind, werden von der Anstaltsverpflegung ausgenommen und sollen unter Anleitung lernen sich mit einem zur Verfügung

gestellten Budget, selbst zu versorgen. Zurzeit ist das jedoch noch eine Vision, die sicher nicht in den nächsten Monaten realisiert werden kann.

Die Therapieräume befinden sich im Erdgeschoss des Hauses. Hierzu zählen die Arbeitstherapie, der Sport- und Physioraum, ein Raum zur Gruppentherapie und ein Zimmer für Neurofeedback und Lichttherapie.

5.2.6 Arbeitstherapie

Alle Insassen der Abteilung werden vorwiegend in der Arbeitstherapie (im Folgenden AT) eingesetzt. Ausnahmen gibt es für Gefangene, die an einer abschlussbezogenen Maßnahme, wie einem Schulkurs oder einer Ausbildung teilnehmen. Diese Gefangenen sind entweder nur kurzweilig in der Abteilung, z. B. zur Krisenintervention untergebracht oder sie haben eine ADHS Diagnose und sollen daraufhin behandelt werden. In beiden Fällen wird die schulische oder berufliche Maßnahme, soweit möglich, weitergeführt. Innerhalb der AT gibt es eine Vielzahl an Beschäftigungsmöglichkeiten. Von einem Puzzle, über Bastel- und Malmöglichkeiten bis hin zur Arbeit mit kleineren Maschinen zur Holzbearbeitung kann aus einem breiten Angebot entsprechend der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten gewählt werden. Alltagspraktisches Training, wie die Sauberkeit des Haftraumes, die eigene Körperhygiene oder das Essen mit Messer und Gabel, gehört ebenso in das therapeutische Angebot wie die Arbeit im abteilungseigenen Garten. Das übergeordnete Ziel der AT ist die langfristige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

5.2.7 Sport- und Physiotherapie

Psychische Erkrankungen führen häufig zu einer veränderten Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Die Ursachen können in der Erkrankung selbst liegen oder durch eine Gewichtszunahme aufgrund einer Medikation verursacht worden sein. In beiden Fällen kann angeleiteter Sport dabei helfen, ein besseres Wohlbefinden zu erlangen. Der Sportraum wurde durch den Physiotherapeuten ausgestattet und verfügt über eine Therapieliege, eine Hantelbank, diverse Lang- und Kurzhanteln, Pezzibälle, Sling Seile, einen großen Spiegel zur optischen Unterstützung und über Blackrolls.

5.2.8 Neurofeedback

Neurofeedback ist eine computergestützte Trainingsmethode, bei der dem Patienten ausgewählte Parameter der eigenen Gehirnaktivität, über die man für gewöhnlich keine Wahrnehmung hat, wahrnehmbar gemacht werden. Dafür bekommt das Gehirn über Monitor und Lautsprecher gespiegelt, was es gerade tut (Feedback). Durch diese Rückmeldung lernen die Patienten ihre Gehirnaktivität selbst besser zu regulieren. Viele Krankheiten, Störungen oder ungewollte Verhaltensmuster sind auf Fehlregulierung der Gehirnaktivität zurückzuführen. Mit Neurofeedback können Patienten lernen, diese Fehlregulationen besser auszugleichen und zu mehr Funktionsfähigkeit zu finden.²

5.2.9 Ohrakupunktur

Mit Hilfe von Ohrakupunktur wird die Behandlung von Entzugssymptomen, Suchtdruck, Unruhezuständen und Schlafproblemen unterstützt.

5.2.10 Gruppentherapie

Nicht nur im Strafvollzug ziehen psychisch kranke Menschen sich häufig aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Aus Scham wegen des „Andersseins“ oder aus dem Gefühl heraus sich nicht verstanden zu fühlen, isolieren sie sich zum Teil vollständig und verbringen so viel Zeit wie möglich allein und in ihren eigenen vier Wänden. Angebote der Gruppentherapie helfen der Isolation entgegenzuwirken. Während die oben beschriebenen Maßnahmen sowohl als Einzelbetreuung als auch in Gruppenaktivitäten (Neurofeedback ist immer eine Einzelmaßnahme) stattfinden, werden die folgenden Maßnahmen in der Psychiatrischen Abteilung Jugendanstalt Hameln aktuell ausschließlich als Gruppe angeboten: Psychoedukative Gruppe, Gesprächsgruppe nach TZI, Schlafgruppe, ADHS Gruppe und Gartengruppe.

Mit Ausnahme der ADHS Gruppe, die durch den leitenden Psychiater angeboten wird, handelt es sich bei allen anderen Maßnahmen um Angebote, die durch die Pflegekräfte und/oder die Bediensteten des allgemeinen Vollzugsdienstes durchgeführt werden. Die Bediensteten sind hier ganz individuell nach ihren eigenen Interessen und Fähigkeiten eingesetzt. Maßnahmen, die medizinisches und/oder pflegerisches Fachwissen voraussetzen, werden grundsätzlich von mindestens einer Pflegefachkraft geleitet, häufig gemein-

2 <https://www.eeginfo-neurofeedback.de/neurofeedback/was-ist-neurofeedback.html>

sam mit KollegInnen des allgemeinen Vollzugsdienstes. Die Psychoedukative Gruppe wird in der Regel schwerpunktmäßig angeboten und orientiert sich an den aktuell in der Abteilung auftretenden Krankheits- und Störungsbildern. Diese Gruppe kann mitunter einen hohen therapeutischen Ansatz aufweisen. Daher wird sie meist von der Psychologin und einer Fachkraft für psychiatrische Pflege geleitet.

5.2.11 Tagesablauf

In der Jugendanstalt Hameln richtet sich der Tagesablauf der Gefangenen hauptsächlich nach äußeren Gegebenheiten, wie den Arbeits- und Schulzeiten, festen Aufschluss- und Freistundenzeiten. Auch der Einsatz des Personals wird wesentlich von diesen Aspekten und den damit verbundenen Aufgaben beeinflusst. Durch die vergleichsweise hohe Personalausstattung in der psychiatrischen Abteilung und dem überwiegend arbeitstherapeutischen Einsatz innerhalb der Abteilung kann individueller, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der psychisch Erkrankten eingegangen werden. Daher ist der Tagesablauf der Abteilung eher als ein Grundgerüst zu sehen. Es kommt im Regelfall zum Tragen, wird in besonderen Krisen- und Krankheitssituationen jedoch variiert und angepasst.

Der Tag beginnt wie in allen anderen Abteilungen mit der Lebendkontrolle um 6 Uhr. Zwischen 7:15 Uhr und 7:30 Uhr werden die Hafräume geöffnet, damit die Gefangenen zum gemeinsamen Frühstück kommen können, welches zusammen mit den Bediensteten eingenommen wird. Jetzt geben alle ihr Fernsehantennenkabel ab. Hierzu haben sie sich bei der Aufnahme in einem gemeinsamen Behandlungsvertrag verpflichtet. Dies dient der Möglichkeit, sich frei vom Fernsehprogramm auf die Therapieangebote zu konzentrieren. Ausnahmen gibt es für Insassen, die sich aufgrund ihrer momentanen Symptomatik noch nicht auf therapeutische Angebote einlassen können. Um sich einen Eindruck über die aktuelle Tagesform zu verschaffen, findet während des Aufschlusses eine Befindlichkeitsabfrage statt. Das Frühstück erfüllt, neben dem Zweck das Essverhalten zu trainieren, auch die Möglichkeit einer gemeinsamen Tagesplanung und der Reflexion des Vortages. Zudem wird das Gruppengefühl gestärkt. Im Anschluss an das Frühstück erfolgt die Ausgabe der Medikation.

Um 8:30 Uhr beginnen Arbeits- und Physiotherapie. Insassen, die an diesen Angeboten nicht teilnehmen, werden zunächst wieder in ihren Hafräumen untergebracht, damit eine kurze aber möglichst ungestörte Übergabe von den

Kollegen des Frühdienstes an die Tagesdienste, die Sozialarbeiterin und die Vollzugsabteilungsleitung stattfinden kann. Gemeinsam wird hier auch der weitere Vormittag geplant. Im weiteren Verlauf fallen immer wiederkehrende Aufgaben an, wie zum Beispiel das Auffüllen des Medikamentenbestands, die Kontrolle der Pflegeakten, der Kammertausch für die Kleidung der Gefangenen, Reinigungsarbeiten mit den Gefangenen, alltagspraktische Trainings, Bezugspflegegespräche, Haftraum- und Urinkontrollen, die Pflegeplanung, angeleitete Einzelaktivitäten, Neurofeedback, einmal wöchentlich die ärztliche Visite. Welche Aktivitäten zu welcher Zeit und an welchem Tag durchgeführt werden, hängt stark von der aktuellen Belegung und den besonderen Bedürfnissen, die aus den verschiedenen Krankheitsbildern resultieren, ab.

Um 11:30 Uhr finden sich wieder alle zum gemeinsamen Mittagessen ein. Anschließend steht den Insassen circa eine halbe Stunde zur freien Verfügung, in der sie zum Beispiel Kickern, Tischtennis oder Gesellschaftsspiele spielen können. Einige nutzen die Zeit für gemeinsame Gespräche oder zum Reinigen des Haftraumes. Die Mittagsmedikation kann in dieser Zeit in der Hauszentrale abgeholt werden.

Gegen 12:20 Uhr erfolgt der Mittagseinschluss, damit von 12:30 Uhr bis 13:00 Uhr die Übergabe vom Früh- an den Spätdienst erfolgen kann. Im Anschluss finden die Therapieangebote, ähnlich wie am Vormittag, statt. Einige Insassen werden in der AT betreut, andere vom Physiotherapeuten oder in speziellen Angeboten des Pflegeteams. Grundsätzlich gilt, dass jeder Insasse sich möglichst viel außerhalb seines Haftraumes aufhalten sollte, wenn er denn die Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung hat. In der psychiatrischen Abteilung können alle Gefangenen neben der AT auch mit Hausarbeitertätigkeiten Geld verdienen. Daher sind selbst die Reinigungsarbeiten sehr beliebt, wenngleich diese häufig auch als therapeutisches Mittel eingesetzt werden. Die tägliche Arbeitszeit der erkrankten Gefangenen variiert sehr stark. Während sich die einen grade einmal eine halbe Stunde konzentrieren können, möchten andere sich am liebsten den ganzen Tag über mit Arbeit ablenken, um nicht an den vorhandenen Problemen arbeiten zu müssen. Hier haben die Bediensteten bereits ein gutes Gespür dafür entwickelt, wo ein gesundes Maß gefunden werden kann.

Die reguläre Zeit in der Arbeitstherapie endet jedoch für alle Insassen spätestens um 15:30 Uhr. Dienstags findet nachmittags keine Therapie statt. Die Bediensteten haben nach der Dienstübergabe ihre Abteilungskonferenz, in der alle wichtigen Punkte der Woche und Aktuelles aus der Anstalt bespro-

chen werden. Ab circa 15 Uhr findet eine Hausversammlung statt. Neben den Insassen nehmen hier die AVD Kollegen des Spätdienstes und ein Psychiater teil. Geleitet und protokolliert wird die Sitzung von einem Gefangenen. Hierdurch findet eine Stärkung des Verantwortungsgefühls statt.

Um 16:00 Uhr findet die gemeinsame Freistunde im Garten der Abteilung statt. Im Anschluss besteht von 17:00 bis 19:00 Uhr die Möglichkeit am gemeinsamen Aufschluss teilzunehmen. Hier finden in der Regel keine Therapieangebote mehr statt. Die Gefangenen haben die Möglichkeit die Küchen zu nutzen, zu telefonieren, Zeit mit anderen Insassen der Abteilung zu verbringen, ohne dass diese speziell angeleitet ist. Sie können sich aber auch in ihrem Haftraum zurückziehen, um zum Beispiel fernzusehen. Hierzu werden die Antennenkabel ab 17:00 Uhr wieder an die Gefangenen ausgegeben. Bis 19:00 Uhr haben die Insassen die Möglichkeit, sich ihre Abendmedikation aushändigen zu lassen, dann erfolgt derachteinschluss. In Einzelfällen wird anschließend noch Medikation an der Haftraumtür ausgegeben, denn bei aller Motivation zur Eigenverantwortung, kann diese nicht bei allen als gegeben angenommen werden.

Kurz vor 20 Uhr erfolgt die Übergabe an den Nachtdienst. Dieser verrichtet seinen Dienst vorwiegend innerhalb der Abteilung, damit in einer eventuell auftretenden Krisensituation ein bekannter Ansprechpartner vor Ort ist. Auch wenn die Türen nur im äußersten Notfall geöffnet werden. Häufig genügt bereits die persönliche Ansprache mittels Zellenkommunikationsanlage.

Am Wochenende dürfen die Gefangenen ausschlafen. Das gemeinsame Frühstück entfällt daher. Sodass das Mittagessen in der Regel die erste gemeinsame Aktivität des Tages ist. Je nach Interessenlage der Gefangenen, aber auch der eingesetzten Bediensteten, finden am Wochenende ausgewählte Angebote wie Sport, Backen, Basteln oder Gartenarbeiten statt. In den Sommermonaten besteht auch die Möglichkeit des gemeinsamen Grillens. Weil das Wochenende auch dem „Abschalten“ dienen soll, wurde hier bewusst auf feste Therapiezeiten verzichtet, daher haben die Gefangenen auch die Möglichkeit, ihr Fernsehkabel im Haftraum zu behalten.

5.2.12 Schnittstellenproblematiken

Im Vollzugsalltag kann das Aufeinandertreffen von Richtlinien und Gesetzen, denen der Jugendvollzug unterliegt, auf der einen und dem medizinisch-therapeutischen Ansatz auf der anderen Seite auch zu Irritationen führen.

Während beispielsweise Urinkontrollen im vollzuglichen Rahmen disziplinarisch gewürdigt werden können, unterliegen sie im medizinischen Bereich der Schweigepflicht. Auch soziales Fehlverhalten oder delinquente Handlungen führen in den unterschiedlichen Betrachtungsweisen zum Teil zu abweichenden Reaktionen.

Im Behandlungsvertrag, der zu Beginn der Unterbringung in der Psychiatrischen Abteilung geschlossen wird, wird bereits deutlich gemacht, dass Urinkontrollen ausschließlich aus vollzuglichen Gründen abgenommen und dokumentiert werden. Dies wird ausführlich im Aufnahmegespräch besprochen, damit den Gefangenen bewusst ist, dass auch positive Urinkontrollen nicht der medizinischen Schweigepflicht unterliegen. Daher werden diese Kontrollen, die dem Nachweis der Drogenfreiheit dienen, von der Vollzugsabteilungsleitung und nicht durch ärztliches Personal angeordnet. Bei sonstigen Fehlverhalten wird zunächst geprüft, wo der Ursprung des Verhaltens anzusiedeln ist. Handelt es sich um eine Handlung, die beispielsweise aufgrund einer Psychose erfolgt, wird auch therapeutisch auf dieses Verhalten reagiert. Ist jedoch anzunehmen, dass der Gefangene sich über den Verstoß gegen Regeln bei seiner Handlung bewusst gewesen ist, so wird dies genauso disziplinarisch oder ggf. auch strafrechtlich verfolgt wie in jeder anderen Vollzugsabteilung. Dieses differenzierte Vorgehen dauert häufig zwar länger, führt jedoch dazu, dass den besonderen Gegebenheiten der Erkrankten Rechnung getragen wird, ohne dabei das Gesamtsystem des Vollzuges zu unterlaufen.

Wilfried Weyl

6 Anekdoten aus der Krankenpflege im Justizvollzug

37 Jahre Knast, gesammelt von Wilfried Weyl

Vorwort:

Die JVA Butzbach ist eine Haftanstalt der Sicherheitsstufe 1 in Hessen. In ihr werden männliche Strafgefangene mit einer Strafe ab 2 Jahre und 3 Monate untergebracht. Ihr angegliedert ist eine Station für bettlägerige Gefangene. Als ich dort anfang zu arbeiten, hieß diese Bezirkskrankenhaus bei der JVA Butzbach, auch in der Stellenausschreibung. Heute nennt sich das Ganze halt bettenführende Abteilung. Alle Personen und Orte sind so vorgekommen. Ich habe aber manche Namen verändert, auch ist keine zeitliche Reihenfolge vorgesehen. Die JVA Butzbach wurde von mir in etwa so beschrieben wie sie zum damaligen Zeitpunkt war. Einige Orte habe ich aber aus Sicherheitsgründen etwas verändert. Die Krankenpflege unterscheidet sich in einigen Punkten von der Krankenpflege draußen. Ich habe deshalb nicht wie und wann Medikamente ausgegeben werden oder Verbände gemacht werden notiert, sondern versucht einige Besonderheiten zu beschreiben. Die Patientenklintel umfasst alle Krankheiten von der Versorgung eines 80% Körperverbrannten, der eine lebenslange Strafe bei uns abliegen muss, Internistische Erkrankungen, Zustände vor und nach Chirurgischen Eingriffen, Psychiatrischen Fällen bis hin zur Sterbebegleitung. Es gibt nichts, was nicht versucht wird zu behandeln.

Alles was jetzt kommt fing eigentlich an als ich in einem Krankenhaus aufwachte und eine Krankenschwester „Guten Morgen“ sagte. Das Letzte woran ich mich erinnerte war ein Motorrad, was uns entgegenkam. Nur als das Geräusch von zerknitterten Blech und platzenden Glas durch meine Gehirngänge drang, musste ich feststellen, es war ein Auto. Ich war Beifahrer. Mein

Freund und ich hatten was getrunken und waren auf dem Weg zu unseren Freundinnen. In den Tagen nach dem Unfall, hatte ich viel Zeit über mich nachzudenken. Irgendwann kam ich zu dem Schluss, was du bis jetzt gemacht hast, kann auch nicht sein. Eine freundliche Krankenschwester und ein Krankenpfleger, die mich auf der Station betreuten, gaben schließlich den Ausschlag: ich werde Krankenpfleger. – Ich wurde Krankenpfleger!

Die Bundeswehrzeit brachte mich als „Sani“ über Hermeskeil im Hunsrück, Koblenz, Diez, Gießen und München wieder nach Gießen als Arbeits- und Wohnort. Ich heiratete und wir bekamen einen Sohn. Dann kam wieder die Frage: Was jetzt? – Eigentlich war ich zufrieden, aber irgendwas fehlte mir trotzdem. Da stand ich dann vor dem großen Tor, mit einem etwas mulmigen Gefühl im Magen. Ich nahm aber allen Mut zusammen und drückte auf die vorhandene Klingel. Die Tür ging auf und ein Glatzköpfiger, Lolli-lutschender Mann, mit kariierter Jacke und mürrischem Gesicht schob sich an mir, in Bekleidung eines Beamten in einer grünen Uniform, vorbei nach draußen. Das mulmige Gefühl verstärkte sich. Hatte ich wirklich die richtige Entscheidung getroffen? Da ich ja von meinen Eltern zur Höflichkeit erzogen worden bin, rutschte mir ein zögerliches „Guten Morgen“ noch über die Lippen. „Komme se rin“, brachte mich aber doch dazu durch die Tür zu gehen, die sich mit einem lauten Schlag hinter mir schloss.

„Sie sinn also der neu Sani“, sprach mich ein schlanker Herr in grüner Uniform durch eine Scheibe an. „Ja“, mehr kam nicht raus. „Wadde Se, Se wern abgeholt.“ Lange hatte ich überlegt, wo ich nach meiner Bundeswehrzeit als Krankenpfleger arbeiten sollte. Ich wollte etwas anderes als Klinikalltag, aber was? Ein Bekannter hatte mich auf eine Anzeige in der Gießener Zeitung aufmerksam gemacht. Das Bezirkskrankenhaus bei der JVA Butzbach suchte einen Krankenpfleger. Internet gab es nicht. Was um alles in der Welt ist ein Bezirkskrankenhaus und was ist eine JVA. Wo liegt Butzbach? Ich kannte einen, der einen kannte und der kannte den Anstaltsarzt in Butzbach. Außerdem kannte der noch einen Bediensteten der in Butzbach im „Knast“ arbeitet. Knast und Krankenpflege, das ist doch was Anderes!

Also an’s Telefon, das war damals noch ein graues Gerät, das an der Wand „festgebunden“ war, und den guten Mann angerufen. „Ja, wir haben einen Anstaltsarzt, ein paar Pfleger und eine Bettenstation. Da müssen Sie mal vorbei kommen. Sie müssen keine Angst haben. Das ist halt ein etwas anderer Arbeitsplatz. Soll ich mal fragen, wenn der Doktor Zeit hat? Ich habe morgen Frühdienst, rufen Sie mich morgen Abend mal an, dann kann ich Ihnen

sagen, ob wir noch einen Pfleger brauchen.“ Am nächsten Abend: „Der Doktor und der Oberpfleger hätten am Donnerstag gegen 10 Uhr Zeit, wenn sie können, sag ich denen morgen Bescheid.“ Es war zwar schon Dienstag, aber am Donnerstag hatte ich einen freien Tag, also sagte ich zu. Neugierig war ich schon.

An dem Donnerstag war ich zum ersten Mal in Butzbach. Das Gefängnis ist, wenn man aus Gießen kommt, nicht zu übersehen. Ein mächtiger Backsteinbau mit Sandsteinabsetzungen. Der Weg zur Pforte ist von passenden Backsteinhäusern mit großen gepflegten Gärten gesäumt. Das große Eisentor hat schon etwas Bedrohliches. Ich stand also an diesem Donnerstag genauso ratlos vor diesem Tor und harte der Dinge, die da kommen. Irgendwie hatte man mich wohl hinter dem Tor wahrgenommen. Ein schlanker Mittvierziger in weißem Kittel öffnete eine Tür in dem großen Eisentor „Sind sie der Herr Weyl?“ Ich bejahte und er sagte, ich solle ihm folgen. Er stellte sich mir als Herr Z. vor. „Ich bin hier der Pflegevorsteher, die Oberschwester, wenn Sie wollen.“ Nach der nächsten Tür standen wir im sogenannten Innenhof. Das wichtigste Arbeitsgerät, bekam ich erklärt, ist der Schlüssel. „Den muss man immer am Mann haben, nie liegen lassen.“ Mein Blick fiel auf den imposanten Bau des Gefängnisses. Der Weg war mit Basaltpflaster ausgelegt. Links und rechts standen Bäume, Büsche und Blumen in Reih und Glied. Die Front hatte eine burgenähnliche Erscheinung, die mit Efeu komplett überwuchert war. Ein Mann in einem Blaumann saß vor einem Tor, das von dem Innenhof abzweigte und klopfte Basaltsteine neu in den Hof.

Pflegevorsteher Z. bog aber links. Sein Ziel war ein hinter einer Mauer gelegenes Gebäude. Er ging auf eine Eisentür zu und ich hörte das erste Mal das „Klag“ des Schlüssels. Ein Geräusch, das mich dann viele Jahre begleitete und sich auch heute noch im Traum einschleicht. Nachdem ich durch die Tür getreten war, wurde hinter mir die Eisentür wieder verschlossen, „klag“. Zwei Meter weiter über Kopfstein und zwei Stufen, die nächste Tür, „klag“. „Jetzt sind wir vielleicht an ihrem zukünftigen Arbeitsplatz, das Bezirkskrankenhaus“, sagte mein Pflegevorsteher mit Stolz in der Stimme. „klag“, hinter mir schloss sich die Tür. „Rechts ist die Kammer für unser Krankenhaus, links geht es in den Keller, die Treppe hoch sind zwei Krankenzimmer, die Hausarbeiter, das Bad und die Apotheke.“ Wir gehen aber erst zum Doktor. Drei Stufen und eine Tür, die aber offen stand. „Rechts ist das Röntgen, das mache ich, dann kommt mein Büro, daneben ist die Personaltoilette. Neben der Toilette befindet sich der Krankensaal 8 mit 10 Betten, alle belegt.

