

AK Knast des vdää

Medizinische Versorgung von Menschen in Haft

AK Knast des vdää

Medizinische Versorgung von Menschen in Haft

Titelbild Ynot-Na_A la croisée des chemins_© by 2.0
Layout/Satz Birgit Letsch

Herausgegeben von

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstr. 34 • 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
www.solidarisches-gesundheitswesen.de

V.i.S.d.P.: Bernhard Winter
Frankfurt am Main 2021

Inhalt

I	Einleitung	5
II	Gleich gute Versorgung für alle?	9
III	Systemimmanente Veränderungen in der medizinischen Versorgung.	17
IV	Kritik am Vollzug	23
V	Wie könnte ein anderer Vollzug aussehen? oder: Die Strafe der Zukunft.	37
	Forderungen	43
	Literatur.	47

I

EINLEITUNG

Wer in der Bundesrepublik rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt oder zu einer Ersatzfreiheitsstrafe gezwungen wird, landet in der Regel für bestimmte Zeit in einer Justizvollzugsanstalt; im Falle lebenslanger Haftstrafen, von Sicherungsverwahrung oder Maßregelvollzug sogar für unbestimmte Zeit. Das Statistische Bundesamt zählte 2020 deutschlandweit 46.054 inhaftierte und verwahrte Personen in Justizvollzugsanstalten.¹ Der Zweck der Freiheitsstrafe ist in diesem Rechtsstaat laut Gesetzgebung die Resozialisierung – nicht, der inhaftierten Person Leid zuzufügen. In den jeweiligen Strafvollzugsgesetzen der Länder wird der Anspruch formuliert, dass inhaftierte Menschen durch die Haftstrafe zu einem Leben in Freiheit mit sozialer Verantwortung und ohne zukünftige Straftaten befähigt werden sollen. Dabei sollen die Lebensverhältnisse im Vollzug möglichst denen in Freiheit angeglichen werden und schädigende Folgen des Freiheitsentzuges vermieden werden. Die medizinische Versorgung in Haft soll derjenigen der in Freiheit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten entsprechen – bis auf einige Einschränkungen wie den Verzicht auf freie Arztwahl, die aber draußen auch eher formal gilt und real oft durch verschiedene Bedingungen eingeschränkt ist.

Mit diesen Bestimmungen sind die Kriterien für eine – zunächst systemimmanente – Beurteilung und Kritik der medizinischen Versorgung von inhaftierten Menschen gegeben. Wir können diesen Anspruch mit der Wirklichkeit abgleichen: Ist die medizinische Versorgung derjenigen außerhalb der Gefängnisse gleichwertig? Erhalten also z.B. alle Menschen mit therapiebedürftiger HCV-Infektion eine Behandlung? Sind die inhaftierten Menschen zahnmedizinisch so gut versorgt wie die Menschen draußen? Wird sich bemüht, psychische Probleme zu erkennen und werden diese ernst genommen und therapiert?

Nicht zu vergessen jedoch ist, dass die Fragen zur medizinischen Versorgung sich in einem widersprüchlichen Verhältnis befinden. Selbst mit den besten Gesundheitsleistungen ließe sich nicht das an sich Gesundheitsschädliche eines Freiheitsentzuges aufheben: psychosoziale Belastungen und Isolation, Bewegungsmangel und ungesundes Essen sind Probleme, die nur teilweise durch

1 Stand 31.03.2020, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72216/umfrage/gefangene-und-verwahrte-in-justizvollzugsanstalten-nach-bundeslaendern/#statistic> Container, letzter Zugang 19.05.2021

strukturelle Verbesserungen in Haftanstalten gelöst werden können. Diese Widersprüchlichkeit von Strafe und Resozialisierung erstreckt sich über die medizinische Versorgung hinaus: Sind die Unterbringung, das Personal, die Arbeits- oder Beschäftigungsbedingungen und auch (Weiter-) Bildungsmöglichkeiten für die inhaftierten Personen, sind die sozialen Verhältnisse in deutschen Gefängnissen so, dass sie dem Ziel der Resozialisierung entsprechen? Kann es der Resozialisierung dienen, wenn inhaftierte Menschen einerseits in der Mehrheit der Bundesländer immer noch einer Arbeitspflicht unterliegen und diese auch 40 Stunden die Woche ableisten, dafür aber weit unter dem Mindestlohn bezahlt werden und diese Arbeitszeiten nicht in die Rentenversicherung eingehen?

Muss man nicht grundsätzlicher fragen: Ist eine Unterbringung in Gefängniszellen überhaupt dem Resozialisierungsziel zuträglich oder widerspricht sie diesem? Welche Folgerungen wären dann für eine Gefängniskritik zu stellen? Wie wäre dann mit Menschen umzugehen, die für die Anderen und die Gesellschaft gefährlich sind? Die Abschaffung der Gefängnisse zu fordern, wie es so genannte Abolitionist*innen tun, schien auch uns auf den ersten Blick abstrakt, zumal wenn man nicht die gesellschaftlichen Bedingungen diskutiert und ändert, unter denen dies sinnvoll möglich sein könnte. Der Jurist und langjährige JVA-Leiter Thomas Galli und viele Autor*innen, auf die er verweist, lehren uns aber, dass diese maximalistische Haltung selbst abstrakt ist und dass es sehr wohl innerhalb dieser Gesellschaft jetzt und hier möglich wäre, einen Großteil der Gefängnisse abzuschaffen und mit Kriminalität anders umzugehen, so dass die Geschädigten, die Gesellschaft, aber auch die straffällig gewordenen Menschen in Haft einen Nutzen davon hätten (mehr dazu unter Abschnitt IV).²

Wir können also bei einer Diskussion (und Kritik) der medizinischen Versorgung inhaftierter Menschen nicht einfach alle Rahmenbedingungen akzeptieren und unseren Blick einschränken auf die „bloße Medizin“. Eine bloß immanente Kritik des Gefängnisses im Sinne des Abgleichs von Anspruch und Wirklichkeit reicht für eine Beurteilung nicht aus. Sie lässt entscheidende Fragen unberührt: Wer kommt überhaupt ins Gefängnis und für welche Delikte? Aus welcher gesellschaftlichen Situation landen Menschen im Gefängnis und müssen „resoziali-

2 Vgl. Thomas Galli: Weggesperrt. Warum Gefängnisse niemandem nützen, Hamburg 2020

siert“ werden? Wir müssen auch fragen: Warum wurden diese Menschen vorher „entsozialisiert“? Wir gehen davon aus, dass sie daran nicht alleine und individuell schuld sind, sondern dass sie auch durch die gesellschaftlichen Bedingungen dort gelandet sind.³

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

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

3 Vgl. KNAS [] Initiative: Armut und Strafe. Über die Produktion von Delinquenzmilieus und das Gefängnis als Armenhaus, in: Rehzi Malzahn (Hrsg.): Strafe und Gefängnis, Theorie, Kritik, Alternativen. Eine Einführung, Stuttgart 2018, S. 65ff.

II

GLEICH GUTE
VERSORGUNG
FÜR ALLE?

