BETREUUNG IM STRAFVOLLZUG
EIN HANDBUCH
2014

Deutsche AIDS-Hilfe

BETREUUNG IM STRAFVOLLZUG
EIN HANDBUCH 2014

BIBLIOGRAFISCHE INFORMATION DER DEUTSCHEN BIBLIOTHEK

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über *http://dnb.ddb.de* abrufbar.

IMPRESSUM

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. | Wilhelmstraße 138 | 10963 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de | E-Mail: dah@aidshilfe.de

5. Auflage 2014 | Bestellnummer: 012002

Redaktion: Bärbel Knorr | Bearbeitung: Christina Laußmann, Christine Höpfner
Gestaltung + Satz: diepixelhasen, www.pixelhasen.de
Druck: Druckerei Conrad, Breitenbachstraße 34-36, 13509 Berlin

SPENDEN AN DIE DAH

Landesbank Berlin, Kontoinhaber: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEBEXXX
Online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter http://www.aidshilfe.de oder bei der DAH.
Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

4 VORWORT

7 TEIL 1 | GESETZE UND STRUKTUREN

8 Neue Unübersichtlichkeit: Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs // Johannes Feest
16 Offizielle Strukturen des Justizvollzugs // Brigitte Taylor-Schultz
32 Infektionsschutzgesetz und Biostoffverordnung – was hat das mit Haftanstalten zu tun? // Marianne Rademacher
39 Rechte und Pflichten externer Mitarbeiter/innen // Johannes Feest
49 Unterbrechung und vorzeitige Beendigung der Haft // Kai Bammann

57 TEIL 2 | RUND UM DEN HAFTALLTAG

58 Unfrei und zum Fürchten // Timo Funken
62 Beratung und Begleitung im Justizvollzug // Claudia Rey
69 Arbeit, Sozialversicherung und Geld in Haft – ein Überblick // Bärbel Knorr
78 Kontakte nach draußen // Kai Bammann
92 Vorbereitung der Haftentlassung und Nachsorge // Fredi Lang

110 TEIL 3 | GESUNDHEIT IN HAFT

111 Besonderheiten der Anstaltsmedizin // Karlheinz Keppler
132 Gesundheitsförderung in Haft // Karlheinz Keppler
139 HIV, Hepatitis C und Tuberkulose in Haft // Christiane Stöter

147 TEIL 4 | BESONDERE GEFANGENENGRUPPEN

148 Medizinische Versorgung von Drogengebraucher(inne)n in Haft // Heino Stöver
164 Drogen gebrauchende Migrant(inn)en in Haft // Gökalp Özalp
172 Frauen in Haft // Karlheinz Keppler
183 Sonderregelungen für HIV-positive Gefangene? // Kai Bammann
188 Chancen und Herausforderungen der HIV- und STI-Prävention im Jugendarrest // Thomas Wilke und Stefan Müller
201 HIV-Prävention für Gefangene aus den GUS-Staaten // Ludger Schmidt

219 AUTORINNEN UND AUTOREN

VORWORT

VORWORT

Gefängnisse zählen nach wie vor zu den Orten, an denen man sich besonders leicht mit Hepatitisviren, HIV und anderen Krankheitserregern anstecken kann: Knapp 21 Prozent der Gefangenen in Deutschland sind mit dem Hepatitis-C-Virus und fast ein Prozent mit HIV infiziert, viele von ihnen sind Drogengebraucher/innen.[1] Seit dreißig Jahren engagieren sich Aidshilfen in Gefängnissen und setzen sich für eine bessere medizinische Versorgung, für gleiche Standards in der Infektionsprophylaxe wie außerhalb der Gefängnismauern und gegen die Diskriminierung und Ausgrenzung HIV-positiver Gefangener ein. Knapp 60 Prozent der Aidshilfen bieten Beratung und Begleitung im Justizvollzug an.

Beratung und Begleitung im Vollzug: Eine Arbeit mit besonderen Herausforderungen

Keine Frage: Für viele Aidshilfen wie auch andere Einrichtungen ist es in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen ziemlich schwierig, sich auf ein Engagement hinter Gittern einzulassen. Nur wenige schaffen es z. B., regelmäßig eine Sprechstunde anzubieten oder eine größere Anzahl von Gefangenen zu betreuen. Umso mehr sind sie auf die ehrenamtliche Mitarbeit von Menschen angewiesen, die sich auch und gerade in Gefängnissen engagieren wollen. Dieses Engagement muss weiterhin gefördert werden.

Für externe Berater/innen im Vollzug ist diese Arbeit mit besonderen Herausforderungen verbunden: Sie müssen viele gesetzliche Regelungen beachten, und Standards, die in der psychosozialen Betreuung und medizinischen Versorgung sonst selbstverständlich sind, gelten im Vollzug nicht unbedingt. Zudem ist die Arbeit zeitaufwendig: Oft müssen lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden, vieles, was die betreuten Gefangenen aufgrund der Unterbringung nicht in Eigenregie regeln können, müssen Berater/innen übernehmen.

1 Weilandt, C./Radun, D.: Infektionserkrankungen unter Gefangenen in Deutschland – Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten sowie Wissen, Einstellungen und Einschätzungen bezüglich Infektionskrankheiten und Drogenkonsum im Strafvollzug, Deutschland 2006/2007. Bonn/Berlin: 2008. (Vorstellung der Ergebnisse durch Dr. Ruth Zimmermann auf der DAH-Fachtagung „HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft: Keine Angst vor Spritzen!" Berlin: 10.12. 2013)

Diese brauchen viel Geduld im Umgang mit Behörden, bei der Weitervermittlung in eine Therapieeinrichtung oder bei den Vorbereitungen, die mit der Entlassung verbunden sind.

Wer dieses Aufgabenfeld für sich entdecken möchte, sollte sich gut darauf vorbereiten. Denn der Vollzug ist eine Welt für sich, mit eigenen Gesetzen, Vorschriften und (Spiel-)Regeln. Hilfen zum Einstieg in die Haftarbeit bietet z. B. die Deutsche AIDS-Hilfe durch Seminare und verschiedene Veröffentlichungen, wozu auch dieses Handbuch gehört, das 1996 zum ersten Mal erschien.

Zu diesem Handbuch

Die vorliegende 5. Auflage des Handbuchs gibt einen Überblick über die aktuelle Situation des Arbeitsfeldes „Betreuung im Strafvollzug". Das Strafvollzugsgesetz, das bis 2007 in allen Bundesländern galt, wird derzeit mehr und mehr durch Landesgesetze abgelöst. Zehn Bundesländer haben bereits eigene Landesgesetze erlassen, in sechs Bundesländern gilt noch das „alte" Strafvollzugsgesetz. Dieser „Flohzirkus" (so beschreibt Prof. Dr. Johannes Feest gerne die Situation) hat auch die Erstellung dieses Handbuchs erschwert. Vieles ist im Umbruch, und man kommt nicht umhin, die Nase in den Gesetzestext des eigenen Bundeslandes zu stecken. Dieser Band wäre um ein Vielfaches dicker geworden, hätten wir alle Spezifika der Bundesländer berücksichtigt.

Mit unserem Handbuch wenden wir uns an Menschen, die sich für die Arbeit mit Gefangenen interessieren und gerne Näheres darüber erfahren möchten; ihnen wollen wir Orientierungshilfe für ein künftiges Engagement geben. Aber auch für erfahrene Kolleginnen und Kollegen kann es sich lohnen, diesen Band zur Hand zu nehmen, um ihr Wissen aufzufrischen oder sich Anregungen für die Praxis zu holen. Eingeflossen sind die Kenntnisse und Erfahrungen ganz verschiedener Expertinnen und Experten, mit denen wir in den letzten Jahren zusammengearbeitet haben – darunter auch ein Redakteur einer Gefangenenzeitung. Ohne die tatkräftige Unterstützung all dieser Mitstreiterinnen und Mitstreiter wäre dieses umfassende Werk nicht möglich gewesen. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Berlin, Januar 2014
Bärbel Knorr, Arbeitsbereich Strafvollzug der DAH

TEIL 1
GESETZE UND STRUKTUREN

NEUE UNÜBERSICHTLICHKEIT: DIE ZUKUNFT DES DEUTSCHEN JUSTIZVOLLZUGS

// Johannes Feest

Die Föderalismusreform hat bei all denen, die in irgendeiner Weise mit dem Justizvollzug in Deutschland zu tun haben, Verunsicherung ausgelöst. Der folgende Beitrag versucht zu klären, was eigentlich geschehen ist und welche Auswirkungen dies auf den deutschen Justizvollzug hat.

FÖRDERALISIERUNG DES JUSTIZVOLLZUGS

Nach der ursprünglichen Regelung des Grundgesetzes (Art. 74 GG) gehörten der Strafvollzug und das Strafrecht zur konkurrierenden Gesetzgebung. Das heißt, die Bundesländer waren auf diesem Gebiet nicht zur Gesetzgebung befugt, da der Bund nicht nur ein Strafgesetzbuch und eine Strafprozessordnung, sondern auch ein Strafvollzugsgesetz erlassen hatte. Die Landesjustizverwaltungen hatten sich an diese Bundesgesetze zu halten und sie auszuführen.

Mit der am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossenen und am 1. September 2006 in Kraft getretenen Föderalismusreform hat sich dies grundlegend geändert: Zuständig für die Strafvollzugsgesetzgebung sind nunmehr allein die Länder.

Seither geht im Bereich des Justizvollzugs eine wundersame Gesetzesvermehrung vonstatten. Vor sieben Jahren war es schon ein Schock, dass wir anstelle eines einzigen Strafvollzugsgesetzes 16 Ländergesetze bekommen sollten. Doch noch kurz vor Verabschiedung der Föderalismusreform hatte das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber eine Frist bis Ende 2007 gesetzt, um den Jugendstrafvollzug auf eine rechtsstaatliche Rechtsgrundlage zu stellen. Durch die Föderalismusreform oblag diese Verpflichtung nunmehr den Landesparlamenten, die zunächst 16 Jugendstrafvollzugsgesetze auszuarbeiten hatten. Und da man schon einmal dabei war, wurden auch gleich für den Untersuchungshaftvollzug Gesetze geschaffen, ebenfalls sechzehn Mal. Am 4.5. 2011 ordnete das Bundesverfassungsgericht eine vom Strafvollzug getrennte Regelung der Sicherungsverwahrung an und setzte dem Gesetzgeber dafür eine Frist bis zum 31.5. 2013. Seit Juni 2013 sind daher 16 Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetze in Kraft. Ist dies schon Wahnsinn, hat es doch Methode!

Um für die Landesgesetze zum Strafvollzug ein gewisses Maß an Rechtseinheit zu erreichen, hatten sich einige Bundesländer zusammengeschlossen, um einen gemeinsamen Musterentwurf (ME StVollzG) auszuarbeiten. Dabei wurden auch kleine inhaltliche Verbesserungen vorgenommen (Feest/Lesting 2012). Allerdings haben die beteiligten Landesparlamente es sich nicht nehmen lassen – wie schon beim Jugendstrafvollzug und beim Untersuchungshaftvollzug –, den Musterentwurf durch landesspezifische Einzelheiten zu ergänzen, wodurch die angestrebte Einheitlichkeit wieder beträchtlich relativiert wurde. Außerdem hat das bevölkerungsreichste Bundesland, Nordrhein-Westfalen, sich an diesem freiwilligen Versuch der Vereinheitlichung von vornherein nicht beteiligt.

Daneben wird aber auch das bisherige Strafvollzugsgesetz in Geltung bleiben, und zwar nicht nur als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der noch ausstehenden Ländergesetze. In der Eile der Föderalismusreform hat man nämlich übersehen, dass keineswegs alle einschlägigen Materien an die Länder übertragen wurden, so z. B. das Prozessrecht und damit der gerichtliche Rechtsschutz (§ 109 StVollzG), der Pfändungsschutz (in § 51 Abs. 4 Satz 1 StVollzG) sowie die Bestimmungen über Zivilhaft (§§ 171 ff. StVollzG).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Föderalismusreform im Strafvollzug zu beträchtlicher juristischer Komplexität geführt hat. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich diese Komplexität auf die Praxis des Vollzugs auswirken wird.