Geradeaus der Behandlungsraum mit Labor und EKG. Links davon Saal 6 mit 10 Betten, davon 8 belegt. Daneben die Entsorgung, dann unsere Küche, der Warteraum und unser Doktor M.“ Er klopfte kurz an der Tür und trat ein. Kein klag. Ein älterer, freundlich wirkender Mann saß hinter einem Schreibtisch. Ein braunes Bücherregal, ein Aquarium, ein kleiner Aktenschrank, eine große Adler Schreibmaschine, ein großes 50er Jahre Radio und ein paar Bilder vervollständigten die Einrichtung. „Hallo Herr Weyl, willkommen im Gefängnis! Schön, dass Sie es einrichten konnten so kurzfristig zu kommen. Vergessen sie nicht was sie in ihrem Beruf gelernt haben, hier lernt man aber noch ganz andere Sachen.“ Er setzte sich wieder und bot mir einen Platz vor dem Schreibtisch an. „Ich muss leider gleich nach Rockenberg, der Kollege dort ist krank. Sie sind aber bei Herr Z. in den besten Händen. Wenn Sie sich für uns entscheiden, würde mich das freuen, ich glaube, Sie passen hier rein.“ Herr Z. stand auf, fragte noch ob Herr Dr. M. nochmal rein kommen würde und deutete mir an ihm zu folgen. Ich dachte noch zum Reden kommt man hier ja nicht, als ein „Klag“ ertönte und kurz danach ein weiteres „Klag.“ „Ei, de Weyl!“ Ein Mann in weißen Hosen und Kittel kam die drei Stufen herauf. Einen weiteren Mann in blau sah ich mit einem Korb in der Kammer verschwinden und noch einen Mann in blau die Treppe hochgehen. „Als ich den Namen gelesen habe mit y habe ich mir schon gedacht, er könnte es sein.“ In meinem Hirn arbeitete es fieberhaft. Das Gesicht und die Stimme kannte ich, aber woher? Die rotblonden Haare, woher kenne ich den? Dann fiel es mir ein „Bundeswehrkrankenhaus Gießen, Orthopädie Karl-Heinz S.“ „Sie kennen sich?“, fragte Z. „Klar, wir haben mal ein paar Wochen zusammen Dienst gemacht, ist ein feiner Kerl.“ Ob es Z. recht war, weiß ich nicht, aber der Bann war gebrochen. Karl-Heinz und ich erzählten uns ein wenig und ich konnte mir das erste Mal vorstellen hier zu arbeiten. Z. wurde es etwas zu lang „Wir müssen noch zum Chef.“ „Tschüss Karl-Heinz bis dann mal“, „klag“ und schon sind wir draußen, „klag“. Vor der Eisentür biegen wir aber links ab und gehen auf eine kleine Tür in der Mauer zu. Über einen kleinen Schuppen, der dort an der Mauer war, erklärte mir Z. im Vorbeigehen: „Da haben wir eine Leichenhalle und unser Aktenlager“. „Klag“ und wir standen im nächsten Hof. Links war ein Arbeitsbetrieb. Männer in blau trugen irgendwelche Sachen von diesem Arbeitsschuppen in eine Wellblechhalle. Ein Mann in grün sah ihnen zu und sprach einige an. Wir gingen aber daran vorbei und Richtung, wie mir Z. sagte, Zellenbau. „Rechts ist die Verwaltung und wir gehen jetzt in den A-Flügel.“ „Klag“. Fernsehen ist nichts dagegen. Backsteinbau, Männer in blau und grün, die sich in dem Haus auf vier Stock-

werken, in für mich nicht nachvollziehbaren Abläufen bewegen. Treppen und schmale Flure hängen an den Wänden, Schlüssel klirren und Stimmengewirr. Ein leicht moderiger Geruch hing in der Luft. Ein paar Schritte weiter und wir stehen unter der Zentrale. „Von hier gehen die Flügel ab. A da sind wir rein gekommen, B-Flügel gerade aus und rechts der C-Flügel.“ Halb rechts aus einer nur angelehnten Tür kommen Dampfschwaden, das Hausbad bekomme ich erklärt. Wir gehen eine Treppe hoch, Männer in blau gehen die Treppe runter, andere mit hoch. Die Tür zum Hausbad geht ständig auf und zu. „Duschen für die Hausarbeiter“, höre ich. Wer sind Hausarbeiter? Wir stehen jetzt im ersten Stock und Z. meint: „B-2, da sitzen die bösen Buben“. – Aha. „C-3 die Ausländer, B-4 die Besatzungsstreitkräfte“. – Aha. Hinter uns in Richtung Verwaltung ist die Zentrale. Ein Glaskasten, der ein bisschen an einen Fahrkartenschalter in einem Bahnhof erinnert, ein Mann in grün sitzt darin und grüßt Z. mit einem freundlichen „Hallo Doktor, ist das der Neue?“, um gleich darauf an uns vorbei einen Mann in blau anzuschreien: „Ich hab Dir gesagt, mach Dich auf deine Station und drück Dich nicht hier rum!“ Wir gehen um die Zentrale herum und durch eine Gittertür. An das „Klag“ des Schlüssels hab ich mich schon gewöhnt. In dem Glaskasten zieht sich der Beamte gerade eine Brise Schnupftabak rein. Eine Eisentür mit bruchsicheren Glaseinlagen wurde von dem Schlüssel bezwungen und nachdem wir durch waren wieder verschlossen. Deutlich leiser. Hier sah man keine grünen Männer. Hier herrscht der Verwaltungsbeamte. Schreibmaschinen klappern und der Geruch von Matritzenessig hing in der Luft. „Rechts ist die Vollzugsgeschäftsstelle“, bekam ich mit. „Links sitzt der Anstaltsleiter Herr W.“, eine Tür weiter auf der rechten Seite saß eine Frau hinter ihrem Schreibtisch an der Schreibmaschine. „Hallo E.“, wurde mein Pflegevorsteher mit Vornamen begrüßt, „kannst rein gehen.“ Von dem Zimmer ging eine Tür links ab, die offen stand. Ein schlanker Mann, mittleren Alters, kam um seinen Schreibtisch herum und gab mir die Hand. Irgendwie war ich von ihm angetan: freundlich, ruhig und irgendwie eine besondere Ausstrahlung. Das ist ein Chef, dachte ich bei mir. Er erklärte mir die JVA Butzbach mit wenigen Worten und das besondere Arbeitsfeld, in dem ich mich beworben hatte. „Ich hoffe, Sie entscheiden sich für uns. Ich denke, wir werden miteinander auskommen, wenn sie Fragen oder ein Problem haben, kommen sie einfach rein oder rufen Sie an.“ Der nächste, den wir aufsuchten war ein Herr G. der am Ende des Flurs links saß. Von ihm bekam ich dann noch gesagt wie und was für Bewerbungsunterlagen gebraucht würden und an wen ich alles zu schicken hätte. Er würde sich dann bei mir melden und mir die weiteren Termine

mitteilen. „Was für Termine?“. „Ärztliche Untersuchung auf Polizeidiensttauglichkeit, psychologischer und schulischer Test.“ – Na, das kann ja heiter werden. Herr Z. brachte mich noch zum Tor und ich war nach den vielen „Klag“ wieder in Freiheit.

Bereits ein Woche später hatte ich eine schulische Prüfung und meinen psychologischen Test. Der schulische Test war nicht schlimm und gut zu schaffen. Diesmal saß ich einen Stock über der Verwaltung mit mehreren Bewerbern für den Aufsichtsdienst zusammen. Nach der Schule folgte der psychologische Test. Herr L., ein ruhiger Mann, der den Test durchführte, war nur einmal etwas von mir aus seiner Fassung gebracht worden. Auf die Frage: „Haben Sie schon mal Rauschgift genommen?“, meine Antwort: „Ich hab mal gehascht“, langes Schweigen: „Wann?“, „Mit 16, also vor Jahren“, langes Schweigen: „Sie sind der erste, der bei der Frage die Wahrheit bei einem Bewerbergespräch sagt.“ Er schaute sich den Test an und fragte noch: „Und Sie wollen wirklich hier anfangen?“ Damit hatte ich den Test dann auch bestanden. Für den Test beim Anstaltsarzt, der hier auch als Amtsarzt fungierte, kam die Einladung ein paar Tage später. Am selben Tag kam aber auch ein Anruf von Herr G. von der Personalstelle der JVA. „Können Sie schon morgen kommen, der Doktor muss in Gießen vertreten. 17 Uhr.“ – Geht.

Am nächsten Tag 17 Uhr war ich bei Dr. M. Karl-Heinz hatte Dienst und holte mich an der Pforte ab. M. untersuchte mich und zeigte mir seine ersten durchaus liebenswerten Eigenschaften. Mein Gehör testete er in dem er leise in eine Ecke redete. Das Problem meiner Körpergröße entschied er einfach mit dem Wort „Passt“. Karl-Heinz hatte Kaffee gekocht und wir setzten uns in die Stationsküche. Stationsküche ist eigentlich ein starkes Wort für den Raum. Ein Tisch, zwei Stühle, ein Elektroherd, ein Hängeschrank, ein Waschbecken, ein großes vergittertes Fenster mit Blick auf einen kleinen Garten und über dem Tisch ein kleines Regal. Dr. M. ging in sein Büro und Karl-Heinz zeigte mir das Krankenhaus. Zwei Männer in blau stellte er mir als unsere Hausarbeiter vor. „Wenn Du mal was wissen willst, kannst du die auch fragen.“ Das Büro von Z. war gegenüber der Stationsküche. Am Schreibtisch war eine Art Theke angebracht, in der von der Schreibtischseite her eine Ablage angebracht war, in der viele Formulare verstaut wurden. Links neben dem Schreibtisch stand ein kleinerer Tisch, auf dem eine große, graue Schreibmaschine stand. Über der Schreibmaschine hing eine Klade an der Wand, an der Namensschilder unter den Zahlen 6 und 8, 12 und 14 angebracht waren. „Die Patienten“, sagte Karl-Heinz. Ein kleinerer Plan hing da-

neben „Der Dienstplan.“ Es gab einen Herrn Z., bei dem von Montag bis Freitag ein „G“ vermerkt war. Samstag und Sonntag ein „F“. Einen Herr R. bei dem die Woche ein „K2“ stand. Herr W. mit „K1“, Herr M. mit „N“, Herr D. mit „R1“ und Herr T. mit „R2“. Zwischendrin gab es bei einigen ein „F“, der „K1“ und der „K2“ stand bei Zweien auch an dem Wochenende. Ein großes vergittertes Fenster mit Blick auf die Leichenhalle und Aktenschranke vervollständigten das Büro oder auch Geschäftsstelle genannt. Das besondere war noch ein Schrank, in dem Salben gelagert wurden. Im Behandlungsraum stand eine Liege, Schränke mit Instrumenten, ein Medikamentenschrank, eine große Ablage, auf der irgendwelche Geräte standen, ein Verbandswagen, ein Sterilisator hing neben zwei Hängeschränken. Selbst auf der Fensterbank lag Verbandsmaterial. Der Blick durch zwei vergitterte Fenster fiel auf eine große Rasenfläche. Hinter der Rasenfläche befand sich die Gefängnismauer mit einem Wachturm, auf dem ich eine Person ausmachen konnte. „So, dann werde ich mal zu machen, Du musst ja auch gehen, der Nachtdienst kommt ja gleich.“ Karl-Heinz ging zu Saal 6, öffnete und sagte: „Gute Nacht, braucht noch jemand was? – Na dann bis morgen, ich mach mal an“. Neben der Tür betätigte er einen Schalter und im Saal ging ein Fernsehgerät an. Tür zu, Schlüssel drehen, Stöpsel rein. Dann das gleiche Spiel an Saal 8, nur das hier jemand etwas gegen Kopfschmerzen haben wollte. Ein Griff in die Kitteltasche, eine Tablette heraus gekramt, einem zur Tür kommenden, kräftigen Mann in einem gestreiften Anzug in die Hand gedrückt, Fernsehgerät an, Tür abgeschlossen und gestöpselt. Im Stockwerk höher war nur ein Einzelzimmer mit einem älteren Gefangenen belegt. „Der hat starkes Asthma, da ist die Tür den Tag über immer auf.“ „Gute Nacht bis morgen, Herr A.“. „Gute Nacht“ und Tür zu. Nebenan war die Zelle der Hausarbeiter. Zwei Gefangene, die in der Abteilung halfen, sauber machten, Essen in der Küche holten und verteilten. „Die zwei sind die einzigen, die einen Fernseher haben, weil die nicht in den Zellenbau können und an nichts im Haus teilnehmen können. Außerdem haben sie eine separate Toilette“, erklärte mir Karl-Heinz. Die zwei Herren in blau unterhielten sich kurz mit meinem Kollegen, der mich ihnen kurz mit: „Gibt vielleicht der Neue“ vorstellte. Das freundliche „Gute Nacht“ und das „bis morgen“ und schon war die Tür zu. Das Bad war nichts Besonderes; eine normale Badewanne und eine Dusche, mehr war da nicht. Die Tür, die vom Bad abzweigte, ging in die „Apotheke“. Ein verdunkelter Raum in dem ein Regal und ein Schrank standen. Direkt rechts neben der Tür befand sich ein Röntgenfilm-Entwicklerbecken. Darüber eine Schwarzlampe, wie man sie in Dunkelkammern benutzte. Nach dem Rundgang brachte mich Karl-Heinz

zurück zur Außenpforte, an der ein blonder etwas zu Hüftgold neigender, in weiß gekleideter Mann mit den Beamten in grün unterhielt. „Das ist der Kollege Rainer“, sagte Karl-Heinz „der hat jetzt Nachtdienst.“ Wir stellten uns einander vor und Rainer wünschte mir viel Glück bei meiner Bewerbung. Rainer und Karl-Heinz machten noch eine Übergabe an der Außenpforte und wünschten sich eine ruhige Nacht. Ich ging mit Karl-Heinz aus der JVA: „Rainer ist ein bisschen kompliziert, aber in Ordnung. „Na ja, hat ja jeder seine Macke.“ Noch ein „Tschüss“ und er ging zu seinem und ich meinem Auto.

Ein paar Tage später bekam ich die Zusage zur Einstellung als Krankenpfleger in der JVA Butzbach zum 1. Oktober 1978. Mit mir hatten noch zwei Männer ihren ersten Arbeitstag in der JVA Butzbach. Otto S. und Jürgen K. Beide hatten sich für den Allgemeinen Justizvollzugsdienst beworben und die Einstellungskriterien bestanden. Ein Mann in grün holte uns ab „Ich bin Herr L., der Vollzugsdienstleiter“, was auch immer ein Vollzugsdienstleiter war. Wichtig war er wohl, zumindest machte er so. „Dann werden wir Sie erst mal einkleiden lassen.“ Im Innenhof viel mir diesmal, hatte ich vermutlich beim ersten Besuch übersehen, eine große Waage mit Wiegehäuschen auf. „Die ist für die Schweine“, sagte L. „Wir schlachten selbst.“ Wir bogen statt nach links zum Krankenhaus, vor dem Efeu überwucherten Verwaltungstrakt, rechts ab. „Die Schuppen rechts sind von der Hofkolonne, geradeaus die Metzgerei und das Schlachthaus“, „Das Haus ist die Küche und der Eingang dahinten ist die Wäscherei.“ Wir gingen in die Wäscherei, in der uns ein etwas kräftiger Mann in einem grauen Kittel empfing. Er ging die Treppe hoch in ein großes Lager mit Regalen von Wäsche in allen möglichen Varianten. Unterhosen, Unterhemden, Socken, Taschentücher, Hemden, Hosen, Jacken, Handtücher und weiß der Kuckuck was noch alles. Die vorherrschende Farbe war grau und blau. In einem separaten Raum bekam jeder von uns eine Uniform. Ich kam mir schon vor wie bei der Bundeswehr, passt. Die Uniformen wurden für jeden extra in Kisten verpackt. „Die können Sie gleich abholen. Schwarze Socken und schwarze Schuhe werden darauf angezogen. Morgen kommen Sie zum Frühdienst, Sie müssen sich um halb sieben an der Zentrale melden. So und jetzt gehen wir in mein Büro.“ Aus der Waschküche raus, durch wie ich jetzt weiß den Wirtschaftshof, durch eine kleine Metalltür in den C-Flügel. Treppe hoch, an der Zentrale vorbei, noch eine Treppe hoch und schon erklärte uns L.: „Mein Büro hat zwei Türen, eine von der Verwaltung aus und eine zum Zellenbau, damit ich überall schnell sein kann.“ – Ein Held. Er schloss die Tür auf und wir betraten sein Büro. In ihm saß ein weiterer Herr

in grün. „Mein Stellvertreter, Herr G.“ G. gab uns mit einem Brummen die Hand, brummte irgendwas zu L. und ging durch die andere Tür in die Verwaltung. Dafür wurde die Tür zum Zellenbau geöffnet und ein anderer Beamter betrat den Raum. „Das ist der Flügelverwalter W., er wird sich Ihnen – außer Herrn Weyl – annehmen.“ „Zunächst aber werde ich Sie alle belehren.“ Es folgte eine wortreiche Belehrung durch L. über den Umgang mit Gefangenen, Distanz und Nähe, den Schlüssel und wie er zu behandeln ist, den Umgang des Personals untereinander und wie wichtig der Strafvollzug ist, das man im Beamtenbund ist, der billiger sei und man eine Schlüsselversicherung hätte. Einige Unterschriften wurden unter Papiere gesetzt „So, dann können Sie auch Schlüssel bekommen.“ Die zwei Mitanfänger gingen jetzt mit W. in den Zellenbau. Ich ging mit L. noch durch die Verwaltung zu Herrn G. Hier auch noch ein paar Unterschriften und die Frage, ob ich schon im Beamtenbund sei, wegen der Schlüsselversicherung. Dann ging ich die Kiste mit der Uniform holen und schon hatte ich Feierabend. „Bis morgen und Tschüss“. Mein erster Arbeitstag war bereits nach vier Stunden beendet.

Am 2. Oktober war ich bereits um sechs Uhr an der Pforte. Ich bekam einen Schlüsselbund mit einem großen und vielen kleinen Schlüsseln. Am Bund war ein weißes Lederband befestigt mit einem Karabinerhaken. „Den musst‘e am Gürtel festmachen“, bekam ich gesagt. Ich schloss mich zwei Herren in grün an und stellte mich auch gleich vor. „Du bist der neue Sani.“ – Woher wussten die das? Ich hatte doch auch grün an. Im Verwaltungsflur standen die Beamten und warteten auf irgendwas. Die Tür zum Zellenbau ging auf und ein kleinerer, kräftiger Mann kam mit einem Zettel heraus. Er las Namen vor und die Einzelnen meldeten sich bei ihrem Namen mit „Hier!“. Mein Name wurde nicht aufgerufen. Jetzt nannte er wieder die Namen und sagte zu jedem noch auf welcher Station er heute Dienst habe. „Der neue Sani geht erst mal mit D. auf A-2.“ Ein Mittvierziger, Schwarzhaariger drehte sich um, sah mich an und sagte: „Na, dann komm mal mit.“ Wir gingen in den Zellenbau. Hinter der Zentrale befand sich ein Verteilerkasten mit grauen Plastiktafeln und Papierzeug. D. nahm alles was im Fach A-2 lag mit. A-2 war, von der Zentrale aus gesehen, im ersten Stock rechts. In der Mitte der Station befand sich ein kleines Glashaus. Dieses war das Stationshäuschen. Eine Art Schreibtisch mit vielen kleinen Fächern mit irgendwelchen Formularen, einem schwarzen Telefon und zwei Schubfächern. Zwei Stühle ergänzten das Mobiliar. „Stell die Tasche darin ab, schließ' zu und komm mit.“ „Mir schließ' erst unsere Hausarbeiter und der von C-1 auf und dann die Spülzelle.“ Der Tag nahm also seinen Lauf. D. ging mit mir und den Hausarbeitern nach C-1.

Die Hausarbeiter gingen Richtung Küche und kamen kurz danach mit Metallbehältern mit irgendwelchen Nahrungsmittel und Behältern mit einer Art Kaffee zurück. Wieder auf Station und es ging von Zelle zu Zelle. Aufschluss: „Guten Morgen, Frühstück.“ Die Zellen waren meist mit zwei und mehr Gefangenen belegt. Wenige Einzelzellen gab es. Immer drei Zellen wurden aufgeschlossen und nach dem sich die Gefangenen an der Tür gemeldet hatten wieder verschlossen. D. machte sich auf der Plastiktafel eine Notiz. „Die Frühmeldung“, erklärte er. Nachdem wir einmal auf der Station rund waren, ging es wieder von vorn los: Aufschluss der Werkhofbeschäftigten. Die Namensschilder an den Türen hatten verschiedene Farben. Zuerst wurde die eine Farbe und in der nächsten Runde eine andere Farbe aufgeschlossen. Die Gefangenen gingen dann die Treppe runter unter die Zentrale und wurden dort von ihren Werkmeistern in Empfang genommen. Diese brachten sie dann zu ihren Arbeitsplätzen. Nachdem die Werkhofbeschäftigten fort waren, wurden die Beschäftigten, die in den im Zellenbau untergebrachten Firmen angestellt waren ausgeschlossen. D. hatte die Frühmeldung an der Zentrale abgegeben und ich lief immer hinter her. Die Besonderheit von A-2 war, dass es der Durchgang zur Kammer war. Immer kamen irgendwelche Beamte mit Gefangenen vorbei. An der Stirnseite war eine große Metalltür, die man mit dem normalen Schlüssel nicht öffnen konnte. Also wurde mit dem Schlüssel gegen die Tür geklopft und irgendwann öffnete meist ein, in meinen Augen, mürrisch schauender Herr mit: „Was gibt’s?“, und brachte einem ein schlechtes Gewissen bei, ihn bei irgendetwas Wichtigem gestört zu haben. Rechts war noch eine kleine Tür mit einem Fenster, durch das man, wie ich später erfuhr, an bestimmten Tagen Wäsche tauschen konnte.

Gegen Elf kam ein großer Mann mit weißem Kittel auf die Station. Er hatte eine Halbglatze und eine Brille. „Du bist doch unser Neuer. Z. schickt mich Dich zu holen. Ich bin der Udo.“ D. und Udo unterhielten sich noch einen Augenblick und ab ging es zu Z. Unterwegs stellte W. mir noch den Kollegen Karl und Karl vor. Karl 1 kam uns mit einem Einkaufskorb mit Medikamenten entgegen. Karl war so um die Vierzig, ebenfalls Halbglatze und Lachfalten um die Augen. Er hatte eine etwas polterige Art mit einem großen Herzen. Karl hatte an diesem Tag Dienst im Revier auf C-2. Karl 2 war etwa 1,70 m groß, schlank und etwa Anfang/Mitte 50. Er hatte eine Pfeife im Mund und war eher ein stiller Typ. Karl 2 war kein Krankenpfleger, sondern war eigentlich Aufsichtsbeamter, der aber schon viele Jahre im medizinischen Bereich arbeitete. Wir tauschten ein paar Floskeln aus und gingen dann weiter zu Z.

„Gut, dass Sie da sind. Herr R. ist krank. Ich müsste Sie ab morgen schon in den Nachtdienst schicken. Ich gebe Ihnen jetzt frei bis um 16 Uhr. Kollege, Herr M., kommt dann und zeigt Ihnen soweit alles. Um 19 Uhr kommt Herr S. mit dem können Sie dann bis 22 Uhr Dienst machen und haben dann frei bis morgen Abend um 19 Uhr. Der Nachtdienst geht von 19 bis 7 Uhr, ab 22 Uhr haben sie dann Bereitschaft und können schlafen bis gegen 6 Uhr morgen früh. Dann machen Sie Aufschluss und um 7 Uhr kommt die Ablösung.“ Das war mal eine Ansprache. „Ich müsste zunächst mal meine Frau anrufen, um ihr zu sagen wann ich heimkomme“, die Antwort: „Vor der Pforte ist eine Telefonzelle.“ – Was will man machen? Also habe ich mich auf den Weg zur Telefonzelle gemacht, angerufen und mich bis kurz vor 16 Uhr in Butzbach herumgedrückt. Ein schönes Städtchen. Damals noch von den zwei amerikanischen Kasernen beherrscht und im Umbruch von einer ehemaliger Industriestadt zu einer Wohnstadt. Ein Spruch in dieser Zeit war: „Was Krupp in Essen, ist Butzbach für Hessen.“ Dunkle Ecken und Kneipen. Manche Kneipen sogar weit über Butzbach und Hessen bekannt, ich erinnere mich noch gut an die „Delikato Bar“. Egal wo ich später hinkam und sagte, ich komme aus Butzbach, die Antwort war meist: „Aus dem Knast?“ oder „Ach, die Delikato!“ Sonst war aber soweit alles da, Hallenbad, Freibad ein kleines Kaufhaus und verschiedene Märkte.

Rainer kam genau um 16 Uhr. Ich hatte bereits auf ihn in der JVA gewartet. Rainer erklärte mir, er sei der Vertreter von Z. und „meckerte“ erst mal über den geteilten Dienst, den er zurzeit habe. Geteilter Dienst hieß 8 Uhr morgens bis 12 Uhr und 16 Uhr bis 22 Uhr. Für jemand, der direkt vor der JVA wohnte und Kinder hatte, war der Dienst gar nicht so verkehrt. Ich habe ihn später ab und zu gern gemacht und Kollege Alfred, den ich später kennen und schätzen lernte, hat, als allein erziehender Vater, jahrelang diesen Dienst gern gemacht. Im Bezirkskrankenhaus erwartete uns Z. bereits. Es habe in Saal 6 einen Zugang gegeben, ein Herr E. Dieser sei Diabetiker und müsse gespritzt werden. Z. zeigte Rainer und mir eine gelbe Krankenakte für den stationären Bereich und eine grüne für die Ambulanz. Die grüne Akte war in der JVA Frankfurt 1 erstellt worden, wo E. in Haft gekommen sei. Dr. M. hätte sich E. bereits angesehen und Insulin angesetzt. Z. zog seine Jacke an, wünschte noch einen ruhigen Abend und ging. Rainer regte sich noch etwas über Z. auf, dies war, wie ich später feststellte, eins seiner Lieblingsthemen. Wir müssen erst ins Revier, um dort die Diabetiker zu spritzen. Wir haben keinen R2. R2 war eine Art Spätdienst im Revier von 9 Uhr bis 17 Uhr. Wir gingen in den Zellenbau auf C2. „Hier ist auch unsere Zahnärztin, Frau E.“, er

machte die erste Tür auf der rechten Seite auf und begrüßte einen Mann in blau, der dort an einem weißen Blechschreibtisch saß. „Die Frau Dr. ist gerade gegangen. Ich mach noch die Bestellungen für morgen fertig.“ Das Revier waren fünf Zellen, die durch Durchbrüche und Türen miteinander verbunden waren. Im hintersten Raum standen Bestrahlungsgeräte, daneben war ein Warteraum mit zwei Holzbänken. Es folgte der Raum in dem der Arzt seine Sprechstunde abhielt und in dem die grünen Krankenakten lagerten. Dieser war mit einem Raum in dem Verbandsmaterial, Medikamente, Spritzen und anderes Material für die tägliche Arbeit gelagert und verarbeitet wurden. Der letzte Raum war wieder ein Warteraum und wie der erste bestückt. In diesem waren vier Gefangene bereits eingeschlossen. Im Medikamentenschrank stand für jeden der vier eine Insulin Ampulle mit einem Pflaster mit Namen versehen. Die Spritzen und Kanülen waren ebenfalls unter Verschluss. Es gab für die vier Patienten eine Liste, auf der die Menge und die Häufigkeit der Vergabe festgelegt waren. Einer nach dem anderen wurde aus dem Warteraum geholt und bekam sein Insulin injiziert. Noch zwei weitere Gefangene wurden zur Blutdruckkontrolle gebracht und einer zum Wiegen, da er angeblich Hungerstreik machte.

Zurück ging es zum Krankenhaus, das Abendessen wurde geholt. Man begleitete die zwei Hausarbeiter zur Küche und bekam das, was für die Patienten zurechtgestellt wurde. Die Essensausgabe erfolgte anders als ich es an dem Morgen im Zellenbau gesehen hatte. Ein Saal wurde aufgeschlossen und die Patienten holten sich ihr Essen auf dem Flur ab. Brot gab es für den nächsten Morgen mit. Weißbrot musste vom Arzt verordnet sein. Für die Diabetiker war von der Küche eine Tüte mit Essen fertig gemacht worden. Nachdem Saal 6 fertig war, ging es mit Saal 8 weiter. Herr A., von oben, kam herunter und stellte sich auch an. Rainer gab während der Essensausgabe den einzelnen auch noch die Abend-Medikamente aus. Der neue Patient wurde nochmal in den Behandlungsraum geholt, Blutzucker gemessen und gespritzt. Die Türen wurden verschlossen und erst mal ein Kaffee getrunken; der stand noch vom Frühdienst, zumindest schmeckte er so. Rainer schaltete die Fernsehgeräte in Saal 6 und 8 bereits an, „Eigentlich erst um 19 Uhr bis 22 Uhr, aber so genau muss man das nicht nehmen.“, „Du kannst ja schon mal oben zu machen, ich gehe schon mal an die Außenpforte. Karl-Heinz wird gleich da sein, ich habe nachher noch in Wetzlar einen Termin.“, „Bis Morgenabend, Tschüss!“ und ich war allein mit den Gefangenen. Ein komisches Gefühl hatte ich schon als ich die Treppe hoch ging. Herr A. saß schon auf seinem Bett und winkte mir zu. „Gute Nacht“, „Gute Nacht“, Tür zu. Bei den

Hausarbeitern sah ich nur einen. „Der duscht noch, ist aber gleich fertig.“ Die Tür zum Bad ging auf ein langer, schmaler Mann mit einem Handtuch um die Hüfte kam auf mich zu „Sie können jetzt zu machen, Gute Nacht“, „Gute Nacht“. Tür zu. Die Tür zum Bad zu, runter in das Geschäftszimmer und warten.