1 Äquivalenzprinzip

Auf Grundlage des Sozialstaatsgebots (Art. 20 Abs. 1 GG) bildet das Äquivalenzprinzip die Grundlage der medizinischen Versorgung in Haft. Der Umfang der Gesundheitsversorgung in Haft soll grundsätzlich dem der gesetzlich Versicherten in Freiheit entsprechen. Das heißt, der Standard der Regelversorgung mit leitliniengerechter und evidenzbasierter, an den Bedarf der Patient*innen angepasster Versorgung und dementsprechend fachgerechter Finanzierung muss auch im Gefängnis umgesetzt werden. Menschen im Strafvollzug haben somit einen Anspruch auf akutmedizinische Behandlungen, auf die Therapie chronischer Erkrankungen, aber auch auf Vorsorgeleistungen, auf physio-, ergo-, und psychotherapeutische sowie logopädische Versorgung und die Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen.⁴

Verschiedene Beispiele zeigen jedoch, dass die Einhaltung des Äquivalenzprinzips weit entfernt von der Realität ist. Ein Beispiel ist die infektiologische Versorgung. Der Anteil von Menschen mit einer HIV-Infektion im deutschen Vollzug liegt bei etwa 1,2%, der derer mit einer Hepatitis C-Infektion bei etwa 14,3%.⁵ Beide Infektionserkrankungen kommen somit deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Dennoch wird in deutschen Haftanstalten kein systematisches Angebot zur Testung auf Infektionserkrankungen gemacht und gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie beispielsweise die für Menschen mit HIV empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis A und B, stehen immer noch nicht flächendeckend zur Verfügung. Aufgrund fehlender Finanzierung wird nur ein Bruchteil der sich in Haft befindenden Menschen mit chronischer Hepatitis C behandelt, da dies sehr teuer wäre. Neben dem Anspruch auf Behandlung, Prävention und Vorsorge im Sinne der Einhaltung des Äquivalenzprinzips hat die

-
- 4 Für Leistungsansprüche von Menschen in Untersuchungshaft fehlen rechtliche Vorgaben weitestgehend. Sie fallen zwar nicht aus der Versorgung durch die GKV heraus, sind aber dennoch den gesundheitsschädlichen Bedingungen der Haftsituation ausgesetzt, was vom Prinzip gegen die Unschuldsvermutung verstößt (nach dieser müsste die Untersuchungshaft möglichst wenig Haftcharakter haben).
 - 5 Vgl. Schulte/Stöver/Thane/Schreiter/Gansefort/Reimer. Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. 2009.

Behandlung von Menschen in Haft auch eine Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Inhaftierte Personen kehren nach einer bestimmten Zeit in die Gesellschaft zurück und so ist es wichtig, dass Gesundheitsförderung in Haft als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste wahrgenommen wird. Alles, was in diesem Zusammenhang in Gefängnissen geschieht, wirkt sich auf die gesamte Bevölkerung aus.

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

Bei der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung in Haft stellt sich die grundsätzliche Frage: Wie kann eine psychotherapeutische Versorgung in einem psychisch belastenden Umfeld stattfinden, wenn dieses Umfeld meist zumindest anteilig Ursache für die Störung ist? Jährlich steigende Suizidraten in Haft legen eine mangelhafte psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung nahe. Obwohl klar ist, dass eine Haftzeit schädlich für die physische und psychosoziale Gesundheit der inhaftierten Menschen ist, kann durch unsystematisches Erfassen zu Haftbeginn und mangelhaftes Screening im Verlauf die bundesweite Prävalenz psychiatrischer Störungen im Justizvollzug höchstens geschätzt werden. Generell wird von einer deutlich erhöhten Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgegangen. So wie der tatsächliche Versorgungsbedarf schwer einzuschätzen ist, fehlt eine aktuelle Analyse der Versorgungssituation. Es gibt beispielsweise keine bundesweite Erfassung der gefängnispezifischen

Verschreibung von Psychopharmaka und der während der Haftzeit durchgeführten Psychotherapien. Der Zugang zu bestimmten fachärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen ist beschränkt. Nicht alle Bundesländer besitzen psychiatrische Krankenhausabteilungen oder gar Krankenhäuser im Vollzug und nicht alle Anstaltsärzt*innen haben eine psychiatrische/psychotherapeutische Ausbildung. Es ist somit davon auszugehen, dass erstens ein Versorgungsdefizit besteht und zweitens sich die stattfindende Versorgung stark an einer medikamentösen Therapie orientiert, was beides die mangelhafte Einhaltung des Äquivalenzprinzips verdeutlicht.

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



Im Sinne des Ziels der Resozialisierung sollte die Herstellung eines möglichst guten Gesundheitszustands als eine Maßnahme gelten: Es sollte ein Ziel von (längeren) Haftzeiten sein, die Möglichkeit zur Behandlung von (chronischen) Erkrankungen zu geben und längerfristige Gesundheitsförderung anzubieten. Der Standard der Regelversorgung und leitliniengerechte und evidenzbasierte, an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgung und dementsprechend fachgerechte Finanzierung muss auch im Gefängnis im Sinne des Äquivalenzprinzips umgesetzt werden.

2 Parallelsystem

Inhaftierte Menschen scheiden bei Haftbeginn aus der GKV aus. Die medizinische Versorgung läuft dann fast ausschließlich über Anstaltsärzt*innen, die über die jeweiligen Landesjustizministerien finanziert werden – die sogenannte besondere Heilfürsorge. Ggf. wird die Versorgung durch Gefängniskrankenhäuser erweitert. Extramurale Einrichtungen sind die letzte Instanz in der medizinischen Versorgungskette (spezielle Ambulanzen, ggf. stationäre Unterbringung). Dort ergibt sich aber das Problem, dass inhaftierte Patient*innen überwacht werden müssen, was eine unliebsame organisatorische Aufgabe ist. Pilotprojekte mehrerer Bundesländer, inhaftierte Menschen telemedizinisch zu versorgen, um die Versorgungslücke zu schließen, sind vor allem vor dem Hintergrund von strukturell deprivilegierten Menschen und Kommunikationsproblemen als sehr kritisch zu sehen.

Nicht nur bezogen auf die medizinische Versorgung sind die Verhältnisse in Haft ein Parallelsystem. Viele Verhaltensweisen und Gewohnheiten sind drinnen genauso wie draußen: Menschen haben Sex, sie lassen sich tätowieren oder sie nehmen illegale Drogen. Durch das Parallelsystem setzen sich medizinische und andere gesundheitspolitische Standards und Präventions- und Schadensminimierungsansätze dennoch intramural in der Regel mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung durch. Das ist vor allem im Hinblick auf die Behandlung von Sucht- und Infektionserkrankungen zu beobachten. Obwohl wir z.B. wissen, dass HIV und Hepatitis C durch injizierenden Drogenkonsum verbreitet werden, gibt es im deutschen Vollzug lediglich eine einzige Haftanstalt – die Frauenvollzugsanstalt in Berlin Lichtenberg – die den inhaftierten Frauen die anonyme Vergabe steriler Spritzen als Präventionsmöglichkeit zur Verfügung stellt. Fakt ist, dass Drogen zum Haftalltag gehören. Die Frage ist: Wie offensiv geht man mit dem Thema um? Dass außerhalb von Gefängnissen etablierte Methoden wie Spritzenaustausch auch intramural sicher durchführbar sind und nachweislich zu einer Reduktion von HCV- und HIV-Infektionsraten führen, ist wissenschaftlich belegt. In Deutschland ist die Durchführung von Spritzenaustausch in Haft trotzdem immer noch hauptsächlich vom politischen Willen abhängig. So sind zwischen 2001 und 2005 in sechs Haftanstalten vorher

gut funktionierende Spritzenaustauschprogramme aus politischen Gründen wieder eingestellt worden. Auch in Bezug auf den Schutz durch Kondome ist in Haft noch lange nicht realisiert, was außerhalb selbstverständlich ist. Obwohl die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV seit mehr als 30 Jahren bekannt ist, gibt es immer noch Haftanstalten, die den inhaftierten Menschen den Zugang verwehren bzw. Hürden aufbauen.

Um die Breite des medizinischen Versorgungsfeldes in Haft auf einem guten Qualitätsniveau abzudecken und aktuelle Entwicklungen in Diagnostik, Therapie und Prävention in die gesundheitliche Versorgung in Haft einfließen zu lassen, sollte eine engere Zusammenarbeit mit Strukturen außerhalb des Gefängnisses (Fachärzt*innen, Spezialambulanzen) sichergestellt werden. Dies ist in einigen Bereichen wie dem der Psychiatrie/Psychotherapie umso notwendiger.