ALTE UND NEUE UNEINHEITLICHKEIT

Zu den häufigsten Einwänden gegen die Föderalismusreform im Jugend- und Erwachsenenstrafvollzug gehört, dass sie gegen die Idee der Einheit der Rechtsordnung verstoße. Tatsächlich ist kaum zu verstehen, dass Personen nach bundeseinheitlichen Regelungen – Strafgesetzbuch und Strafprozessordnung – verurteilt werden, ihre Strafe dann aber je nach Bundesland anders vollzogen wird. Bei genauerem Hinsehen war dies allerdings schon vor Einführung der Landesstrafvollzugsgesetze der Fall, wie in der Vorauflage dieses Handbuchs an den Beispielen „Disziplinarmaßnahmen", „Lockerungen" und „Stromkosten" illustriert worden war.

Neben den inhaltlichen Unterschieden gibt es auch formale. So unterscheiden sich die Landesgesetze meist schon im Aufbau, in der Reihenfolge und Nummerierung der Paragrafen. Das macht es mühsamer, die Gesetze miteinander zu vergleichen und die Rechtsprechung auf sie zu beziehen.

Fünf Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und Niedersachsen) haben frühzeitig eigene Gesetze erlassen und sich dabei am (Bundes-) Strafvollzugsgesetz orientiert. Zehn weitere Bundesländer haben sich auf den Musterentwurf eines Landesstrafvollzugsgesetzes verständigt. Bisher haben insgesamt zehn Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz,

Saarland und Sachsen) Landesgesetze zum Strafvollzug verabschiedet (Stand: Oktober 2013).[1] Im Folgenden drei Beispiele, worin sich die Gesetze unterscheiden:

ÜBERBRÜCKUNGSGELD

Das (Bundes-)Strafvollzugsgesetz sieht vor, dass die Gefangenen einen Teil ihres Arbeitseinkommens als Überbrückungsgeld für die ersten vier Wochen nach ihrer Entlassung sparen müssen und dieses Geld nicht gepfändet werden darf. Die ersten fünf Landesstrafvollzugsgesetze haben diese Regelung wörtlich oder sinngemäß übernommen.

Der Musterentwurf eines Landesstrafvollzugsgesetzes verzichtet auf ein Überbrückungsgeld mit der Begründung, dass den Entlassenen nach dem Sozialgesetzbuch ohnehin Leistungen zustünden. Weiter heißt es, dass das Überbrückungsgeld ein „Wiedereingliederungshindernis" darstelle. Zudem diene die Neuregelung den Belangen der Gläubiger, da den Gefangenen nach Wegfall des Überbrückungsgeldes ein höheres pfändbares Eigengeld zur Verfügung stehe (Begründung zu § 56 ME StVollzG).

Das Land Sachsen, welches grundsätzlich dem Musterentwurf eines Landesstrafvollzugsgesetzes folgt, stellt den Gefangenen frei, ob sie ein Überbrückungsgeld sparen und ob sie ihre Schulden schon während der Haft begleichen wollen.

BRIEFÜBERWACHUNG

Nach dem (Bundes-)Strafvollzugsgesetz sind von der Überwachung der ein- und ausgehenden Post durch die Anstalt nur einige wenige Institutionen ausgenommen: Neben den Strafverteidigern sind das einige internationale Organisationen sowie die Volksvertretungen und die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder. Für viele Strafgefangene ist nicht nachvollziehbar, warum ihre Briefe an Gerichte und Behörden sowie an Rechtsanwälte, die nicht ihre Strafverteidiger sind, von der Anstalt geöffnet und inhaltlich zur Kenntnis genommen werden dürfen.

Einzelne Landesgesetze haben diese Kritik zum Anlass genommen, den Katalog der überwachungsfreien Institutionen zu erweitern. So hat das Land Hamburg Rechtsanwälte und Notare den Strafverteidigern gleichgestellt, auch der Schriftwechsel mit Gerichten, Staatsanwaltschaften und der Aufsichtsbehörde soll nicht mehr überwacht werden. Eine andere Lösung hat das Land Hessen gewählt, indem es auf die im neugefassten § 119 StPO von der Überwachung in der Untersuchungshaft freigestellten Institutionen verweist: die zuständige Bewährungshilfe, die zuständige Führungsaufsichtsstelle, das Bundesverfassungsgericht

1 Vgl. die laufende Berichterstattung unter www.strafvollzugsarchiv.de

bzw. das zuständige Landesverfassungsgericht sowie Geistliche. Leider hat der Musterentwurf diese Möglichkeiten nicht aufgegriffen. Erfreulicherweise geht das Brandenburgische Landesgesetz weiter als der Musterentwurf und schließt sich in diesem Punkt der Hamburger Regelung an (§ 42 Abs. 3 Satz 3 BbgJVollzG).

ARBEITSPFLICHT, ARBEITSENTLOHNUNG

Besonders groß sind die Unterschiede im Bereich Arbeit. Paragraf 41 des (Bundes-) Strafvollzugsgesetzes schreibt vor, dass im Strafvollzug Arbeitspflicht besteht. Dem waren die ersten Landesgesetze gefolgt.

Der Musterentwurf zum Landesstrafvollzugsgesetz (dazu Feest/Lesting 2012) kennt allerdings keine Arbeitspflicht mehr. In § 22 heißt es dort: „Den Gefangenen soll auf Antrag oder mit ihrer Zustimmung Arbeit zugewiesen werden." Das Arbeiten im Gefängnis soll damit in der freien Entscheidung der Gefangenen liegen. Damit fällt auch der Disziplinartatbestand der Arbeitsverweigerung weg. Der Anreiz einer Entlohnung soll dafür in anderen Maßnahmen (Ausbildung, Therapie usw.) bestehen, wohingegen die 2001 eingeführte nichtmonetäre Komponente der Entlohnung (Freistellungstage, die auf das Haftende angerechnet werden können) ersatzlos wegfallen soll.

Wie viele Länder sich letztlich diesem Verzicht auf die Arbeitspflicht anschließen werden, ist gegenwärtig noch offen. Mecklenburg-Vorpommern, ein Land, das am Musterentwurf mitgearbeitet hat, hält an der Arbeitspflicht fest, sieht allerdings keine Disziplinarstrafe für Arbeitsverweigerung mehr vor.

Fazit: Manche dieser Unterschiede sind unverständlicher, manche unerträglicher als andere. In einzelnen Fällen mögen solche Unterschiede die Chance eröffnen, quasi-experimentelle Forschung zu betreiben, um bestimmte Hypothesen zu testen, die hinter der einen oder anderen Alternative stehen – etwa, ob die Nichtüberwachung der Gerichtspost tatsächlich zu nennenswertem Missbrauch führt. Das setzt aber voraus, dass solche Forschung tatsächlich durchgeführt bzw. gefördert wird.

MOBILISIERUNG VON GEGENKRÄFTEN

Gibt es gar keine Hoffnung, aus diesem Durcheinander zu einem gewissen Maß an Gemeinsamkeit zurückzukehren? Wo wäre anzusetzen, wenn man Gegenkräfte mobilisieren möchte? Solche Ansatzpunkte könnten meines Erachtens beim Bundesverfassungsgericht liegen, bei den Europäischen Gefängnisregeln und bei einer Erneuerung der Rolle des Bundes im Vollzugsbereich.

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

Das Strafvollzugsgesetz wäre wahrscheinlich nie zustande gekommen, hätte das Bundesverfassungsgericht nicht Anfang der 1970er-Jahre den Gesetzgeber aufgefordert, die vom Grundgesetz geforderte gesetzliche Grundlage für Rechtseinschränkungen im Strafvollzug zu schaffen (BVerfGE 33, 1). Das Gericht begnügte sich damit aber nicht, sondern machte in weiteren Entscheidungen inhaltliche Vorgaben für die Ausgestaltung des Strafvollzugs:

- Das Ziel der Resozialisierung folgt aus dem Sozialstaatsprinzip und hat daher Verfassungsrang (BVerfGE 35, 236).
- Der Staat hat den Strafvollzug so auszustatten, wie es zur Realisierung des Vollzugsziels erforderlich ist, und die entsprechenden Personal- und Sachmittel zu stellen (BVerfGE 40, 284).
- Die von Gefangenen geleistete Arbeit muss angemessene Anerkennung finden (BVerfGE 98, 169).
- Die Mehrfachbelegung einer Einzelzelle verstößt in der Regel gegen das Grundrecht der Menschenwürde der Gefangenen (BVerfG ZfStrVo 2002, 176 und 178).
- Eine Information, die Gefangene über ihre Rechte belehrt, darf nicht schon aus dem Grunde verboten werden, weil sie die Einlegung von Rechtsbehelfen durch Gefangene wahrscheinlicher macht (BVerfG in: Burkhart/Graebsch/Pollähne [Hg.] 2005, 435).
- Die Kontaktpflege zu Angehörigen und anderen den Gefangenen nahestehenden Personen ist während der gesamten Haftzeit zu fördern und insbesondere bei Verlegungen zu berücksichtigen (BVerfG v. 19.04. 2006 – 2 BvR 818/059).

Weitere detaillierte Vorgaben machte das Bundesverfassungsgericht für den Vollzug der Sicherungsverwahrung (BVerfG v. 4.5. 2011 – 2 BvR 2365/09 ff.). Diese haben auch Auswirkungen auf den Vollzug der Freiheitsstrafe, weshalb das Strafvollzugsgesetz und die vorhandenen Landesgesetze geändert werden mussten.

Diese Liste ließe sich nahezu beliebig verlängern und zeigt, welch wichtige Rolle das Gericht bei der Fortentwicklung des Strafvollzugsrechts gespielt hat und spielt. Und mit der Föderalismusreform wird es an Bedeutung nicht verlieren, sondern eher noch gewinnen, weil sich Gefangene wohl noch häufiger als bisher an das höchste deutsche Gericht wenden werden. Dabei werden sie sich leider auch viele Illusionen machen, da das Gericht dem Gesetzgeber einen beträchtlichen Gestaltungsspielraum einräumt. Dennoch bieten der Verfassungsrang des Resozialisierungsziels und der Gleichheitsgrundsatz genügend Ansatzpunkte für eine laufende Überprüfung der Landesgesetze und der auf ihnen beruhenden Vollzugspraxis.