Als Karl-Heinz kam, meinte der nur: „Der Rainer ist schon ein spezieller, aber man kommt mit ihm gut aus.“ Karl-Heinz stellte mit mir dann die Nacht-Medikamente für das Krankenhaus. Er zeigte mir noch alles, angefangen bei der Telefonliste, wie das Funkgerät funktioniert, bis zum Bereitschaftsraum an der Außenpforte. Um 21 Uhr gingen wir in den Zellenbau. Im Revier hatte der Kollege Karl 1 bereits die Nacht-Medikamente für das Hafthaus am Mittag gestellt. „Wenn der Karl Dienst hat muss man sich nicht mehr darum kümmern, der stellt das immer.“ Bei der Runde durch den Zellenbau ging ein Beamter des Aufsichtsdiensts mit. Immer der, der den weitesten Heimweg hatte, wie ich später erfuhr. Die Gefangenen holten sich ihre Medikamente jeweils an der Zellentür ab. Es wurde kontrolliert, ob er auch das Medikament genommen hatte, in dem er einen Schluck Wasser nach trinken musste oder er wurde in ein Gespräch verwickelt. Hier und da war die „Klappe“ gefallen. Dies war ein Signal an den Zellen das dem Beamten signalisierte, hier wird noch etwas gebraucht. – Was auch immer. Für uns hieß dies meistens eine Kopf- oder Zahnschmerztablette, was zum Schlafen oder ein Pflaster. Karl-Heinz hatte ein Sammelsurium von Medikamenten und Pflaster in seiner Kitteltasche. Die Gefangenen waren freundlich und es gab kein böses Wort, es wurde sogar gelacht. „Du brauchst auch noch einen Kittel. Weiß wirkt auf die Leute.“ Der Beamte vom Aufsichtsdienst drängelte etwas zur Eile. Der Nacht-Medikamenten-Kasten für das Hafthaus wurde auf den Postverteilerschrank an der Zentrale gestellt und wir machten uns auf den Weg ins Krankenhaus. Die von uns gestellten Medikamente wurden jetzt im Krankenhaus ausgegeben, der Blutzucker und der Blutdruck bei einigen gemessen und der Kollege vom Aufsichtsdienst verabschiedet. Alles, was Karl-Heinz gemacht hatte, wurde noch in ein „Nachtmeldebuch“ eingetragen. „Jetzt kann man die Fernsehgeräte ausschalten. Man kann aber auch noch warten bis der Film fertig ist.“ An diesem Abend war der Film um kurz nach 22 Uhr zu Ende. Karl-Heinz schaltete den Strom ab und das Licht aus, sagte durch die geschlossene Tür noch „Gute Nacht“, verschloss das Geschäftszimmer und wir gingen zur Außenpforte. Im Bereitschaftsraum gab er mir einen Kittel und stellte seinen Wecker auf 6 Uhr. „Die werden dich testen, sei freundlich und korrekt. Wenn du etwas nicht weißt, gib denen einen Bestell-

zettel für's Revier übermorgen. Du kannst den Doktor immer anrufen. Lass Dich nicht von den Knackis und den Beamten verarschen. Sei wie du bist, dann wird es schon gehen. Morgens schließ' zuerst die Hausarbeiter auf, auf die kannst Du dich verlassen. Wenn die unten sind, kannst du die Säle aufmachen. – Wird schon werden, mach's gut. Einen ruhigen Dienst und Gute Nacht.“ Das war mein erster Arbeitstag in der JVA Butzbach.

Am nächsten Tag war ich bereits um halb sieben in der JVA. Zunächst ging ich in das Bereitschaftszimmer und stellte eine Uhr auf den als Nachttisch umfunktionierten Hängeschrank. Das Bett war bereits, wie ich jetzt weiß, von den Hausarbeitern gemacht worden. Ich zog den Kittel über und machte mich auf den Weg ins Krankenhaus. Zwischen der Außenpforte und dem Krankenhaus begegnete mir schon Rainer: „Grüß Dich, es war nichts, ich muss dringend nach Wetzlar, ruhigen Dienst.“ – Na dann mal los. Wie war das noch? Im Krankenhaus war alles unter Verschluss – gut. Medikamente stellen – du lieber Gott wo und was ist das alles. Irgendwie habe ich doch alles gefunden und auch gestellt. Jetzt rüber in den Zellenbau. Ich wurde sofort von den Beamten taxiert. Der Mann mit dem Schnupftabak hatte Dienst, Paul, etwas bärbeißig, aber nett. Karl 3 war wohl der Spaßvogel der Beamtschaft. Zumindest wurde viel gelacht, wenn er da war. Josef, genannt Jo, ein ruhiger Mann mit dem mich später eine Freundschaft verband. Otto, ein schüchtern wirkender Beamter und Kurt, ein liebenswerter Eigenbrötler mit einem trockenen Humor und dem Spitznamen Knurri. Das waren meine ersten Kollegen des Aufsichtsdienstes, mit denen ich zusammenkam. Sofort wurde ich ausgehört und mit Fragen bombardiert. Ich war zwar neu, aber war noch nie auf den Mund gefallen. Es war ein eigentlich lustiger Abend, bis die erste Klappe fiel. „Es muss jemand auf C-2“, sagte Paul. „Könnte bei R. sein, geht mal mit zwei Mann mit dem Sani mit.“ Karl, Otto und ich gingen also auf C-2. „Der ist verrückt“, sagte Karl, „...wirst schon sehen.“ Über der Zellentür war die Klappe gefallen. Otto legte eine Kette aus Metall, die mit zwei Karabinerhaken auf jeder Seite einmal an einem Ring an der Wand und einmal an der Tür befestigt wurde, an die Tür. Sie verhindert, dass man die Tür von innen mit Wucht gegen einen Bediensteten schubsen kann. Otto öffnete die Tür und R. kam bis zu dem jetzt offenen Spalt vor. R war ein mageres, haariges Etwas, von dem mir aber noch sein großer Nasenring in Erinnerung ist. „Ihr Schweine, ich brauch' die grünen Zäpfchen!“, begrüßte er uns. Ich versuchte mir meinen Schreck auf die Figur, die uns da mit schwarzen Zahnstummeln anbrüllte, nicht anmerken zu lassen. In meiner Kitteltasche hatte ich zwar ein paar Kopfschmerztabletten, aber was war ein grünes Zäpfchen? „Guten

Abend Herr R. Entschuldigung, aber da muss ich erst in ihre Krankenakte schauen, um was es sich handelt. Um was für Beschwerden geht es denn?“, „Ihr Schweine ich brauch meine Zäpfchen!“, war alles, was von R. kam. Tür zu und einen Stock höher zum Revier, Krankenakte gesucht und gefunden. Von einer Verordnung von irgendwelchen Zäpfchen stand da nichts. Einen Eintrag eines Kollegen fand ich aber: „R. verlangt Spasmo Cibalgin Compositum, abgelehnt, nach Rücksprache Placebo grün.“ Da konnte ich etwas mit anfangen. Die Medikamente waren nach ihren Anwendungsgebieten sortiert. Wo finde ich etwas, was nicht hilft. Meine zwei Begleiter wurden schon nervös, ob ich überhaupt wüsste was ich suchte. Nach einiger Zeit aber, fand ich das Gesuchte. Wieder zu R., Kette anbringen, Tür auf und ein freundliches „Hallo, Herr R.“. Ich hatte das Zäpfchen in einem Medikamentenbecher liegen und fragte noch: „Brauchen Sie sonst noch was?“, als R. sich das Zäpfchen nahm und hinein biss. „Ihr Schweine, wollt Ihr mich verarschen!“ Karl machte mit „Gute Nacht“ die Tür zu. Innen brüllte R. „Ihr Schweine, ich mach Euch fertig, drrrrrrrr drrrrrrrr, drrrrrrrr“. „Jetzt hat er wieder sein Maschinengewehr ausgepackt“, meinte Karl. „Warte was jetzt kommt.“ „.....Drrrrrrrrr, drrrrrrrr....., ich bring Euch um, drrrrrrrr, drrrrrrrr.“ Dann gab es Schläge als würde ein Metallschrank umfallen. „Der tritt jetzt gegen seinen Spind, das ist der normale Abend bei ihm, wir werden erschossen und dann schläft er. Morgen in der Freistunde siehst Du ihn wieder Kippen stechen, ansonsten bleibt der in seiner Zelle und abends tritt er einen Schrank kaputt, deshalb hat der jetzt einen aus Metall, und dann erschießt er uns wieder. Komplet Banane“, erklärte mir Karl, „Für Deinen ersten Abend war das ganz gut.“

Zurück zur Zentrale, berichtete Karl wie ich mich geschlagen habe, es gab Gelächter und einige Anekdoten zu R. „Na, jetzt hast Du volles Programm: bei G. ist die Klappe gefallen“, kam von Paul. Diesmal ging ich zuerst die Akte anschauen. Bei G. stand immer wieder von Kollegen eingetragen, dass er sich Schlaf- und Schmerzmittel erschleichen würde. Bei Bedarf eine Novalgin. An der Zellentür von G. wurde die Kette vorgelegt, Tür aufgeschlossen und: „Guten Abend Herr G., was haben Sie für ein Problem?“ „Ich habe meine Schlaftabletten noch nicht bekommen und ohne die halte ich die Schmerzen nicht aus.“ „Herr G., ich kann Ihnen nur die Ihnen verordneten Medikamente geben, alles andere klären Sie bitte mit dem Arzt.“ Die von mir angebotene Tablette lehnte er ab. „Ich zeige Dich an, Du warst die längste Zeit hier.“ Tür zu. Kommentar von Karl: „Kann’ste vergessen, hast alles richtig gemacht.“ „Ich zeige Dich an!“, hallte noch eine ganze Zeit in mir nach.

Hätte ich den Arzt anrufen sollen? Was hatte ich verkehrt gemacht? Mit Kurt ging ich dann ins Krankenhaus und die Medikamente wurden ausgegeben. Sowohl keine Diskussionen über die Ausgabe von mehr oder anderen Tabletten als auch der Blutzucker und Blutdruck wurden gemessen. „Brauch noch jemand etwas?“, „Nein, aber können wir den Film noch fertig schauen?“, „Wie lange noch?“, „Zehn Minuten“, „Okay, Gute Nacht“, „Gute Nacht.“ Kurt sagte dann auch: „Gute Nacht!“ und hatte Feierabend.

Meine erste Nacht im Gefängnis begann. Ich schrieb noch das Nachtmeldebuch und wartete die Zehn Minuten ab. Die Fernsehgeräte wurden ausgeschaltet. Durch die geschlossene Tür hörte man ein „Danke“ und anschließend herrschte Ruhe. Gegen 22:30 Uhr schloss ich das Krankenhaus zu und ging in den Bereitschaftsraum über der Außenpforte. Es gab außer dem Bett, einen Stuhl, einen Tisch, einen als Nachttisch dienendes Regal, ein schwarzes Telefon, einen Schrank, in dem Bettwäsche gelagert wurde, einen grünen Wachsmantel, ein Waschbecken sowie ein Fernsehgerät auf einem kleinen Tisch. Ich nahm mein Buch und las erst einmal ein paar Seiten. Kurz nach 23:00 Uhr legte ich mich dann auf das Bett und versuchte zu schlafen. Kurz vor 1:00 Uhr klingelte das Telefon „Moin Sani, entschuldige, dass ich Dich störe. Wir bringen jetzt den J. ins Krankenhaus, der hat sich geschnitten. Kommst du!?“, „Bin gleich da.“ – Um Gottes Willen, was war das denn: Treppe runter und rüber ins Krankenhaus. Zwei Kollegen in grün, Arthur und Peter, standen im Flur des Krankenhauses mit dem Gefangenen J. Dieser hielt sich ein blutiges, graublaues Unterhemd auf seinen Bauch. Ich schloss erst mal den Behandlungsraum auf und bat J. sich auf die Liege zu legen. J. hatte sich mit einer Rasierklinge eine etwa 25 cm lange etwa 0,5 cm tiefe Schnittwunde quer über den Bauch zugefügt. Erst mal desinfizieren und keimfrei abdecken, dann den Arzt rufen. Mit dem Patienten reden schoss es mir durch den Kopf. Arthur gab ich den Auftrag, den Arzt anzurufen. Desinfektionsmittel stand da und Verbandsmaterial war auch vorhanden. J. antwortete auf meine Fragen freundlich, er hätte nur mal nachschauen wollen, warum ihm so oft der Magen wehtue. Arthur gab mir das Telefon: „Der Doktor will mit Dir sprechen.“ „Guten Morgen!“, „Na, wie sieht es aus?“ Ich schilderte kurz den Sachverhalt und den Zustand der Wunde. „Können Sie Klammern?“, „Ich hab das mal gesehen und habe einige Male dabei assistiert“, „Dann versuchen Sie das mal, wenn es geht, schau' ich mir das dann morgen früh an.“ „Aber der brauch doch eine örtliche Betäubung?“ „Der hat sich geschnitten ohne Betäubung, dann kann man auch klammern ohne Betäubung. Wenn noch was ist, können Sie ja anrufen.“ Jetzt stand ich da mit

meinem Latein. „Was machst du?“, Peter und Arthur sahen mich an. J. sah mich an. – Dann mal los: wo waren die Klammern, wo war ein Klammersetzer, wo war überhaupt etwas. Ich sprach weiter mit J., da er meine Unsicherheit nicht merken sollte und J. erzählte mir seine ganze Lebensgeschichte. Ich fand eine Dose mit Klammern und in einer anderen Box auch einen Klammersetzer. Während J. erzählte, versuchte ich die erste Klammer zu setzen. Irgendwie ging es. J. verzog nur leicht den Mund oder kniff mal kurz die Augen zu, sonst zeigte er keine Regung. Ich gebe zu, die ersten 5 cm waren nicht schön, hielten aber. Dann ging es immer besser und am Schluss war ich schon etwas sauer, dass J. nicht mehr geschnitten hatte. Arthur klopfte mir auf die Schulter: „Dich kann man gebrauchen.“ Ich machte J. noch einen Verband und gab ihm einen Bestellzettel für den Arzt mit. „Ich komme nachher nochmal vorbei und schaue nach Ihnen“ und: „Mit ihren Magenschmerzen: klären Sie das mit dem Doktor ab, dann müssen sie nicht selbst schauen.“ J. bedankte sich und Arthur und Peter brachten ihn wieder auf seine Zelle. Nachdem ich einen Vermerk für die Krankenakte geschrieben hatte, machte ich noch einen Eintrag in das Nachtmeldebuch und ging dann ebenfalls ins Hafthaus zur Zentrale. Arthur und Peter hatten schon dem wachhabenden Zentralbeamten S. von meiner Heldentat berichtet. Es gab ein paar lustige Anekdoten der drei Männer in grün, denen ich ergeben lauschte. Kurz danach gab es einen Wechsel der Hausmannschaft. Das heißt Arthur ging auf einen Wachturm, um dort weiter Dienst zu machen, der Kollege, den er ablöste, ging auf den nächsten Turm und so weiter. Dann kam ein neuer Kollege ins Haus und Peter startete eine andere Runde auf den Türmen. Gegen 3:00 Uhr suchte ich mit den Kollegen, die in der Zwischenzeit im Haus Dienst taten, J. in seiner Zelle auf. J. ging es gut, keine Beschwerden, er bedankte sich nochmal und ich verließ das Hafthaus, um noch etwas zu schlafen. Kurz vor 6:00 Uhr stand ich dann wieder im Krankenhaus, die Hausarbeiter wecken stand auf meinem Plan. Doch die standen schon gewaschen und geschniegelt hinter der Tür. „Guten Morgen Herr Weyl, können sie das Bad schon aufmachen?“, „Guten Morgen, ja.“, „Die können Sie auflassen.“ Nächste Tür: „Guten Morgen, Herr A.“, „Guten Morgen, Herr Weyl.“ „Ich bring nur den Müll runter, Sie können hier auflassen.“ Stimmt, hatte Karl-Heinz gesagt. Treppe runter, Kammer und Küche aufgeschlossen. Die Hausarbeiter begannen ihr Tagwerk. „Gehen Sie mit mir Essen holen“, sagte der größere der zwei. „Kammer und Küche können Sie auf lassen, dann kann H. schon anfangen zu putzen.“ H., ein netter, freundlicher Mittfünfziger, saß wegen Mordes an seiner Ehefrau seit sieben Jahren in Haft. Der Große, E., war ein Schränker, also

ein Einbrecher der noch Tresore knackte. Ich kann im Nachhinein sagen, dass man sich auf beide blind verlassen konnte. Beide hatten noch ihre Knastehre; einmal das Wort gegeben, dann galt das. Ich ging also mit E. das Frühstück holen. Wir nahmen noch zwei blaue Säcke Müll mit. Der Müll wurde unter der Aufsicht eines grünen Kollegen zu einer Sammelstelle gebracht. Dann ging es weiter zur Küche. „Guten Morgen E.“, „Guten Morgen Sani“, freundlich war man. E. bekam einen Blechbehälter in die Hand gedrückt und schon sagte er: „Fertig, wir können gehen.“ Also ging es zurück ins Krankenhaus. Für die Diabetiker war das Essen abgepackt, ansonsten gab es einen Joghurt pro Häftling. Ich fragte E. nach Brot und bekam zur Antwort „Margarine und Brot gibt es abends, muss man es sich einteilen.“ Die Tür von Saal 6 wurde aufgeschlossen, die Herren erschienen einzeln an der Tür und nahmen ihren Joghurt, bzw. ihr Diabetikerpäckchen in Empfang. Ich verteilte noch die Morgen-Medikamente, schaute nach dem Blutzucker und schloss die Tür. Das gleiche Spiel in Saal 8. Kurz vor sieben ging die Eingangstür auf und Karl I kam zum Dienst. „Moin, na alles klar? Wie war Deine erste Nacht?“ Ich erstattete Bericht und Karl versprach mir, sich um J. zu kümmern. „Jetzt mach Dich heim, damit ich mei‘ Ruh hab‘. Schlaf gut, bis morgen früh!“ Mit dem Gefühl, du hast etwas vergessen, was hast du verkehrt gemacht, fuhr ich heim. Zuhause wurde ich von meiner Frau und unserem kleinen Sohn mit einem Frühstück empfangen. „Wie war’s?“ „Ob das, das Richtige ist, weiß ich noch nicht.“ Nach dem Frühstück ging es mir aber besser. Das Wetter war gut und wir gingen erst einmal eine Runde mit dem Kinderwagen um den Schwanenteich in Gießen.

Die nächsten Nächte waren ruhig. Die Gefangenen, die jetzt die „Klappe warfen“ waren mehr daran interessiert, wie der neue Krankenpfleger wohl ist und ob man ihn übertölpeln konnte. Es wurde von Kopf-, Schlaf- und Schmerztabletten bis hin zu vergessenen Briefen, die ich doch bitte mitnehmen sollte, um seine Ehe zu retten, mit mir gesprochen. Ich versuchte immer freundlich mit den Inhaftierten zu reden. „Was erlaubt ist kann man machen, alles andere auf dem Dienstweg“, hatte Karl gesagt. Daran habe ich mich dann auch gehalten. Am vierten Nachtdiensttag traf ich auch wieder den Lolli-lutschenden Glatzkopf. Diesmal hatte er eine Uniform an. R. war eigentlich sein Name, aber jeder nannte ihn „Kojack“, nach der amerikanischen Krimiserie. R. war ein Eigenbrötler mit einem starken Geltungsbedürfnis. Mancher Spruch von ihm war nicht für ein Mädchenpensionat geeignet. Trotzdem machte ich gern mit ihm Dienst. Er hatte halt eine spezielle Art mit den Gefangenen umzugehen, die diese aber verstanden. In der Woche lernte

ich auch A. kennen. A war Stationsbeamter im C-Flügel. Es gab nichts, was er nicht konnte oder wusste. Er war schon überall und hatte für sich immer Recht. Die anderen Kollegen nannten ihn, hinter vorgehaltener Hand, „Münchhausen“. Aber auch mit ihm, wenn man wusste wie man ihn zu nehmen hatte, konnte man einen angenehmen Dienst machen. Am letzten Tag meines Nachtdienstes bekam ich dann einen verschlossenen Umschlag mit einem handgeschriebenen Brief von dem Gefangenen G. G. beschwerte sich darin über meine Art wie ich mit ihm umgegangen sei und ihm die Erste Hilfe verweigert hätte. „Der Sani Weyl ist sofort in U-Haft zu nehmen wegen Flucht und Verdunklungsgefahr“, stand in dem Brief. Auf dem Brief standen noch handgeschriebene Worte in grün: „Herr Weyl, bitte kurze Stellungnahme.“ Was war das denn? An diesem Abend hatte der Kollege W. Spätdienst im Krankenhaus. „Da schreibst du nur drauf, was du gemacht hast, nämlich ihm das Schmerzmittel N. Angeboten und er hat es verweigert, das langt.“ Das habe ich dann auch so gemacht und an den Mann, der grün schreiben darf, nämlich der Anstaltsleiter, zurückgegeben. Ich habe nie mehr etwas von der Beschwerde gehört. G. wurde mir gegenüber freundlich und versuchte auch nicht mehr mich zu „linken“. Wie sagte G.: „Du bist korrekt, man“. Im Laufe meiner vielen Jahre im Strafvollzug, ist die Beschwerde mir aber trotzdem in Erinnerung geblieben. Es folgten aber nur noch wenige. Insgesamt hatte ich fünf Beschwerden, die sich gegen mich richteten. Alle konnten aber nach kurzen Stellungnahmen aus der Welt geschafft werden.

Nach der Nachtdienstwoche hatte ich erst einmal bis zum darauf folgenden Mittwoch frei. Ich fing dann im Frühdienst des Krankenhauses an. Mein Kollege, der mich dort unter die Fittiche nahm, war Alfred. Alfred war etwas älter als ich, Vollbart und längere Haare, der Antibeamte an sich. Alfred war ein fachlich brillanter Krankenpfleger. Er hatte zwar öfter mit dem sturen System der Justiz seine Probleme, machte dies aber mit seinen Sprüchen immer wett. Bei den Gefangenen war er absolut anerkannt. Er konnte ihnen auch Unangenehmes klar sagen, ohne dass er deshalb mit ihnen Krach bekam. Zwischen den Kollegen Z. und Alfred herrschte, solange sie zusammen Dienst machten, eine angespannte Atmosphäre, trotzdem schätzten sich beide. Alfred ist auch ein guter Klavierspieler. Eine Diskussion über Musik hat man gegen ihn verloren, bevor man angefangen hat zu reden. In späteren Jahren hat Alfred sogar eine Knastband geleitet, hat mit ihnen geübt und sogar mit ihnen in verschiedenen Gefängnissen Konzerte gegeben. Alfred brachte mir bei locker zu bleiben. Von ihm erfuhr ich auch, dass es in den neben der JVA gelegenen Häusern einige freie Wohnungen gäbe. Er habe

auch eine bezogen, sie seien preiswert und gut. Da ich, wenn ich in Butzbach bleiben sollte, über eine Wohnung nachdachte, war das eine wichtige Information. „Komm mal mit, wir gehen zu C.“ C. war der Wirtschaftsleiter. Er saß hinter einem Schreibtisch, der mit Papier überhäuft war. Die Füße lagen auf dem Tisch und er las eine Zeitung. „Hallo Peter!“, begrüßte er Alfred. „Bei C. heißen fast alle Peter“, klärte mich Alfred auf. „Ich bin der C., bin im Personalrat und Mädchen für alles. Nicht, dass ihr denkt, ich lese einfach nur Zeitung, ich vergleiche Angebote und das ist Arbeit. Was brauchst du denn Schnutschen?“, sprach er mich an. „Ich wollte mich nach einer Wohnung und nach Schutzkleidung erkundigen, also Kittel und Hosen.“, „Machen wir Dir in der Schneiderei, Peter gehst Du mit ihm dahin?“; „Bist du eigentlich organisiert?“, „Wie organisiert?“, „Hier sind wir alle in der Strafvollzugsgewerkschaft.“, „Ich bin in der ÖTV, wie ein Teil von Verdi früher hieß.“ „Ist zu teuer, wir sind billiger und haben auch noch eine Schlüsselversicherung. Ich gebe Dir mal Unterlagen mit.“, „Ok, und was ist mit einer Wohnung?“, „Wir haben im Moment zwei Wohnungen frei. Ich sag dem Maurermeister Bescheid, dann kannst Du Dir die mal anschauen. Denk daran, die Unterlagen für den Beamtenbund zu unterschreiben.“, „Was war das denn für einer?“, fragte ich dann Alfred auf dem Weg zur Schneiderei. „Das ist C., den wirst du noch kennen lernen.“ Das habe ich dann auch im Laufe der Jahre. C., hochintelligent und verschroben, um die Karnevalszeit nicht ansprechbar, aber einer, der auch gegenüber den „hohen Tieren“ kein Blatt vor den Mund nahm. In der Schneiderei saßen dann einige der „schweren Jungs“ an Nähmaschinen und fabrizierten Kleidungsstücke für Inhaftierte. Alfred wurde fast freundschaftlich begrüßt. Ich wurde sofort abgeschätzt, das ist der Neue. Beide wurden wir sofort nach Kopfschmerztabletten oder etwas für den Magen gefragt. Alfred erledigte dies auf freundliche Art. Ein älterer, netter Schneidermeister nahm bei mir großzügig Maß. „Nächste Woche sind die drei Kittel und die Hosen fertig. Ich sage Z. Bescheid, wann Du sie holen kannst.“ Wir machten noch einen Rundgang durch den Werkhof mit seiner Schlosserei, Schreinerei und den Firmen für die die JVA dort Auftragsarbeiten machte. Im Zellenbau befanden sich auf den Einser Stationen noch verschiedene Firmen und die Schuhmacherei. Auf dem Rückweg ins Krankenhaus bat uns ein Beamter, einen Gefangenen mitzunehmen, er hätte einen Termin zum EKG. Alfred sagte zu und es ging zurück ins Krankenhaus. Dort schlossen wir den Patienten in den Warteraum und meldeten uns bei Z. zurück. Zunächst bekamen wir einen „Anschiss“ von Z., wir wären zu lange unterwegs gewesen. Alfred fing eine Diskussion mit ihm an und ließ ihn

dann einfach stehen. „Ich hab etwas Wichtigeres zu tun“, und ging in den Behandlungsraum. Z. setzte sich wieder an seinen Schreibtisch und schob ein Blatt in seine Schreibmaschine. Da mit mir keiner redete, ging ich auch in den Behandlungsraum. Alfred hatte den Gefangenen aus dem Warteraum geholt und ihn auf die Liege gelegt. Das EKG-Gerät war ein sogenannter Einmalschreiber. Die Brustableitungen wurden jeweils mit einem Handstab an die Elektrode befestigt. Ich kannte das Gerät nicht und war froh, dass Alfred es mir beibrachte. Der Patient hatte aber auch Geduld mit uns beiden. Bei dem nächsten Patient waren Blutuntersuchungen angeordnet. Dafür hatte man vor den Mauern ein Labor. Im Knast machte man das selbst. Alfred, Karl-Heinz, Karl, Rainer und Herr Z. brachten mir die Grundkenntnisse bei. Ob Leukozyten, Erythrozyten, Hämoglobin oder Quick, selbst Abstriche für Gonokokken und vieles mehr wurden gemacht. Kurz vor Feierabend fragte mich Z. an dem Tag, ob ich schon für den Bund der Strafvollzugsbediensteten unterschrieben hätte. Ich sagte ihm, ich sei in der ÖTV und wolle erst mal abwarten, wie sich das mit der Arbeit und der Probezeit mache. In der darauffolgenden Woche bekam ich meine Kittel und Hosen. Ich wurde von mindestens zehn Menschen auf meine noch Nicht-Mitgliedschaft im Beamtenbund angesprochen.