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

3 Freie Arztwahl

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

Auch in Freiheit gilt diese zunächst nur formal und unterliegt in der Praxis verschiedenen Beschränkungen. Die strikte Festlegung auf bestimmtes anstaltsärztliches Personal im Gefängnis ist aber noch weit enger und kann den Behandlungserfolg beeinträchtigen. Ein Therapieerfolg im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext basiert beispielsweise auf einer guten Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen; eine gynäkologische Untersuchung bedeutet einen besonderen Eingriff in die Intimsphäre der Patientinnen. Gleichzeitig haben inhaftierte Personen weniger Möglichkeiten als in Freiheit, in Problemfällen oder für Zweitmeinungen eine*n andere*n Ärzt*in aufzusuchen. Ebenso fehlt eine gut zugängliche und unabhängige Kontroll- und Beschwerdestelle für inhaftierte Patient*innen, welche Fälle mangelhafter medizinischer Versorgung sichtbar machen könnte.



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

4 Sprachbarrieren

Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren erschweren den Zugang zu Gesundheitsversorgung. Angesichts eines Ausländeranteils von ca. 28%⁶ in deutschen Haftanstalten ist zu vermuten, dass ein beträchtlicher Teil der inhaftierten Personen nur ungenügend Deutsch versteht.

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



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

6 Ausländeranteil in den Gefängnisinsassen in ausgewählten Ländern, 2014. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/372757/umfrage/auslaenderanteil-in-gefaengnissen-in-ausgewaehlten-laendern/>. Letzter Zugang 02.06.2021.

III

SYSTEM-
IMMANENTE
VERÄNDERUNGEN
IN DER
MEDIZINISCHEN
VERSORGUNG

1 Kontinuität des Versicherungsschutzes

Durch die fehlende Einbindung in den Gesetzlichen Versicherungsschutz entstehen vor allem nach Haftende Diskontinuitäten in der Behandlung: Die Wiederaufnahme in die GKV ist bei Haftende nicht immer gesichert und so müssten theoretisch die Entlassenen selber für medizinische Leistungen in Vorkasse treten. Zudem kommt es bei Haftentlassung häufig zu einem räumlichen Bruch und mangelnder Informationsweitergabe. Diese Situation betrifft vor allem chronisch Kranke wie Substitutionspatient*innen, für die ein Bruch in der Behandlung besonders weitreichende Konsequenzen hat.



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

2 Dual Loyalty

Anstaltsärzt*innen arbeiten in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zwischen Sicherheitsauftrag und medizinischem Auftrag, mit Verpflichtung gegenüber dem Justizsystem einerseits und den inhaftierten Patient*innen andererseits. Dadurch besteht die Gefahr, dass Ärzt*innen als Teil des Justizsystems nicht unabhängig in ihren medizinischen Entscheidungen handeln. Anstaltsärzt*innen sind in Vollzugsaufgaben involviert (einschätzen, ob Disziplinarmaßnahmen angewendet werden können, Gutachten schreiben, Urin- und Blutkontrollen, Zwangsernährung, im gesamten Bereich der Forensik) und verlassen damit ein primär patient*innenorientiertes Handeln. Darüber hinaus ist die ärztliche Schweigepflicht eingeschränkt: Ärzt*innen haben besondere „Offenbarungsbefugnisse über ärztliche Geheimnisse, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben der Gefangenen oder Dritter erforderlich ist“ (§ 182(2) StVollzG). Durch diese Dual-Loyalty-Situation und durch die eingeschränkte Ärzt*innenwahl wird das sowieso vorhandene Machtverhältnis in der Arzt-Patient*innen-Beziehung noch verstärkt. Es gibt keine verpflichtende Supervision oder ähnliches, in der diese Widersprüche reflektiert und bearbeitet werden könnten.

Machtungleichgewichte in Haft werden durch die Abhängigkeit von der fachlichen und sozialen Qualität des gesamten Gefängnispersonals verschärft, insbesondere des Wachpersonals. So kann diese Position genutzt werden, Macht zu demonstrieren und es als einen Teil der Bestrafung zu nutzen, Bitten und Fragen nicht nachzukommen. In Bezug auf die medizinische Versorgung kommt hinzu, dass psychische Probleme und Auffälligkeiten allzu oft nicht als Ausdruck krankhafter Veränderungen angesehen werden, die der*die Betroffene nur wenig steuern kann, sondern als Ausdruck von Renitenz und Widerstand. Ebenso kommt es vor, dass das Wachpersonal kein Verständnis für die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen wie der Sicherstellung regelmäßig verordneter Medikamente hat, und diese zum Beispiel zugunsten eines problemlosen Vollzugsablaufs wie beim Transport zu einer Gerichtsverhandlung vernachlässigt werden.



Das ärztliche Berufsethos muss auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend sein: Das verpflichtet zum Handeln allein im Sinne der Patient*innen. Es darf kein Teil der Strafe sein, Gesundheitsleistungen zu entziehen. Die Verantwortung für die Gesundheit von inhaftierten Personen sollte vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium verlagert werden, um Loyalitätskonflikte des medizinischen Personals zu vermeiden. Um die ärztliche Rolle von den Maßnahmen des Justizvollzugs stärker zu trennen, ist bei Bedarf gesondertes medizinisches Personal einzustellen, das alle Aufgaben übernimmt, die potentiell nicht im Interesse der inhaftierten Personen stattfinden (körperliche Durchsuchungen oder die medizinische Prüfung auf Arrest etc.)

3 Aus- und Weiterbildung von Anstaltsärzt*innen

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

Trotz der großen Breite anstaltsärztlicher Tätigkeiten gibt es bisher kein systematisches Curriculum für Anstaltsärzt*innen, wenn auch Vorschläge dafür existieren, und keine Fortbildungspflicht für im Vollzug arbeitende Ärzt*innen. Eine gezielte Aus- und Weiterbildung in den im Haftalltag wesentlichen Fachgebieten wäre notwendig, um die Qualität der medizinischen Versorgung in Haft zu verbessern. Im Bereich der Substitutionsbehandlung konnte beispielsweise in Nordrhein-Westfalen eine deutliche Verbesserung der Versorgung durch die verpflichtende Zusatzweiterbildung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ erreicht werden. Darüber hinaus wird die Qualität der medizinischen Versorgung nicht systematisch überprüft, beispielsweise durch Kolleg*innen außerhalb von Haftanstalten oder strukturierte Qualitätsmanagementprogramme.



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

4 Gesundheitsberichterstattung

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

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



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

IV

KRITIK
AM VOLLZUG

1 Ersatzfreiheitsstrafen und Entkriminalisierung von Bagatelldelikten

Die häufigste Strafe in Deutschland ist die Geldstrafe. Sie wird ausgesprochen bei Leistungerschleichung, Betrug und Untreue, Diebstahl und Unterschlagung, Körperverletzung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Beleidigung etc. Das Urteil über eine Geldstrafe ergeht oft ohne Gerichtsverhandlung per Post nach vorheriger Ankündigung. Die Geldstrafe wird in Tagesätzen bemessen, deren Höhe sich nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der*des Verurteilte*n richtet. Diese*r kann bei der Staatsanwaltschaft eine Zahlung in Raten beantragen oder die Abgeltung in Form gemeinnütziger Arbeit über einen freien Träger, etwa bei der Renovierung von Schulen. Kann die Geldstrafe nicht eingebracht werden, dann tritt an ihre Stelle eine Freiheitsstrafe, die so genannte Ersatzfreiheitsstrafe (§ 43 StGB). Die Anzahl der Hafttage entspricht dabei den Tagessätzen. Bundesweit wird die Anzahl der Personen mit Ersatzfreiheitsstrafen leider seit 2003 nicht mehr erhoben. Thomas Galli schätzt, dass Ersatzfreiheitsstrafen etwa 40 Prozent der jährlichen Neuinhaftierungen ausmachen und dass ein Fünftel bis ein Drittel dieser Menschen ohne festen Wohnsitz ist. Bei den Ersatzfreiheitsstrafen sind die sozialen Determinanten von inhaftierten Menschen besonders deutlich: Geldstrafen nicht bezahlen können meistens die, die ohnehin am Existenzminimum leben. So trifft die Ersatzfreiheitsstrafe vor allem Menschen am unteren Rand der Gesellschaft. Mehr als die Hälfte der wegen Ersatzfreiheitsstrafen Inhaftierten in Berlin sind medizinisch oder psychiatrisch behandlungsbedürftig, 60 bis 70 Prozent haben langjährige Drogenerfahrung, viele sind obdachlos. „Studien zufolge haben etwa 20 Prozent der Gefangenen größere gesundheitliche Probleme, 11 Prozent haben schon mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Der Anteil der Drogenabhängigen wird auf bis zu zwei Drittel geschätzt.“⁷