EUROPÄISCHE GEFÄNGNISREGELN

Weniger bekannt bei den Gefangenen und ihren Helfer(inne)n sind die schon seit 1973 existierenden Europäischen Gefängnisregeln *(European Prison Rules)*, deren Neufassung das Ministerkomitee des Europarats Anfang 2006 in Straßburg verabschiedet hat (Feest 2006). Hier werden europäische Maßstäbe für Menschenrechte im Justizvollzug gesetzt, hinter die auch die Landesgesetzgeber nicht ohne Weiteres zurückgehen können. Einige Beispiele:

- In Regel 19.3 heißt es, dass Gefangene „jederzeit Zugang zu Toiletten haben müssen, die hygienisch sind und die Intimsphäre schützen". Damit sind die in Deutschland immer noch vielfach üblichen „Wohnklos" oder gar die Rückkehr zu ihnen unvereinbar.
- Regel 20.1 geht davon aus, dass Gefangene grundsätzlich eigene Kleidung tragen und ihnen Anstaltskleidung nur gestellt wird, wenn sie über keine brauchbare Kleidung verfügen. Dies geht über § 20 StVollzG hinaus, der grundsätzlich Anstaltskleidung vorschreibt (und an dem sich jetzt die Entwürfe der meisten Länder orientieren).
- Regel 25.2 verlangt, dass allen Gefangenen erlaubt wird, „so viele Stunden pro Tag außerhalb ihrer Zelle zu verbringen, wie dies für ein angemessenes Maß an zwischenmenschlichen und sozialen Beziehungen notwendig ist". Eine Abkehr von der in § 17 StVollzG festgelegten gemeinsamen Freizeit der Gefangenen („Aufschluss") stünde im Widerspruch hierzu.
- Regel 28.4 lautet: „Bildung soll im Gefängnis keinen geringeren Status haben als Arbeit, und die Gefangenen dürfen weder finanzielle noch sonstige Nachteile erleiden, wenn sie an Bildungsmaßnahmen teilnehmen." Für Ausbildungsmaßnahmen ein geringeres Entgelt vorzusehen (etwa als Sparmaßnahme) als für die Gefangenenarbeit wäre mit dieser Regel nicht vereinbar.
- Laut Regel 78 sollen Vollzugsbedienstete normalerweise auf Dauer und im Rahmen des öffentlichen Dienstes eingestellt werden, womit sich eine weitere Privatisierung des Vollzugs nicht vereinbaren ließe.
- Regel 93.1 verlangt zusätzlich zur staatlichen Aufsicht die Überwachung der Gefängnisse durch „unabhängige Gremien, deren Ergebnisse veröffentlicht werden sollen". Das Strafvollzugsgesetz kennt zwar Anstaltsbeiräte, deren Unabhängigkeit ist jedoch wegen der Bestellung durch das jeweilige Justizministerium zweifelhaft. Hier wird sich der Gesetzgeber etwas Neues einfallen lassen müssen.

Zwar sind die Europäischen Gefängnisregeln bloße Empfehlungen, welche die Gerichte nicht binden. Doch das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter (CPT) legt sie bei seinen Gefängnisbesuchen in europäischen Ländern als Mindestmaß für menschenwürdige Haftbedingungen zugrunde. Auch der Europäische Gerichts-

hof für Menschenrechte zitiert diese Normen in seinen Entscheidungen. Man kann und soll sich also auf sie berufen.

STÄRKERE WAHRNEHMUNG VON BUNDESKOMPETENZEN

Schon in der Vergangenheit wäre eine stärkere Präsenz des Bundes im Gefängniswesen sinnvoll gewesen. So hätte man sich gewünscht, dass das Bundesministerium der Justiz die Umsetzung des (Bundes-)Strafvollzugsgesetzes durch die Landesjustizverwaltungen überwacht. Das Ministerium hat sich jedoch im Wesentlichen auf das Einsammeln der Strafvollzugsstatistiken der Länder beschränkt. Darüber hinaus hat es alle fünf Jahre die CPT-Berichte über Gefängnisbesuche an die Landesministerien weitergeleitet und aus deren Antworten eine „Antwort der Bundesregierung" verfertigt. Angesichts der oben skizzierten Uneinheitlichkeit der Länderpraxis wäre für die Sicherheit der Rechtseinheit allerdings mehr nötig gewesen.

Dass auch noch die Gesetzgebungskompetenz auf die Länder übergeht, könnte den Anschein erwecken, der Bund sei nunmehr jeglicher Verantwortung ledig. Dies ist jedoch nicht der Fall: Der Bund hat weiterhin Deutschland nach außen zu vertreten und muss sich verantworten, wenn europäische oder UNO-Gremien die Einhaltung menschenrechtlicher Mindeststandards in den Gefängnissen anmahnen. Das betrifft übrigens nicht nur die Justizvollzugsanstalten, sondern auch Maßregelvollzugsanstalten, Abschiebungshaftanstalten, Polizeizellen usw.

Eine neue Situation ist eingetreten, als die Bundesrepublik Deutschland am 20. September 2006 das Zusatzprotokoll zur Antifolterkonvention der UNO (OP-CAT)[2] unterschrieben hat. Sie hat sich damit völkerrechtlich verpflichtet, einen „Nationalen Präventionsmechanismus" zur Verhütung von Folter einzurichten.

Hierzu war vielfach eine Orientierung an der Struktur und den Erfahrungen des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter empfohlen worden: multidisziplinäre Zusammensetzung der Inspektionsgruppen, arbeitsfähige Verwaltung, regelmäßige Follow-up-Besuche, Zusammenarbeit mit Anstaltsbeiräten und NGOs, rechtspolitische Öffentlichkeitsarbeit (zu Einzelheiten vgl. Feest 2007).

Das Gesetz zum Zusatzprotokoll zur Antifolterkonvention (BT-Drs. 16/8249) ist in Kraft getreten, nachdem es im September 2008 im Bundesgesetzblatt (2008 Teil II Nr. 23, 2. September 2008) erschien. Leider hat der deutsche Gesetzgeber sich für eine denkbar bescheidene Lösung entschieden. Wohl mit Rücksicht auf die Föderalismusreform sieht das Gesetz vor, die Aufgaben des Nationalen Präventionsmechanismus aufzuteilen. Im Zuständigkeitsbereich des Bundes (Bundeswehr, Bundespolizei) wird die Funktion von einer Bundesstelle wahrgenommen, die vom Bundesministerium der Justiz eingerichtet wurde und aus einer ehren-

2 Siehe „Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe", im Internet unter http://www.un.org/Depts/german (zuletzt besucht am 15.10.2013).

amtlichen Leitungsperson besteht. Im Zuständigkeitsbereich der Länder (Justizvollzug, Polizei, Psychiatrie usw.) werden die Aufgaben durch eine Kommission wahrgenommen, die aus vier ebenfalls ehrenamtlichen Personen besteht.

Diese Stellen sind finanziell und personell völlig unzureichend ausgestattet, daher war abzusehen, dass auf diese Weise kein nennenswertes Gegengewicht zur Macht der Landesjustizverwaltungen entstehen konnte. So ist nach nur zwei Jahren der Vorsitzende der Länderkommission aus Protest gegen die unzureichende Ausstattung von seinem Amt zurückgetreten.

Die ganze Konstruktion einer nationalen Stelle müsste wohl neu bedacht und effektiver ausgestaltet werden. Die Einführung eines echten Bundes-Ombudsmannes für den deutschen Strafvollzug (Kretschmer 2005), nach dem Vorbild des Wehr- oder Datenschutzbeauftragten, bleibt damit weiter auf der Wunschliste.

Dabei ist der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 4.5.2011 die Aufforderung zur Wahrnehmung von Kompetenzen des Bundes auch im Bereich des Vollzugs deutlich zu entnehmen. Diese Entscheidung bezieht sich zwar auf die Sicherungsverwahrung, sie müsste aber auch Auswirkungen auf den Strafvollzug haben: Laut Bundesverfassungsgericht spiele es keine Rolle, dass der Bundesgesetzgeber „seit der Föderalismusreform im Jahr 2006 nicht mehr über die Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug" verfüge. Aus dessen Gesetzgebungskompetenz für das Strafrecht folge, dass er „die wesentlichen Leitlinien (…) selbst regeln und sicherstellen" müsse, dass die konzeptionelle Ausrichtung nicht durch landesrechtliche Regelungen unterlaufen werden könne. Bundes- und Landesgesetzgeber stünden „gemeinsam in der Pflicht", ein normatives Regelungskonzept zu schaffen, wobei der Bundesgesetzgeber sich darauf beschränken müsse, „die wesentlichen Leitlinien vorzugeben" (BVerfGE 128, 326-409).

LITERATUR

AK StVollzG 2012 Feest, J./Lesting, W. (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK StVollzG), Neuwied: Luchterhand 2012

Burkhardt/Graebsch/Pollähne 2005 Burkhardt, S./Graebsch, C./Pollähne, H. (Hrsg.): Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte. Münster: LitVerlag 2005

Feest 2006 Feest, J.: Europäische Maßstäbe für den Justizvollzug. Zur Neufassung der Europäischen Gefängnisregeln (European Prison Rules). In: *ZfStrVo*, 259–261

Feest 2007 Feest, J.: Justizvollzugsanstalten: totale Institution, Folter und Verbesserung der Prävention, In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): *Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland.* Baden-Baden: Nomos 2007, 93–116

Feest/Lesting 2012 Feest, J./ Lesting, W.: Musterentwurf nicht ohne Wert. In: *Neue Kriminalpolitik* 1/2012, 4–8

Kretschmer 2005 Kretschmer, J.: Ergänzungen und Alternativen zum strafvollzugsrechtlichen Rechtsschutzsystem oder: Brauchen wir einen Strafvollzugsbeauftragten? In: *ZfStrVo*, 217–224

OFFIZIELLE STRUKTUREN DES JUSTIZVOLLZUGS

// Brigitte Taylor-Schultz[1]

Nach 1945 orientierte sich der Justizvollzug an der Dienst- und Vollzugsordnung, die in allen Ländern der Bundesrepublik Gültigkeit hatte. Da es sich hierbei lediglich um eine Verwaltungsvorschrift handelte, Eingriffe in die Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger aber nur auf Gesetzesgrundlage erfolgen dürfen, wurde am 1.1. 1977 das Strafvollzugsgesetz („Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung") erlassen. Bis zum 1.9. 2006 war das Bundesjustizministerium zuständig für die gesetzliche Rahmenregelung des Strafvollzugs und die dazugehörigen bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften. Die Ausführungsvorschriften erließen die Länder in eigener Zuständigkeit. Im Rahmen der Föderalismusreform beschlossen dann Bund und Länder, den Justizvollzug wieder in die alleinige Zuständigkeit der Länder zurückzugeben, wie dies vor 1977 der Fall war. Das Strafvollzugsgesetz des Bundes wirkt bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Landesjustizvollzugsgesetze fort.

Diese Reform wurde beschlossen, obwohl sich die Fachleute mehrheitlich dagegen ausgesprochen hatten. Befürchtet wurde und wird, dass die gesetzlichen Regelungen künftig noch stärker als bisher an die Vollzugspraxis und Haushaltslage der Bundesländer angepasst werden. Schon bisher wurden viele fortschrittliche Regelungen des Strafvollzugsgesetzes – unter anderem zur Unterbringung und Behandlung der Gefangenen – nicht oder jeweils unterschiedlich umgesetzt. Eine grundsätzliche Neustrukturierung und Neuorganisation des Vollzugs ist jedoch nicht zu erwarten.

DAS LANDESMINISTERIUM DER JUSTIZ

Die Landesjustizministerien regeln den Justizvollzug durch eigene Erlasse, Verwaltungsvorschriften und Verfügungen. Außerdem sind sie für die personelle, bauliche und wirtschaftliche Ausgestaltung des Vollzugs zuständig.

1. Dieser für die 4. Auflage unseres Handbuchs „Betreuung im Strafvollzug" verfasste Beitrag wurde von Bärbel Knorr für die vorliegende 5. Auflage aktualisiert.

Mit ihrer Fachabteilung Justizvollzug beraten die Justizministerien die Landesparlamente, bereiten Entscheidungen vor und setzen sie um. Ihnen obliegt die Dienst- und Fachaufsicht über alle nachgeordneten Behörden; sie genehmigen grundsätzliche Vollzugskonzepte, stellen Bedienstete des höheren Dienstes ein und zeichnen verantwortlich für die Vollzugs-, Finanz- und Personalplanung. Durch Strukturreformen haben die Justizvollzugsanstalten in den letzten Jahren mehr Eigenständigkeit erhalten. Durch Budgetierung, Zuständigkeit für die eigene Personalauswahl und Einstellungskompetenz arbeiten die Anstalten zunehmend unabhängig und eigenverantwortlich.

DIE JUSTIZVOLLZUGSANSTALT

ANSTALTSLEITUNG

Die Anstaltsleitung hat die alleinige Regelungshoheit innerhalb der Anstalt und vertritt diese nach außen. Sie trägt Verantwortung für die Sicherheit der Anstalt und für alle die Anstalt, die Gefangenen und Bediensteten betreffenden Angelegenheiten. Die Anstaltsleitung wird in der Regel von Beamten des höheren Dienstes, vorrangig Juristen mit der Befähigung zum Richteramt, wahrgenommen. Bedienstete anderer Fachrichtungen, z. B. Psychologen oder Sozialarbeiter, sind in dieser Funktion selten anzutreffen; das Gleiche gilt für Frauen.