Im Krankenhaus lag Herr R. Er thronte in seinem Bett und hatte eine Kippa auf dem Kopf. Karl-Heinz erzählte mir, dass R. alles nur kein Jude sei. Er habe im dritten Reich gegessen, aber nicht weil er Jude sei, sondern er habe sich mit einer gestohlenen Uniform, in betrügerischer Weise, Lebensmittel und Wertgegenstände angeeignet. „Warte mal, es geht ja auf Weihnachten zu, dann wird er wieder zum Schriftsteller.“ R. schrieb eigentlich nie, er bekam aber auch nur selten Post. Die Post an und von den Gefangenen lief über den Zensor. Der Zensor für das Krankenhaus war Herr Z., bzw. wenn er nicht da war, der jeweilige Frühdienst des Krankenhauses. Irgendwann erhielt R. Post von seiner Frau. Dieser war eine Liste von Adressen vieler Firmen beigelegt. R. schrieb sie alle an. Der Text war überall gleich „Ich armer alter Jude, ..., war selbstständiger Außendienstler,...Ihre Waren immer zu guten Konstitutionen verkauft..., sitze jetzt wegen einer Steuersache..., meine arme Frau ist krank..., ich bitte Sie mir zu Weihnachten eine Kleinigkeit an folgende Adresse zukommen zulassen,...“. Die Adresse war im Ruhrpott. Ein Mithäftling, der ihn von draußen kannte, erzählte mir, dass bei R. der gesamte Keller und zwei Zimmer in der Wohnung mit Kisten voll seien. Es ständen zwei Tiefkühltruhen mit allem möglichen zum Essen in der Wohnung. Das alles hätte R. durch Betrug erhalten. Ob das stimmt weiß ich nicht, aber zugetraut

habe ich es R. Karl-Heinz sagte damals: „Ein Betrüger bleibt ein Betrüger, auch im Knast.“ Bei R. traf das zu 100% zu.

Kollege Udo wechselte von der JVA Butzbach in eine Vollzugsanstalt nach Rheinland-Pfalz. Seine Stelle wurde sofort wieder besetzt von Bernd. Bernd kam aus dem Raum Marburg. Zum Leidwesen von den meisten Krankenpflegern, wurde er zu einem besonderen Freund von unserem Pflegevorsteher Z. Ich wurde Anfang 1979 auf den sogenannten „Beamtenlehrgang“, das Wagnitz-Seminar in Rockenberg aufmerksam gemacht. Doch bevor ich dahin durfte, musste ich bei allen möglichen Verwaltungsbeamten und sonstigen Mitarbeitern des Vollzugs hören, wie wichtig es sei dem Beamtenbund beizutreten. Der Beamtenbund sei wichtig für meine Zukunft, meine Wohnung und überhaupt. Ich ginge doch auf den Lehrgang und ich bräuchte die Gesetze und Unterlagen, die würde ich nur vom Beamtenbund bekommen. Da mir das Verhalten immer suspekter wurde, beschloss ich für mich erst mal in der ÖTV zu bleiben und abzuwarten. Ich war auch nicht der Einzige, der gegen die Übermacht des Beamtenbund war. Es gab einige, die ebenfalls in der ÖTV waren, aber immer einen schwereren Stand gegenüber dem Beamtenbund hatten. Einer der ÖTV-Kollegen erklärte mir, dass alles, was ich für den Lehrgang brauche von der JVA gestellt werden müsse. Ich solle mal auf die Personalstelle zu Herr G. gehen, dort würde ich alles bekommen. Mit viel hin und her und warum ich nicht im Beamtenbund sei, bekam ich meine Unterlagen. Bei dem „Beamtenlehrgang“ kamen Werkmeister und Pflegekräfte aus Hessen zusammen, die neu in der Justiz eingestellt waren. Ich weiß noch, es war Karnevalszeit und wir hatten viel Spaß zusammen. Die Lehrer und Prüfer waren freundlich und sagten uns auch immer wieder: „Ihr müsst das halt mal gehört haben, ihr braucht das so gut wie nie.“ Mit einem Kollegen aus Wiesbaden verstand ich mich gut. Er kam eigentlich aus Bayern, war aber durch Bundeswehr und Ehe nach Hessen verschlagen worden. Die Prüfungen in Beamtenrecht, Strafvollzugsgesetz, Psychologie und andere Fächer waren nach einem gemeinsamen Lernen leicht machbar.

Zurück in Butzbach bekam ich sogar eine Wohnung zum 1. Mai 1979 zugeteilt. Mein Pflegevorsteher teilte mir mit, ich würde zum 1. April 1979 meine Probezeit beenden können und würde verbeamtet. Mit der Wohnung hat es geklappt, mit der Verbeamtung nicht. Meine Probezeit war zwar um, aber es gab keine Unterlagen von meinem Lehrgang und ich müsse nochmal hin. Ich habe bei der ÖTV nachgefragt, ob die sich mal mit dem seltsamen Gebaren auseinandersetzen könnten. Ein paar Telefongesprächen des damaligen

Bezirksbeamtensekretärs M., fand man dann einen Teil der Unterlagen und einen Monat später den Rest. Da es aber zu spät sei zum 1. April, sei die nächste Frist der 1. Oktober 1979. Wir beließen es dabei und zum 1. Oktober wurde ich tatsächlich Beamter. Kollege Bernd hatte in der Zwischenzeit wieder aufgehört und Wolfgang wurde sein Nachfolger bei uns. Wolfgang kam ebenfalls von der Bundeswehr. Unser Arzt M. wurde ebenfalls in den Ruhestand verabschiedet und sein Nachfolger Manfred wurde uns vorgestellt. Manfred war fachlich, so wie ich ihn kennenlernen durfte, ein sehr guter Diagnostiker, ein bisschen Choleriker und einer, was ihn betrifft, mit über-eilter Entscheidungsfreude. Manfred durfte, als Nebenjob, die von seinem Vater übernommene Praxis weiterführen. Ich fand dies gut, da es so auch eine bessere Verzahnung nach Außen gab und die sich Sichtweise des Arztes nicht nur auf den Knast konzentrierte. Pflegevorsteher Z. und Manfred gerieten am Anfang häufig aneinander. Für Z. war dies der erste Wechsel seines „Chefs“ in Butzbach. Mit der Zeit wurden sie aber ein gutes Team. Alles änderte sich und doch nichts. Die Sprechstunden des Anstaltsarztes im Zellenbau wurden geändert. Bei Dr. M. hatte man mehr Zeit, es ging ruhig zu, mit viel Gespräch. Bei Manfred war der Blick immer auf die Uhr gerichtet. Bei Karl und Karl im Revier brachen neue Zeiten an. Die Sprechstunden waren jetzt meist um 10 Uhr aus. Manfred fuhr dann in seine Praxis und kam gegen 14 Uhr wieder in die JVA. Im Krankenhaus machte er mittags Visite, nahm neue Gefangene auf und untersuchte Beamte auf ihre Tauglichkeit. Nachdem sich das eingespielt hatte und die Dienstzeiten etwas angepasst wurden, lief das neue System gut. Karl 1 war Raucher, er liebte Zigaretten. Wenn Karl 1 und Karl 2 zusammen Dienst hatten wurde das Revier nach der Sprechstunde zum Raucherkabinett. Hatte Karl 2 seine filterlosen Zigaretten ausgedrückt, stopfte er sich eine Pfeife. In Verbindung mit Karl 1 musste man bei öffnen der Revier-Tür mit sofortiger Atemnot rechnen. Die beiden Karls saßen über ihren Krankenakten oder stellten die Medikamente für die Gefangenen des Zellenbaus, sehen konnte man sie erst, wenn der Rauch verflogen war. Manfred rauchte auch, er schimpfte zwar über die Raucher, es konnte aber passieren, dass er mit Karl und Karl der Sucht frönte.

Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre hatten wir die berühmte AIDS-Hysterie. Aus Amerika kamen besorgniserregende Nachrichten. Es gab eine Krankheit, die in kürzester Zeit zum Tode führen würde. Im Aufsichtsdienst wurde dies bildzeitungsmäßig diskutiert, im Pflegedienst versuchte man Informationen zu bekommen. Manfred brachte immer mal Unterlagen und Berichte aus seiner Praxis mit. Trotzdem traf es uns völlig unvorbereitet. Bei

einem jungen Mann, der in einem schlechten Allgemeinzustand in die JVA Butzbach eingeliefert worden war, war bei einer Blutuntersuchung ein positiver Befund erhoben worden. – Was jetzt? Zunächst im Krankenhaus aufnehmen. Die Ersten, die sofort untersucht werden wollten: „Nicht, dass ich mir was gefangen habe“, „Der ist an meiner Tür vorbei gegangen“ und ihre Bedenken gegen den Patienten hatten, waren die Aufsichtsbeamten, Verwaltungsbeamten und Sozialarbeiter. „Wenn ich mir jetzt was geholt habe!“ Die Frage nach „Ganzkörper-Kondomen“ und Desinfektionsmittel wurden laut. Die Zellen müssen „Entwest“ werden. „Da geh‘ ich nicht mehr rein, da war der Kerl doch drin.“ „Ich habe keine Handschuhe angezogen als ich den Patienten bei der stationären Aufnahme begrüßte.“ Wir haben versucht einen „normalen“ Umgang miteinander zu haben. Drei Tage später kam der nächste Patient. Einige Gefangene und Beamte hatten Angst sogar mit mir und meinen Kollegen zu reden, Ansteckungsgefahr. Manfred nahm Kontakt zur Uniklinik in Gießen auf. Man versuchte irgendwie die Patienten so zu behandeln wie dies auch im Klinikum geschah. Vor allem versuchten wir sie, gegen die allgemeine Meinung in der JVA, als normale Patienten zu sehen. Ernährungstechnisch bekamen die beiden eine Milch- und Obstzulage. Dieses wurde sogar per ministerialer Verfügung angeordnet. Da sie an keiner Freizeitveranstaltung teilnehmen sollten, wurde ein Fernsehgerät auf der Zelle genehmigt. Aus zwei wurden drei und vier. Im Krankenhaus konnten sie nicht bleiben, da wir platzmäßig zu klein waren. Also zurück in den Zellenbau. Keiner wollte sie. „Dann macht doch eine AIDS-Station.“ Da aber meine Kollegen und ich uns nicht angesteckt hatten, trotz unserem engen Umgang mit den Patienten, wurden Einzelzellen im Haus für die Patienten gesucht und belegt. AIDS hieß, an der Warteliste für Einzelzellen vorbei, direkt berücksichtigt zu werden. Milch- und Obstzulage und ein Fernsehgerät, das war dann für einige im Zellenbau zu viel. Einzelzellen konnte man nicht herzaubern, aber es wurde ein langsamer Einstieg in die Fernsehgeräte im Gefängnis. Vorher wurden nur ausgesuchte Filme stationsweise geschaut, jetzt konnte man mit der Zimmerantenne drei Sender sehen. Niemand durfte mitbekommen, wer AIDS hatte. Die Schweigepflicht gilt auch im Gefängnis. An den Türen standen aber der Name, der Arbeitsplatz und die Ernährung des Inhaftierten. Milch und Obst hieß also AIDS. Um diese Kuh vom Eis zu bekommen, wurden jetzt vermehrt Milch- und Obstzulagen verordnet bei schlechtem Ernährungszustand. Die Behandlungen bei AIDS wurden und werden immer noch mit Fachärzten der Universitätsklinik Gießen abgesprochen. AIDS ist heute nicht mehr das beherrschende Thema im Vollzug, eher die Hepatiden. Aber

am Anfang musste man schon dicke Löcher bohren und Ängste vor und hinter den Mauern ernst nehmen und sachte in die Bahnen lenken, in die sie hingehören, ruhiges Fahrwasser. Durch die AIDS-Hysterie wurden aber plötzlich Fortbildungen angeboten. Manfred kam Anfang der 1980er Jahre auf mich zu und teilte mir mit, es gebe eine Ärztetagung in Bonn zum Thema AIDS, er wolle, dass ich mit ihm zusammen hinfahre. Zunächst musste man der Verwaltung erklären, es gibt etwas außerhalb von Hessen und dann soll auch noch ein Krankenpfleger dahin: abgelehnt. Manfred und ich führten ein Gespräch mit unserem Anstaltsleiter. Der schaute uns an und sagte nur: „Das ist wichtig, da müsst ihr beide hin“, genehmigt. Anstaltsleiter W. konnte zum Teil die Entscheidungen der Verwaltung ebenso wenig nachvollziehen wie wir. In Bonn war ich tatsächlich die einzige Pflegekraft. Es waren gute Vorträge und Gespräche, für uns gab es einige Anstöße unsere Denke zu verändern. Ich lernte auf der Tagung einen Arzt aus Frankfurt kennen. Dieser erzählte mir von den Junkies in Frankfurt und lud mich ein, ihn einmal bei seiner Arbeit zu besuchen. Zurück in Butzbach setzte ich mich gleich mit ihm in Verbindung und besuchte mit ihm die damaligen Aufenthaltsorte der Junkies. Ich nahm zum ersten Mal eigentlich wahr, was es heißt, süchtig zu sein, sich die Nadel mit anderen teilen zu müssen und die gesamte Verelendung, die damit einhergeht. Nach meinem Dienst fuhr ich öfter abends in die Main Metropole und ging mit Streetworkern durch die Szene. Was ist im Knast zu ändern? Wie sind wir dem Trend gewachsen? Mit Manfred zusammen überlegte ich, was zu tun sei. Spritzenaustausch war ein Punkt, aber im Knast? Auf dem Ministerium in Wiesbaden hatten wir das Glück, mit einem Ministerialbeamten einen „Gleichgesinnten“ gefunden zu haben. Bei Gesprächen mit ihm konnten Manfred und ich ihn überzeugen, dass der Spritzenaustausch kein Dealen ist, sondern eine Infektionsprophylaxe. Wenn niemand mehr mit selbstgebaute Spritzen, mit Tauschnadeln, mit Blutanhaftungen in der Spritze oder Filterteilen sich einen Schuss setzt, wird der Infektionsweg unterbrochen und kein AIDS oder Hepatitis weitergegeben. Ich durfte mit dem Ministerialbeamten verschiedene Anstalten in Deutschland und der Schweiz ansehen, in denen bereits in dieser Art versucht wurde zu arbeiten. Aus der Strafanstalt Oberschöngrün (im Solothurn/Schweiz) ist mir noch erinnerlich auf meine Frage, was der Anstaltsarzt vor der Genehmigung der Spritzenvergabe gemacht habe, sagte dieser: „Da hab ich mir sie klauen lassen.“

In Butzbach führten wir zunächst Methadon ein. Erst gegen den Widerstand der Beschäftigten, dann aber wurden die meisten Befürworter. Das Spritzen-

projekt wurde in Wiesbaden geprüft. Im Pflegedienst stand man der Sache gemischt gegenüber. Auch hier gab es Bedenken, ob man nicht dem Rauschgift Tür und Tor öffnen würde. Das Projekt sollte von der Universität Gießen durch Herr Professor Kreutzer begleitet werden. Unser Anstaltsleiter stand der Sache ebenfalls positiv gegenüber. „Gebt Ihr die immer noch nicht aus?“, fragte er als sich der Prozess in Wiesbaden in die Länge zog. Wir bekamen kein grünes Licht. Die Angst des Aufsichtsdienstes vor der Nadel ließ das Projekt scheitern. Dass es schon die ganze Zeit Nadeln und Spritzen in einem absolut desolaten Zustand gab, interessierte nicht. Der damalige Hessische Justizminister meinte nur: „Gegen mein Personal führe ich nichts ein.“ Das Methadonprogramm wurde ausgebaut und wir wurden die erste Anstalt mit einem Substitutionsautomaten. Die Spritze als Waffe geistert aber in den Köpfen herum wie die Angst vor der Spinne. Ab den 1980er Jahren, gab es viele personelle Veränderungen in der Abteilung. Karl-Heinz ließ sich in die JVA Rockenberg versetzen. Karl 2 wurde pensioniert. Rainer ging zurück in ein Krankenhaus im Raum Frankfurt und Bernd ging zurück zur Bundeswehr. Eine Ärztin wurde auf einer halben Stelle eingestellt. Frau E. hat iranische Wurzeln und hat aus ihrem Halbtagsjob einen Ganztagsjob gemacht. Sie war da und hatte für die Patienten immer ein offenes Ohr. Mit Manfred und ihr zusammen konnte man von einer guten Teamarbeit sprechen. Auch spätere Pflegekräfte, die dazu kamen, passten sich in dieses Team an. Man ging gern in den Dienst. Dafür bekamen wir die Kollegen Wolfgang, Norbert, Rudolf, Leonhard, Dieter, Joachim, Klaus und Achim. Bernd kam wieder von der Bundeswehr und stellte dann doch fest, dass die JVA nichts für ihn war, kündigte erneut und ging wieder zur Bundeswehr.

Pflegevorsteher Z. wurde schwer krank. Um ihn zu entlasten, kam Manfred auf die Idee eine Arzthelferin einzustellen, Heidi kam. Eigentlich ein Thema für ein eigenes Buch. Leonhard und Dieter gingen wieder und Heidi ging, der Liebe wegen, auf eine halbe Stelle. Die erste Krankenschwester, Sabine, konnte mit der anderen halben Stelle gewonnen werden. Rudolf ging in Ruhestand, Tassilo und Herbert hießen die Neuen. Es gab, dem Pflegenotstand geschuldet, eine Anhebung der Gehälter für beamtete Pflegekräfte und damit eine Anpassung an die Lohnentwicklung in der freien Wirtschaft. Unser jetzt erster Pflegevorsteher Z. und Karl 1 gingen in Pension. Ich wurde zum ersten Pflegevorsteher ernannt und wurde damit der Pflegedienstleiter. Sabine musste uns leider verlassen, ihr Mann, ein CI, wurde versetzt. Wolfgang und Norbert gingen, aus gesundheitlichen Gründen, vorzeitig in Ruhestand. Es folgten Teddy, Dirk, Waldemar, Hasso, Anita, Knut, Daniela, An-

drea, Rebecca, Mandy und Dominic. Einige blieben, andere gingen nach kurzer Zeit wieder aus den unterschiedlichsten Gründen. Joachim, Klaus, Daniela und Dirk aus gesundheitlichen Gründen. Alfred und Hasso nach Erreichen der Altersgrenze. Teddy ging in die Psychiatrie zurück. Manfred wechselte nach Kassel in das Zentralkrankenhaus als leitender Arzt. Frau E. machte zunächst alleine weiter. Für ein Vierteljahr bekamen wir Dr. W. Dieser wurde aber, aus mir bis heute nicht nachvollziehbaren Gründen, nach der Probezeit nicht übernommen. Geprägt war diese Zeit aber mit einem Regierungswechsel in Wiesbaden. Ein Ziel der neuen Regierung war es, in Hessen den „härtesten Strafvollzug“ Deutschlands zu machen. Ausgänge und Urlaube der Gefangenen wurden zurück gefahren. Der geschlossene Vollzug, und nicht der offene Vollzug, wurde wieder die Regel. Bei zwei Veranstaltungen der Sport-AG, einmal mit dem von mir hochgeschätzten Pfarrer S. und einmal bei einem Lauf mit einem unserer Psychologen Dr. E., versuchte je ein Häftling zu fliehen. Beiden gelang es, wurden aber kurz danach wieder eingefangen, ohne dass es zu einer Straftat kam. Für unsere Regierung Grund genug den Anstaltsleiter zu wechseln. Zu unser aller Bedauern, wurde Anstaltsleiter W. nach Südhessen versetzt. Herr Anstaltsleiter S. kam. Herr S. schaffte erst einmal alles, was er als Vergünstigung ansah, ab. Alle Vorschriften wurden überarbeitet und man hatte ständig irgendetwas zu unterschreiben, was mit der „Sicherheit“ zu tun haben sollte. Das Personal kam sich ab und zu schon „verarscht“ vor. Der Schreibtisch von Herr S. war immer sauber, Akten fand man ganz selten auf ihm, höchstens die Zeitschrift „Jagt und Fang“ oder so ähnlich.

Herr S. hatte einen Rauhaardackel, „Ludwig“, den er mit in den Dienst brachte. Ludwig wurde von der Sekretärin Frau H. zweimal am Tag ausgeführt. Wer was werden wollte, brachte halt Leckerli mit. Bei einem Einkauf fand ich in einer Drogerie in Butzbach einen Dackel als Bewegungsmelder. Ich nahm ihn mit in den Dienst und stellte ihn an meine Bürotür. Herr S. fragte ich, nach einer der vielen Besprechungen, ob er was dagegen hätte, wenn ich meinen Dackel ebenfalls Ludwig nennen würde. Herr S. war glücklich und fand die Idee „Grandios!“, wie er sagte. Ich malte ein Namensschild und band es meinem Bewegungsmelder um. Bei einer seiner Kontrollen, die er immer mit dem Vollzugsdienstleiter, dem Sicherheitsdienstleiter oder dem Verwaltungsdienstleiter machte, stellte er fest, dass mein Ludwig aus Plastik war. Ich sagte ihm, dass ich ihn nicht allein zu Hause lassen könne, den armen kleinen Hund und er im Dienst doch eine Aufgabe hätte, nämlich als Bewegungsmelder zu bellen. Herr S. wollte zwar erst lospoltern, fing sich

aber und meinte: „Sie sind in Ordnung und kein Stiefellecker.“ Man konnte mit ihm zwar nicht unter vier Augen reden, immer war einer der eben genannten Personen dabei, aber ich hatte meine Narrenfreiheit. Als nächstens wollte er in unserer Abteilung das Fernsehgerät aus dem Nachtbereitschaftsraum entfernen lassen. „Dienst ist keine Freizeitveranstaltung“, meinte er. Nachdem ich ihm aber erklärt habe, dass wir nachts einen Bereitschaftsdienst hätten, das Gerät nicht dem Land Hessen, sondern dem Pflegedienst gehörte, meinte er nur: „Es ist ja auch wichtig, ein Fernsehgerät zu haben, wenn es mal was Unvorhergesehenes gibt und man sich informieren müsse.“ Er wurde bei Olympischen Spielen, Fußballspielen aber auch am 9. September 2001, Twin Towers, ein oft gesehener Gast in unserer Abteilung. Als ich einmal mit dem Auto in Butzbach an einer Ampel zum Abbiegen hielt, fuhr er auf der Geradeauspur an die Ampel. S. griff an sein Schulterhalfter, zog einen Trommelrevolver heraus, drehte die Trommel und steckte die Waffe wieder ein. Mein Gedanke war nur „Hoffentlich sieht den keiner.“ So war er halt, etwas seltsam. Die meisten Verfügungen, die er machte, wurden später von Gerichten wieder aufgehoben, aber nichts war mehr so wie vor dem Regierungswechsel. Die Anstaltsleiter, die nach ihm kamen, versuchten nicht aufzufallen, Wiesbaden ja keine Blöße zu geben. Beim Personal hieß es halt: „Kein Arsch in der Hose.“ Einen Chef bei dem man das Gefühl hat, der ist Chef, der hört zu, der ist auch für uns da, den hatte ich nach meiner Meinung, nach dem erzwungenen Weggang von Anstaltsleiter W. nicht mehr. Anstaltsleiter W. klagte gegen seine Versetzung, wurde zwar nicht mehr Anstaltsleiter in Butzbach, aber in unserer Nachbaranstalt.

Nach Dr. W. fing unsere Schwäbin an. Sie kam aus einer Frankfurter Anstalt und war Fachärztin für Urologie. Frau Dr. war ein Fan von Naturheilverfahren. Ich habe noch nie so viel Tee und Pulver, Granulat und Leinsamen bestellt. Bei Rückenschmerzen gab es auch einmal ein „Gymnastikhefte“ bevor ein Medikament verabreicht wurde. Die Frau hatte eine, sagen wir mal, Ruhe in sich; bewundernswert. Wenn ein Patient sich unzureichend behandelt fühlte, stand sie auf, verließ das Sprechzimmer und ließ die Pflegekraft mit dem wütenden, aber verdutzten Gefangenen allein. Bei Notfällen konnte es aber auch passieren, dass ihre Schuhe flogen und sie barfuß durch das Hafthaus rannte. Einmal bei einer Reanimation in einer Zelle flog auch mal ein Personensicherungsgerät, das bei bestimmten Bewegungsabläufen einen penetranten Piepton von sich gab, gegen die Wand. Frau Dr. war aber auch sehr sparsam, was ihrem Volksstamm den Schwaben nachgesagt wird, traf bei ihr voll zu. Frau Dr. brachte für ihr Frühstück kleine ältere Joghurtbecher

die mit Folie verschlossen waren oder kleine Kindernahrungsgläser mit. Diese waren mit irgendwelchen Haferflocken, Kleie oder sonstigem gesunden Nahrungsbedarf gefüllt. Die Gläser wurden, nachdem sie gelehrt waren, in unserer Stationsküche gereinigt. Einmal hatte sie ein Gläschen im Dienst vergessen. Der Nachtdienst hatte es in den Glasmüll gegeben. Bei der Ablösung teilte er mir dies mit den Worten: „Damit auch mal ein neues Glas eine Chance bekommt.“ mit. Am nächsten Morgen hörte ich in meinem Büro, wie Frau Dr. in der Küche alle Schubladen und Schränke durchsuchte. „Frau Dr. was brauchen Sie denn?“, „Mein Gläsle ist fort. Wissen Sie, das kleine, wo ich immer mei Haferflocke drin hab.“, „Wenn man nach so vielen Jahren eine Beziehung zu einem Gläschen aufgebaut hat, tut der Verlust schon weh.“, meinte ich nur. Frau Dr. und ich sind dann auf allen vieren durch die Küche gekrabbelt und haben nach dem Gläschen gesucht. Gut, dass keiner einen Film gedreht hat. Meine Kolleginnen und Kollegen hatten ihren Spaß, Frau Dr. unser Mitgefühl.