Die Kosten, die hier für Gefängnisunterbringung ausgegeben werden, könnten besser in Sozialarbeit und therapeutische Maßnahmen gesteckt werden. Das Problem des „Schwarzfahrens“ könnte man auch angesichts der Klimaprobleme

7 Thomas Galli: Weggesperrt, a.a.O., S. 230

am besten damit lösen, dass der ÖPNV generell kostenlos wäre. Sollte es dennoch gesellschaftlich als sinnvoll angesehen werden, bestimmte Bagatelldelikte mit Geldstrafen zu belegen, schlägt T. Galli vor, Menschen, die auch kleinste Geldstrafen nicht leisten können, zu einer gemeinnützigen Leistung zu motivieren. Begleitend müssten die Betroffenen jedoch bei der Bewältigung ihrer sozialen und gesundheitlichen Probleme unterstützt werden. Anders lasse sich die Abwärtsspirale, in der sie sich befinden, meist nicht aufhalten.⁸

Viele Straftatbestände des Betäubungsmittelgesetzes wie auch bei geringwertigen Diebstahls- oder Sachbeschädigungsdelikten könnten, so schlägt Galli vor, entkriminalisiert werden und über Ordnungswidrigkeiten (Bußgeld) oder Zivilrecht (Schadensersatz) gelöst werden – auch aus präventiven Erwägungen heraus. So könne man verhindern, dass vor allem junge Menschen in eine kriminelle „Karriere“ abgleiten. In den Niederlanden seien damit sehr gute Erfahrungen gemacht worden. Dort wird leichtere Kriminalität mit Verwarnungen, Geldbußen, Arbeitsstrafen oder der elektronischen Fußfessel bestraft. Negative Konsequenzen dieser Alternativen zur Haft seien nicht bekannt, im Gegenteil: die Kriminalität in den Niederlanden nehme ab und das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung nehme zu.⁹



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

8 Thomas Galli: Weggesperrt, a.a.O., S. 231

9 Ebd., S. 232 f.

2 Disziplinarmaßnahmen & Einzelhaft (Isolationshaft)

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

Dass es Isolationshaft auch heute noch in Deutschland gibt, zeigt der Fall der Ärztin Dr. Banu Büyükcavci. Sie wurde 2015 in Deutschland zusammen mit neun weiteren Personen verhaftet, weil sie als Kommunistin angesehen wird, als Mitglied der türkischen TKP/ML, und weil sie diese Organisation finanziell und ideologisch unterstützt haben soll. Die TKP/ML wird nur durch den türkischen Staat als Terrororganisation eingestuft, nicht in Deutschland. Die juristische Grundlage für den Prozess und die Verurteilung ist der §129b StGB („Bildung einer kriminellen und terroristischen Vereinigung im Ausland“). Dr. Banu Büyükcavci wurde auch hier in Deutschland behandelt wie eine Terroristin. In einem Interview sagt sie: „Zunächst muss ich sagen, dass ich in Stadelheim die einzige Gefangene in Isolation war. Zur gleichen Zeit war dort Beate Zschäpe, damals noch angeklagt wegen zehnfachen Mordes im NSU-Verfahren. Sie wurde nicht isoliert. Isolation heißt, du bist allein in einer Zelle eingesperrt, hast keinen Kontakt zu anderen Menschen. Täglich eine Stunde Einzel-Hofgang. Als ich ankam, kannten mich die anderen Gefangenen nicht. Dass ich isoliert wurde, schürte die Gerüchteküche. Ich sei eine Kindermörderin, hieß es. Sie haben mich beschimpft und aus den

Fenstern Wasser auf mich gegossen. Nach der Verhaftung erlebst du die Isolierung wie eine zweite Kriminalisierung. Auch die Kommunikation mit den Anwälten war extrem schwierig. Wir konnten nur durch eine Glasscheibe getrennt sprechen. Die 70.000 Seiten umfassenden Akten gemeinsam durchzuarbeiten war in der Zeit, die wir hatten, kaum möglich. Bei der Post kam es oft zu Verzögerungen, weil der gesamte Schriftverkehr von einem Kontrollrichter gelesen wurde. Und bei den seltenen Besuchen, die man empfangen durfte, erinnerte die Trennscheibe immer an die eigene Isolation.“¹⁰



Wir fordern die Abschaffung
der Isolationshaft.

10 Banu Büyükcaci: „Mit jedem Prozess sammeln wir mehr Erfahrungen“, in: <https://anfdeutsch.com/aktuelles/banu-bueyuekavci-mit-jedem-prozess-sammeln-wir-mehr-erfahrungen-21300/>, letzter Zugang 23.08.2021

3 Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug werden Straftäter*innen mit psychischen Störungen untergebracht, sofern durch die psychische Störung zum Tatzeitpunkt die Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit aufgehoben oder erheblich vermindert waren und außerdem eine Gefahr für die Allgemeinheit durch diese andauernde Störung anzunehmen ist.

Es wird im Strafvollzugsgesetz und in den jeweiligen Landessicherungsverwahrungsvollzugsgesetzen unterschieden in Maßregel nach §63 StGB, der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus mit einer unbefristeten Unterbringung, in Maßregel nach §64 StGB, der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, welche auf maximal 2 Jahre begrenzt ist und in Maßregel nach §66 StGB, der Sicherungsverwahrung von straffällig gewordenen Personen über ihre Haftzeit hinaus zum so genannten Schutze der Allgemeinheit. Wenn die Freiheitsstrafe die Maßregel übersteigt, muss ggf. noch vor Antritt oder nach Beendigung der Maßregel ein Teil der Strafe im allgemeinen Vollzug abgesessen werden. Bei Maßregel nach §63 StGB sind die Haftzeiten bei vergleichbaren Straftaten von Menschen mit voller Schuldfähigkeit im Maßregelvollzug jedoch deutlich länger und zudem auf unbestimmte Zeit möglich.

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

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

Wenn Substitution als Grund gegen die Durchführung von Lockerungen genutzt wird, wie sollen Suchtkranke einen Alltag in Freiheit erproben?

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



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

4 Lohnarbeit während der Haft

Da Arbeit in der aktuellen Auffassung als wesentlicher Bestandteil der Resozialisierung angesehen wird, sind inhaftierte Personen in fast allen Bundesländern verpflichtet zu arbeiten. Dieses Arbeitsverhältnis gilt juristisch aber nicht als privatrechtliches Arbeitsverhältnis, sondern als therapeutische Maßnahme, weshalb auch der gesetzliche Mindestlohn nicht gilt. Der Lohn bemisst sich zunächst nach einer Eckvergütung. Diese beträgt 9% des Durchschnittseinkommens aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Jahr, was auf einen Lohn von wenigen Euro pro Stunde hinausläuft. Inhaftierte Personen sind zwar arbeitslosenversichert (sie haben nach der Entlassung Recht auf Arbeitslosengeld, wenn sie sich arbeitslos melden und während der letzten zwei Jahre mindestens zwölf Monate gearbeitet haben, § 142 SGB III, § 143 SGB III) und gemäß SGB VII unfallversichert. Dennoch zahlen sie trotz Arbeit während der Haftzeit keine Beiträge zur Rentenversicherung. Dies führt vor allem bei langen Haftstrafen oft zu Altersarmut. 1976 wurde in das Bundesstrafvollzugsgesetz die Vorschrift aufgenommen, auch Strafgefangene in die Rentenversicherung einzubeziehen, was bis heute nicht geschehen ist.