Der Anstaltsleitung obliegt die Planung und Ausgestaltung des Vollzugs, und sie hat für den reibungslosen Ablauf in der Anstalt zu sorgen. Sie legt die Aufgaben und Kompetenzen der Dienste, Abteilungen und Mitarbeiter/innen in einem Geschäftsverteilungsplan fest, entwickelt Aufgaben- und Stellenbeschreibungen, ermittelt Personal- und Wirtschaftsfinanzbedarf und koordiniert, z. B. durch ein Konferenzsystem, die Zusammenarbeit der Bereiche. Sie ist verantwortlich für die gesamte Struktur, Organisation und Kommunikation innerhalb der Anstalt. Bestimmte Aufgaben können an Mitarbeiter/innen delegiert und zur eigenständigen Bearbeitung übertragen werden.

Die Anstaltsleitung hat die Fach- und/oder Dienstaufsicht über folgende Bereiche:

- allgemeine Verwaltung mit mittlerem, gehobenem und höherem Vollzugs- und Verwaltungsdienst
- allgemeiner Vollzugsdienst einschließlich Werkdienst (mittlerer Dienst)
- besondere Fachdienste des gehobenen und höheren Dienstes: Psycholog(inn)en, Sozialarbeiter/innen, (Sozial-)Pädagog(inn)en, Soziolog(inn)en
- Medizinischer Dienst
- Seelsorge.

Der Leiter oder die Leiterin einer Anstalt trifft – nach Besprechungen in Konferenzen – alle Entscheidungen, die Gefangene betreffen, z. B. über Vollzugslockerungen, Vollzugspläne, Disziplinarmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen, Beschwerden, Stellungnahmen in Gnadensachen, vorzeitige Entlassung, Verlegungen in andere Vollzugseinrichtungen usw. Diese Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse können an ausgewählte Bedienstete übertragen werden.

Große Justizvollzugsanstalten sind oft in Teilanstalten oder selbstständige Abteilungen gegliedert, die von Bediensteten aller Fachrichtungen des gehobenen und höheren Dienstes geleitet werden können. Sie erhalten ihre Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen entweder von der Anstaltsleitung durch Delegation oder durch Mandat der übergeordneten Behörde. Aufgaben und Befugnisse können deshalb sehr unterschiedlich sein und sollten in jedem Bundesland und jeder Anstalt gesondert erfragt werden. Leiter/innen solcher Teilanstalten oder Abteilungen sind, obwohl sie weitgehend selbstständig und unabhängig arbeiten können, weiterhin der Anstaltsleitung unterstellt. Kleinere Anstalten verfügen in der Regel über Stellvertreter/innen, die auch Teilaufgaben der Anstaltsleitung wahrnehmen.

Gegen den Willen der Anstaltsleiter/innen sind keine Maßnahmen durchführbar; sie können Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen aussetzen, wenn sie Bedenken haben und etwa die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt beeinträchtigt sehen. Sie entscheiden auch über die Zulassung oder den Ausschluss von Vollzugshelfer(inne)n und ehrenamtlichen Betreuer(inne)n.

VERWALTUNG

Die Verwaltung mit ihren Abteilungen ist für die Verwaltung und Versorgung der Gefangenen, für die Instandhaltung und Funktionsfähigkeit der Anstalt und für die Anstaltsorganisation verantwortlich. An der Spitze steht die Verwaltungsleitung. Ihr unterstehen:

- die *Hauptgeschäftsstelle,* zuständig für Personalverwaltung und alle sonstigen Verwaltungsvorgänge, Generalaktenverwaltung usw.
- die *Vollzugsgeschäftsstelle,* zuständig für Aufnahme und Entlassung der Gefangenen, Verwaltung der Gefangenenpersonalakten, Ausstellung von Haftbescheinigungen, Kontrollstelle für die Strafvollstreckung usw.
- die *Arbeitsverwaltung,* zuständig für die Zuteilung der Arbeit an die Gefangenen, die Abrechnung der Arbeitsentgelte, Verhandlungen mit Firmen, die im Vollzug arbeiten lassen, Ausstellung von Arbeits- und Verdienstbescheinigungen, Aufsicht über Werkdienst usw.
- die *Wirtschaftsverwaltung,* zuständig für die Bewirtschaftung der Anstalt, für Verpflegung, Beschaffung aller Art, Verwaltung und Kontrolle der Haushaltsmittel, Bedarfsermittlung usw.

- die *Bauverwaltung,* zuständig für die Instandhaltung der Anstalt, bauliche Veränderungen usw.
- die *Zahlstelle,* zuständig für den Geldverkehr der Anstalt und die Verwaltung der Gefangenengelder; Ein- und Auszahlungsstelle für Haushaltskonten usw.
- *Sicherheit und Ordnung,* zuständig für die Überprüfung und Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung in der Anstalt; Anordnung/Aufhebung besonderer Sicherungsmaßnahmen, Gewährung/Versagung von Gegenständen für Gefangene, Zulassung ehrenamtlicher Betreuer/innen, Mitwirkung bei Vollzugsmaßnahmen wie z. B. Ausführungen, Ausgänge, Urlaube; Stellungnahmen zur vorzeitigen Entlassung, Anhalten unerlaubter Schreiben und Gegenstände; Vorbereitung/Bearbeitung von Disziplinarmaßnahmen bei Verstößen der Gefangenen gegen die Hausordnung oder Gesetze; Anordnung/Durchführung besonderer Kontrollen, z. B. bezüglich Drogen, und vieles mehr.

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt der vielfältigen Aufgaben der Verwaltung, die in etwa mit einer Kommunalverwaltung vergleichbar ist. Sie handelt im Rahmen gesetzlicher Vorschriften und vollzugspolitischer Vorgaben.

In der Verwaltung sind Mitarbeiter/innen des mittleren Verwaltungsdienstes und des gehobenen Vollzugs- und Verwaltungsdienstes beschäftigt. Letztere werden an einer Fachhochschule der Justiz ausgebildet und verfügen über einen Abschluss als Diplomverwaltungswirt.

DER ALLGEMEINE VOLLZUGSDIENST

Die größte Gruppe der Bediensteten im Vollzug stellt der allgemeine Vollzugsdienst. Er ist der *im* Vollzug *für* den Vollzug ausgebildete Fachdienst. Die Ausbildung beträgt in der Regel zwei Jahre und umfasst Theorie und Praxis, Lehrinhalte aus den Bereichen Recht wie auch Psychologie, Sozialarbeit und Soziologie. Der allgemeine Vollzugsdienst ist gemäß dem Auftrag des Strafvollzugsgesetzes für Sicherheits-, Versorgungs- und Betreuungsaufgaben zuständig. Neben der materiellen Versorgung der Gefangenen steht deren soziale und berufliche (Wieder-) Eingliederung; im Vollzugsalltag tritt dieser Auftrag aufgrund der Organisation der Haftanstalten und wegen Personalmangels allerdings häufig hinter den Schutz- und Sicherungsauftrag zurück.

Der allgemeine Vollzugsdienst ist sieben Tage die Woche rund um die Uhr im Einsatz. Wegen des Schichtdienstes werden die Mitarbeiter/innen immer wieder an wechselnden Arbeitsplätzen eingesetzt, sodass kontinuierliches Arbeiten kaum möglich ist. Diese Bediensteten arbeiten jedoch die längste Zeit und am engsten mit den Gefangenen zusammen. Sie sind deren vorrangige Ansprechpartner/innen; von ihnen sind die Gefangenen – mehr als von anderen – abhängig.

In Haftanstalten ausschließlich für Männer ist der Einsatz weiblicher Bediensteter im allgemeinen Vollzugsdienst inzwischen keine Ausnahme mehr, sondern eher eine Selbstverständlichkeit; das Gleiche gilt für die Beschäftigung männlicher Bediensteter in Frauenhaftanstalten. Aber nicht immer sind sie in ausreichendem Maße auf die Besonderheiten ihres Aufgabenbereichs vorbereitet, sodass es zwischen inhaftierten Frauen und männlichen Bediensteten wie auch zwischen inhaftierten Männern und weiblichen Bediensteten gelegentlich zu Problemen kommen kann.

Die Leiter/innen des allgemeinen Vollzugsdienstes sind verantwortlich für den Personaleinsatz und die Dienstpläne. Zu ihren Aufgaben gehören die Gestaltung der praktischen Ausbildung neuer Mitarbeiter/innen und die Beratung der Anstaltsleitung in personellen und vollzugsspezifischen Angelegenheiten. Dabei stehen ihnen Bereichsleiter/innen, Abteilungs- und Werkbeamte, Sanitätsbedienstete (zumeist ausgebildete Krankenpfleger/innen) usw. zur Seite.

Die Mitarbeiter/innen des allgemeinen Vollzugsdienstes versorgen die Gefangenen, sichern die Anstalt im Innern und nach außen und wirken im Rahmen von Konferenzen an Entscheidungen mit, die einzelne Gefangene und die Anstalt insgesamt betreffen. Sie sind auf unterschiedliche Weise an Lockerungsentscheidungen, Stellungnahmen, Erstellung von Vollzugsplänen usw. beteiligt. Ihre Beteiligung ist auch vorgesehen bei der Organisation von Sport- und Freizeitmaßnahmen, bei beruflicher Beratung, Arbeit und Ausbildung der Gefangenen, Suchtberatung, Schuldnerberatung, sozialem Training, Arbeitstherapie, Wohngruppenarbeit, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen.

DIENSTE BESONDERER FACHRICHTUNGEN

Für die Betreuung und Behandlung der Gefangenen, für die Beratung der Anstaltsleitung und die Zusammenarbeit mit externen Diensten und Institutionen gibt es im Vollzug Mitarbeiter/innen mit besonderer Fachausbildung. Fachdienste arbeiten auf der Grundlage ihrer Profession, gesetzlicher Regelungen und im Rahmen ihrer Richtlinien an der Ausgestaltung des Vollzugs und der Resozialisierung der Gefangenen mit. Sie unterliegen der Dienstaufsicht der Anstaltsleitung und nehmen ihre Aufgaben entsprechend der in der Anstalt gültigen Geschäftsverteilungspläne wahr.

Medizinischer Dienst

Große Anstalten haben in der Regel eigene Ärzte oder Ärztinnen, kleineren stehen Vertragsärzte/-ärztinnen für die Behandlung der Inhaftierten zur Verfügung. Jede/r Gefangene wird zu Haftbeginn ärztlich untersucht. Die medizinische Grundversorgung während der Haft geschieht von Amts wegen, eine freie Arztwahl gibt es im Vollzug nicht. Besondere Behandlungen werden nach Überweisung innerhalb oder außerhalb des Vollzugs im Rahmen allgemeingültiger Bestimmungen durchgeführt. Die Zusammenarbeit und das Vertrauensverhältnis

zwischen Arzt und Patient sind unter den Bedingungen des Vollzugs nicht immer unproblematisch, insbesondere wenn es um medizinische Probleme geht, die möglicherweise Einfluss auf vollzugliche Entscheidungen haben, wie dies z. B. bei einer HIV-Infektion oder Suchtmittelabhängigkeit der Fall sein kann.