Kurz vor dem Zeitpunkt des Regierungswechsels, erfolgte der Umzug in unser neues Domizil. Geplant von meinem Vorgänger, auf das Sparsamste verwirklicht. Bereits während der Bauphase stellten wir fest: da wird zwar ein Teil des Gefängnisses umgebaut, aber in ein Gefängnis und nicht in ein Krankenhaus. Die Türen hatten einen Durchlas von 55 bis 58 cm. Wie da ein Bett bewegt werden sollte erschloss sich mir nicht. Wände waren in Trockenbauweise erstellt worden. Es mussten nachträglich die Hälfte der Türen verbreitert werden. Doch trotz mehrmaligem Messen an den Betten, schafften es die Maurer, die Türrahmen so zu bauen, dass jeder unterschiedlich ist und nur bei zwei Türen ein Bett überhaupt ohne kippen oder auseinanderbauen in die Zimmer gebracht werden konnte. Bei einer meiner Begehungen im „Neubau“, brachte ein Arbeiter eine rote Masse auf dem Fußboden auf. Dies sei das Neuste im Krankenhausbau: hygienisch und gut zu reinigen. Per Zufall traf ich eine Mitarbeiterin des Staatsbauamtes bei einer Baubegehung einen Tag später. Diese lobte den Boden in höchsten Tönen. Auf meine Frage, was jetzt auf die rote Farbe kommen würde, sagte sie „Nichts!“, „Wie nichts? Dass kann man doch so nicht lassen, hier kommen auch psychiatrische Patienten rein, da muss es doch eine andere Farbe geben bzw. einen anderen Belag.“ – Ein Arbeiter hatte mir gesagt, es gäbe auch grau in verschiedenen Tönen. „Andere Farben harmonieren nicht mit der Farbe der Kacheln“, war die Antwort. Gut, ich gehöre der männlichen Spezies an, das muss man nicht verstehen. Es gab auch keine Möglichkeit sie umzustimmen. Der Boden wurde rot bearbeitet. Der Boden schlug beim Trocknen Blasen und wurde

wieder entfernt. Er wurde neu aufgetragen und wieder entfernt. Der Untergrund wurde sandgestrahlt, die rote Masse wurde aufgetragen und wieder entfernt. Der Untergrund wurde kugelgestrahlt und die rote Masse wurde aufgetragen und blieb. Die Masse wurde hart und wirkte wie ein Spiegel. Rölcke wurden sofort verboten. In die Trockenstellwände wurden nachträglich Stahlplatten eingearbeitet. Auch hier musste ich zunächst überzeugen, dass die Patienten, die einmal hier untergebracht werden, nicht die einfachsten sind und auch einmal durch die Wand gehen könnten. In keinem Krankenzimmer oder in den Personalräumen war eine Tapete vorgesehen. Ein Mitarbeiter des Staatsbauamtes meinte nur: „Wie ich Sie kenne, werden Sie das schon schwarz hinkommen.“ – Was für Aussichten. Die Büros und die Aufenthaltsräume bekamen ihren Fußbodenbelag und ihre Tapeten. Bei den Möbeln wurde es schon schwerer. Es stand so gut wie nichts auf dem Plan des Staatsbauamtes. Mein Vorgänger hatte auf einer Liste bei den meisten Einrichtungsgegenständen hinter fast jedes Teil geschrieben: „Kann mitgenommen werden.“ Der Schreibtisch aus dem Geschäftszimmer ging schon zu Bruch als er das erste Mal bewegt wurde, die Schränke passten nicht, die Regale, die wir brauchten, waren im alten Krankenhaus auf Maß gebaut worden. Im Neuen ging gar nichts. Quer durch das Haus und den Werkhof wurden Spione entsandt. Wir bekamen ein noch nie benutztes Regal aus der Küche für unser Medikamenten- und Verbandsmittellager. Ältere, ausgetauschte Schreibtische der Verwaltung für das Krankenhaus und für das Revier aus der Schreinerei. Schränke und andere Teile aus der durch einen terroristischen Akt zerstörten JVA Weiterstadt. Eigentlich sollte alles mit dem Umzug besser werden. Es sollte einfacher werden und es sollten weniger Wege anfallen. Das war ein Griff in das Klo. Um auf drei Stockwerken zu arbeiten, war das Personal nicht ausgelegt. Sobald Krankheiten oder Urlaub gewährt wurde, musste das Angebot deutlich zurückgefahren werden. Bei sogenannten „Dauerkranken“ wurde kein Ersatz gestellt. Die Pflegekräfte sind Beamte, da zählt halt nicht die körperliche Anwesenheit, sondern ob die Planstelle besetzt ist. Besetzt ist sie auch, wenn der/die BeamtIn nicht da ist. So dauerte es bei einem Krankenpfleger, der drei Herzinfarkte hatte, fast zwei Jahre bis er in den Ruhestand versetzt wurde und ein weiteres halbes Jahr, um eine neue Kraft einzustellen. Als Antwort bekam ich einmal in Wiesbaden zu hören: „Sie sind halt keine neue Einrichtung, sondern existieren bereits seit Jahren, da gibt es keine Stellenneubewertung.“ Nachdem Frau Dr. bei uns war, tauchte ein neuer Anstaltsarzt auf, M. Frau E. wurde zu unserem Bedauern nach Frankfurt abgeordnet. Als Halbtagskraft fuhr sie dann täglich

nach Frankfurt, arbeitete dort und fuhr dann wieder nach Hause. Frau E. sagte, sie verbringe mehr Zeit auf der Autobahn wie in der Anstalt und versuchte, nach dem Ablauf der Abkommandierung, zurück nach Butzbach zu kommen. Dies wurde abgelehnt und so kündigte sie zu unser aller Bedauern. Herr M. und Frau Dr. hatten von Anfang an Umgangsprobleme, aber nicht nur die zwei. M. hatte auch Probleme mit den Gefangenen, dem Personal, eigentlich mit jedem. Seiner Ansicht nach, waren alle, ich sag mal, übertrieben „blöd“ und nur er hatte Recht. Ich möchte auch nicht näher darauf eingehen, ich hatte nur Angst einmal in die Zeitung zu kommen mit sehr negativen Schlagzeilen. M. nahm auch keinen Rat an. Frau Dr. versuchte alles, aber er hatte eine sehr starke Lobby in Wiesbaden. Frau Dr. versuchte sich sogar versetzen zu lassen, dies sei nur mit einem Abschlag ihrer Vergütung und einer Heraufsetzung ihrer Arbeitszeit möglich, wurde ihr dann mitgeteilt. Frau Dr. verließ die Justiz und fing bei einer anderen Behörde an. Nachdem M. zwei Dienstaufsichtsbeschwerden gegen Mitglieder des Personals schrieb, schrieb ich eine gegen ihn. Die Beschwerde war auf dem Dienstweg über den Anstaltsleiter, Herr S., an das Ministerium gerichtet. Nach einigen vielen Tagen fragte ich nach, was mit meiner Beschwerde sei. Ich wurde zu S. zitiert. S. saß mit dem Verwaltungsleiter und seinen beiden Vertretern mir gegenüber. Ich kam mir vor wie vor Gericht. S. versuchte abzuwiegeln und ich bekam mit, mein Schreiben hatte die Anstalt nie verlassen. Ich blieb bei meiner Meinung und beharrte darauf, dass das Schreiben nach Wiesbaden gehen solle. Ich lehnte jede weitere Zusammenarbeit mit M. ab. Jetzt war guter Rat teuer. Zufällig rief, als ich wieder in meinem Büro war, Karl-Heinz aus Rockenberg an, um einen Patienten zur stationären Aufnahme anzumelden. Karl-Heinz hörte mir zu und meinte: „Ei, dann tauschen wir.“ So machten wir es auch dann. Ich ging nach Rockenberg und Karl-Heinz nach Butzbach. Alfred musste mich als Pflegedienstleiter vertreten. Die Anstalt in Butzbach kam etwas ins Schwimmen, sie mussten jetzt Wiesbaden erklären, um was es ging.

In Rockenberg wurde ich von meinem ehemaligen Chef, Anstaltsleiter W., herzlich begrüßt. Kollege Bernd freute sich auf unsere Zusammenarbeit. Nur die dortige Anstaltsärztin Frau X-Y. meinte, sie sei übergangen worden und vermutete in mir ein „Spion“ für Wiesbaden. Ich blieb ein viertel Jahr in der Jugendstrafanstalt Rockenberg und fühlte mich dort auch wohl. Ein weiteres viertel Jahr verbrachte ich dann in der JVA Frankfurt am Main I. Frankfurt war wieder etwas anderes. Das Arbeiten und der Umgang miteinander hatten über das Dienstliche hinaus keine Gemeinsamkeiten. Butzbach ist halt Butz-

bach. Beide Einsätze haben mir aber viel gebracht. In Butzbach und Wiesbaden versuchte man in der Zwischenzeit das Problem M. zu lösen. Das Ministerium hätte gern das gesamte Personal in Butzbach in andere Anstalten versetzt. Erst nachdem Anstaltsleiter S. und der Personalrat der JVA Butzbach darauf bestanden, wurde M. nach einer Gehaltserhöhung an eine große hessische Einrichtung abgegeben. Jetzt hatte Wiesbaden das nächste Problem, in Butzbach gab es keinen Anstaltsarzt mehr. Aus Kassel wurde Dr. A. nach Butzbach abgeordnet. Der brachte mit seiner offenen Art Butzbach wieder auf Vordermann. Das Personal und Dr. A. harmonisierten gut zusammen. Nach seiner Zeit wurde Dr. K. nach Butzbach geschickt. Er war neu im Vollzug und sollte mal die Nachfolge von Manfred in Kassel antreten. Dr. K. ließ sich auf das Personal ein und wir hatten eine sehr gute Zeit miteinander. Ihm folgte im Rahmen der Abordnungen Herr Dr. M. von der JVA Weiterstadt. Dr. M. hatte eine sehr ruhige Art, die Zusammenarbeit war gut. Er bekam aber irgendwann einfach mal mitgeteilt, er sei jetzt nach Butzbach versetzt. Dr. M. sagte mir, er sei damit nicht einverstanden. Er hatte eigentlich immer vor wieder zurück nach Weiterstadt zu gehen. Dr. M. war zwar gern in Butzbach, aber die Arbeit und die Patientenklintel in Weiterstadt sei ihm lieber. Er hatte dann eigentlich nur noch Angst einen Fehler zu machen und Wiesbaden einen Grund zu geben, ihm eine Rückkehr nicht zu ermöglichen. Nach einem privaten Schicksalsschlag und einer aus ihr resultierenden Erkrankung ging Dr. M. in den vorzeitigen Ruhestand. Wir standen mal wieder ohne Anstaltsarzt da. Frau X-Y. kam gegen ihren Willen aus Rockenberg und Dr. B. kam aus Kassel. Zwei nicht unterschiedlicher sein könnende Personen. Frau X-Y. eine dem Hierarchischen zugewandte Ärztin, die bei Verwaltungsarbeiten und Papier glücklich war und der gegen jede Etikette auftretende Dr. B. Er wohnte im Ruhrgebiet und arbeitete in Butzbach. Eine Wohnung hatte er angeblich in Kassel. Für mich lebte er im Auto. Seine freundliche Art, auch den Gefangenen gegenüber, machten ihn im Hafthaus überaus beliebt. Frau X-Y. hielt Abstand und dies nicht nur bei den Gefangenen, sondern auch zum Personal. In Personalkreisen hieß es, ohne Akademischen Titel brauch man mit ihr nicht zu reden. Geredet haben wir, aber immer auf Distanz. Frau X-Y. ließ keine Nähe zu. Sie versuchte auch die Arbeitsabläufe zu verändern. Der Rat der Kollegen zählte nicht. Sie kontrollierte auch ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die als Konsilarkräfte in der Anstalt arbeiteten. Ob unser Psychiater, der Hepatologe, der Internist, der Chirurg, der Orthopäde, die Hautärztin sowie alle anderen, die in die Anstalt kamen, beschwerten sich bei mir. Chefin bleibt halt Chefin. Mein Vorgänger sagte

einmal: „Wenn der Doktor sagt, dem hilft Kuhscheiße auf dem Haupt, besorge ich Kuhscheiße.“ Ich denke aber, man muss zumindest einmal hinterfragen und darüber reden, wenn Bedenken bestehen. So habe ich es immer gehalten und wenn ich überzeugt wurde, habe ich auch „Kuhscheiße“ besorgt.

Das Telefon klingelte: „Kannst Du mal kommen? Wir haben ein Problem mit einem Zugang.“ Der Anruf kam von der Kammer und die Fragestellung passierte öfter. Also mal zur Kammer. Hier fand ich einen älteren Beamten vor, der mit seinen Nerven am Ende war. „Der will seinen Teddybären haben.“ Er zeigte auf einen kleinen Mann, der weinend in der Ecke stand. „Hallo! Mein Name ist Weyl, ich bin hier Krankenpfleger und wie ist ihr Name?“ „Ich bin der Freddy, der böse Mann gibt mir nicht meinen Oli! Ich will aber Oli, der ist mein Oli.“ „Hast Du den schon lang?“ „Von meiner Mama.“ Der ganze Gesprächsverlauf erinnerte mich mehr an eine Einrichtung für geistig behinderte Menschen als ein Gespräch in einer Justizvollzugsanstalt der Sicherheitsstufe 1. „Ich klär‘ das, warte auf mich.“ „Ist was Besonderes mit dem Bär.“ Der Beamte sah mich entgeistert an. „Was spricht gegen den Bär?“ „Die Sicherheit!“ „Was kann der Bär denn machen?“ „Pass auf, ich ruf den Anstaltsleiter an und klär‘ das.“ Vorher rief ich aber bei der Vollzugsgeschäftsstelle an, was man Freddy oder Oli vorwarf. Freddy wohnte in einer beschützenden Einrichtung und war von einer Betreuerin der versuchten Vergewaltigung an einer anderen Heimbewohnerin angezeigt worden. Mit dem Hintergrundwissen gelang es mir den Anstaltsleiter zu überzeugen Freddy seinen Oli zu genehmigen. Ich nahm den glücklichen Freddy, samt Oli an der Hand, mit ins Krankenhaus. Freddy hatte ein freundliches Gemüt. Seine Zimmergenossen versprachen mir ihn nicht zu „verarschen“, es gab auch keine Schwierigkeiten. Bereits am nächsten Tag ging er mit uns, das heißt mit Achim, den er auch in sein Herz geschlossen hatte, oder bei mir an der Hand spazieren. Oli passte in der Zeit auf sein Bett auf. Freddy legte seinen Kopf an meine Schulter und schnurrte wie eine Katze. „Willst Du mein Papa sein?“, fragte er mit ernstem Gesicht. „Freddy das geht nicht, Du bist doch viel älter als ich.“ Freddy fing an zu weinen. Es dauerte lange bis er sich beruhigt hatte. Beim Abendessen kam er auf mich zu, legte wieder seinen Kopf an meine Schulter: „Dann bist Du mein Bruder!“ Am nächsten Tag fragte ich ihn, warum er denn jetzt in Butzbach sei. Freddy hatte keine Ahnung. Er erzählte mir aber von seiner Arbeit in einer beschützenden Werkstatt und seiner Freundin. „Wie heißt die denn?“ Freddy nannte mir ihren Namen, sie wohne in derselben Wohngemeinschaft. Freddy hatte mit seiner

Freundin, wie sich herausstellte, „Doktorspiele“ gemacht. „Hab doch nur delect, hat doch Spaß macht, hat delacht.“ Aus dieser Sache war dann die versuchte Vergewaltigung geworden. Freddy und Oli blieben eine Woche bei uns, dann wurde der Haftbefehl aufgehoben. Als ich Freddy bei seiner Entlassung auf die Kammer brachte, weinte er ununterbrochen. Oli hatte er fest an sich gedrückt und den Kopf an meine Schulter gelehnt. „Tschüss Freddy, mach's gut“, sagte ich zum Abschied und Freddy sagte weinend „Tschüss, Papa.“

Drei Zellen neben dem Revier hatte Oskar seine Zelle. Oskar hatte eine Strafe wegen Betrug abzusitzen. Oskar kam täglich zum Verbandswechsel wegen seines Ulcus cruris (offene Wunde am Unterschenkel). Wir konnten machen was wir wollten, die Wunde ging nicht zu. Ein Mithäftling sagte mir: „Der macht sich das selbst, der hat nichts.“ Der Zufall half. Ein Beamter erwischte ihn, als er sich den Inhalt einer Batterie in die Wunde rieb. Oskar war stocksauer. Eine Woche später bekam er beim Nachteinschluss einen Apoplex (Schlaganfall). Der herbeigerufene Notarzt ordnete eine sofortige Verlegung in ein öffentliches Krankenhaus per Notarztwagen an. Zwei Beamte führen hinter dem Notarztwagen her. Als sie bei der Notaufnahme ankamen, war Oskar verschwunden. Oskar wurde eine Woche später wieder festgenommen. Das nächste, was Oskar bekam, war ständiges Brennen beim Wasserlassen, nichts wurde gefunden. Dann bekam er es ans Herz, nichts wurde gefunden. Dafür gingen beide Unterschenkel wieder ins Rennen, Ulcus cruris. Wir nahmen Oskar auf, um ihn zu überwachen. Zu dieser Zeit nahmen wir auch einen Apoplex Patienten im Krankenhaus auf, der auf dem Frankfurter Flughafen festgenommen worden war. Er hatte einen größeren Betrug vor Jahren begangen und war nach Süd-Ostasien geflohen. Nach seinem Apoplex, war er zur Behandlung nach Deutschland zurückgekommen und dort sofort verhaftet worden. Herr H. war halbseitig links gelähmt und verständigte sich mit Fieblauten. Am nächsten Tag war Oskar rechts gelähmt und konnte nicht mehr reden. Oskar hatte wieder Brennen beim Wasserlassen und konnte nicht mehr reden. Brennen beim Wasserlassen zeigte er, in dem er ein Feuerzeug anmachte und an seinen Schritt hielt. Ein Gespräch lehnte er ab. Er machte auch keinen Versuch mehr selbst aufzustehen und lag lieber in seinen Ausscheidungen. Oskar kam in ein Einzellzimmer. Für die Pflege wurde er zu einer besonderen Herausforderung. Oskar brachte sich selbst eine Spitzfußstellung bei. An seinem Bett fanden sich alle ärztlichen Fachgebiete ein Stelldichein. Vom Psychiater bis zum Orthopäden, vom Neurologen bis zum Rheumatologen, alle kamen zum selben Ergebnis, Simulant. Nur

man kann ihn ja nicht so liegen lassen. Wir versuchten es mit Krankengymnastik. Ein Geh-Gestell, eine Art Rollator, wurde für ihn besorgt. Wir machten Gehübungen und dies nicht immer zur Freude meiner Kollegen. Eine Sache hatte er aber gern, er ließ sich Katheder setzen, er könne ja nicht Wasser lassen, auch wenn die Blase leer war. Eine Psychologin nahm sich seiner an. Spezialschuhe wurden ihm für seine Spitzfüße besorgt. Wir hatten auch einen kleinen Erfolg, er ging wieder zur Toilette und schrieb uns Briefe. Oskar wollte auch wieder in einen Saal verlegt werden. Nur einmal kam ein Wort über seine Lippen. Ein junger, homosexueller Mann wollte den armen alten Mann wärmen und bei ihm ins Bett. „Mach Dich fort du schwule Sau!“, kam deutlich über seine Lippen. Da bereits weit über die Hälfte von seiner Strafe herum war, bekam er einen Hafturlaub genehmigt. Er musste von seinem Bruder abgeholt und wieder gebracht werden. Oskar saß in einem Rollstuhl und wurde von mir zur Außenpforte gebracht. Auf dem Weg zur Außenpforte musste eine Stufe überwunden werden. Ich rutschte aus und Oskar fiel mit seinem Rollstuhl hin, keine Regung. Sein Bruder nahm ihn in Empfang. Kollege Achim, der gerade zum Dienst kam fragte: „Und meinst du, das geht gut?“ „Nee, der ist weg“, sagte ich spontan. Ungefähr drei Stunden später klingelte mein Telefon: „Hallo Herr Weyl, hier ist der Bruder vom Oskar.“ Ich unterbrach ihn mit der Frage: „Ist er weg?“ „Ja, wird‘ ich jetzt bestraft?“, „Wie ist er denn auf die Flucht?“, „Er wollte, dass ich am Bahnhof in Frankfurt kurz anhalte, da ist er aus dem Auto und weg war er.“ „Konnte er reden und normal laufen?“, „Ja, wird‘ ich jetzt bestraft?“, „Nur wenn sie den Rollstuhl nicht zurück bringen, melden sie den Vorfall noch bei der Polizei und wenn sie was hören melden sie sich nochmal.“ Ein Jahr später wurde uns ein Patient aus einer bayrischen Anstalt angekündigt. Er sei blind und hätte einen Zustand nach einem Apoplex. Eine sehr resolute Pflegekraft, die den Transport begleitete, schimpfte auf die Justiz, den armen alten Mann festgenommen zu haben. Als ich den Raum betrat und Oskar sah und er mich platzte aus ihm heraus bevor ich überhaupt den Mund aufmachen konnte „Der Weyl.“ Der Bayerin stand der Mund auf und ich sagte nur „Ein Wunder!“ Oskar wurde im Zellenbau aufgenommen und von einer Psychologin regelmäßig betreut. Er konnte sehen, laufen und reden. Er bekam noch ein Jahr drauf wegen Betrügereien, die er während seiner Flucht gemacht hatte. Oskar wurde von uns kaum noch im medizinischen Bereich gesehen. Er saß seinen Knast ab, wurde entlassen und ist in Butzbach nicht mehr aufgetaucht. Übrigens, der Rollstuhl wurde von seinem Bruder bereits 45 Minuten nach unserem Telefongespräch an der Pforte abgegeben.

Das Gefangene mit ihrer Gesundheit spielen hatten wir auch bei einem anderen Fall. Ich nenne ihn mal Benjamin. Er kam wegen unklaren Bauchbeschwerden. Benjamin hatte 30 kg abgenommen. Er hatte ständiges Erbrechen, es wurde aber nichts Körperliches gefunden. Infusionen und Gespräche liefen. Benjamin nahm wieder 3 kg zu und bestand darauf in den Zellenbau zurück verlegt zu werden, es gehe ihm wieder gut. Gegen jeden ärztlichen Rat ging er wieder auf seine Zelle. Zwei Tage später verlangte er auch wieder im Werkhof zu arbeiten. Nach Gesprächen mit dem Psychologen, Arzt und Anstaltsleitung stimmte man zu. Eine Woche später gab es im Haus einen Alarm (Knast-Jargon: Der Bär brummt) Alle Gefangenen mussten auf ihre Zellen und wurden eingeschlossen, alle Gefangenen wurden gezählt. Im Werkhof wurde alles nach „außen gedreht.“ Ein Gefangener blieb verschwunden, Benjamin. Der Verdacht lag nahe, er sei mit einem LKW, der in der Schreinerei war, geflohen. Eine Fahndung der Polizei blieb erfolglos. Monate später wurde Benjamin bei seiner Mutter festgenommen. Benjamin war nicht, wie vermutet, in einem LKW an dem Tag als er verschwand, geflohen, sondern hatte sich in einem Kabelschacht drei Tage versteckt, um dann mit einem LKW der Wäsche aus der Anstalt transportiert zu werden. Er hatte solange gehungert, bis er in den Schacht und in einen Aufbau eines LKWs passte.

Die Polizei brachte uns einen alkoholisierten Patienten. Er wurde durch den Arzt aufgenommen. Nach etwa einer Stunde fing er an überall im Zimmer Spinnen zu sehen. Er stieß mit dem Kopf gegen die Wand und schlug auf die vermeintlichen Tiere ein. Zu seiner eigenen Sicherheit ordnete der Arzt eine Teilfixierung an. Klaus und Achim fixierten den Patienten am Bett. Achim fragte mich noch: „Auch die Beine?“, „Ja, nur eine Hand soll zunächst frei bleiben, so hab ich den Doktor verstanden.“ Eine halbe Stunde später gab es schwere Schläge aus dem Zimmer. Klaus und Achim waren gleich da. „Wilfried komm mal schnell! Das glaubst du nicht!“ Der Patient hatte das Bett wie einen Schildkrötenpanzer auf dem Rücken und hopste auf einem Bein durch das Zimmer. Das Einzige, was noch fixiert war, war seine Brust und ein Holzbein. Wir haben den Patienten nicht mehr fixiert, sondern in einen Haftraum ohne gefährdende Gegenstände verlegt. Er kam in den folgenden Jahren öfter zu einer Kur zu uns. Seine Mutter sagte mir mal am Telefon: „Wenn er bei euch ist bin ich froh. Da weiß ich, wo er ist und das er noch lebt. Jeder Aufenthalt bei euch verlängert sein Leben.“ Dies habe ich übrigens oft gehört. Auch unser Hepatologe Dr. D. sagte, der Knast bei euch ist eine Lebensverlängerung. Pumuckl nannten wir einen Patienten, der eine

Zeitlang bei uns untergebracht war. Ein schlanker Zappel-Philipp: wirres, blondes Haar und eine Hirnkapazität eines Kindergartenkindes. Vielleicht verstand ich mich deshalb so gut mit ihm. Pumuckl war in einer Haftanstalt der Sicherheitsstufe 1 komplett falsch untergebracht. In unserem Krankenhaus belegte er zwar ein Bett, hatte aber mehr Möglichkeiten. Er und die anderen Patienten hatten längeren Hofgang und konnten sich auch sonst mehr bewegen. Pumuckl sagte, was er dachte und dachte, was er sagte. Er hatte wohl einmal zu viel an seinem Geschlechtsteil gespielt. Er müsse jetzt mit dem Arzt reden. Unsere Ärztin mit iranischen Wurzeln fragte, was er denn jetzt habe und wo es ihm weh tue. Pumuckl riss seine Hose herunter, holte sein verhältnismäßig großes Glied hervor, hüpfte vor der Ärztin auf und ab: „Hier tut es weh, da musste mir ‘ne Spritze reinmache.“ Frau E. war zunächst sprachlos. Dann sagte sie ganz ruhig: „Lassen Sie ihn einfach mal ausschlafen, dann wird das schon wieder.“ Pumuckl war sprachlos wie auch der Krankenpfleger, der dabei war und wir hatten wieder eine schöne Geschichte mehr. Eines schönen Mittags gab es ständiges Klopfen an der Tür zu Saal 8. Achim schaute durch den Türspion, konnte aber nichts sehen. Kaum war er wieder von der Tür fort, klopfte es wieder, nichts. Er bat mich zu kommen und einer stellte sich auf jede Seite der Tür. Langsam und leise steckte er den Schlüssel ins Schloss und als es wieder klopfte schloss er mit einem Ruck auf und öffnete die Tür. Wir waren ja auf einiges gefasst, aber mit ein paar Beinen, die an uns vorbei fielen hatten wir nicht gerechnet. Pumuckl hatte Handstand an der Tür geübt und fiel jetzt wie ein Brett in den Flur. „Haben Sie sich weh getan?“, fragte ich noch. Pumuckl meinte nur: „Ist gut für den Rücken“, und ging wieder in die Zelle.