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

5 Abschiebungshaft

Eine Abschiebung kann aus der Strafhaft als Vollstreckung einer vollziehbaren Ausreisepflicht durch Abschiebung erfolgen oder aus der Abschiebungshaft. Letztere ist nicht Teil des Strafvollzuges und muss nach der EU-Rückführungsrichtlinie in speziellen Hafteinrichtungen stattfinden. Trotzdem werden Abschiebungen auch immer noch aus normalen Gefängnissen durchgeführt.

Da die Abschiebungshaft nicht den Charakter einer Bestrafung haben soll, müsste ebenso wie in Strafhaft eine der in Freiheit gleichwertige, vollumfängliche Gesundheitsversorgung und die Fortführung eventueller Therapien und Behandlungen gewährleistet sein. Eine drohende Abschiebung ist für viele Menschen eine psychisch stark belastende Situation und Suizidversuche sind keine Seltenheit. Die Begleitung von Menschen in psychischen Krisen scheint allein in Form von Isolierung innerhalb der Einrichtung stattzufinden.

Darüber hinaus darf eine Abschiebung nicht bei inlands- oder zielstaatenbezogenen Abschiebungshindernissen durchgeführt werden. Inlandsbezogene Hindernisse wären Gesundheitsgefährdungen durch die Abschiebung selber, wie etwa eine Retraumatisierung oder ein Entzug durch fehlende Opioid-Substitution. Eine Flugreisetauglichkeitsbescheinigung dürfte darüber hinaus nicht ohne Zustimmung durch die betroffene Person von Anstaltsarzt oder -ärztin oder dem polizeiärztlichen Dienst in Straf- oder Abschiebungshaft ausgestellt werden, wie es in der Praxis allerdings üblich ist. Ein zielstaatenbezogenes Abschiebungshindernis wäre, wenn die medizinisch notwendige Behandlung für die Person im Zielland nicht erreichbar ist.



Wir fordern das grundsätzliche Ende von Abschiebungen aus Deutschland.

6 Polizeigewahrsam

Polizeigewahrsam stellt eine besondere Form des Freiheitsentzuges dar. Die rechtliche Grundlage bilden die jeweiligen Landespolizeigesetze und das Bundespolizeigesetz. Es wird unterschieden zwischen Sicherungsgewahrsam, bei dem die Gefahrenabwehr im Vordergrund steht, und Schutzgewahrsam bei Gefahr für die in Schutz genommene Person, welcher häufig zur Ausnüchterung angewendet wird. Dabei ist Polizeibeamt*innen häufig nicht bekannt, welche Substanzen die in Gewahrsam genommene Person in welcher Regelmäßigkeit zu sich nimmt. Aus Angst vor Strafverfolgungen geben die betroffenen Personen dies gegenüber den Beamt*innen oft nicht an. Ein Entzug stellt jedoch in Abhängigkeit von der konsumierten Substanz, insbesondere Alkohol, eine medizinisch potentiell gefährliche Situation dar. Es ist davon auszugehen, dass Polizeibeamt*innen Entzugserscheinungen nicht sicher erkennen können. Die Begleitung des Entzuges an sich und das Behandeln von Komplikationen, wie epileptischer Anfälle oder der Aspiration von Erbrochenem, sollte in jedem Fall durch medizinisches Personal entweder innerhalb der Polizeistation oder in einer Klinik erfolgen, was jedoch häufig nicht der Fall ist. Ein Opioidentzug stellt eine Indikation zur Behandlung mit Ersatzstoffen dar, was jedoch in Polizeigewahrsam nur in Einzelfällen durchgeführt wird. Es ist somit davon auszugehen, dass die rechtlich gebotene medizinische Versorgung von Personen in Polizeigewahrsam, insbesondere von Menschen in Entzugssituationen, nicht gewährleistet wird.



Wir fordern die Abschaffung des Schutzgewahrsams. Personen sollen nur in Sicherungsgewahrsam genommen werden, wenn zu Beginn eine Person mit medizinischen Fachkenntnissen die Gewahrsamstauglichkeit prüft. Die Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit sollte nach einem standardisierten Prozedere ablaufen, bei dem die Wahrung der Würde der untersuchten Person im Vordergrund steht.

Diskriminierung in Haft

Die hier präsentierten Probleme sind lediglich ein Ausschnitt und können kontinuierlich weiter ausgearbeitet werden. Ihnen gemein ist jedoch, dass Diskriminierungen, die in der Gesellschaft in Freiheit existieren, nicht von den Gefängnistoren halt machen. Sie werden verschärft durch die Struktur der Haft.

Frauen in Haft

Es sind deutlich weniger Frauen als Männer inhaftiert: nur 4,5% aller Häftlinge sind Frauen, mit einem beobachtbaren Anstieg absoluter Zahlen. Dadurch gibt es (noch) weniger Forschung und Daten. Aufgrund der geringen Anzahl von Frauen in Haft gibt es Probleme, die Haftanstalten voll zu belegen, und die inhaftierten Frauen werden häufiger in zentralen Haftanstalten untergebracht, die sich weiter weg von ihrem Wohnort befinden. Dadurch kann eine Resozialisierung nur eingeschränkt durchgeführt werden: Es gibt weniger Übergangsmöglichkeiten von Haft in Freiheit und die Trennung vom sozialen Umfeld bedeutet eine zusätzliche Benachteiligung. Eine zentrale Unterbringung und wenig verfügbare Mutter-Kind-Haftanstalten bedeuten häufig eine Trennung von Kindern, denn je nach Landesgesetzgebung ist es verboten, dass Kinder in Haft aufwachsen oder es ist nur bis zum dritten Lebensjahr erlaubt. Es gibt weniger Haftplätze im offenen Vollzug und weniger Möglichkeiten des betreuten Wohnens nach der Haft, was insbesondere für Frauen mit Suchtkrankheiten gut geeignet wäre. Es gibt keinen Anspruch auf eine weibliche Frauenärztin bei gynäkologischen Untersuchungen, in den meisten JVs gibt es nur männliche Gynäkologen. Während der Geburt werden meistens erst während der Presswehen die Handschellen gelöst und sie geschieht regelhaft im Beisein von Justizvollzugsbeamt*innen. Ein Großteil der Frauen in Haft lebt mit psychischen Störungen. Dennoch stehen weniger psychiatrische Betten zur Verfügung; eine Unterbringung zusammen mit Männern ist jedoch vor allem bei vorhergehender Traumatisierung problematisch. Strukturell gesundheitlich vorbelastete Frauen

treffen somit in Haft auf Strukturen, die noch weniger als im Männervollzug ein gesundheitsförderndes Umfeld schaffen.

Menschen mit migrantischem Hintergrund in Haft

Den Anteil an Menschen mit migrantischem Hintergrund in Haft zu beziffern, ist schwer. Als Näherung kann die Nationalität herangezogen werden: Ca. 28% der Inhaftierten haben keine deutsche Nationalität,¹¹ im Gegensatz zu 12% in der Allgemeinbevölkerung;¹² dabei gibt es starke Schwankungen je nach Bundesland. Damit ist das Problem von Menschen mit migrantischem Hintergrund nicht hinreichend beschrieben, denn wir wissen, dass Menschen mit migrantischem Hintergrund aber mit deutscher Nationalität ebenfalls häufiger arm sind, einen schlechteren sozioökonomischen Status haben und öfter in Haft sind als Menschen aus oberen Schichten. Gesellschaftliche Benachteiligungen wie Rassismuserfahrungen oder Sprachbarrieren werden in der Institution Gefängnis zusätzlich verstärkt. Besonders schwer wiegt ein unsicherer Aufenthaltsstatus. So werden beispielsweise Vollzugslockerung und Entlassungsvorbereitung nur eingeschränkt durchgeführt, wenn der Aufenthaltsstatus unklar ist. Oder die Behandlungskontinuität wird noch zusätzlich erschwert, wenn durch einen ungeklärten Aufenthaltsstatus die Finanzierung von Behandlungen nach Haftende ungeklärt ist. Insbesondere die Unsicherheit eines ungeklärten Aufenthaltsstatus und Sorgen vor den Konsequenzen der Haftstrafe für den Status bedeuten aber auch eine zusätzliche psychische Belastung, die durch die medizinische Versorgung in Haft aufgefangen werden müsste.