Psychologischer Dienst

Psycholog(inn)en wirken bei der Behandlung und Betreuung der Gefangenen mit, indem sie unter anderem an der Erstuntersuchung zu Beginn der Haft beteiligt sind. Sie geben Gutachten zu Gefangenen ab, die wegen Gewalt- oder Sexualstraftaten oder wegen Drogendelikten verurteilt wurden und Lockerungen (Verlegung in den offenen Vollzug, Urlaub usw.) erhalten sollen. Sie prüfen dabei, ob die Gefahr einer Wiederholung der Straftat besteht, ob Missbrauch von Lockerungen zu befürchten ist oder ob sich Gefangene der weiteren Strafvollstreckung entziehen könnten. Bei besonderen Vorkommnissen wird ebenfalls der Rat der Psycholog(inn)en zu möglicher Gewalttätigkeit, Suizidgefahr oder psychischer Erkrankung eingeholt. Psycholog(inn)en mit therapeutischer Ausbildung bieten für bestimmte Gefangene auch Einzel- und/oder Gruppentherapie oder psychologische Beratung an. Ihr Wissen und ihre fachliche Kompetenz können sie in die Beratung der Anstaltsleitung einbringen und so auf die Vollzugspläne und die Ausgestaltung des Vollzugs einwirken. Gelegentlich sind Psycholog(inn)en auch als Anstalts- oder Abteilungsleiter/innen eingesetzt. Darüber hinaus wirken sie bei der Aus- und Fortbildung der Bediensteten im Vollzug mit. Sind mehrere Psycholog(inn)en in einer Anstalt, bilden sie in der Regel einen Fachdienst mit einem Sprecher, der ihre Interessen vertritt und als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Die Psycholog(inn)en unterstehen der Dienst- und Fachaufsicht der Anstaltsleitung insofern, als ihre Maßnahmen die Sicherheit und Ordnung nicht stören dürfen.

Sozialdienst

Den Sozialdienst bilden Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog(inn)en und die ihnen aus anderen Fachdiensten zugeteilten Mitarbeiter/innen. Dazu gehören unter anderem Bedienstete des mittleren Verwaltungs- und Vollzugsdienstes, Suchtberater/innen und Schuldnerberater/innen. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en wirken bei Behandlungsuntersuchungen, der Erstellung von Vollzugsplänen, der Ausbildung der Bediensteten und der Ausgestaltung des Vollzugs mit. Sie nehmen an Fach- und Vollzugskonferenzen teil und erstellen Beiträge für Stellungnahmen zu Vollzugsentscheidungen, Lockerungen und vorzeitigen Entlassungen.

Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en beraten Gefangene in sozialen Fragen und vermitteln sie an andere Beratungs- und Hilfseinrichtungen innerhalb und außerhalb des Vollzugs. Bei der Freizeitplanung wirken sie ebenso mit wie bei schulischer und beruflicher Beratung, Schuldnerberatung und Schuldenregulierung sowie bei Drogen- oder Alkoholberatung und Therapievermittlung.

Sie bieten soziale Einzelhilfe und Gruppenarbeit an, leiten oder beraten Betreuungsgruppen und fördern die Beziehung der Gefangenen zu Angehörigen und anderen Personen, Gruppen und Institutionen außerhalb des Vollzugs.

Vom ersten Tag der Inhaftierung an sollen durch geeignete Maßnahmen die Entlassung und Wiedereingliederung der Gefangenen in die Gesellschaft vorbereitet werden. Dazu finden neben individuellen Maßnahmen z. B. Eheseminare und soziale Trainingsmaßnahmen wie spezialisierte, themenzentrierte Gruppenarbeit statt, die oft von Sozialarbeiter(inne)n und Sozialpädagog(inn)en initiiert, organisiert, vorbereitet und geleitet werden. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit Behörden und Stellen der Entlassenenfürsorge, der Gerichts- und Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht, mit Vereinen und Verbänden der Wohlfahrtspflege und der Straffälligenhilfe sowie mit Sozial-, Jugend- und Arbeitsämtern sind sie zuständig für die Gewinnung, Zulassung und Beratung ehrenamtlicher Betreuer/-innen (auch Vollzugshelfer/innen oder freie Mitarbeiter/innen genannt). Der Sozialdienst hat oft Mittlerfunktion zwischen verschiedenen Interessengruppen im Vollzug: Einerseits erwarten Gefangene eine parteiische Vertretung ihrer Interessen, insbesondere gegenüber dem Vollzug, andererseits erwartet die Anstaltsleitung, dass der Sozialdienst sie loyal in der Arbeit mit Gefangenen unterstützt. Hier einen Ausgleich unter der Zielsetzung der Strafvollzugsgesetze zu finden, ist für alle Beteiligten nicht immer leicht. Die Einflussmöglichkeiten des Sozialdienstes sind begrenzt: Zwar verfügen die Sozialarbeiter/innen über die erforderliche Sach- und Fachkompetenz, aber oftmals nicht über die für die Umsetzung von Maßnahmen erforderlichen Entscheidungsbefugnisse.

Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en leisten ihren Beitrag zur Ausbildung der Bediensteten aller Fachrichtungen im Vollzug und bei der Ausbildung von Praktikant(inn)en. Sie werden auch mit der Leitung von Wohngruppen und Abteilungen (mit Mandat) betraut.

Pädagogischer Dienst

Pädagog(inn)en bzw. Lehrer/innen sind nicht in allen Justizvollzugsanstalten vertreten, aber im Jugendvollzug, in Schulabteilungen und Ausbildungsbereichen haben sie einen festen Platz. Neben den bereits oben genannten Beiträgen zur Vollzugsplanung und -gestaltung sind sie vorrangig für die schulische Förderung der Gefangenen zuständig. Sie beraten und vermitteln schulische Grund-, Fort- und Weiterbildung, Fernkurse und Studien, beteiligen sich an der Freizeitgestaltung, unterstützen Gefangenenzeitungen usw. und sind in die Ausbildung der Bediensteten im Vollzug eingebunden.

Seelsorge

Alle Gefangenen haben Anspruch auf religiöse Betreuung durch Seelsorger/innen ihrer Religionsgemeinschaft. Deshalb gibt es in den Anstalten haupt- oder nebenamtlich tätige Seelsorger/innen der großen Kirchen (katholisch/evangelisch). Bei Bedarf werden Kontakte auch zu anderen Religionsgemeinschaften und nichtchristlichen Kirchen hergestellt. Der Vollzug hat religiöse Vorschriften bei der Versorgung und Betreuung der Inhaftierten zu berücksichtigen. Seelsorger/innen sind nur ihrer Kirche gegenüber verpflichtet und unterliegen auch nicht immer wie andere Berufsgruppen der Dienstaufsicht der Anstaltsleitung; sie haben aber selbstverständlich die Gesetze und Regelungen der Vollzugsanstalt zu beachten und einzuhalten. Auch wenn sie – oft intensiv – an der Betreuung der Gefangenen mitwirken, sind sie in der Regel nicht in Entscheidungen eingebunden und nehmen nur bedingt an Konferenzen und sonstigen Planungen teil. Neben Gottesdiensten bieten sie häufig Gesprächs- und Betreuungsgruppen an, vermitteln bei Partner- oder Familienproblemen und kooperieren mit anderen Fachdiensten im Rahmen der Betreuung und der Entlassungsvorbereitung.

EXTERNE MITARBEITER/INNEN

Aufgaben, die nicht oder nicht in ausreichendem Maße von hauptamtlichen Mitarbeiter(inne)n des Vollzugs zu bewältigen sind, können nebenamtlichen Honorarkräften, freien und ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n und privaten Einrichtungen/Vereinen übertragen werden. Freie Träger der Straffälligenhilfe und Drogenberatung sowie Aidshilfen usw. bieten eigenständige Beratungs- und Hilfsangebote für Gefangene an; den Zugang hierzu finden die Häftlinge über die Vermittlung der Anstalt. So arbeiten Fachkräfte der unterschiedlichsten Professionen in vielen Bereichen des Vollzugs mit. Sie übernehmen Betreuungsaufgaben, sind aber überwiegend nicht in Planungen und Entscheidungen des Vollzugs einbezogen.

Externe Mitarbeiter/innen müssen durch den Vollzug für ihre Tätigkeit in den Anstalten zugelassen werden. Dazu ist in der Regel auch eine „Sicherheitsüberprüfung" erforderlich. Alle haben die Regelungen der Anstalt zu beachten, andernfalls kann ihnen die Zulassung wieder entzogen werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Gefangenen und den freien Mitarbeiter(inne)n erfolgt auf freiwilliger Basis. Ein Austausch von Informationen zwischen der Justizvollzugsanstalt und externen Mitarbeiter(inne)n sollte nur mit Wissen und Zustimmung der betroffenen Gefangenen erfolgen.

Externe Mitarbeiter/innen sind für die Inhaftierten oft Bezugs- und Vertrauenspersonen besonderer Art, zumal sie eine Verbindung nach außen darstellen und über sie auch Kontakte z. B. zu Angehörigen vermittelbar sind. Sie können auch außerhalb der Anstalt tätig werden und sind nur dann zur Auskunft verpflichtet, wenn die Sicherheit der Gefangenen oder der Anstalt gefährdet ist. Betreuer/innen,

die in die Justizvollzugsanstalt kommen, bringen ein Stück Lebensalltag und Normalität in den Vollzug. Sie erfüllen damit eine wichtige Aufgabe und geben Gefangenen eine Orientierung für das, was sich außerhalb der Mauern abspielt. Durch ihre Tätigkeit veranlassen sie außerdem die Vollzugsbediensteten, sich immer wieder mit ihrem Handeln und mit den Lebensbedingungen der Inhaftierten auseinanderzusetzen. (Siehe hierzu auch Rey, „Beratung und Begleitung im Justizvollzug", S. 62 in diesem Band).

ANSTALTSBEIRÄTE

Neben externen Mitarbeiter(inne)n bilden die Anstaltsbeiräte eine weitere Gruppe, die durch ihr Wirken Einfluss auf die Gestaltung des Vollzugs und die Betreuung der Gefangenen nehmen kann, ohne direkt an Entscheidungen beteiligt zu sein. Anstaltsbeiräte sollen durch Anregungen und Verbesserungsvorschläge die Anstaltsleitung bei der Wiedereingliederung der Gefangenen unterstützen. Gefangene können sich direkt und ohne kontrolliert zu werden mit Wünschen, Anregungen und Beschwerden an den Beirat wenden.

ZUSAMMENARBEIT ALLER IM VOLLZUG TÄTIGEN

Das derzeit noch in einigen Bundesländern gültige (Bundes-)Strafvollzugsgesetz verpflichtet alle im Vollzug Tätigen zur Zusammenarbeit, um die Aufgaben des Vollzugs zu erfüllen. Justizvollzugsanstalten sind komplexe Institutionen. Wie in einer Kommune müssen viele unterschiedliche Menschen mit ihren vielfältigen Schwierigkeiten, Wünschen und Erwartungen koordiniert werden. Das (Bundes-)Strafvollzugsgesetz hat als oberstes Vollzugsziel die Resozialisierung festgeschrieben und darüber hinaus auch den Schutz der Allgemeinheit als Anspruch anerkannt. Aufgrund der Größe solcher Einrichtungen steht aber oftmals das reibungslose Funktionieren im Vordergrund. Bis zu 1.000 Gefangene und manchmal ebenso viele haupt- und nebenamtliche, externe und freie Mitarbeiter/innen aus mehr als 30 Berufsgruppen und bis zu 60 Nationalitäten sollen aufeinander abgestimmt werden. Da ist es durchaus möglich, dass individuelle Interessen und Probleme hinter generelle Entscheidungen und Handlungen zurückgedrängt werden. Je vielfältiger und differenzierter die Angebote im Vollzug sind, desto eher ist das Vollzugsziel für jeden einzelnen Gefangenen zu realisieren, aber umso komplizierter wird auch der „Apparat".

Unerlässlich für eine wirkungsvolle und effiziente Resozialisierungsarbeit sind neben intensiver Kommunikation und Kooperation gegenseitige Anerkennung und Respekt, das Verständnis für Rolle und Situation, Zwänge und Abhängigkeiten sowie die Akzeptanz unterschiedlicher Chancen und Möglichkeiten aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen. Erfahrungsaus-

tausch und gegenseitige Unterstützung sind allemal hilfreicher – auch für die Gefangenen – als Konkurrenz, Misstrauen und Konfrontation.