Meine erste Ausführung mit einem Gefangenen hatte ich mit einem älteren Zuhälter. S. saß wegen versuchten Mordes ein. Er war im Knast nicht groß auffällig, fand aber keinen, der mit ihm einen Tagesausgang machen wollte. Als er mich fragte, war ich gerade mal zehn Monate im Vollzug. Er war damals genau das Gegenteil von mir, groß und schlank, durchtrainiert und die Gefangenen respektierten ihn. „Herr Weyl, ich gebe Ihnen mein Ehrenwort, dass nichts passiert, ich will nur mit meiner Mutter mal draußen Kaffee trinken.“ Ich fragte unseren Anstaltsleiter W., der meinte nur: „Hat er ihnen sein Ehrenwort gegeben, dann können Sie auch mit ihm gehen.“ Mit flauem Gefühl im Magen habe ich es dann gemacht. Alles ist gut gegangen. Seine damals weit in den 70iger Jahren alte Mutter war glücklich. S. wurde später sogar unser Hausarbeiter. Ich war froh ihn dann im Haus zu haben, wenn mal einer der Gefangenen nicht so wollte wie ich. Bei einer anderen Ausführung

begleitete ich, Berthold K., zum Grab des Vaters. Berthold K. hatte ebenfalls eine lebenslange Strafe. Wir tranken mit seiner hochbetagten Mutter Kaffee und gingen dann zum Friedhof. „Siehst du Bub, auf dem Stein hab ich auch für meinen Namen Platz gelassen.“ Berthold K. sieht seine Mutter lange an: „Und ich? Wo komm ich mal hin?“ Da platzte es aus mir raus: „Sie haben noch Zeit und dann ist ja noch auf der Rückseite Platz.“ Erst Schweigen, mir war es peinlich, dann haben beide herzlich gelacht und meinten übereinstimmend: „Stimmt!“ Wir hatten einen schönen Nachmittag und seine Mutter dankte mir wortreich, dass sie ihren Sohn nochmal zu Hause sehen durfte. Zwei Wochen später begleitete ich Berthold K. zur Beerdigung seiner Mutter.

Ein Medikament gab es im Knast von dem die Beamten hinter vorgehaltener Hand sprachen „Früher gab’s Elefantenmilch“. Wenn irgendein Gefangener randalierte oder wegen starker Unruhe auffiel, kam immer wieder die Bitte auf: „Gebt dem doch Elefantenmilch.“ Ich habe lange gebraucht hinter das Rezept zu kommen. Ein Aufsichtsbeamter erzählte mir: „Wenn das jemand abends genommen hat, ist der erst einen Tag später abends aufgewacht und hat nach dem Frühstück gefragt.“ Alfred vermutete, es müsste auf jeden Fall ein Gemisch sein. Mit Milch kann nur Truxal gemeint sein. Karl 2 meinte, er hätte mal gehört, es sei ein Gemisch zwischen Truxal und Neurocil. Unser externer Psychiater Dr. G. hatte aus seiner Zeit in der Forensik ebenfalls davon gehört. Er vermutete eine Substanz sei Atosil. Ein älterer Pfleger, dessen Namen ich vergessen habe, aus Kassel erzählte mir mal auf einer Tagung, „Elefantenmilch“ sei alles drei zusammen. Ich habe mich nie getraut es einem Patienten zu geben. Erzählt wurde aber immer mal davon. Vor Medikamenten hatte und habe ich immer Respekt. Im Revier wurde einmal eine Flasche Haloperidol von einem Gefangenen gestohlen. Karl 1 meinte nur: „Der meldet sich. Zieh schon mal eine Spritze Akineton auf.“ Eine halbe Stunde später meldete sich ein panischer Stationsbeamter bei uns. „Sofort kommen, der krampft!“, „Siehst Du“, sagte Karl 1. Nach der Verabreichung der Spritze, ging es dem Dieb wieder besser und er schwor uns, niemals mehr bei uns etwas zu stehlen. Medikamente sind halt schon ein besonderes Gift. Ich wurde einmal auf die Kammer gerufen, weil es einem Beamten schlecht ging. Herbert, so hieß der Beamte war müde und total „neben der Spur“. Der Blutdruck war ok, der Puls etwas langsam. Der jetzt folgende Dialog ist fast genauso wie er sich abgespielt hat: „Herbert hast Du irgendetwas genommen?“, „Eine Schmerztablette wegen Kopfschmerzen.“, „Was für eine war das?“, „Die lag in der Schublade. Es stand Schmerztablette drauf“ Ich schaute nach, nichts. „Wo hast du die Packung hingeworfen?“, „Das war eine

einzelne Tablette.“, „Wo ist der Blister davon?“, „Im Müll.“ Im Müll fand ich auch die Aluminiumhülle der Tablette. „Herbert, du Kamel! Da steht Schmelztablette und nicht Schmerztablette.“ Die Tablette war einem Zugang abgenommen worden und irgendwie in die Schublade gefallen. Herbert hat seit dem seine Brille auf, bevor er etwas einnimmt.

Ein besonderer Fall war Ali. Er wurde als hochsicherheitsgefährlich eingestuft. Ali hatte die Figur eines Griechischen Gottes, mehr Muskeln am Oberarm wie ich am Oberschenkel. Unsere erste Begegnung war bei seiner Aufnahmeuntersuchung. Beim Blutabnehmen hoffte ich nur, er hohle keine Luft., nicht, dass ich quer vor ihm hängen sollte. Das Einzige, was nicht zu diesem Körper passte, war seine Stimme. Fast zart und einen Ton zu hell kam sie rüber. Ali begegnete mir kurz darauf im Zellenbau in Begleitung von einem Beamten. Entweder hatte ich auf einem „Tarzanheft“ geschlafen oder es war etwas im Kaffee als er auf mich zu kam sagte ich spontan: „Mach Platz, sonst puste ich Dich um.“ Ali schaute verdutzt, genauso wie der begleitende Beamte: „Dir, Kurzer, traue ich alles zu“, und ging zur Seite. Ali lachte gern und er sagte mir mal später: „Du machst hier deinen Job und ich draußen.“ Der Job draußen hieß bei ihm Kniescheiben nach hinten drehen oder Leute Beton an die Füße gießen und dem Main zu übergeben. Eine Messerattacke gegen ihn scheiterte an seiner Muskulatur. Das Knastmesser war zwar angespitzt worden, aber das Blech der Messerschneide verbog sich so, dass nur seine Haut geritzt wurde. Einmal hatte Ali sich beim Sport einen Kratzer oberhalb des linken Knöchels zugezogen. Achim und ich hatten Dienst. Aus Jux sagte ich, das muss genäht werden. Ali sah uns entsetzt an: „Nicht der Doktor, Herr Weyl, machen sie das.“ Ich zwinkerte Achim zu. „Das müssen Sie unterschreiben, dass sie keinen Doktor wollen und Herr Weyl das machen soll“, meinte Achim. „Klar, gebt mir einen Kuli.“ Wir legten Ali auf unsere Liege und desinfizierten die kleine Hautabschürfung. Ich holte Nahtmaterial und Tupfer, Achim assistierte. Ich ließ die Nadel auf den Boden fallen, Achim spuckte mal drauf und wischte mit einem Tupfer drüber. „Ist wieder nicht richtig geputzt worden“, entschuldigte er sich. Ali war schon etwas blass um die Nase. Ich nähte in einen Tupfer, ohne dass ich Ali berührte. Ali sagte kein Wort. Am Schluss zog ich ein Pflaster über den Tupfer. „So, Ali damit gehst du am Freitag in die Sprechstunde vom Anstaltsarzt, damit der noch mal drauf schaut.“ Ali wurde auf seine Zelle gebracht. Am Freitag ging er aber in die Sprechstunde zum Anstaltsarzt Dr. Manfred. Manfred zog ihm mit einem Ruck das Pflaster ab. Ali staunte nicht schlecht, nichts war zu sehen. Für ihn war es wie ein Wunder. Ali erzählte im ganzen Haus wie gut

ich nähen kann und es würde keine Narbe bleiben. Für ihn war ich ein Held. Egal was Ali später hatte, erst kam er zu mir und dies nicht nur in medizinischen Belangen.

Ein ruhiger Abend, so hatte der Nachtdienst begonnen. Ich war an der Zentrale und sprach mit Paul. Plötzlich Krach auf B IV und Hilferufe. Wir liefen zu dritt die Treppe hoch. Aus einer Zelle im hinteren Viertel der Station wurde laut gerufen. Ein Kollege des Aufsichtsdiensts öffnete die Zellentür. Was ein Bild: an der Rückwand der Zelle standen zwei Männer und schrien laut. In der Mitte der Zelle sah man zwei weiße Augen die uns anstarrten. Ein dunkelhäutiger Mann saß dort und onanierte. Plötzlich sprang er auf und stürzte Richtung Tür. So schnell hatten wir noch nie die Tür zu. Es gab einen Schlag als er von innen dagegen lief. Ein weiterer Beamter kam zu uns und hatte die „Hausordnung“ mitgebracht. Hausordnung wurde damals der Gummiknüppel genannt. Die Tür wurde wieder geöffnet der Gefangene war immer noch am onanieren. Als er den Knüppel sah, fing er an zu weinen und folgte uns in einen besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände (BGH). Vom Knüppel wurde kein Gebrauch gemacht. Pieter, so hieß der Gefangene, war eigentlich ein netter Kerl, der aber behauptete, er sei ein Wudu-Opfer. Im Abstand von vier Wochen, drehte er immer wieder „am Rad.“ Es ging los, dass er sich seine Haare abrasierte. Danach lief er grundsätzlich nackt herum und onanierte den ganzen Tag und ich meine auch den ganzen Tag. Pieter war als Student nach Deutschland gekommen und hier mit Drogen in Kontakt geraten. Bei einem Chemiecocktail war er „hängen geblieben.“ Pieter wurde später abgeschoben.

Ein anderer Mann hat mich viele Jahre im Vollzug begleitet. D. ist in Heimen aufgewachsen. Als Jugendlicher kam er mit Drogen in Berührung. Unter ihrem Einfluss brachte er einen Menschen um. Nach der Verbüßung der Jugendstrafe rutschte er wieder in die Drogenszene. Wieder tötete er im Wahn einen Menschen. D. ist eigentlich ein großes Kind, er kennt ein anderes Leben außerhalb von Heimen und Gefängnissen nicht. Im Laufe der Jahre, wurde ich so etwas wie eine Bezugsperson. D. ist „Knast-schul“, „Vadder ich weiß eigentlich gar nicht, ob ich schwul bin, aber ich hab noch nie mit einer Frau“, sagte er mal. Er bekam von mir seine Kondome und Gleitmittel. D. erzählte mir fast alles. Er verließ fast nie seine Zelle, kein Arbeitsbetrieb wollte ihn haben. Er fiel immer mal mit Drogen auf. D. lebte in seiner eigenen Welt. Manfred nahm ihn ins Methadonprogramm. Nun musste er wenigstens einmal am Tag zu uns kommen. Ich hielt sogar seine

Hand als er sich Zähne ziehen ließ. Das Gebiss zog er aber nicht so oft an. „Muss halten bis zu meinem Tod, ich hab ja kein Geld.“ Einmal kam D. zu mir „Vadder, Gummibärchen kann man doch einschmelzen?“, „Ja, warum?“ „Ich will mir einen Dildo bauen, eine Salatgurke hab ich ausgehöhlt.“ „Den zeig mir mal, wenn er fertig ist.“ Am nächsten Tag kam D., um sein Methadon abzuholen. „Na, wie ist er geworden?“, fragte ich ihn. „Scheiße!“, sagte er und zeigte mir seinen selbstgemachten Dildo. „Der ist viel zu weich.“ Er griff in seine Hosentasche und zog den Dildo hervor. Etwa 30 cm lang wackelte ein Riesengummi in seiner Hand. „Das musst du positiv sehen, jetzt kann man ihn lutschen.“ rutschte mir raus. Anita die anwesend war, fing an zu lachen. D. schaute uns an und sagte: „Was würde ich nur ohne euch machen.“ D. sagte aber auch einmal, er wolle nicht entlassen werden, er habe Angst, er würde wieder jemanden umbringen.

Die Diagnose Krebs ist auch im Gefängnis bei den „Harten Jungs“ nicht leicht anzunehmen. Zungengrundkarzinom mit mehreren Metastasen war für R. nicht leicht zu verdauen. R. war ein Eigenbrötler, ein schwieriger, verbieteter Grantler, gegen den die ganze Welt war. Ein alter Schränker, der auch schon mal eine Bank überfallen hatte, um sich das zu holen, was ihm die Welt vorenthielt. Nach dem die Diagnose fest stand, machte ein Bediensteter der JVA einen verkehrten Spruch. R. antwortete: „Bevor ich gehe, nehme ich Dich und noch ein paar mit.“ Diese Aussage war in dem System Justiz nicht hinnehmbar. R. wurde in eine Sicherheitszelle verlegt. „Das ist jetzt meine Todeszelle.“ R. wurde mit zwei Beamten nur noch vorgeführt. Ärztliche Schreiben auf eine Haftverschonung wurden von der Staatsanwaltschaft mit der Frage: „Kann er noch einen Finger krumm machen?“ abgelehnt. Ich besuchte R. auf der Zelle und sprach mit ihm. Er wollte eigentlich mit den Schergen des Systems nichts zu tun haben. Langsam taute er mir gegenüber aber auf. Ein externer Arzt und Schmerztherapeut versorgte ihn mit Medikamenten. In seiner Zelle konnten wir ein paar Änderungen machen, damit es etwas „wohnlicher“ wurde. Ich versuchte ihn zu überreden ins Krankenhaus zu kommen. „Ich bleib in meiner Todeszelle. Die brechen mich nicht.“ Er konnte kaum noch laufen R. lehnte aber Hilfsmittel, wie einen Rollstuhl, ab. Er schob den Rollstuhl selbst bis er sicher war, kein Beamter sieht es, wenn er sich von mir schieben ließ. Nach dem es merklich zu Ende ging und wir uns über sein Leben, was kommt dann und was bleibt, unterhielten, wurde er langsam weicher. Er stimmte zu im Krankenhaus aufgenommen zu werden. Wir führten lange Gespräche oder schwiegen zusammen. Seinen Wunsch auf ein Bier konnten wir genauso erfüllen wie dass er nicht im Knast sterben

wolle. Ich hatte einen Platz auf einer Palliativstation für ihn bekommen. Ich ließ ihn zur Krankenbehandlung verlegen. Er drückte mir noch einmal lange die Hand und hauchte ein „Danke.“ Vier Stunden später war R. tot.

Ein besonderer Fall war P. Er hatte seinen Partner, mit dem er Falschgeld druckte, im Streit ermordet. Er saß schon gut ein Jahr ein als ich ihm zum ersten Mal begegnete. Sein Stationsbeamter erzählte mir, P. suche in der Freistunde Steine, steckte sie in den Mund und lutschte sie dann ab. Ich dachte noch, wenn es schmeckt. Von einem Fenster aus beobachte ich ihn. Sein Gang war der eines alten Mannes. Jeder Schritt wurde sorgfältig abgewogen. Ich ging in den Freistundenhof. Wie zufällig traf ich ihn dann und versuchte mit ihm ins Gespräch zu kommen. „Die Erde schreit und braucht Hilfe“, erzählte er mir, die Steine gäben ihm Energie. „Ich habe eine Verbindung zu Computer Nummer 7“, und der sei für die Erde zuständig. Da ich Interesse hatte mehr zu erfahren, bat ich ihn mit mir zu kommen. Unser externer Psychiater Dr. G. war zufällig im Haus. Ihn bat ich zu unserem Gespräch dazu. P. erzählte mir dann nochmal die Geschichte von Computer Nummer 7, dass Buddha, Jesus und Mohammed als Versager in Schutzhaft seien und er den Auftrag habe, die Erde zu retten. Es müssten Seile zwischen den Bäumen gespannt werden, auf denen man sich bewegen solle. Autos und alle Motoren müssten verboten werden. Hier brach er mit seinen Ausführungen ab, schaute uns an und verlangte auf seine Zelle gebracht zu werden. Ich ging mit ihm auf seine Zelle. Auf dem Zellentisch standen Milchtüten aufeinander gestapelt. Einige waren aufgeschnitten. Er ging zu der untersten Milchtüte, fasste sie an und versank wie in Trance. Nach einigen Minuten sah er mich an und meinte, ich müsse gehen, er dürfte nicht mehr mit mir reden. Mit Dr. G. machten wir aus, P., wenn er will, bei uns aufzunehmen. Am nächsten Tag besuchte ich P. wieder auf seiner Zelle. Er war freundlich und willigte ein stationär aufgenommen zu werden, da im Krankenhaus ein besserer Empfang sei. P. baute auch seine Antenne wieder in seinem Krankenzimmer auf. Er schrieb täglich Briefe an die Präsidenten und Könige der Welt, in denen er ihnen seine Botschaft versuchte nahe zu bringen. Jeder Mensch sollte jeden Tag mindestens fünf Steine lutschen, um die Energie der Erde aufnehmen zu können. Alle Motoren, zu Lande, zu Wasser und in der Luft sollten sofort abgeschaltet werden. Geld sollte abgeschafft werden. Man gab, was man hatte dem, der es brauchte. Der Computer Nummer 7 stand durch ihn mit der Menschheit in Verbindung. Irgendwann ließ er ständig das Wasser laufen. Man dürfe Wasser nicht einsperren, Wasser muss fliesen. Er verbot auch alle Kleidung und lief nackt herum. Für das System Strafvollzug

war dies jetzt zu viel. Mit dem Wasser regelten wir, in dem er einen einfachen Zimmerbrunnen bekam. Nur nahm er kein Wasser sondern Kirchsafft damit man sah wie die Erde blutete. Er blieb nun fast nur noch in seinem Krankenzimmer und erzählte mir, er habe jetzt ständig Kontakt zu Computer Nummer 7. P. hätte eine Antenne eingepflanzt bekommen. Er lehnte alle Medikamente, genauso Gespräche mit Psychologen oder dem Psychiater ab. Seine Gesprächspartner waren nur noch unsere Ärztin Frau E., Achim oder ich. Als er nur noch Steine zu sich nehmen wollte und sein Zustand immer suspekter wurde, konnten wir ihn über unseren Psychiater in eine Psychiatrie nach Gießen verlegen lassen. Dort nahm er sich ein halbes Jahr später das Leben. In einem Brief sagte er, er würde in einem neuen Computer aufgehen, der dann die Macht auf der Erde bekommen würde.

In den Zeiten der HIV-Hysterie war der Gefangene F. im Hafthaus untergebracht. F. hatte HIV. An einem Wochenende fing F. an, seine Zelle auseinander zu nehmen. F. war ein bekannter Junkie, der schon öfter in Haft war. Den Auslöser, warum er an einem Samstag auf Sonntagnacht die Zelle zertrümmerte, kam nie heraus. Eine Stunde vorher musste ich bereits einen Gefangenen mit einer starken Gallenkolik auf Grund einer Notarztanordnung ausführen lassen. Damit waren vom regulären Nachtdienst bereits zwei Beamte nicht im Haus. Der Zentralbeamte bat daraufhin um Hilfe aus der an das Gefängnis grenzenden Wohnsiedlung der JVA. So kam es, dass einer der obersten Vollzugsbeamten Herr L. in die Anstalt kam. L. meinte sofort, dann werden wir dem Herr F. mal zeigen, wo der Hammer hängt. Beim Aufschluss bot sich uns folgendes Bild: F. stand nackt unter dem Fenster an der Rückwand des Hafthauses. Vor F. lagen der Zellenschrank quer über dem umgestürzten Tisch, das Bett lag auf der Seite vor der Tür. „Kommen Sie mal mit“, meinte L. F. schrie ihn an, beschimpfte alle anwesenden Beamten und warf mit einem Glas in unsere Richtung. L. machte die Tür zu und meinte „Wir können auch anders.“ Die Vollzugsbeamten zogen Schutzausrüstungen an und gingen wieder zur Zelle. L. schloss wieder die Zellentür auf. Sofort versuchten die Beamten F. zu packen. F. hatte sich aber eingeeölt und man konnte ihn nicht greifen. Da ich eigentlich bis zu dem Zeitpunkt gut mit F. auskam. Fragte L., ob ich mal mit ihm reden wolle. Ich ging also ebenfalls in die Zelle und redete auf F. ein. Zunächst schien dies auch zu wirken. F. wurde ruhiger. Als L. aber erneut versuchte nach ihm zu greifen, schrie er ihn an und warf eine Tasse. Daraufhin sagte L.: „Meine Sicherheit und die meiner Leute ist mir wichtiger als Sie!“, und schloss die Tür von außen zu. Ich sah F. an und er mich: „Willkommen in meiner Zelle!“, sagte er. „Na, dann

räum mal auf, damit ich mich setzen kann“, erwiderte ich. Wir lachten beide laut. Nachdem F. angefangen hatte aufzuräumen, entschuldigte er sich, dass er mir keinen Kaffee anbieten könne, da er seine Tasse an die Wand geworfen hatte. Nach etwa zehn Minuten drückte ich die Gegensprechanlage und bat meine Kollegen vom Aufsichtsdienst, mich aus meiner Zwangslage zu befreien. Die waren erstaunt, da sie dachten ich sei ins Krankenhaus gegangen. An der Zentrale gab es dann den nächsten Lacher und eine Entschuldigung, dass man mich eingeschlossen hatte. F. hat seine Zelle aufgeräumt und ist nicht mehr auffällig geworden.

Der rote L. war eine ganz besondere Type. Eigentlich unscheinbar, bis auf seine roten Haare: ein kleiner Gelegenheitsdieb. Das Besondere war, er wollte geschlagen werden, er suchte den Schmerz. Wenn irgendetwas nur den Hauch einer Prügelei hatte, war er da. Wenn die Beamten dazwischen gingen, kniete er vor ihnen und bettelte danach mit dem Gummiknüppel bestraft zu werden. Er fügte sich immer wieder auch Verletzungen selbst zu. Meist nur oberflächlich, nichts Ernstes. Verbände wollte er keine, nur was zum Abdrücken. Einmal wurde ich von seinem Stationsbeamten gerufen: „Komm' mal vorbei, dass musst Du Dir anschauen.“ L. lag auf seinem Bett und meinte: „Ich will Euch nicht mehr sehen.“ Er hatte die Augen geschlossen und es lagen zwei Knöpfe auf den Augenlidern. Bei genauem Hinsehen stellte sich heraus, nur der linke Knopf lag auf dem Augenlid. Der rechte war angenäht. „Was soll das denn? Warum nähen Sie sich einen Knopf auf das Auge?“, „Ich dachte halt, wenn ich mir Knöpfe auf das Auge nähe kann ich sie zuknöpfen, wenn es hell ist und besser schlafen.“ Wir konnten L. davon überzeugen den Knopf entfernen zu lassen. Genauso wurde er überzeugt, einer Arbeit in der Hofkolone nachzugehen. In der Hofkolone hatte ein älterer Beamter Aufsicht, B. B. hatte große Hände und wenn er diese einem Gefangenen auf die Schulter legte, hörten die auf das Wort. Die Hofkolone pflegte die Grünflächen der JVA, fegte die Straßen rund um das Gefängnis, war für die Müllabfuhr zuständig und alle anderen Arbeiten, bei denen Muskelkraft gebraucht wurde. L. konnte sich hier richtig auspowern. Er fiel zwar weiter auf, wurde aber ruhiger. B. hatte ihn im Griff. Zunähen kommt schon mal vor. Ein wegen Drogenmissbrauch einsitzender Mann, ich nenne ihn mal A., nähte sich den Mund zu. Er wollte nicht mehr mit der Polizei reden. Hier hat es auch viel Überredungskunst bedurft, ihm wieder zur Einsicht zu verhelfen, die Fäden ziehen zu lassen. Erst nachdem ich ihm ein Päckchen Tabak mit Blatt in Aussicht stellte, durften wir an ihn. Später war es der freundlichste

Gefangene, immer ein nettes Wort und zum Scherz bereit. Er war einer der besten Arbeiter in der Schneiderei, nähen konnte er ja.

Der Gefangene B. war ein älterer Herr mit grauem Haar als ich ihn kennenlernte. Er hatte mit kaum einem anderen Gefangenen engeren Kontakt, arbeitete förmlich an zwei Arbeitsplätzen, einmal Hausarbeiter und gleichzeitig Zellenarbeit im „Pensum“ wie es damals hieß. Das Geld, was er verdiente schickte er an seine Nichte, um ihr Studium mitzufinanzieren. B. war unauffällig, bis auf eines, er schimpfte über Ausländer, aber auch manchen Deutschen. Nachdem ich gehört hatte, B. hat lebenslang und mir gesagt wurde: „Das musst Du selbst lesen“, ging ich auf die Vollzugsgeschäftsstelle und schaute mir seine Akte an. B. war wegen mehrfachen Mordes in einem Konzentrationslager verurteilt. „Der nette ältere Herr“, schoss es mir durch den Kopf. Ich brachte zunächst nicht die Taten und ihn zusammen. Der Leiter der Vollzugsgeschäftsstelle legte mir noch Akten von zwei weiteren Häftlingen hin. „Das waren seine Kollegen.“ An diesem Abend bekam ich die Bilder der drei „netten, alten Männer“ und ihrer Taten nicht aus dem Kopf. Ein Kollege hatte mir mal gesagt: „Urteile lese ich nicht, die sind immer so geschrieben, dass man jemand verurteilen kann. Wenn jemand verurteilt ist und das macht das Gericht, können wir nicht nochmal verurteilen. Wir sind dafür da dem Menschen, wenn er unserer pflegerischen Hilfe bedarf, zu helfen.“ Mit dieser Einstellung habe ich ab da versucht meinen Vollzug zu leisten. Später sträubte sich B. in den offenen Vollzug verlegt zu werden. Er wollte in Butzbach bleiben. Er musste aber nach Frankfurt. Ein paar Wochen später kam er zurück. B. war schwerst krank. Er wollte nicht in ein Krankenhaus und er wollte nicht entlassen werden, er wollte in seinem Knast sterben. Er bat mich, ob ich bei ihm sein würde, wenn es soweit ist und ich sagte zu. Wir führten viele Gespräche und B. war es ein Bedürfnis zu reden. Mit den Mitteln, die uns in Butzbach damals zur Verfügung standen, war aber irgendwann keine vernünftige Versorgung zu gewährleisten. Die Ärzte entschieden B. in ein öffentliches Krankenhaus zu verlegen. Einen Tag später war B. tot. Er hatte sich das Leben genommen.