11 Ausländeranteil in den Gefängnisinsassen in ausgewählten Ländern, 2014. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/372757/umfrage/auslaenderanteil-in-gefaengnissen-in-ausgewaehlten-laendern/>. Letzter Zugang 2.6.2021.

12 Bundeszentrale für politische Bildung. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, 2018. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>. Letzter Zugang 2.6.2021

v

WIE KÖNNTE EIN
ANDERER VOLLZUG
AUSSEHEN?

oder: DIE STRAFE
DER ZUKUNFT

Im Folgenden begeben wir uns als Verein von Ärzt*innen auf dünnes Eis, weil wir über Bereiche sprechen wollen, die nicht zu unserer genuinen Praxis und auch nicht zu unserem theoretischen Feld als Ärzt*innen gehören. Wir wollen deshalb hier auch nur Vorschläge machen und eine Diskussion aufnehmen, die seit Längerem über Sinn und Zweck von Gefängnissen und Haftstrafen geführt wird. Wir meinen, das mit guten Gründen tun zu können, denn wenn sich etwas Grundsätzliches am Strafsystem hierzulande ändern würde und viele Gefängnisstrafen durch andere Maßnahmen außerhalb derselben ersetzt würden, stellten sich viele Probleme der medizinischen Versorgung von straffälligen Menschen gar nicht. Auch über die Gesundheitsversorgung hinaus wäre dies die Antwort auf einige Widersprüchlichkeiten des Gefängnisystems, wie etwa des Jugendvollzugs. Dort stellt sich umso mehr die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Freiheitsstrafe: Für was können Jugendliche verantwortlich gemacht werden und bei was ist die „Schuld“ nicht eher in der Sozialisation in den Herkunftsfamilien und gesellschaftlichen Benachteiligungen zu suchen? Wir wollen das Anliegen der Resozialisierung ernst nehmen.

Thomas Galli kann gute Gründe angeben, dass Resozialisierung innerhalb des Gefängnisystems schwer bis unmöglich ist; es gebe auch keine wissenschaftlichen Studien, die das Gegenteil zeigen könnten. Er schlägt deshalb andere Formen des Strafens vor, die nicht an „Vergeltung“ orientiert sind, sondern an Prävention und Opferschutz. Er orientiert sich zum einen an Konzepten der „Restorative Justice“, womit „vor allem integrative Verfahren mit einer verstärkten aktiven Einbeziehung der Beteiligten – also der Täter, der Opfer und der Gemeinschaft – in den Prozess der Tataufarbeitung gemeint“ sind, „um eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der Integrität aller Beteiligten zu erreichen.“¹³ Zum anderen schlägt er vor, sich mit dem weitergehenden Konzept der „Transformative Justice“ auseinanderzusetzen: „Dieses Konzept betrachtet die Verantwortung für Gewalt nicht als eine individuelle, sondern als kollektive Aufgabe. Einer gewaltausübenden Person sollen Möglichkeiten zur Verhaltensänderung angeboten werden, anstatt sie zu bestrafen und aus der Gesellschaft auszusto-

13 Thomas Galli, Weggesperrt, .a.a.O., S. 202f

ßen. Gleichzeitig soll das Umfeld des Opfers mobilisiert werden, um die von Gewalt betroffene Person zu unterstützen. Straftaten sollen als Ausdrücke sozialen Wandels verstanden werden, weshalb es nicht nur um die (gerade bei schwersten Straftaten) kaum mögliche Wiederherstellung dysfunktionaler Verhältnisse gehen kann, sondern im Sinne der Transformation um einen Anstoß zur Schaffung einer inklusiveren, gerechteren Gemeinschaft.“¹⁴

Konkret schlägt Galli folgende Maßnahmen vor (die Abschaffung der Ersatzfreiheitsstrafe und Entkriminalisierung von Drogen- und Bagatelldelikten haben wir weiter oben schon diskutiert).

- **dezentrale und offenere Formen des Freiheitsentzugs:** orientiert z.B. an Erfahrungen von Baden-Württemberg und Sachsen mit „Strafvollzug in freier Form“ für junge männliche Straftäter, der in Wohngruppen auf einem hofartigen Gelände praktiziert wird. Die Straffälligen können dort eine Ausbildung machen und soziales Verhalten erlernen, also Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Sie werden motiviert, sich mit den Opfern ihrer Taten auseinanderzusetzen. Die Rückfallquote ist bei solchen Vollzugsformen deutlich geringer.
- **elektronisch überwachter Hausarrest:** Orientiert an Erfahrungen aus Norwegen, Finnland oder Österreich. Der Kern dieser Art der Strafe ist aber nicht die Fußfessel, sondern wichtiger sei das Kooperationsnetzwerk, das um den Straffälligen herum gebildet werde. Begleitend müssen die oft vielfältigen Problemfelder der Betroffenen bearbeitet werden (z.B. Suchterkrankung). Und es muss geprüft werden, ob ein solcher Hausarrest die Gefahr einer weiteren Desozialisierung birgt.
- **gemeinnützige Arbeit als Hauptstrafe:** Orientiert an Beispielen aus Belgien, Litauen, Spanien, Finnland. Straffällige könnten gemeinnützige Arbeit in Staatsbetrieben ableisten, deren Gewinn z.B. Opfern von Straftaten zugutekäme.

14 Thomas Galli, Weggesperrt, .a.a.O., S. 203

- **Ausbau von Bewährungsstrafen**
- **Gremien von Fachleuten, Opfern, Täter*innen und Gemeindemitgliedern:**
Nicht nur das Gericht sondern Gremien von Fachleuten des öffentlichen Dienstes (Sozialarbeiter*innen oder Pädagog*innen, Kriminolog*innen etc.), Geschädigte (bzw. Angehörige von Geschädigten), Täter*innen und Gemeindemitgliedern entscheiden über konkret aufzuerlegende Maßnahmen, deren primäres Ziel die Schadenswiedergutmachung im Sinne einer „Restorative Justice“ sein sollte.

Wären weniger straffällige Menschen im Gefängnis, sondern würden innerhalb der oben genannten oder ähnlicher Maßnahmen von der Gesellschaft bestraft, würden sich viele der aktuellen Probleme der medizinischen Versorgung und gesundheitlichen Prävention, die durch die geschlossene Unterbringung in einer Institution entstehen, gar nicht stellen. Gefängnisse durch solche Alternativen möglichst weitgehend zu ersetzen, ist weniger utopisch, als es auf den ersten Blick scheinen mag. Erste Ansätze dazu gibt es in Deutschland und noch mehr in anderen Ländern. Hieran gilt es anzuknüpfen.

Darüber hinaus ist auch ein kritischer Blick auf das Zustandekommen von Urteilen nötig. Ohne Zweifel bedeutet eine Haftstrafe großen körperlichen und v.a. psychischen Stress für die Betroffenen. Wieviel größer muss der Stress aber sein, wenn man unschuldig verurteilt ist, im Gefängnis sitzt für eine Tat, die man nicht begangen hat? Ralf Eschenbach, Richter am Bundesgerichtshof, wird in der SZ vom 17. Mai 2015 mit der Schätzung zitiert, dass jedes vierte Strafurteil ein Fehlurteil ist.¹⁵ Das Bundesjustizministerium zählte aber bei über 800 000 rechtskräftig erledigten Strafsachen pro Jahr nur 90 Wiederaufnahmen, was einer Quote von 1:8900 entspricht.¹⁶ Es ist also extrem schwierig, die Wiederaufnahme eines Verfahrens zu erreichen.