In der Vergangenheit haben Ministerien und Vollzugseinrichtungen Leitbilder, Zielvereinbarungen und Aufgabenbeschreibungen erstellt, die auch auf den Internetseiten der Einrichtungen nachzulesen sind. Weiterführende Informationen zu Berufsbildern im Vollzug sind ebenfalls online bei den Justizministerien der Länder zu erhalten.

UNTERSCHIEDLICHE HAFTFORMEN

Grundsätzlich sollen – entsprechend den allgemein gültigen Rechtsverordnungen – Jugendliche von Erwachsenen, Frauen von Männern, Strafgefangene von Untersuchungsgefangenen getrennt werden. Das hat sachliche, rechtliche und den Behandlungsvollzug[2] betreffende Gründe.

Die Bundesländer organisieren, strukturieren und finanzieren den Vollzug nach eigenen Vorstellungen und in eigener Verantwortung. Einige Länder verfügen über eine Vielzahl unterschiedlicher Vollzugseinrichtungen mit speziellen Hilfs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten, sowohl im geschlossenen als auch im offenen Vollzug. Andere Länder schließen Verträge miteinander und bilden so Vollzugsgemeinschaften, um ihre Angebote zu erweitern oder die erforderlichen Hafteinrichtungen und die notwendigen Haftplätze z. B. in der Ausbildung, im Frauenvollzug oder in der Betreuung von kranken Gefangenen zu erhalten.

UNTERSUCHUNGSHAFT

Eine gesetzliche Grundlage zur Ausgestaltung der Untersuchungshaft und der Betreuung der Gefangenen wurde von den jeweiligen Bundesländern erlassen. In Haft kommt und bleibt ein Tatverdächtiger, der

- mit einer hohen Strafe bedroht ist, und/oder
- keinen festen Wohnsitz hat und/oder
- bereits mehrfach durch Straftaten aufgefallen ist.

Dies ist festgelegt in der Strafprozessordnung (STPO) in § 112 Abs. 2 Nr. 1–3, § 112 Abs. 3 und § 112a. Die Untersuchungshaft dient der Sicherung des Strafverfahrens, deshalb sind auch Untersuchungsrichter/innen und die Staatsanwaltschaft für diese Inhaftierten zuständig.

Sie entscheiden, mit wem die Gefangenen Kontakt haben dürfen und wer sie besuchen darf; sie kontrollieren die Post und sind auch sonst für alle Entscheidungen zuständig. Dabei stimmen sie sich mit der Justizvollzugsanstalt ab und

2 In den 1970er-Jahren wurde der Strafvollzug reformiert und das Strafvollzugsgesetz eingeführt. Das Ziel der Reform war, vom „Verwahrvollzug" zum „Behandlungsvollzug" zu kommen, der unterschiedliche Maßnahmen zur Resozialisierung vorsieht.

berücksichtigen die dort geltenden Regeln und Besonderheiten, die oftmals Einschränkungen mit sich bringen, z. B. hinsichtlich der Häufigkeit und Länge von Besuchen, Telefonaten usw.

Grundlage der Untersuchungshaft ist ein Haftbefehl, der von einem Richter oder einer Richterin wegen Verdachts auf eine Straftat erlassen wird. Untersuchungsgefangene sind noch nicht verurteilt, sondern warten auf ihre Gerichtsverhandlung. Sie haben deshalb andere, in den Untersuchungshaftvollzugsgesetzen festgelegte (aber nicht einklagbare) Rechte und Pflichten als Strafgefangene, gelten bis zu einer Verurteilung als unschuldig und sind entsprechend zu behandeln.

Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren und *Heranwachsende* im Alter von 18 bis 21 Jahren werden gemeinsam, aber getrennt von Erwachsenen (über 21 Jahren) untergebracht. Bereits in der Untersuchungshaft sollen sie erzieherisch betreut werden. Darüber hinaus sollen junge Gefangene ihrer Schulpflicht nachkommen (können). Während der U-Haft sollen Erkenntnisse über die Persönlichkeit und die Probleme der jungen Menschen gewonnen und dem Gericht zur Urteilsfindung zur Verfügung gestellt werden. In dieser Zeit soll aber auch mit den Organen der Jugendhilfe und der Jugendgerichtshilfe zusammengearbeitet werden, um möglicherweise Alternativen zu Haft und strafrechtlichen Sanktionen zu erarbeiten.

Die Untersuchungshaft ist in der Regel die erste Instanz, in der Jugendliche/Heranwachsende Freiheitsentzug und die Trennung von ihrer bisherigen Lebenswelt, ihren sozialen Bezügen usw. erleben.

JUGENDARREST

Werden Jugendliche/Heranwachsende verurteilt, so ist eine mögliche Sanktion der Arrest. Für den Vollzug der „Erziehungsmaßnahme" gibt es gesonderte Jugendarrestanstalten. Arrest bedeutet zeitweiliger Entzug der Freiheit, z. B. an Wochenenden (bis zu vier), oder Dauerarrest bis zu vier Wochen. Der Arrest soll den Jugendlichen einen Eindruck von der Haft vermitteln, sie somit warnen und ihnen die Folgen weiterer Straftaten vor Augen führen. Entgegen vielen Erkenntnissen und wissenschaftlichen Untersuchungen über Wirksamkeit und Sinn dieser Strafe wird sie in einigen Bundesländern immer noch vollzogen und ausgebaut.

JUGENDSTRAFE

Jugendliche und Heranwachsende, die zu einer Jugendstrafe (Freiheitsentziehende Maßnahme) verurteilt werden, verbringen diese bis zu zehn Jahre (Höchststrafe) dauernde „Erziehungsmaßnahme" in Jugendstrafanstalten. Dies sind in der Regel eigenständige Einrichtungen, die den Besonderheiten und Anforderungen des Jugendvollzugs in baulicher, sächlicher und personeller Hinsicht entsprechen sollen. Aufgenommen werden dort junge Menschen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren.

Weibliche Jugendliche und Heranwachsende werden, da ihre Zahl klein ist, in getrennten Abteilungen in Einrichtungen für weibliche Strafgefangene untergebracht.

Grundlage der Arbeit mit jungen Inhaftierten bilden die Jugendstrafvollzugsgesetze, die alle Bundesländer bis zum 01.01. 2008 erlassen haben. Jugendhaft wird überwiegend in geschlossenen Einrichtungen vollzogen. Der Jugendvollzug soll erzieherisch gestaltet werden, und die dort tätigen Bediensteten sollen über eine besondere Ausbildung verfügen, um diesem Anspruch gerecht werden zu können.

Ab dem 21. Lebensjahr können Inhaftierte durch einen Richter – wenn die Gefangenen oder die Anstalt dies beantragen – aus dem Jugendvollzug herausgenommen werden, falls sie dessen Anforderungen nicht mehr entsprechen oder mit dessen Mitteln nicht mehr zu fördern sind. Wird die Strafe erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres angetreten, wird sie in der Regel sofort im Erwachsenenvollzug vollstreckt. Ausnahmen davon sind möglich.

ERWACHSENENVOLLZUG

Der Erwachsenenvollzug unterscheidet grundsätzlich zwischen Männer- und Frauenvollzug. Da Frauen zahlenmäßig in der Minderheit sind und es in Deutschland nur sehr wenige (und selten offene) Haftanstalten speziell für Frauen gibt, werden sie überwiegend in separaten, an Männeranstalten angegliederten Abteilungen untergebracht (siehe auch Keppler, „Frauen in Haft", S. 175 in diesem Band). Auch Sondereinrichtungen gibt es in der Regel nur für Männer. Weil sie die Mehrheit der Inhaftierten stellen, sind auch die Grundlagen des Vollzugs überwiegend an den Bedürfnissen und Lebenslagen von Männern ausgerichtet. Auf frauenspezifische Besonderheiten wird im Vollzug – wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch – kaum oder gar keine Rücksicht genommen. Dies gilt von der baulichen Ausgestaltung des Vollzugs bis hin zu den Sicherheitsstandards. Oftmals muss durch richterliche Einzelentscheidungen auf die speziell weiblichen Belange hingewiesen werden.

Das Ziel und die Aufgabe des Vollzugs sind in § 2, Satz 1 des StVollzG und ähnlich lautend auch in den Landesstrafvollzugsgesetzen festgelegt: „Im Vollzug soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen." Für den Vollzug bedeutet dies:

- Bei seiner Planung und Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass den schädlichen Folgen der Freiheitsentziehung entgegengewirkt wird.
- Er muss den Lebensverhältnissen in Freiheit so weit wie möglich angepasst werden.
- Die Resozialisierung und Wiedereingliederung der Gefangenen muss durch spezielle Maßnahmen, die am ersten Tag der Inhaftierung beginnen, vorbereitet werden.

Aufgrund der baulichen, personellen und finanziellen Gegebenheiten ist es nicht gelungen, diese Ziele und Aufgaben in den mehr als 35 Jahren seit Einführung des Strafvollzugsgesetzes zu realisieren. Angesicht der geänderten und sich verschlechternden wirtschaftlichen wie auch gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen wird dies auch in Zukunft nicht wahrscheinlicher.

Straffällig gewordene Menschen zu befähigen, ohne Straftaten zu leben und sich sozial zu integrieren, setzt voraus, dass sie zu einer Veränderung ihres Lebens bereit sind, aber auch, dass die Gesellschaft bereit ist, sie wieder aufzunehmen. Dazu müssen viele Organisationen, Institutionen und Menschen unterschiedlicher Professionen und Qualifikationen miteinander kommunizieren und kooperieren. Der geschlossene Strafvollzug – der sogenannte Normalvollzug – bietet dazu noch weniger Chancen als der offene Vollzug.

Geschlossener Vollzug

Der geschlossene Vollzug grenzt sich nach außen stark ab, was z. B. die hohen Mauern deutlich machen. Hier werden Gefangene sicher verwahrt, oftmals für Jahre, Jahrzehnte oder auch lebenslang, und es gibt nur eingeschränkte Öffnungen nach „draußen". Diese Form der Inhaftierung ist in einigen Fällen durchaus begründet und schützt die Gesellschaft vor weiteren, möglicherweise schrecklichen Taten dieser Menschen. In bestimmten Fällen werden Gefangene auch nach Verbüßung ihrer Freiheitsstrafe nicht aus der Haft entlassen, z. B. aufgrund psychologischer Gutachten; sie bleiben dann in besonderen Abteilungen in sogenannter Sicherungsverwahrung, einer Maßnahme der Sicherung und Besserung, die von Gerichten angeordnet und in ihrer Dauer ständig überprüft wird.

Psychisch kranke Straftäter/innen werden in gesonderten Abteilungen von Landeskrankenhäusern oder in psychiatrischen Einrichtungen im Maßregelvollzug untergebracht und dort medizinisch-psychiatrisch behandelt. Diese Einrichtungen sind nicht Bestandteil des Vollzugs, auch wenn weiterhin ein Gericht für diese Personengruppe zuständig bleibt.

Nicht psychisch kranken, aber aufgrund einer Persönlichkeitsstörung behandlungsbedürftigen Straftäter(inne)n wird auf Antrag und nach einer Aufnahmeprüfung die Möglichkeit zur Therapie in einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Vollzugs gegeben. Für Frauen besteht diese Möglichkeit nur in einigen wenigen Bundesländern und mit noch geringeren Kapazitäten als bei den Männern. Aufgrund der öffentlichen Diskussion werden verstärkt Sexualstraftäter/innen in solchen Abteilungen zur Behandlung untergebracht. Zugleich werden aber auch Einrichtungen der Sicherungshaft, der Sicherungsverwahrung und Einrichtungen des Maßregelvollzugs erweitert.