Ein Gefangener mit italienischen Wurzeln, nennen wir in G., fing plötzlich an die Wände seiner Zelle mit Kot zu beschmieren. Bis dahin war er nie aufgefallen, arbeitete in der Schlosserei und saß wegen eines Diebstahls ein. Beamte, die ihn auf der Zelle aufsuchten, griff er an. „Ich bin Jesus!“ war fast alles, was man von ihm hörte. G. wurde in den besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände verbracht. Er lehnte die Nahrung

ab: „Ich brauche nichts, ich bin Jesus“, war sein Argument. Wir suchten ihn regelmäßig auf. Er lehnte jede Untersuchung ab. Das Einzige, was G. zu sich nahm, war Wasser. Ich besuchte ihn mit einem Kollegen in der Zelle. Er erzählte wieder: „Ihr habt mir nichts zu sagen, ich bin Jesus und wer seid ihr?“ „Dein Vater und Petrus“, platzte es aus uns heraus. G. sah uns an und fing an zu lachen. „Als dein Vater sag ich dir jetzt, Du musst was essen!“ Die Antwort war: „Gewonnen, bekomme ich auch eine Zigarette von Dir?“ „Klar, erst nach dem Essen.“ G. wurde am nächsten Tag wieder auf seine Zelle verlegt. Einer meiner „Lieblingsgefangenen“ war F. Er war ein liebenswertes Raubein. Wenn er getrunken hatte, wurde er aggressiv. Im Knast bekam er selten Alkohol und wenn schwarz. Draußen vor den Mauern nahm er schon mal eine Kneipe auseinander und war als Schläger gefürchtet. Im Knast ging er zur Arbeit und hielt sich an die Spielregeln. Einmal arbeitete er im Werkhof in der Schlosserei, ein andermal in der Küche. F. kam regelmäßig in die JVA. So kam es, dass er auch mal bei uns Hausarbeiter wurde. Kennengelernt hatte ich ihn Anfang der 80er Jahre. Er war damals wegen seinem Alkoholabusus bei uns in Behandlung. Eines Abends gab es gekochte Eier, diese waren zu 20 in einem Eierhort. F. war der erste, der sich sein Abendessen holte. Ich sprach noch mit einem Patienten als ich mich zu F. umdrehte, waren die Eier fort. F. hatte 20 Eier mit Schale gegessen. „Einmal drauf beißen und schlucken, so bekomm‘ ich mein Bier an der Theke.“ Gab es Probleme mit Gefangenen, meinte F. Nur: „Chef, ich rede mal mit denen.“ Eine Minute später hatte sich die Lage entspannt. Bei F. gab es keine „Geschäfte“, er sah den Knast als dazugehörig an. „Wer A sagt muss auch B sagen“, war sein Wahlspruch. Als F. das letzte Mal nach Butzbach kam, wirkte er müde. Seine Laborwerte waren schlecht. Eine Untersuchung brachte heraus, F. hatte Krebs. „Wer A sagt muss auch B sagen. Ich hab gesoffen und geraucht, ich hab nichts ausgelassen mir zu schaden und jetzt kommt die Rechnung.“ F. nahm seine Erkrankung an. Er murrte zwar hin und wieder, aber es kam kein Klagen. Sein Wunsch war bei uns zu bleiben, aber in Freiheit zu sterben. F. arbeitete als Hilfsarbeiter, wenn es ihm gut ging. Seine Zelle blieb den Tag über auf und wurde nur über Nacht verschlossen. Er durfte sich ein Aquarium in seiner Zelle, trotz Bedenken der Sicherheitsabteilung, einrichten. Das Aquarium war für ihn ein Lebensanreiz. F. blühte auf. Die „Chemo“ vertrug er soweit gut. Durch sie gewann er zumindest noch Lebenszeit. Wir hatten Kontakt zu seinem Bruder aufgenommen, ebenfalls ein uns Bekannter. Dieser besuchte ihn jetzt regelmäßig. F. fühlte sich wohl, er war in seinem „Zuhause“, mehr brauchte er nicht. Doch dann ging, wieder erwarten, seine

Haftverschonung durch. F. war unglücklich. Er wollte im Knast bleiben, da wo er seine Leute kannte, wo er nach seiner Meinung zu Hause war. Ich führte Gespräche mit ihm: „Sie können uns ja anrufen, wir können uns vielleicht auch mal sehen. Draußen können Sie mehr Hilfe bekommen. Ihre Familie ist da. Ihr Bruder nimmt sie auf, freuen sie sich doch.“, „Ach, was soll ich da. Hier gehöre ich doch hin. Hier kenne ich euch alle.“ F. wurde entlassen. Er bekam seine Chemo in einer Klinik seiner Heimatstadt und lebte bei seinem Bruder und seiner Schwägerin. Drei Wochen später verschlechterte sich sein Zustand rapide. An dem Tag, an dem ich ihn besuchen wollte, verstarb F. in einer Klinik. Dies ist mir nicht mehr passiert. Bei einem späteren Fall S. schafften wir es, ihn vor der finalen Phase in ein Hospiz zu verlegen. Dort konnte er noch einige für ihn auch lebenswerte Wochen verbringen. Da hier keine große Verwandtschaft vorhanden war, besuchte ich ihn auch in „Freiheit“ zweimal wöchentlich regelmäßig im Hospiz. Wir führten Gespräche oder schwiegen halt zusammen. Wir gingen spazieren oder saßen nur da. Am Tag vor seinem Tod sagte S. noch zu mir: „Danke“, und lächelte mir zum Abschied zu. Ich bin am nächsten Tag mit meiner Frau für einige Tage in Urlaub gefahren. Als der Anruf kam, er sei gestorben, war es für mich nicht einfach loszufahren. Ich hatte mit S. über den Urlaub gesprochen und gehe davon aus, er hat gewartet. Gewartet auf den richtigen Zeitpunkt, um sich loszulassen. Das Hospiz teilte mir mit er sei friedlich eingeschlafen.

Eine Frage haben aber alle, die ich begleitet habe gestellt: „Was bleibt von mir? Ich kenne doch nur Knast.“ Das ist die Frage, die auch der Schuster Friedrich Wilhelm Voigt aus Carl Zuckmayers „Der Hauptmann von Köpenick“ sich gestellt hat. Bei der Frage am Himmelstor: „Schuster Voigt, was hast du gemacht?“, „Fußmatten muss ich dann sagen, Fußmatten!“ Ja, was bleibt von mir? Ist eine Frage, die nicht einfach zu beantworten ist. Bleiben werden die Erinnerungen! Bleiben werden die Gespräche! Bleiben wird der Stempel, den jeder im Laufe des Lebens gedrückt hat! Bleiben wird die jeweilige Wende im Leben der Menschen, die man verursacht hat! Bleiben werden aber auch die Geschichten, die ich jetzt nicht aufgeschrieben habe. Vieles könnte man noch zu Papier bringen. In den Erzählungen meiner Kolleginnen und Kollegen leben sie weiter. Für mich, und das hatte ich am Anfang nicht gedacht, wurde die JVA Butzbach ein zweites Zuhause. Ich habe gern gearbeitet. Meine Pensionierung war etwas, das ich zunächst als Urlaub ansah, irgendwann muss er ja mal vorbei sein. Ich habe in meinem Beruf als Krankenpfleger viel Anerkennung erhalten und dies von Patienten und Beschäftigten der JVA gleichermaßen. Dass die Anstaltsleitung nicht immer gut

auf mich zu sprechen war, sehe ich als Auszeichnung. Viele Jahre habe ich als Mitglied des Personalrates der JVA die Interessen der Mitarbeiter versucht zu vertreten. Im Notfall konnte ich mich auch mit Mitarbeitern des „Hohen Hauses“, sprich Ministerium, anlegen. Dies aber immer um der Sache willen. In den Jahren habe ich mit dem DbfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), dem Malteser Hilfsdienst, den Johannitern oder auch mit mir befreundeten Ärzten und Pflegekräften Mitarbeiterschulungen für den Pflegedienst der JVA's in Hessen gemacht. Ich habe versucht, ein einheitliches Berufsbild zu etablieren. Leider ist es beim Versuch geblieben. Jede Anstalt sieht immer nur bis zum Tellerrand. Bei den Ärzten wurde einmal das MCC, Medicine Competence Center, geschaffen. Die Idee war gut, ist aber irgendwie nicht zu dem geworden, was eigentlich geplant war.

Die Ärzte treffen sich halt. In anderen Bundesländern, wie zum Beispiel Baden Württemberg, finden Tagungen der Ärzte mit den Leitern der Reviere statt. Medizin spricht gesamt über Medizin. In meinem Bundesland ist es halt so, Ärzte wollen unter sich sein. Ein WIR um des Zieles willen ist dort schwer vorzustellen.

Trotzdem glaube ich immer noch daran.

7 Palliativversorgung und hospizliche Begleitung für Menschen in Vollzugseinrichtungen

7.1 Ausgangssituation

Die demographische Entwicklung und vor allem der Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung machen auch vor dem Vollzug, Justizvollzug und Maßregelvollzug nicht Halt und führen zu einer Veränderung der Alters- und Lebenssituation der Menschen in Vollzugseinrichtungen. Längere Strafen bis hin zur Sicherungsverwahrung und Ersttäterschaften im Alter von über 50 Jahren zusammen mit einer Verlängerung der Lebensdauer führen zu einer zunehmenden Zahl älterer Gefangener im Strafvollzug (vgl. 1). Dieser Prozess ist auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten. Am Beispiel England ist zu sehen, dass die Entwicklung sehr schnell gehen kann. Hier hat sich die Zahl der Gefangenen über 60 Jahre kontinuierlich um insgesamt 250 % zwischen 1998 und 2001 erhöht (vgl. 2). Ähnliches gilt für den psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB), in dem psychisch kranke Straftäter untergebracht sind. Die Verweildauern steigen an, nicht zuletzt mit dem Effekt, dass immer mehr ältere Patienten im Maßregelvollzug eine umfassende gesundheitliche Versorgung und Pflege benötigen und zum Teil dort auch versterben werden (vgl. 3). In der geriatrischen Diskussion innerhalb der Geriatrie und Gerontologie ist die Gruppe der älteren Gefangenen bzw. Unterbrachten weitgehend unbeachtet geblieben, weshalb wir wenig über ihre gesundheitlich sozialen Bedarfe wissen. In den letzten Jahren, nehmen aber die Politik und die Wissenschaft davon zunehmend Kenntnis. Vor allem ältere, zum Teil aber auch bereits jüngere Gefangene bzw. Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten leiden unter chronischen gesundheitlichen Belastungen, die häufig durch ihre riskanten Lebensweisen wie z. B. dem früheren (häufig auch in der Haft fortgesetzten) Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegale Drogen ausgelöst

wurden. Existentiell bedrohliche Erkrankungen wie Hepatitis oder HIV/AIDS, sowie die Folgen dieser Erkrankungen oder Nebenwirkungen der Medikamente usw. treten gehäuft auf. Der zunehmende Verlust der körperlichen Reserven macht ältere Menschen in Haft anfälliger für weitere, neue Krisen. Psychische Belastungen und Erkrankungen, z. B. Depressionen, sind bei älteren Inhaftierten stark verbreitet. Diese psychische Belastung wird durch die Inhaftierung anders verarbeitet als außerhalb der „Mauern“, es gibt weniger „Ablenkung“ (vgl. 4).

Viele ältere Menschen in Vollzugseinrichtungen leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Zu den gesundheitlichen Belastungen kommen soziale Problemlagen, die sich z. B. in größeren Anpassungsproblemen, Isolation, Altersarmut oder Übergangsproblemen in der Entlassungsphase ausdrücken. Teilweise werden daher in den Vollzugseinrichtungen spezielle Behandlungsangebote für ältere Gefangene vorgehalten – auch unter Berücksichtigung der Themenbereiche Arbeit, Freizeit und Gesundheitsvorsorge. Eine weitere Herausforderung kann die Unterbringung von Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen in den Einrichtungen darstellen. Die notwendige medizinische Behandlung oder Pflege durch das andere Geschlecht wird dann unter Umständen nicht akzeptiert. Ob, wann und wie ein sterbender Inhaftierter die Haftanstalt verlassen kann, hängt von den länderspezifischen vollstreckungsrechtlichen und gnadenrechtlichen Vorschriften ab. Zum Zeitpunkt der Haft ist der Staat der Kostenträger für die medizinische und pflegerische Versorgung – für den Strafvollzug das Justizressort, für den Maßregelvollzug das Gesundheitsressort des jeweiligen Landes. Staatsanwaltschaften stehen hinsichtlich einer Entlassung aus der Justizvollzugseinrichtung in dieser letzten Lebensphase häufig vor der Frage: inwieweit die Entlassung im Hinblick auf eventuelle weitere Straftaten vertreten werden kann. Grundsätzlich sind die Verfahrensbeteiligten aus den Bereichen Vollstreckung und Vollzug bemüht, einer oder einem Gefangenen im Rahmen der geltenden rechtlichen Vorschriften die Möglichkeit zu eröffnen, in Freiheit zu versterben und sie möglichst frühzeitig in externe, spezialisierte Einrichtungen zu entlassen. Im psychiatrischen Maßregelvollzug gilt grundsätzlich, dass Patientinnen und Patienten nur so lange untergebracht werden dürfen, wie sie für die Allgemeinheit gefährlich sind. Geht aufgrund ihrer körperlichen Verfassung keine Gefahr mehr von ihnen aus, darf die Unterbringung grundsätzlich nicht weiter fortgesetzt werden. Auch bei schwerstkranken Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Suchterkrankung gem. § 64 StGB untergebracht sind, und bei denen, deren Behandlung aufgrund ihrer lebensbeenden-

den Erkrankung nicht mehr im Vordergrund steht, würde von der Einrichtung die Erledigung der Maßregel beantragt werden.

Nach der Haftentlassung ist grundsätzlich die letzte Krankenkasse zuständig, bei der die oder der Inhaftierte vor Haftantritt versichert war, und übernimmt die krankheitsbedingten Aufwendungen im Rahmen der gesetzlichen Ansprüche. Erfolgt eine Entlassung jedoch nicht, stellt sich die Frage, inwieweit für schwerstkranken und sterbende Menschen in Vollzugseinrichtungen allgemeine und spezialisierte, hospizliche und palliative Versorgungsangebote verfügbar sind, in etwa vergleichbar mit denen der ambulanten Hospizdienste oder der SAPV. Auch hier gibt es Entwicklungen, die eine umfassende palliative Versorgung in den Vollzugseinrichtungen selbst bereits gewährleisten, auch durch eine enge Kooperation und Netzwerkbildung mit externen Partnern (vgl. 5). Wenn eine oder ein Inhaftierter oder eine Maßregelvollzugspatientin oder -patient zur Aufnahme in eine hospizliche oder palliative Einrichtung aus dem Vollzug entlassen wird, gilt das übliche Prozedere. Häufig sind diese Einrichtungen jedoch nicht auf die besondere Lebenssituation dieser Menschen vorbereitet.

7.2 Ziele

Um allen schwerstkranken und sterbenden Menschen in Justiz- und Maßregelvollzugseinrichtungen in Deutschland ein Sterben in Würde und gemäß ihren individuellen Bedürfnissen zu ermöglichen, bedarf es auch für sie des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung – entweder innerhalb oder außerhalb der Vollzugseinrichtung. Es muss darum gehen, die jeweils bestmögliche Lösung in jedem Einzelfall zu finden. Zunächst sind die rechtlichen und sozialen Möglichkeiten der Haftentlassung im Einzelfall zu prüfen und so weit wie möglich auszuschöpfen. Für Menschen, die ihr Leben in der Vollzugseinrichtung beenden werden, gilt es, die Rahmenbedingungen für eine Sterbebegleitung im Vollzug und die Voraussetzungen für eine hospizliche Haltung und palliative Versorgung in den Einrichtungen weiter zu entwickeln. Dazu bedarf es auch der Förderung und des Ausbaus der Zusammenarbeit mit den bestehenden Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Region und der Sensibilisierung der Mitarbeitenden in diesen Einrichtungen für die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen im Vollzug. Hierzu sind die Voraussetzungen in einigen Regionen und Einrichtungen bereits in den letzten Jahren geschaffen worden (vgl. 6); für eine flächendeckende Realisierung gelten die nachfolgenden Handlungsempfehlungen.

7.3 Umsetzung

Im Hinblick auf die oben genannten Hintergründe und Problemfelder ergeben sich folgende Empfehlungen für die flächendeckende Entwicklung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Hospiz- und Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Strafvollzug bzw. Maßregelvollzug:

7.4 Maßnahmenkatalog

Adressat:

Die Verantwortlichen in der Politik auf Bundes- und Länderebene, insbesondere die Justiz- und Gesundheitsministerien der Länder und ihre nachgeordneten Behörden im Justiz- und Maßregelvollzug

Sie sind aufgerufen, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass auch schwerstkranken und sterbenden Menschen in Vollzugseinrichtungen eine hospizliche Begleitung und palliative Versorgung und ein Sterben in Würde, möglichst in Begleitung der ihnen Nahestehenden, ermöglicht wird – entweder in Freiheit, wenn dies durch Ausschöpfung der strafprozessualen (§§ 455ff. StPO) und gna denrechtlichen Vorschriften möglich ist, oder auch innerhalb der Vollzugseinrichtungen. Dazu bedarf es der Thematisierung und Auseinandersetzung mit diesen Fragen auch seitens Politik und Verwaltung und deren Unterstützung bei der Entwicklung der dafür notwendigen Voraussetzungen. Das schließt auch eine Überprüfung der rechtlichen Besuchsregelungen in Vollzugseinrichtungen zum Wohle der Betroffenen ein.

Adressat:

Die Einrichtungen des Strafvollzugs und des Maßregelvollzugs

Sie sind aufgerufen, eine Strategie für eine würdevolle Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die aus strafprozessualen und rechtlichen Gründen nicht entlassen werden können, zu entwickeln und dazu, die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen zu überprüfen.

Hierbei sind die folgenden Aspekte bedeutsam:

Fragen von Organisation und Abläufen einer würdevollen Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Gefangener bzw. Untergebrachter, die aufgrund ihrer ungünstigen Kriminalprognose weder beurlaubt noch entlassen werden können. Innerhalb der Einrichtung selbst sowie in der

Zusammenarbeit mit den ambulanten und stationären Einrichtungen der Krankenbehandlung und der Pflege innerhalb und außerhalb des Vollzugs: Ein intensiver Austausch und die Zusammenarbeit der Vollzugseinrichtungen untereinander, z. B. auch in Form von Erfahrungsaustausch, Konferenzen und Symposien sowie Evaluation und Transparenz über Entwicklungen und Erfahrungen; Fragen der Qualifizierung der Mitarbeitenden im Sinne einer palliativ-hospizlichen Grundbefähigung. Dazu bedarf es des Einbezugs der Bildungseinrichtungen des Vollzugs bzw. der Schulen für den Justizvollzugsdienst. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob eventuell einzelnen Personen, insbesondere in den Pflegeberufen, eine ggf. spezifische Palliative-Care-Weiterbildung ermöglicht werden kann/sollte. Dies beinhaltet die Bearbeitung folgender Aspekte: die Entwicklung einer Abschiedskultur; das Verstehen eines Inhaftierten bzw. Untergebrachten kann bei Mitgefangenen, wie auch bei den zuständigen Beamtinnen und Beamten, bzw. den Betreuenden auch Trauer auslösen, da hier oft langjährige Bindungen gewachsen sind; die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Akteuren des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes. Dabei sollten sich die Vollzugseinrichtungen in regionale Netzwerke einbringen und den Austausch und die Kooperation auch von ihrer Seite aus unterstützen; besonders wichtig ist eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten sowie den SAPV-Teams; Nahestehende sind in die Begleitung einzubeziehen, soweit dies möglich und von den sterbenden Menschen und ihnen selbst gewünscht wird.

Adressat:

Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere im regionalen Umfeld der Einrichtungen des Strafvollzugs bzw. Maßregelvollzugs

Sie sind aufgerufen, dafür Sorge zu tragen, dass sich die dort ehren- und hauptamtlich Mitarbeitenden verstärkt mit Fragen der Betreuung von langjährigen Strafgefangenen bzw. im Maßregelvollzug Untergebrachten auseinandersetzen und ggf. entsprechende Fortbildungen ermöglichen, durch die diese die Besonderheiten im Umgang mit ihnen verstehen lernen. Zudem sollten sie mit den Vollzugseinrichtungen in ihrem regionalen Umfeld und den regionalen Netzwerken zusammenarbeiten und diese bei ihrer Entwicklung zu unterstützen. Insbesondere ambulante Hospizdienste und SAPV-Teams sollten ggf. auch für eine eventuell aufsuchende Begleitung, Beratung oder Behandlung in der Einrichtung selbst zur Verfügung stehen.

Adressat:

Die regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke und ihre Akteure

Sie sind aufgerufen, ihre Mitglieder für das Thema zu sensibilisieren, ggf. gemeinsam mit den Vollzugseinrichtungen Fortbildungsangebote zu organisieren und die Mitarbeitenden in den Vollzugseinrichtungen in Informationsveranstaltungen über die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

Adressat:

Die Bildungseinrichtungen der Justiz und des Maßregelvollzugs bzw. die Schulen der Landesjustizministerien

Sie sind aufgerufen, in ihren Einrichtungen, soweit noch nicht geschehen, das Thema Hospiz- und Palliativversorgung in ihre Curricula aufzunehmen und die Anwärtinnen und Anwärter entsprechend zu sensibilisieren.

Adressat:

Die Verantwortlichen in der Kommunalpolitik

Sie sind aufgerufen, ggf. vorhandene Anstaltsbeiräte als Kontrollorgan seitens der Kommunalvertretungen, im Rahmen Ihrer Möglichkeiten, auf das Thema Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Vollzug hinzuweisen.

Adressat:

Die Universitäten und Forschungsinstitute

Sie sind aufgerufen, zukünftig auch Fragen der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung von Menschen im Vollzug in Projekten und Studien zu untersuchen, um Erkenntnisse zu gewinnen und Antworten auf die bislang noch offenen Fragen geben zu können.

1 siehe hierzu Pohlmann, S. (2009): Alterskriminalität in Informationsdienst Altersfragen 06/2009, Seite 7-11

[https://www.dza.de/=leadadmin/dza/pdf/He\\$_06_2009_November_Dezember_2009_gesamt.pdf](https://www.dza.de/=leadadmin/dza/pdf/He$_06_2009_November_Dezember_2009_gesamt.pdf) (abgerufen am 19.09.2016)

2 Fazel, Hope, O' Donnell, Piper & Jacoby,2001; Hayes & Shaw, 2001; PSI,2001

3 Statistische Angaben zu den aufgrund strafrichterlicher Anordnung im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt untergebrachten Personen(Maßregelvollzug) – gibt das Statistische Bundesamt (2013/2014).

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen\(emaitsch/Rechtsp'ege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzug.html;jsessionid=94CD98043D61F7B739F028C12690BCDF.cae4](https://www.destatis.de/DE/Publikationen(emaitsch/Rechtsp'ege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzug.html;jsessionid=94CD98043D61F7B739F028C12690BCDF.cae4)

Danach waren in 2013 insgesamt 10.875 Personen untergebracht. Nach einem Bericht der Bundeszentrale für politische Bildung aus dem Jahr 2010

(<http://www.bpb.de/apuz/32973/psychiatrische-massregelbehandlung?p=all>) hat sich „die Zahl der nach § 63 und § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten (hat sich) von 1987 bis 2007 mehr als verdoppelt. Das Durchschnittsalter der Maßregelpatienten beträgt etwa 39 Jahre, der Anteil der über 60-Jährigen nimmt allerdings zu. ... In der Realität ist dagegen ein Anstieg der mittleren Verweildauer im Maßregelvollzug in den vergangenen Jahren festzustellen, wobei es zwischen den Bundesländern teilweise erhebliche Unterschiede gibt. Untersuchungen der Kriminologischen Zentralstelle ergaben eine mittlere Aufenthaltsdauer der entlassenen Patienten 2002 bei 3,22 Jahren (Median 2,83), 2003 bei 4,37 Jahren (Median 5,08) und 2006 bei 6,5 Jahren (Median 5,33). Deutlich gestiegen ist der Anteil der Patienten, die länger als zehn Jahre untergebracht sind.“

4 Prof. Dr. Bernice Elger (Universität Basel) Prof. Dr. Norbert Nedopil (Forensische Psychiatrie am Klinikum der Universität München)

5 So verfolgt z. B. die Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz Berlin (SenJustV) die Strategie, dass grundsätzlich alle Verfahrensbeteiligten aus den Bereichen Vollstreckung und Vollzug bemüht sind, einer Gefangenen oder einem Gefangenen im Rahmen der Strafprozessualen (§§ 455&. StPO) und gnadensrechtlichen Vorschriften die Möglichkeit zu eröffnen, in Freiheit außerhalb der Justizvollzugsanstalten zu versterben. Sollte im Ausnahmefall eine Gefangene oder ein Gefangener darum bitten, in der Vollzugseinrichtung zu versterben, wird im Einzelfall auch diese Möglichkeit abgewogen und ggf. wird dieser Bitte entsprochen. Bereits heute wird innerhalb des Strafvollzugs der Fokus auch auf eine notwendigempalliative Versorgung gelegt, um eine umfassende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Gefangene werden in externe fachlich qualifizierte Einrichtungen

überführt. Dies hat sich in der Vergangenheit bewährt und wird von allen Seiten mitgetragen. Darüber hinaus werden im Bereich der Entlassungsvorbereitung die geeigneten Hilfestellungen geschaffen, um eine möglichst reibungslose Anbindung zu den entsprechenden Versorgungseinrichtungen außerhalb der Justizvollzugsanstalten herzustellen, entsprechende Netzwerke bestehen. Zudem wird innerhalb der Anstalten eine umfassende Versorgung neben den medizinischen Diensten auch durch Einbindung der zuständigen Gruppenleitungen, Seelsorger und der psychiatrischen Dienste sichergestellt. Die SenJustV hält keine Stationen mit Palliativversorgung und hospizlicher Begleitung in Haft vor, weil die Auffassung vertreten wird, dass alle rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, um sicher zu stellen, dass Gefangene in Würde und in Freiheit versterben können.

6 siehe vorherige Fußnote

7.4.1 Zusammenfassung der Arbeitsgruppe 3

Die demographische Entwicklung und vor allem der Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung machen, auch vor dem Justizvollzug, nicht Halt und führen zu einer Veränderung der Haftpopulationen. Längere Strafen und Ersttäterschaften im Alter von über 50 Jahren zusammen mit einer Verlängerung der Lebensdauer führen zu einer zunehmenden Zahl älterer Gefangener. Diese Entwicklung wird in allen europäischen Ländern beschrieben und wird auch in Deutschland beobachtet. Am Beispiel England ist zu sehen, dass die Entwicklung sehr schnell gehen kann. Hier hat sich die Zahl der Gefangenen über 60 Jahre kontinuierlich um 250% zwischen 1998 und 2008 erhöht (Fazel, Hope, O'Donnell, Piper, & Jacoby, 2001; Hayes & Shaw, 2011; PSI, 2001). In der geriatrischen Diskussion ist die Gruppe der lebensälteren Gefangenen weitgehend unbeachtet geblieben, weshalb wir wenig über ihre gesundheitlich-sozialen Bedarfe wissen, und wenig darüber, wie der Justizvollzug darauf reagieren soll. Ältere Gefangene leiden unter chronischen gesundheitlichen Belastungen, die durch ihre riskanten Lebensweisen, wie dem früheren (auch in Haft fortgesetzte) Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen, wie Tabak, Alkohol und illegale Drogen, ausgelöst wurden. Existentiell bedrohliche Erkrankungen, wie Hepatitis C und HIV/AIDS und die Folgen dieser Erkrankungen, Nebenwirkungen der Medikamente usw. treten gehäuft auf. Der zunehmende Verlust der körperlichen Reserven macht den älteren Menschen anfälliger für neue Krisen, psychische Belastungen und Erkrankungen, z. B. Depressionen, sind bei älteren Inhaftierten

überproportional stark verbreitet und treten in den Haftanstalten geballt auf. Diese psychische Belastung wird durch die Inhaftierung anders verarbeitet wie außerhalb der „Mauern“, es gibt weniger „Ablenkung“.