Was erschwerend für die Betroffenen hinzukommt: Jeder und jede Verurteilte, der oder die eine „günstige Sozialprognose“ hat, also v.a. Einsicht und Reue

15 Wolfgang Janisch: Fehlurteile in Deutschland – Ohne jeden Zweifel. Süddeutsche Zeitung 17.05.2015.

16 Sabine Rückert. Lügen, die man gerne glaubt. Die Zeit 07.07.2011.

zeigt, kann damit rechnen, nach 2/3 der Strafe vorzeitig entlassen zu werden. Wer bis zuletzt darauf besteht, unschuldig zu sein, zeigt diese geforderte „Reue und Einsicht“ in die nicht begangene Tat gerade nicht, wie auch? Er wird in der Regel weder eine Vollzugslockerung noch eine vorzeitige Entlassung erfahren.

Gehört man zu den Wenigen, deren Unschuld doch noch erkannt wird, so gewährt das „Gesetz über die Entschädigung für Strafverfolgungsmaßnahmen (StrEG)“ Anspruch auf Haftentschädigung. Seit September 2020 beträgt sie 75 Euro/Tag, eine Stunde in Freiheit wird also mit 3 Euro und 12 Cent veranschlagt.

Daneben kann man noch materielle Vermögensschäden nach § 7 StrEG geltend machen, etwa für Verdienstaustausch, muss ihn allerdings im Einzelnen belegen. Gleiches gilt für ausgebliebene Beitragszahlungen zur Rentenversicherung. Werden die dabei vorgegebenen Fristen nicht eingehalten, verjährt der Anspruch auf Dauer. Nach den Ausführungsbestimmungen zum StrEG wird allerdings das durch die Haft Ersparte für Unterkunft und Verpflegung abgezogen, sozusagen für „Kost und Logis“.

Zurzeit diskutiert die Bundesregierung, wie man eine Wiederaufnahme eines rechtskräftig mit Freispruch abgeschlossenen Verfahrens erleichtern kann, wenn – etwa durch Verbesserung der DNA-Analysen – doch neue Verdachtsmomente auftauchen, obwohl dies von vielen als verfassungswidrig angesehen wird. Das Grundgesetz verbietet ausdrücklich, jemand wegen derselben Tat zweimal vor Gericht zu stellen (Art. 103 Abs. 3 GG). Viel wichtiger wäre es zu überlegen, wie man eine Wiederaufnahme bei entlastenden Hinweisen erleichtert. Wie kontrolliert man routinemäßig Urteile auf den Wert ihrer dort geleisteten „Wahrheitsfindung“, auch wenn das von vielen als Angriff auf die Unabhängigkeit der Rechtsprechung missgedeutet wird, wie verhindert man Fehlurteile so gut wie möglich? Viele Faktoren, die zu einer Verurteilung führen können, sind selbst fehleranfällig: Zeug*innenaussagen können falsch sein, Gutachten können eine mangelhafte Qualität haben, Spuren können falsch ausgewertet werden und auch Richter*innen können Fehler machen oder einen ungenügenden Sachverstand des verhandelten Themas haben. Dies zeigt, dass wir nicht nur über die Umsetzung und Art von Bestrafungen nachdenken sollten, sondern auch über den Weg, auf dem es zu Gerichtsurteilen kommt.

FORDERUNGEN

- 1) Der Standard der Regelversorgung und leitliniengerechte, evidenzbasierte, an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgung und dementsprechend fachgerechte Finanzierung muss auch im Gefängnis im Sinne des Äquivalenzprinzips umgesetzt werden.
- 2) Die Verantwortung für die Gesundheit von inhaftierten Personen sollte vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium verlagert werden, um die doppelte Hörigkeit des medizinischen Personals zu vermeiden. Dann kann das ärztliche Berufsethos auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend sein: Die Verpflichtung zum Handeln allein im Sinne der Patient*innen. Es darf kein Teil der Strafe sein, Gesundheitsleistungen zu entziehen.
- 3) Unter Aufsicht der jeweiligen Ärztekammern soll eine systematische Aus- und Weiterbildung mit spezifischen für den Haftalltag notwendigen Kenntnissen und eine Verpflichtung zu systematischer und professioneller Reflexion für die im Vollzug tätigen Ärzt*innen und andere Gesundheitsprofessionelle erfolgen.
- 4) Der Zugang zu freiwilligen und zielgruppengerechten Präventions- und Schadensminimierungsansätzen, wie z.B. zu Beratungsangeboten der AIDS-Hilfe, Nadelaustauschprogrammen oder Versorgung mit Kondomen und sauberem Tätowierbesteck, soll gewährleistet sein.
- 5) Die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung müssen auch für Gefängnisse erfüllt werden. Unabhängige Forschung im Haftsetting muss ermöglicht werden.
- 6) Zumindest in besonders sensiblen Bereichen wie Gynäkologie und Psychiatrie ist die freie Arztwahl zu ermöglichen bzw. eine Beschwerdemöglichkeit mit entsprechendem Konsequenzen-Management einzurichten.
- 7) Die Inanspruchnahme von Dolmetscher*innen bei Gesprächen mit ärztlichem Personal muss angeboten und ermöglicht werden.
- 8) Es muss Krankenversicherung ab dem ersten Tag der Entlassung sichergestellt werden (GKV-Karte gehört zu Entlassungspapieren).

- 9) Ersatzfreiheitsstrafen wegen Bagatelldelikten wie Fahren ohne Fahrschein sollen abgeschafft werden und einen kostenlosen ÖPNV, welcher das Klima und damit die Gesundheit der ganzen Bevölkerung verbessert, eingeführt werden.
- 10) Die Isolationshaft muss abgeschafft werden.
- 11) Der Maßregelvollzug muss grundlegend umstrukturiert werden. Die Therapie sollte insgesamt mehr in den ambulanten Sektor verlagert werden, um Rückfälle zu minimieren und für eine nachhaltige Reintegration sorgen zu können.
- 12) Mindestens der allgemeine gesetzliche Mindestlohn für arbeitende inhaftierte Personen soll eingeführt werden und die Tätigkeit in der Rentenversicherung entsprechend anerkannt werden.
- 13) Es sollen keine Abschiebungen aus Deutschland mehr erfolgen.
- 14) Der Schutzgewahrsam muss abgeschafft werden.
- 15) Der Strafvollzug muss grundlegend umstrukturiert werden, orientiert am Primat der Prävention und des Schutzes von Geschädigten.
- 16) Die Entschädigung für Inhaftierung aufgrund von Fehlurteilen muss erhöht werden.
- 17) Die Wiederaufnahme von Prozessen zur Überprüfung von Urteilen muss erleichtert werden.

Autor*innen: AK Knastmedizin des vdää, Juli 2021

LITERATUR

Äquivalenzprinzip

- Feest J.: Rechtliche Grundlagen. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Lesting W.: Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. *Medizinrecht*. 2018;36(2):69-73. doi: 10.1007/s00350-017-4833-4
- Meier B.-D.: Äquivalenzprinzip. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Nikolai E.: Zahnmedizin im Strafvollzug. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Salize H.J., Dressing H.: Psychiatrische Versorgung im europäischen Strafvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2010. 4(1): 70-78.
- Schneider F., Dammer E., Pfeiffer-Gerschel T., Bartsch G., Friedrich M.: Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. *Workbook Gefängnis*. München 2018.
- Stöver H.: Gesundheitliche Versorgung als wichtiger Baustein der Resozialisierung. In: Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Wiessner P.: Versorgung hinter Gittern. Die besondere Situation von Häftlingen mit HIV. In: PHARMA-BRIEF SPEZIAL, „HIV/Aids global – Was zu tun bleibt“, hg. von BUKO Pharmakampagne/Aktionsbündnis gegen AIDS, Nr.1/2019

Parallelsystem

- Aspinall E.J., Nambiar D., Goldberg D.J., Hickman M., Weir A., Van Velzen E., et al.: Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):235-48. doi: 10.1093/ije/dyt243
- BUKO Pharmakampagne/Aktionsbündnis gegen AIDS: Versorgung hinter Gittern. Die besondere Situation von Häftlingen mit HIV. 2019.
- Feest J.: Rechtliche Grundlagen. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Lazarus J.V., Safreed-Harmon K., Hetherington K., Bromberg D., Ocampo D., Graf N., et al.: Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. *Epidemiol Rev*. 2018;40. doi: 10.1093/epirev/mxx019/4969237

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

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

Stöver H., Knorr B.: HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen! Oldenburg; 2014.