Haftkrankenhäuser

Die Mehrzahl der Bundesländer verfügt über eigene Haftkrankenhäuser, in denen Gefangene ärztlich versorgt werden können. Sie sind unterschiedlich ausgestattet und verfügen in der Regel nicht über die Möglichkeit, größere operative Eingriffe vorzunehmen oder Spezialbehandlungen durchzuführen. Sind diese erforderlich, werden Gefangene mit oder ohne Bewachung in geeigneten Krankenhäusern außerhalb des Vollzugs untergebracht, wie z. B. Frauen zur Entbindung. Die nachoperative und/oder pflegerische Versorgung übernimmt dann wieder der Vollzug.

Mutter-Kind-Einrichtungen

In den meisten Bundesländern ist es möglich, Frauen mit ihren Kindern in sogenannten Mutter-Kind-Einrichtungen unterzubringen (siehe Keppler, „Frauen in Haft", S. 175 in diesem Band). Dies gilt allerdings nur für verurteilte Frauen und nicht für Frauen in Untersuchungshaft. Kinder können maximal bis zu einem Alter von sechs Jahren (Beginn der Schulpflicht) bei ihren Müttern bleiben. Für alleinerziehende Männer gibt es keine entsprechenden Einrichtungen, allerdings hat Brandenburg in seinem Landesjustizvollzugsgesetz die rechtliche Möglichkeit eingeräumt, dass Kinder bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres auch bei ihren Vätern untergebracht werden können (§ 21 BbgJVollzG).

Einige Bundesländer haben inzwischen auch spezielle Abteilungen oder Anstalten für ältere pflegebedürftige Gefangene eingerichtet.

Drogenabteilungen

Für suchtmittelabhängige Gefangene gibt es keine speziellen Haftanstalten. Einige Länder verfügen jedoch über Anstalten mit speziellen Angeboten für diese Gruppe. Dabei kann es sich um medizinisch-therapeutische Behandlungsabteilungen, um behandlungsorientierte „drogenfreie Bereiche"/Therapievorbereitungsabteilungen oder um „Sicherheitsabteilungen" handeln, in denen mit Drogen auffällig gewordene Gefangene unter besonderen Einschränkungen, Kontrollen usw. untergebracht werden. Diese Sondereinrichtungen sind für Gefangene konzipiert, die von illegalen Drogen abhängig sind. Für alkoholgefährdete oder -kranke und medikamentenabhängige Inhaftierte gibt es nichts Derartiges. Auch für spielsüchtige Inhaftierte gibt es keine Behandlungsangebote.

Hochsicherheitsanstalten oder -abteilungen

Als „gefährlich" eingestufte Gefangene – gewalttätige Inhaftierte, die andere in der Haft angegriffen oder Ausbrüche mit Geiselnahme versucht haben, Terroristen oder der organisierten Kriminalität zugerechnete Personen – werden in besonders gesicherten Einrichtungen, den Hochsicherheitsanstalten oder -abtei-

lungen untergebracht. Nicht alle Länder verfügen über derartige Einrichtungen, sodass Vollzugsgemeinschaften gebildet wurden. Gefangene werden dann in anderen Bundesländern vorübergehend oder dauerhaft „gesichert" untergebracht.

Anstalten mit Ausbildungsmöglichkeiten

Eine vorübergehende oder längerfristige Unterbringung in einer Vollzugsanstalt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs eines Landes kann auch wegen der schulischen und/oder beruflichen Ausbildung erfolgen. Einige Länder unterhalten größere Berufsausbildungsanstalten, die auch von Gefangenen anderer Bundesländer genutzt werden können. Die Ausbildungsmöglichkeiten für weibliche Gefangene sind allerdings geringer und weniger differenziert als diejenigen für Männer, und oft wird auch nur für „typische" Frauenberufe ausgebildet. Versuche, Männer und Frauen gemeinsam auszubilden, scheitern meist daran, dass Begleitmaßnahmen für Frauen fehlen oder die Vollzugseinrichtungen räumlich so weit voneinander entfernt liegen, dass eine Kooperation nicht möglich ist.

Offener Vollzug

Im offenen Vollzug sollen Gefangene untergebracht werden, die aufgrund ihrer Straftaten und/oder ihrer Strafzeit und/oder ihrer Persönlichkeit hierfür geeignet erscheinen. Dies wird vor der Verlegung vom geschlossenen in den offenen Vollzug entsprechend den landeseigenen Vorschriften geprüft. Verurteilte, die bis zum Beginn ihrer Haftstrafe auf freiem Fuß waren, kommen direkt in den offenen Vollzug.

Anders als im geschlossenen Vollzug können sich die Gefangenen hier weitgehend frei bewegen. Der offene Vollzug ist meist nicht von einer Mauer, sondern einem Absperrzaun umgeben. Innerhalb des Geländes und in den Hafträumen (die Gefangenen haben ihre eigenen Schlüssel) unterliegen die Inhaftierten tagsüber nur einer gelockerten Aufsicht. Ohne Erlaubnis dürfen sie das Gelände nicht verlassen, und nachts werden die Hafthäuser verschlossen. Der offene Vollzug ermöglicht auch sehr viel mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Unter bestimmten Voraussetzungen können Inhaftierte auch weitere Lockerungen (Ausgang, Urlaub usw.) erhalten, außerhalb der Anstalt arbeiten oder an beruflichen und schulischen Maßnahmen teilnehmen. Im offenen Vollzug sollen Gefangene auf das Leben nach der Entlassung – unter nahezu gleichen Bedingungen wie in Freiheit – vorbereitet werden. In dieser Zeit besteht die Chance, persönliche, familiäre und soziale, aber auch finanzielle Schwierigkeiten anzugehen und unter Hilfestellung des Vollzugs Lösungen für Probleme zu finden.

Leider verfügen nicht alle Bundesländer über diese Einrichtungen, und die Zahl der vorhandenen Plätze reicht in den meisten Ländern nicht aus. Dies ist umso bedauerlicher, als die Aussichten für eine Wiedereingliederung im offenen Vollzug besser sind als im geschlossenen: Die Inhaftierten können sich auf vielfältige

Weise erproben, es kommt frühzeitig zu einer Zusammenarbeit mit Einrichtungen außerhalb der Haftanstalt, und es ist möglich, sich bereits vor der Entlassung in soziale Zusammenhänge einzugliedern, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen usw. Mit einem allgemeinen Entlassungstraining und mit persönlicher Hilfestellung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Resozialisierung erfolgreich ist und Rückfälle vermieden werden.

Abschiebehaft

Sie werden häufig als reguläre Haftanstalten bezeichnet, gehören aber gar nicht zum Vollzug: die sogenannten Abschiebehaftanstalten. In ihnen werden Asylsuchende und Migrant(inn)en untergebracht, die in ihr Heimatland abgeschoben werden sollen und zur Sicherstellung der Abschiebung dort „warten" müssen. Zuständig für diese Personengruppe und Aufgabe sind die Innenministerien; nur im Wege der Amtshilfe ist diese Aufgabe an den Justizvollzug delegiert worden.

AUSBLICK

Gesellschaftliche, wirtschaftliche und technologische Veränderungen sowie die Einbeziehung privater Dienstleistungen und Dienstleister machen sich inzwischen auch im Vollzug bemerkbar. Neue Technologien, neue Struktur- und Steuerungsmodelle werden erprobt. Budgetierung verändert die wirtschaftliche Basis des Vollzugs und der einzelnen Anstalten. Der Vollzug insgesamt, aber auch jede Anstalt versucht, eigene Ziele zu formulieren, Schwerpunkte in der Betreuung zu setzen und effektiver zu arbeiten. Informationen zu dieser Entwicklung sind inzwischen in vielfältiger Form im Internet zu finden, wo Justizministerien, aber auch Anstalten mit eigenen Internetauftritten vertreten sind.

INFEKTIONSSCHUTZGESETZ UND BIOSTOFFVERORDNUNG – WAS HAT DAS MIT HAFTANSTALTEN ZU TUN?

// Marianne Rademacher

Für den Infektionsschutz in Justizvollzugsanstalten sind eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen maßgebend, die sich sowohl auf die Bediensteten als auch auf die Inhaftierten beziehen. Wie ein Arbeitgeber mit Abschluss des Arbeitsvertrags eine Fürsorgepflicht für Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer/innen übernimmt, so ist auch die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung für den Schutz der ihr anvertrauten Personen verantwortlich. Außerdem sind auch Gefangene in der Haftanstalt in Arbeitsprozesse integriert; ihre Arbeitsplätze unterliegen daher selbstverständlich arbeitsrechtlichen Sicherheitsbestimmungen.

Ziel des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist, durch gesetzliche Pflichten übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen sowie Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, während sich die Biostoffverordnung (BioStoffV) mit Sicherheit und Gesundheitsschutz im Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen befasst. Im Infektionsschutzgesetz werden Justizvollzugsanstalten in einigen Paragrafen explizit genannt, die Biostoffverordnung hingegen erwähnt sie nicht – trotzdem gilt auch sie für dieses Setting.

DAS INFEKTIONSSCHUTZGESETZ (IfSG)

Am 1. Januar 2001 trat das Infektionsschutzgesetz in Kraft und löste das Bundesseuchengesetz ab. Der Titel des § 3 „Prävention durch Aufklärung" entspricht dem Leitgedanken des gesamten Gesetzes. Die Risiken, die viele Infektionskrankheiten bergen, können wirksam beeinflusst werden, indem Menschen lernen, sich präventiv zu verhalten. Im Mittelpunkt steht also nicht mehr die Kontrolle, sondern die Förderung eines gesundheitsbewussten und selbstverantwortlichen Verhaltens des Einzelnen.

Neben der Verhinderung von Infektionskrankheiten regelt das Gesetz, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen

Nachweise von Erkrankungen meldepflichtig sind. Ziel der Meldepflicht ist in erster Linie, bestimmte Krankheitserreger, die Häufigkeit ihres Auftretens sowie ihre geografische Verteilung zu überwachen und die Infektionsquellen zu identifizieren. Die Zahl der namentlich meldepflichtigen Erkrankungen, besonders im Bereich „sexuell übertragbare Krankheiten", wurde im IfSG erheblich reduziert.

MELDEWESEN

Die §§ 6 bis 12 des IfSG enthalten Regelungen zu

- meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern
- Personen, die zur Meldung verpflichtet sind
- namentlicher und nicht namentlicher Meldung
- der Übermittlung an zuständige Behörden bis hin zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zum Europäischen Netzwerk für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP).

Von den namentlich meldepflichtigen Krankheiten, die durch Blutkontakt und sexuell übertragen werden können, sind im Justizvollzug in erster Linie akute Infektionen mit Hepatitis B sowie Infektionen mit Hepatitis C und mit HIV von Bedeutung:

- Bei Hepatitis B kann anhand von Laborbefunden zwischen chronischem und akutem Verlauf unterschieden werden. Akute Fälle sind namentlich zu melden, um Infektionsquellen zu finden. Aufklärungsmaßnahmen und Impfempfehlungen in Gemeinschaftseinrichtungen sind dann die wesentlichen Konsequenzen.
- Der Nachweis des Hepatitis-C-Virus ist immer meldepflichtig, da es heute noch nicht möglich ist, allein anhand von Laborbefunden zwischen akuter und chronischer Infektion zu unterscheiden. Die Meldepflicht entfällt, wenn durch Vorbefunde ein chronischer Verlauf gesichert ist.
- Unabhängige Studien haben bewiesen, dass die Hepatitis-C-Prävalenz in Haftanstalten besonders hoch ist. Übertragungsrelevante Verhaltensweisen sind unter den Inhaftierten weit verbreitet, z. B. Tätowieren und Piercen mit nicht sterilen Geräten und Materialien oder das gemeinsame Benutzen von Zubehör beim Drogenkonsum (z. B. Spritzen, Filter, Löffel und Wasser oder Röhrchen zum Sniefen). Die Übertragungshäufigkeit durch sexuelle Kontakte und Mikroverletzungen scheint nicht so hoch zu sein wie bei der Hepatitis B. Infektionsgefahr besteht jedoch nicht nur für Insass(inn)en, sondern auch für Bedienstete, unter anderem in Notfallsituationen und durch Nadelstichverletzungen bei Haftraumkontrollen. Gegen Hepatitis C ist noch keine Impfung

verfügbar. Präventions- und Behandlungsmaßnahmen, wie sie z. B. das IfSG fordert, werden in den Haftanstalten bisher leider nicht flächendeckend angeboten.