Zu den gesundheitlichen Belastungen kommen soziale Problemlagen, die sich ausdrücken in größeren Anpassungsproblemen, Isolation, Altersarmut, Übergangsproblemen in der Entlassungsphase etc. Viele ältere Patienten leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Demenz, Inkontinenz, Arthrosen, Osteoporose, Arteriosklerosen hirnversorgender Gefäße, Prostatahyperplasie und Niereninsuffizienz, um einige zu nennen [siehe Kap. Oberfeld, Behinderung und Alter]. Man muss sich nur vorstellen, einen inkontinenten Gefangenen im Hafthaus eines Gefängnisses der Sicherheitsstufe I beim Beseitigen seiner „Pampers“. Ebenso wie die Pflegestandards aus der ‚Erwachsenenkrankenpflege‘ nicht auf die Kinderkrankenpflege übertragen werden können, können sie auch nicht ohne weiteres auf die Pflege älterer Menschen übertragen werden. Ein weiteres besonderes Tätigkeitsfeld ist der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit Migrationshintergrund. Für den „normalen“ Mitteleuropäer ist der Besuch beim Anstaltsarzt ein Gang wie zum Hausarzt. Probleme bereitet es Männern aus dem islamischen Kulturkreis schon, wenn der Anstaltsarzt eine Frau ist. Dies gilt ebenso für Krankenschwestern, die im Männervollzug arbeiten. Oft scheidet eine notwendige Behandlung an der Frage des Geschlechts des Behandelnden. Im Gefängnis lebt der Gefangene ‚seinen‘ Islam oftmals konsequenter als draußen. Dies betrifft seine Ansprüche an das Essen, ebenso wie seine Gebete im Tagesablauf. Für Menschen aus dem orientalischen Kulturkreis wird eine Einzelzelle als Haftverschärfung empfunden, er braucht seine Gesprächs- und Gebetsmitbewohner. Ein Mitteleuropäer hingegen sieht Einzelunterbringung als positiv an und wünscht sie. Probleme mit Gefangenen mit Migrationshintergrund entstehen fast immer nur dann, wenn man mitteleuropäische Maßstäbe einfach auf diese Menschen überträgt, ohne sich mit ihren kulturellen Besonderheiten zu beschäftigen. Zurzeit sind etwa 6% bis 10% je Anstaltstyp, der in Deutschland inhaftierten Gefangenen, älter als 55 Jahre. Davon bis zu 40% Menschen mit Migrationshintergrund. Im Vollzug galt bisher der Grundsatz: In Haft darf niemand sterben, der Tod gehört zum Leben. Es drängen sich folgende Fragen auf: Was wird mit den älteren Gefangenen, die nicht „raus“ wollen geschehen? Was wird mit denen, Stichwort Sexualstraftäter, die nicht raus dürfen? Die in Haft, ihrem gewohnten Umfeld, ihr Leben beschließen wollen? Ist das Personal darauf vorbereitet,

Stichwort Palliativ-Care? Wie können sich die Haftanstalten darauf vorbereiten? Was kann die Pflege tun?

Die konzeptionellen und praktischen Antworten auf die demographischen Entwicklungen im Justizvollzug sind unterschiedlich: Sowohl gesonderte Betreuung im Einzelfall, Einrichtung einzelner Abteilungen, bis hin zu speziellen Einrichtungen für ältere Gefangene (ab 55 Jahren) lassen sich in Deutschland ausmachen. So besteht zum Beispiel in der JVA Detmold/NRW eine Lebensälteren-Abteilung, die bereits seit mehreren Jahren eine Warte- leiste führt und das Eingangsalter auf 62 Jahre erhöht hat. Eine enge Ko- operation besteht mit der Pflegeeinrichtung für Gefangene in NRW in der JVA Hövelhof. Als eine weitere Facette der Versorgung in NRW gibt es eine Abteilung in dem Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg. Ein Beispiel für eine gesonderte Einrichtung stellt das Gefängnis für ältere Straftäter in der JVA Singen in BW dar. In Hessen gibt es in der JVA Schwalmstadt mit dem Kornhaus eine Abteilung für ältere Gefangene. Unsere Forderungen: Haftan- stalten müssen Alten und Behindertengerechte, sprich barrierefreie Abtei- lungen haben. Darüber hinaus müssen große Anstalten personell so ausge- stattet sein, dass eine Betreuung rund um die Uhr sichergestellt werden kann. Die Pflegemittel bis hin zu Pflegebetten müssen vorhanden sein und über das Freizeitangebot muss nachgedacht werden. Zudem wird deshalb für die Mit- arbeiterInnen im Strafvollzug und hier in erster Linie die Pflegekräfte und die Strafvollzugsbeamten ein Fach „Umgang mit Älteren und Behinderten Gef- angenen“ sowie „Umgang mit Sterbenden“ im Rahmen ihrer Ausbildung gefordert.

7.5 Alter, Pflege, Sterben und demographischer Wandel im Vollzug (Arbeitsgruppe Basel)

Der demographische Wandel macht auch vor dem Justizvollzug nicht Halt. Die Zunahme älterer Menschen in Haft, stellt den Strafvollzug vor neue Her- ausforderungen. Wie geht man mit älteren Gefangenen um, wenn der Staat die Strafe Vollstrecken möchte? Geistig und körperlich fit zu bleiben, sowie die Selbständigkeit zu bewahren, muss das oberste Ziel für die Versorgung und Betreuung Lebensälterer -auch in Haft- sein.

7.5.1 *Diskussionsthemen*

- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden?
- Inklusion versus Exklusion (Umgang mit Gefangenen, die im Vollzug aufgrund ihrer Haftzeit altern)
- Bedarfsorientierte Pflege älterer Inhaftierter
- Sterben im Freiheitsentzug

7.5.2 *Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden?*

Aufgrund der veränderten Bedürfnisse Älterer und gesundheitlicher Einschränkungen werden besondere Anforderungen an die Räumlichkeiten und an das Personal einer Vollzugseinrichtung für ältere und pflegebedürftige Inhaftierte gestellt. Die Ausstattung der Vollzugsanstalten muss den spezifischen Ansprüchen und Bedürfnissen von älteren Gefangenen gerecht werden, damit eine adäquate Versorgung und Pflege ermöglicht werden kann. Um Funktionsdefizite auszugleichen, benötigen ältere Menschen spezielle Trainingsangebote, Hilfsmittel und Umgebungsgestaltung aber auch medizinische und soziale Versorgung. Der Zugang zum Freistundenhof, den Therapieräumen und eventuell zum Arbeitsplatz sollte barrierefrei gestaltet sein. In diesem Kontext ist zunächst grundsätzlich zu klären, ob eine Unterbringung und Versorgung Älterer im Regelvollzug erfolgen soll, und ob dort dann jeweils bedarfsorientierte und individualisierte Versorgungsmodelle im Sinne einer Inklusion aufgebaut werden müssen. Eine Erwägung wäre, eine Exklusion dahingehend vorzunehmen, dass die Gruppe der besonders pflegebedürftigen, älteren InsassInnen in spezialisierten Einrichtungen isoliert und exkludiert werden.

Die Unterbringung pflegebedürftiger Inhaftierter erfordert: eine 24-Stunden Präsenz von Pflegepersonal, umfassende ärztliche Betreuung, physio-/ergo- und sozialtherapeutische Betreuung, bedarfsorientierte Hilfsmittel (höhenverstellbares Bett, Wannenslifter, Rollstühle, Laufleisten, barrierefreie Nasszellen, Notrufsignal vom Bett aus bedienbar), Aufsicht und Anleitung von und bei täglichen Verrichtungen, angemessene räumliche und personelle Ausstattung, ein flexibles Team, das auch bereit ist Defizite zu kompensieren.

7.5.3 *Umgang mit Gefangenen, die im Vollzug aufgrund ihrer Haftzeit altern*

Ältere Inhaftierte haben andere Bedürfnisse, sie sehnen sich nach mehr Ruhe, sind tendenziell introvertierter oft auch ängstlich. Die Auseinandersetzung mit dem Tod kann von Bedeutung sein. Sie benötigen teilweise Hilfestellungen und/oder Erleichterung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie benötigen eine Beschäftigung bei nicht mehr bestehender Arbeitspflicht, um das Gefühl nicht zu verlieren nützlich zu sein. Der Tagesablauf sollte strukturell so geplant sein, dass er Stabilität und Sicherheit bietet. Hierzu müssen die Bedarfe ermittelt und spezifiziert werden, um einen Weg zur Bedarfsdeckung zu planen und umzusetzen. Es gilt hier Prozesse zu beschreiben, Konzepte zu erstellen und diese dann umzusetzen. Insbesondere das Personal muss über empathische Kompetenzen verfügen, um ältere Insassen angemessen zu betreuen. Hier ist eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen (Allgemeiner Vollzugsdienst, Sozialdienst, TherapeutInnen und Pflegepersonal) unumgänglich. Wertschätzender Umgang muss gerade in dieser besonderen Lebensphase von allen geleistet werden, unabhängig von Straftat und Alter.

Wo sind die Grenzen einer Inhaftierung im Alter? Strafe verliert ihren Sinn, wenn: ein Strafgefangener unter geistiger Schwäche leidet und ihm die Bewusstheit des Strafvollzugs fehlt; aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkung von einer lebensbedrohlichen Situation auszugehen ist; Demenzkranke, die gar nicht mehr wissen, dass sie etwas falsch gemacht haben; sonstige Krankheiten, die nicht in einer Vollzugsanstalt oder Anstaltskrankenhaus behandelbar sind.

7.5.4 *Lebensende sterben im Freiheitsentzug*

Auch vor den Gefängnismauern macht der Tod nicht halt. So finden sich neben älteren Inhaftierten auch solche, die aufgrund langer Haftstrafen oder schwerer Erkrankung in Haft sterben werden. Das Lebensende älterer oder todkranker Gefangener, die ohne Aussicht auf Haftunterbrechung, Gnadenantrag oder Vollstreckungsunterbrechung verweilen müssen, stellt eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Sterbenskranke oder der Tod hinter den Mauern sind vom Gesetz eigentlich nicht vorgesehen. Unter dem Aspekt, menschenwürdiges Sterben im Strafvollzug, stellen sich folgende Fragen: Inwiefern berührt eine Haftunterbrechung oder vorzeitige Entlassung den staatlichen Strafanspruch? Kann es für Menschen, die schwere

Straftaten begangen haben (in der Regel sind dies Tötungsdelikte), einen Anspruch auf würdevolles Sterben geben? Grundsätzlich muss der Strafanspruch zurücktreten, wenn der Gefangene dem Tod nahe ist. Strafvollzug ist keine Umgebung für Menschen, die im Sterben liegen. Würdevolles Sterben bedeutet, selbstverantwortlich Entscheidung über das Lebensende zutreffen.

Wilfried Weyl (JVA Butzbach,)

8 „Tod eines Sünders“

7. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft; Gustav-Stresemann-Institut, Bonn am 13. und 14. März 2014, Arbeitsgruppe 3 am Freitag, 14. März 2014: „Den Jahren Leben geben“ (Themen: Umgang mit Suiziden im Vollzug und Suizidprävention, Tod in Haft).

„Der Zivilisationsstand eines Volkes ist nicht am Zustand seiner Kirchen, sondern am Zustand seiner Gefängnisse zu beurteilen.“

(Victor Hugo)

Den Tod gibt es im Gefängnis, er gehört auch hier zum Leben! Nicht verschweigen darf man: ihn gibt es in 57 Staaten als geplante Hinrichtung, hier nimmt China den ersten Platz ein. Auf Platz 5 die Vereinigten Staaten von Amerika. In beiden Staaten werden laut Amnesty International seit 2000 auch zur Tatzeit minderjährige Straftäter hingerichtet. Seit 1976 (Wiedereinführung der Todesstrafe in den USA) wurden 1289 Personen hingerichtet, davon allein 40 im Jahr 2012. Alle anderen Formen des Todes bzw. Sterbens im Gefängnis werden zumindest vom System als „Unfall“ beim Vollzug von Strafe angesehen. Der Tod im Gefängnis zieht meist ein großes Medienecho nach sich. Der Suizid stellt die Fragen: Hat die Institution versagt, wer hat Schuld?

Bei einem Mord im Vollzug (siehe Sieburg) werden durch die Medien sowie die Öffentlichkeit nicht nur diese Fragen gestellt, sondern auch Konsequenzen gefordert. Für PolitikerInnen kann dies das Ende ihrer Karriere bedeuten. Der lebensgefährlich erkrankte Mensch sollte bestmöglich kurz vor seinem Tod – Tage oder Stunden – in ein Krankenhaus bzw. Hospiz verlegt werden oder noch einfacher, entlassen werden. Zahlen, die man bekommt, sind deshalb nur begrenzt aussagefähig. Für die Jahre 1990 bis 2000 nennen die Ministerien auf Anfrage des „Komitees für Grundrechte und Demokra-

tie“: 954 in Haft verstorbene Menschen in 11 Bundesländern; davon 521 durch Suizid, 361 krankheitsbedingt und 72 durch Unfälle und sonstige Vorfälle. Im Bundesland Hessen starben nach Angaben des Hessischen Justizministeriums im Zeitraum zwischen 2000 und 2012 insgesamt 188 Menschen. Davon 80 durch Suizid, 87 eines natürlichen Todes und 21 durch besondere Vorfälle. Soweit die Zahlen.

Martin Faber, ev. Pfarrer in der JVA Weiterstadt, hat in seinem Beitrag zur Dezemberausgabe 2012 des „Mitteilungsblatt der Ev. Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland“ über das Sterben im Gefängnis aus theologischer Sicht berichtet. Für ihn ist der Tod eines „Sünders“ im Gefängnis ein „GAU – Größter anzunehmender Unfall beim Vollzug von Strafe“. Ich war bei der Erstellung dieses Beitrags beteiligt und möchte jetzt aus diesem, ein paar kurze Geschichten über eins zu Ende gegangenen Lebens berichten. (Alle Namen sind verändert.)

Christoph D., 67 Jahre alt, verstarb auf dem Weg ins Krankenhaus an den Folgen eines Herzinfarktes. Seine Urne konnte erst mehrere Wochen später nach langen Verhandlungen mit der zuständigen Behörde auf dem Friedhof seines Heimatortes, wo auch seine Mutter begraben ist, beigesetzt werden. Der Verdacht, dass dies mit seinem Delikt zu tun hatte, konnte nicht ausgeräumt werden.

Ernst F., 52 Jahre alt, nahm sich vor Prozessbeginn das Leben. Er wollte davor auch keinen Anwalt sprechen. Er wurde anonym auf dem Friedhof bestattet, zu dem das Gefängnis gehört, nachdem man keine Angehörigen gefunden hatte.

Gustav H., 62 Jahre alt, hatte mehr als die Hälfte seines Lebens im Gefängnis verbracht, als er von seiner lebensbedrohlichen Krankheit erfuhr. Er war als „stur“ mit autistischen Zügen bekannt. Jede medizinische Hilfe lehnte er zunächst ab. Er drohte einigen Bediensteten mit den Worten: „Bevor ich gehe, nehme ich ein paar von euch Schweinen mit.“ Es kam noch zu einer Anzeige gegen ihn und eine Verlegung in eine Sicherheitszelle. Eine vorzeitige Entlassung wurde aufgrund seiner angeblichen Gefährlichkeit abgelehnt. Immer wieder wurde die Frage gestellt: „Kann er noch einen Finger krumm machen?“ Es gelang erst nach vielen Versuchen einer Sozialarbeiterin und eines Krankenpflegers, dass sich Gustav H. öffnete und er erste Hilfen annahm. Gustav H. nahm auf seine Art Abschied von seinem Leben. Bis fast zum Schluss: „Die kriegen mich nicht klein“, versuchte er den starken, sich immer in (seinem) Recht befindlichen Mann zu spielen. Sobald aber die

„uniformierten Schergen“ aus seinem Blickfeld verschwunden waren, wurde er zu dem Pflegepersonal freundlich. Er wollte in seiner Zelle sterben, „Todeszelle“ wie er sie nannte, seinem Gefängnis, seinem Zuhause, seiner Familie. Nach langen Gesprächen, auch mit der Gefängnisleitung, gelang es, ihn in einen „freundlicheren“ Haftraum, mit großen Fenstern und Blick über die Mauer, zu verlegen. Zusammen mit dem Pflegepersonal bereitete er sich auf seinen Tod vor. Die Zelle wurde so freundlich wie dies machbar war, und er dies wollte, gestaltet. Nahrungsmittel auf die er Lust hatte wurden besorgt, soweit es möglich war. Die letzten Stunden, diese bereits ohne Bewusstsein, verbrachte er nicht mehr in der JVA, sondern in Freiheit. Ein Hospiz, in dem auf Veranlassung und Vermittlung des Krankenpflegers ein Platz frei wurde, übernahm ihn.

Manfred J., 48 Jahre alt, war zu lebenslanger Haft verurteilt. Er war starker Raucher. Manfred J. litt an einer schweren Herzerkrankung mit starken Durchblutungsstörungen. Lange hoffte er auf ein neues Herz. Eine Transplantation wurde aber solange er so stark rauchte von Seiten der Kliniken abgelehnt. Mit seinen Angehörigen hatte er kaum noch Kontakt. Manfred J. fasste für sich den Entschluss, alle weiteren Behandlungen abzulehnen. Mit dem Pflegepersonal „seiner“ JVA bereitete er sich auf seinen Tod vor. Sie übernahm die Sterbebegleitung. Die Zelle wurde mit besonderen Gegenständen ausgestattet, wie einem Aquarium, man besorgte ihm gelegentlich Nahrungsmittel, die sonst nicht zu bekommen waren und gaben ihm in seinem Haftraum und seiner JVA so viel Freiheit, z. B. offene Zellentür, sooft dies möglich war. Er hoffte, irgendwann einfach einzuschlafen, was dann auch geschah. Seine Geschwister lehnten zunächst seine Beerdigung auf seinem Heimatfriedhof ab. Erst nach langen Gesprächen konnte Manfred J. beigesetzt werden.

Klaus L. war 46 Jahre alt, als er nach über 20 Jahren Haft starb. Er hatte sich mit HIV beim Sprizentausch infiziert. Ein Jahr vor seinem Tod beantragte er bei der Staatsanwaltschaft Haftentlassung wegen Haftunfähigkeit. Diese wurde abgelehnt. Ein weiterer Antrag beim zuständigen Landgericht auf Entlassung wegen Haftunfähigkeit und ein weiterer nach § 57 auf Bewährung wurden nicht mehr entschieden, da Herr L., als er bewusstlos in seiner Zelle gefunden wurde, in ein Krankenhaus verlegt wurde und dort einige Stunden später verstarb. Auch im Gefängnis gelten die menschlichen Umgangsformen.

Ich habe meine Erfahrungen wie folgt zusammengefasst: Sterbenskrank bedeutet für die betroffene Person sie muss sich mit der Erkrankung zunächst auseinandersetzen. Oft beginnt dies bereits bevor die ärztliche Diagnose

gestellt wird. Die ersten Symptome, der erste Arztbesuch, die Untersuchungen und dann die Einsicht, mein Leben ist bedroht! Dann kommt die Gegenwehr der PatientInnen: Ich will nicht sterben ich will leben. Wie das Leben, ist auch das Sterben einmalig. Es gibt kein für alle Fälle anzuwendendes „Sterbemodel.“ Nach Elisabeth Kübler-Ross gibt es fünf aufeinander folgende Phasen:

1. Nicht-wahrhaben-wollen
2. Zorn
3. Verhandeln
4. Depressionen
5. Akzeptanz

Bei jedem sind aber die Biografie, die Psyche und Spiritualität anders. „Ich muss zwar sterben, aber ich will leben.“ „Ich kenne meine Diagnose, ich weiß aber, dass es nicht stimmt.“

Ärzte und Pflegende hoffen zwar, dass die PatientInnen ihr sterben akzeptieren, dies wird aber höchstens in der Endphase, wenn sich das Hoffen und „Sich-Wehren“ erschöpft hat, geschehen. Der Sterbende stellt sich dem Unfassbaren, der Angst, der Hoffnung, sie merken, ich gehöre nicht mehr dazu, das Leben der anderen geht weiter, meine Zeit ist bemessen. Einem Sterbenskranken sollte man, nach meiner Erfahrung, nie die Hoffnung nehmen: sie wollen leben. „Ich befürchte, dass ich sterben muss, aber ich hoffe, jetzt noch nicht.“ Wichtig ist hier eine Hand in Hand Absprache aller beteiligten Angehörigen, Ärzte, Pflegenden und sonstigen Beteiligten im Gefängnis, auch Mitgefängene. Sterbenskranke sehnen sich nach Menschen, denen sie sich und ihr Leben anvertrauen können. Der Patient steht unter ständigem Druck. Der mit einem Sterbenskranken sprechen möchte, sollte zuerst seinen eigenen Druck ablassen. Zudem ist positive und ruhige Gesprächsführung wichtig: Das Glas ist halb voll und nicht halb leer. Man muss den Kranken zum Gespräch einladen: „Erzählen Sie mir bitte, was sie bedrückt.“, „Sie müssen ganz schön was aushalten.“, „Was bedrückt Sie so sehr?“ Sterbende sind auch Trauernde. Er ist mit sich selbst beschäftigt. Sie nehmen Abschied von sich und ihrem Dasein. Sie merken, dass ihre Kräfte nachlassen und sie fühlen sich oft entmündigt. Auch in bestimmten Fällen einmal mit schlechten Nachrichten beginnen, dies scheint zwar auf den ersten Blick unklug aber tatsächlich erinnern wir uns bei Gesprächen häufig an das, was zuletzt gesagt wurde: „Das Medikament ist nicht mein Feind, sondern mein Freund, der mir hilft.“

„Schweigen kann heilsam sein. Pflegende können durch ihr DA-SEIN und das Aushalten des Schweigens eine Solidarität mit dem Patienten vermitteln.“
Feinfühligkeit ist erforderlich, darf ich dem Sterbenden die Hand geben, kann ich ihm über den Rücken streichen oder muss ich dies heute lassen. Es gibt Gespräche in denen ausführlich über das Leben des Sterbenden gesprochen wird, aber auch den Stillen, der nur jemand an seiner Seite braucht. Es gibt den, mit dem Leben Zufriedenen und den am Leben Gescheiterten. Was machen die Familie, der Ehepartner, die Kinder. Kommunikation läuft nicht nur über Worte, wenn die Gestik und Mimik, das gesprochene Wort, Lügen strafen.

„Man braucht zwei Jahre, um sprechen zu lernen und fünfzig, um schweigen zu lernen.“
(Ernest Hemingway)

Man empfindet das Schweigen oft als schwerer auszuhalten, es ist unangenehm und bedrohlich. Für das Reden haben wir Verständnis, ganze Berufsgruppen leben davon. Schweigen hat aber nichts mit Sprachlosigkeit zu tun. Der Sterbende redet mit seinem Schweigen, wir müssen es nur aushalten lernen. Das Schweigen kann für den Kranken auch heilsam sein. Der Begleiter des Kranken vermittelt durch das „Da-Sein“ und das Aushalten des Schweigens seine Solidarität mit dem Sterbenden. Gestrich hat ein „ABC“ der Kommunikation mit Schwerkranken erdacht:

- Den Anderen aufnehmen, aufmerksam sein für ihn
- Beziehungen schaffen – betroffen sein – begleiten
- Da sein – ein Du sein
- Sich einfühlen, ernst nehmen, ermutigen
- Fragen stellen, freundlich sein, frei lassen (offen gestellte W-Fragen: was, wo, wann, warum)
- Geduld haben – Geborgenheit vermitteln – Grenzen respektieren
- Helfen – handeln – heilen (Behandeln beinhaltet das Wort Hände = nonverbale Kommunikation)
- Sich informieren – Interesse zeigen – individuell betreuen
- Kennen lernen – konfrontieren – um Körpersprache kümmern
- Mensch bleiben – Macht vermeiden – Mitgefühl zeigen
- Nicht direktiv – nicht bagatellisierend – nicht verallgemeinernd
- Ohne Lösung – ohne Ratschlag – ohne Instrumente
- Patientenzentriert – psychosomatisch – psychotherapeutisch
- Quallen lindern – Quellen suchen – Qualität sichern
- Richtig reagieren – Ruhe bewahren – Rechte beachten

- Suchen – sehen – schauen nach
- Umgehen mit Unterdrücktem und Unbewusstem
- Warten können – weise sein – Wahrhaftigkeit üben
- Zuhören – zueinander finden – zum rechten Ziel gelangen

(vgl. Gestrich 2006, 57–62)

Dies muss man nicht auswendig können und Punkt für Punkt abhaken. In Gestik und Mimik muss man authentisch sein, dann wird man die richtigen Worte zur richtigen Zeit finden. Wichtig sind Gesprächspartner, die nicht urteilen und schon gar nicht verurteilen. Vertrauen ist das A und O. Dies umzusetzen in einer totalen Institution, wie einer JVA, erfordert von allen Beteiligten ein Höchstmaß an Kraft und Verstehen ab. Die Sterbebegleitung ist nicht isoliert zu betrachten, sondern eingebettet in ein System. Die Sterbebegleitung ist eine persönliche und intime, aber auch eine gesellschaftliche Aufgabe. Die Gesellschaft und besonders hier auch die JVA's müssen lernen, Sterbenskranke und all die Menschen, die sie begleiten, wertzuschätzen. Sterbenskranke sind kostbar und dürfen nicht als kosten gesehen werden. Der Tod beginnt mit der Geburt, er gehört zu unserem Leben, auch im Gefängnis bleibt jeder Mensch einzigartig. Den letzten Schritt sollte man so gestalten, dass das Loslassen vom Leben leichter ist. Die Institution wird, wie der Kranke, davon profitieren.

Ergebnisse und Anregungen aus der Arbeitsgruppe:

1. Pflegestationen als kleinere Einheiten bis 20 Plätze werden für dringend erforderlich gehalten.
2. Ein Hospiz für den Strafvollzug einzurichten ist nicht erforderlich.
3. Das Sterben soll da ermöglicht und erleichtert werden, wo der lebensbedroht Kranke es wünscht und von Seiten der Justiz möglich ist. In seinem Gefängnis, seiner Zelle, seinem Zuhause, seiner Familie, seinen Beamten.
4. Wichtig ist aber eine Fortbildung für das Personal einer JVA, AVD, (JWD), Pflegedienste, Ärzte und Ärztinnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen, um die Angst vor dem Tod und das Sterben in den normalen Rahmen zu setzen.

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

Hrsg. von Heino Stöver und Jutta Jacob

Band 1: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1996. – 190 S. – ISBN 3-8142-0566-9 – € 12.80

Band 2: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Zwischenbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1997. – 418 S. – ISBN 3-8142-0596-0 – € 12.80

Band 3: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Abschlußbericht. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg. Vergriffen

Band 4: Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen: ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im 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

Band 29: Kein Entkommen?! Strukturelle Bedingungen der intramuralen Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen – Katja Thane – Oldenburg 2015. – 281 S. – ISBN 978-3-8142-2318-6 – € 19,80

Band 30: Gesundheit von Männern in Haft. – Heino Stöver. – Oldenburg 1916 – 129 S. – ISBN 978-3-8142-22352-0 – € 14,80