Freie Arztwahl

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

Sprachbarrieren

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

Kontinuität des Versicherungsschutzes

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

Dual Loyalty

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

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

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

Aus- und Weiterbildung von Anstaltsärzt*innen

- Bohmer K., Shecke H., Render I., Scherbaum N.: Implementation of opioid maintenance treatment in prisons in North Rhine-Westphalia, Germany – a top down approach. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):21. doi: 10.1186/s13011-020-00262-w
- Kepler K.: Organisation der medizinischen Versorgung. In Stöver H., Kepler K.: *Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Kepler K.: Überlegungen zu einem Curriculum für die ärztliche Arbeit im Justizvollzug. In Stöver H., Kepler K.: *Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Kepler K., Stover H., Schulte B., Reimer J.: Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2010;53(2):233-44. doi: 10.1007/s00103-009-1023-1
- Stöver H.: „Healthy prisons“. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2016;11(4): 251-8. doi: 10.1007/s11553-016-0565-y

Gesundheitsberichterstattung

- Abraham K.: *Bundeseinheitliche Datenerhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug*. Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung; 2017.
- Kepler K., Stover H., Schulte B., Reimer J.: Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2010; 53(2):233-44. doi: 10.1007/s00103-009-1023-1

Ersatzfreiheitsstrafen

- Heim M.: Im Winter sind die Zellen voll. taz v. 11.02.2019. <https://taz.de/Die-Haerten-des-Strafvollzugs!/5568800/>
- Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.: *Wissenschaftliche Stellungnahme zum Thema „Ersatzfreiheitsstrafen“ (Vorlage 17/1849 und Vorlage 17/1401; Anhörung des Rechtsausschusses am 6. November 2019)*; <https://kfn.de/wp-content/uploads/2019/11/Stellungnahme%20Ersatzfreiheitsstrafen.pdf>.

Isolationshaft

- Konrad N.: Psychiatrie. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Schlieter K.: Lebendig begraben – Isolationshaft in Deutschland. taz v. 24.02.2011. <https://taz.de/Isolationshaft-in-Deutschland/!5126016/>
- Büyükcavci B.: „Mit jedem Prozess sammeln wir mehr Erfahrungen“, in: ANF News 31.08.2020. <https://anfdeutsch.com/aktuelles/banu-bueyuekavci-mit-jedem-prozess-sammeln-wir-mehr-erfahrungen-21300>

Maßregelvollzug

- Dörner K., Plog U., Teller C., Wendt F.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2002.
- Stöver H.: Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige im Justiz- und Maßregelvollzug. In: Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMa%C3%9FregelFin130611.pdf>

Lohnarbeit während der Haft

- Gefangenengewerkschaft/Bundesweite Organisation. <https://ggbo.de/ziele/>
- Bölts R.: Warum Häftlinge im Knast arbeiten. www.deutschlandfunkkultur.de/arbeit-im-gefaengnis-warum-haeftlinge-im-knast-arbeiten.976.de.html?dram:article_id=350380

Abschiebehaft

- Dresdner Kontaktgruppe für Menschen in Abschiebehaft. Nicht nur einmal – Suizidversuche in der Abschiebehaft in Dresden 2020. www.abschiebehaftkontaktgruppe.de/deutsch/pressemitteilungen/pm-vom-31-03-2020-nicht-nur-einmal-suizidversuche-in-der-abschiebehaft-dresden/.
- Graebisch C.: Abschiebung aus der Haft und Drogenabhängigkeit. In P. Kotz & J. Rahlf (Hrsg): Praxis des Betäubungsmittelstrafrechts. Köln, 2013, S. 1593 ff.
- Sächsisches Staatsministerium des Inneren. Kleine Anfrage der Abgeordneten Juliane Nagel: Suizide und Suizidversuche in Abschiebehaft und Ausreisegewahrsam und dortiger Umgang mit Menschen in Drogenabhängigkeit. 2020.

Polizeigewahrsam

- Deutscher Bundestag, Drucksache 19/15291: Antwort auf die kleine Anfrage: Todesfälle in Haft und im Zusammenhang mit polizeilichen Maßnahmen. 2019.
- Graebisch C.: Exkurs: Drogenabhängige in Polizeigewahrsam. In: Kotz P. & Rahlf J. (Hrsg.): Praxis des Betäubungsmittelstrafrechts. Köln, 2013, 1560 ff.
- KNAS [] Initiative: Armut und Strafe. Über die Produktion von Delinquenzmilieus und das Gefängnis als Armenhaus, in: Rehzi Malzahn (Hrsg.): Strafe und Gefängnis, Theorie, Kritik, Alternativen. Eine Einführung, Stuttgart 2018, S. 65ff.

Diskriminierung in Haft

- Bammann K.: Ausländer, Nichtdeutsche und Migranten im Vollzug. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Keppler K.: Frauenvollzug. In Stöver H., Keppler K.: Gefängnismedizin: medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Opitz-Welke, A., et al.: Medizin im Justizvollzug. Deutsches Ärzteblatt, 2018. 115 (48): 808-814.

Abolitionismus

- Feest J.: Definitionsmacht, Renitenz, Abolitionismus, Wiesbaden, 2019.
- Galli T.: Weggesperrt. Warum Gefängnisse niemandem nützen, Hamburg 2020.
- Katholische Gefängnisseelsorge in Deutschland e.V.: Manifest zur Abschaffung von Strafanstalten. <https://gefaengnisseelsorge.net/manifest>
- Malzahn R. (Hrsg.): Strafe und Gefängnis, Theorie, Kritik, Alternativen. Eine Einführung, Stuttgart 2018.
- Strafvollzugsarchiv: Abolitionismus – Manifest zur Abschaffung von Strafanstalten und anderen Gefängnissen. <https://strafvollzugsarchiv.de/wp-content/uploads/2019/09/Abolitionismus-Manifest.pdf>

Solidarisches Gesundheitswesen e.V. stellt sich vor

Der Verein „Solidarisches Gesundheitswesen e.V.“ engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migranten) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.



„Armut und Ausgrenzung machen krank.“ Das muss und soll nicht so bleiben:

Wir wissen, dass gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen auch in einem so wohlhabenden Land wie Deutschland sehr ungleich verteilt sind. Armut erhöht das Krankheitsrisiko in unserer Gesellschaft erheblich und ist zu einem großen Teil verantwortlich für die gesundheitliche Ungleichheit. Im Einklang mit der WHO-Deklaration von Alma Ata (1978) und der WHO Kommission zu den Sozialen Determinanten der Gesundheit (2008) sehen wir in dem Abbau sozialer Ungleichheit einen zentralen Bestandteil der Gesundheitspolitik. Mit dem Verein „solidarisches Gesundheitswesen“ treten wir daher für eine gerechte Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums, eine ausgleichende Sozialpolitik, solidarische Gesundheitsfinanzierung, gute Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie eine gesunde Umwelt ein. Wir versuchen, diese Zusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und Gesundheit in Publikationen, Bildungsveranstaltungen darzustellen und zu vermitteln und arbeiten mit an der Entwicklung entsprechender gesundheitspolitischer Konzepte.

Der Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Der Verein ist vom Finanzamt Frankfurt/Main als gemeinnützig anerkannt und kann entsprechend abzugsfähige Spendenquittungen ausstellen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V. | c/o Bernhard Winter
Falkstraße 34 | 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de | <http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Frankfurter Sparkasse 1822 | BIC: HELADEF1822 | IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25



Herausgeber

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Falkstr. 34 • 60487 Frankfurt/Main

solid.g-wesen@gmx.de

www.solidarisches-gesundheitswesen.de