- Für HIV-Infektionen gilt nach wie vor eine anonyme, also nicht namentliche Labormeldepflicht. Außerdem darf ein HIV-Test nur mit Einwilligung der Patient(inn)en durchgeführt werden.
- Die Hepatitis A verläuft niemals chronisch und heilt meist ohne ernsthafte Komplikationen spontan aus. Sie wird durch verunreinigtes Wasser oder Lebensmittel übertragen sowie von Mensch zu Mensch (fäkal-oral). Dennoch ist der direkte oder indirekte Nachweis einer akuten Infektion namentlich meldepflichtig. Eine Impfung ist der derzeit beste Schutz gegen eine Hepatitis A.

Meldepflichtig sind auch andere sogenannte Gruppenerkrankungen, wie etwa Lebensmittelvergiftungen (Bereich Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln), durch Schmierinfektionen verursachte Durchfallerkrankungen sowie hauptsächlich in Gemeinschaftswaschräumen übertragbare Pilzinfektionen.

Die Meldung der im IfSG genannten Krankheiten erfolgt an das zuständige Gesundheitsamt. Neben den in Justizvollzugsanstalten tätigen Ärzt(inn)en sind auch die Anstaltsleiter/innen zur Meldung verpflichtet (IfSG § 8 Abs. 40), denn im Krankheitsfalle steht nicht immer sofort eine Ärztin oder ein Arzt zur Verfügung. Außerdem können Gefangene eine ärztliche Behandlung ablehnen. Da durch das enge Zusammenleben die Gefahr einer schnellen Weiterverbreitung des Erregers besteht, muss das Gesundheitsamt möglichst frühzeitig informiert werden. Man geht davon aus, dass dadurch lange „Infektionsketten" verhindert werden können.

Das Infektionsschutzgesetz regelt ebenso, welche Daten zur Person im Rahmen der namentlichen Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten sind (IfSG §§ 6, 7). Die erhobenen personenbezogenen Daten dürfen allerdings nur zum Zweck der Verhütung von Infektionskrankheiten verarbeitet und genutzt werden und sind nach Durchführung der erforderlichen Maßnahmen sofort, spätestens aber nach drei Jahren zu löschen. Die nicht namentlichen Meldungen müssen Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen sowie Name und Anschrift der betroffenen Einrichtung enthalten.

AUFGABEN DES GESUNDHEITSAMTES

Das Gesundheitsamt kann bei den namentlich meldepflichtigen Erkrankungen weitere Ermittlungen anstellen (§ 25 IfSG) sowie weitere Untersuchungen (§ 26 IfSG) und/oder Schutzmaßnahmen (§ 28 IfSG) anordnen. Nach § 31 IfSG kann es auch „Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen" (hierbei handelt es sich um eine der in § 28 IfSG genannten „Schutz-

maßnahmen"). Die zuständige Behörde muss dieses Verbot im „pflichtgemäßen Ermessen" aussprechen, das heißt, die Maßnahme muss notwendig, geeignet und angemessen sein.

EINHALTUNG DER INFEKTIONSHYGIENE

Da das Infektionsschutzgesetz in erster Linie auf die Prävention von Infektionskrankheiten ausgerichtet ist, sind nach § 36 IfSG Abs. 1 auch Haftanstalten verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Dabei unterliegen sie der infektionshygienischen Überwachung durch das zuständige Gesundheitsamt. Hygienepläne haben sich in der Praxis als ein verbindliches Instrument zur Festlegung konkreter Maßnahmen des Infektionsschutzes bewährt. Für ihre Erstellung enthält das IfSG jedoch keine Vorgaben, vielmehr wird auf die Unterschiedlichkeit einzelner Einrichtungen und eine entsprechende Anpassung der Hygienepläne an die jeweiligen Infektionsrisiken hingewiesen. Wenn es nicht möglich ist, auf anerkannte Vorlagen zurückzugreifen, sollte ein Hygieneplan in folgenden Schritten erstellt werden:

- Analyse der Infektionsgefahren (Welche Infektionsrisiken bestehen? Durch welche Personen? Was sind die Ursachen?)
- Bewertung der Risiken (Welche Risiken sind niedrig und tolerierbar und welche erfordern risikominimierende Maßnahmen?)
- Risikominimierung (Festlegung konkreter Maßnahmen wie Bereitstellung von Desinfektionsmitteln und Schutzhandschuhen, Spritzenvergabe im Justizvollzug usw.)
- Festlegung von Überwachungsverfahren (regelmäßige Kontrolle vor Ort durch eine/n Beauftragte/n der Einrichtung, Dokumentation der Maßnahmen durch Formblätter)
- Überprüfung des Hygieneplans (Festlegung von Zeitabschnitten, in denen die Effizienz und die Aktualität des Hygieneplans überprüft und eventuell verändert werden muss)
- Dokumentation und Schulung (Einzelheiten zur Dokumentation des Hygieneplans und regelmäßige Schulung der Beteiligten).

Da die Gesundheitsämter auch in Haftanstalten zur Überwachung des Infektionsschutzes verpflichtet sind, sollten sie in die Erstellung des Hygieneplans einbezogen werden. Eine weitgehende Standardisierung der Hygienepläne zugunsten einer effektiveren Überwachung der einzelnen Maßnahmen müsste im Sinne des Gesundheitsamtes sein. Musterhygienepläne für Gemeinschaftseinrichtungen haben inzwischen zahlreiche Gesundheitsämter auf Länder- und Kommunalebene erstellt.

§ 36 IfSG Abs. 4 legt fest, dass Gefangene bei der Aufnahme in eine Justizvollzugsanstalt verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge auch ohne Vorliegen besonderer Gründe zu dulden. Diese Regelung ergänzt § 101 StVollzG zu „Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge" bei Gefangenen, wonach bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen auch zwangsweise medizinische Untersuchungen zulässig sind; ob und welche durchgeführt werden, liegt jedoch im Ermessen der Justizvollzugsanstalt. Ihre Durchführung sollte in enger Kooperation mit dem für die infektionshygienische Überwachung zuständigen Gesundheitsamt organisiert werden.

DIE BIOSTOFFVERORDNUNG (BioStoffV)

Diese Verordnung soll in Verbindung mit dem Arbeitsschutzgesetz Arbeitnehmer/innen vor einer Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe (Biostoffe) am Arbeitsplatz schützen. Sie kann, da Biostoffe in den verschiedensten Tätigkeitsbereichen eine Rolle spielen, lediglich einen gesetzlichen Rahmen vorgeben. Zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von Beschäftigten – besonders in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes – wurde im April 2013 die Neufassung der Biostoffverordnung national an die EU-Richtlinie 2010/32/EU sowie an den Stand der Technik angepasst.

Auch durch Blut übertragbare Krankheitserreger sind als „Biostoffe" definiert. Die BioStoffV bezieht sich daher ebenso auf medizinische Untersuchungen, die Behandlung und Pflege von Menschen sowie den Umgang mit potenziell infektiösen Gegenständen wie etwa gebrauchte Spritzen. Da Infektionskrankheiten, deren Weiterverbreitung das Infektionsschutzgesetz verhindern soll, größtenteils durch Blut übertragen werden, ist für die Infektionsprophylaxe im Justizvollzug auch die BioStoffV von Bedeutung.

EINSTUFUNG BIOLOGISCHER ARBEITSSTOFFE

Zunächst teilt die BioStoffV biologische Arbeitsstoffe in verschiedene „Risikogruppen" ein (§§ 3 und 4). Krankheitserreger, die im Justizvollzug eine Rolle spielen, wie etwa Hepatitisviren und HIV, zählen zu den gefährlichen Arbeitsstoffen der Gruppe 3, „die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung kann bestehen, doch ist normalerweise eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich".

BEURTEILUNG DER GEFÄHRDUNG DURCH DIE AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT

Des Weiteren erfolgt eine Beurteilung der Gefährdung am Arbeitsplatz (§§ 5 bis 9 BioStoffV), bei der zwischen gezielten und nicht gezielten Tätigkeiten unterschieden wird. Gezielte Tätigkeiten liegen vor, wenn

- mit Biostoffen gearbeitet wird, die mindestens der Spezies nach bekannt sind
- die Tätigkeiten auf einen oder mehrere biologische Arbeitsstoffe unmittelbar ausgerichtet sind
- die Exposition der Beschäftigten im Normalbetrieb hinreichend bekannt oder abschätzbar ist.

Um nicht gezielte Tätigkeiten handelt es sich, wenn mindestens eine der genannten Voraussetzungen nicht gegeben ist. Bedienstete in Justizvollzugsanstalten verrichten folglich nicht gezielte Tätigkeiten. Hier bestimmen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens, die Art der Tätigkeit und die Art, Dauer, Höhe und Häufigkeit der Exposition die Infektionsgefahr für die Beschäftigten.

Aufgrund der Gefährdungsbeurteilung sollte eine Einordnung in Schutzstufen erfolgen, was bei nicht gezielten Tätigkeiten – besonders im Strafvollzug – nicht eindeutig möglich ist. Dementsprechend sollten wenigstens allgemeine Hygienemaßnahmen (Schutzstufe 1) vorgehalten werden, die im Hygieneplan schriftlich dokumentiert sind.

ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

Seit 2008 ist die arbeitsmedizinische Vorsorge bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen durch die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) geregelt, nicht mehr durch die BioStoffV (siehe § 12 der BioStoffV).

§ 1 der ArbMedVV definiert Ziel und Anwendungsbereich der Verordnung:

„(1) Ziel der Verordnung ist es, durch Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und zu verhüten. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten.
(2) Diese Verordnung gilt für die arbeitsmedizinische Vorsorge im Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes. […]"

Im Bereich nicht gezielter Tätigkeiten werden Justizvollzugsanstalten in der ArbMedVV nicht mehr explizit benannt. Für Beschäftigte im Justizvollzug, die nicht ausschließlich in der Verwaltung tätig sind, sollte dennoch zumindest bei der

Einstellungsuntersuchung eine serologische Untersuchung auf Hepatitis A, B, und C erfolgen, zumal die ArbMedVV andere arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen, insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz und dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) unberührt lässt (§1 (3) ArbMedVV).

Bei nicht vorhandener Immunität gegen Hepatitis B sollte eine Impfung angeboten werden. Die Kosten der Impfung hat der Arbeitgeber zu tragen. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sollten in regelmäßigen Abständen angeboten werden, es sei denn, eine Gefährdung der Gesundheit ist aufgrund des geringen Gefährdungspotenzials und/oder entsprechender Schutzmaßnahmen unwahrscheinlich.

UMSETZUNG VON BUNDESGESETZEN AUF LÄNDEREBENE

Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland hat es im Gesundheitswesen schon immer verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung von Bundesgesetzen gegeben, da für ihre Anwendung jedes Land eigene Ausführungsvorschriften erarbeiten und verabschieden muss.

Im Rahmen der Föderalismusreform wurde nun auch die Strafvollzugsgesetzgebung der Hoheit der Bundesländer unterstellt. Bisher wurden noch nicht in allen Bundesländern eigene Strafvollzugsgesetze erarbeitet; in diesen gilt noch das (Bundes-)Strafvollzugsgesetz. Die Erarbeitung von Landesstrafvollzugsgesetzen bietet die Chance, auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes und der Biostoffverordnung Regelungen für Prävention und medizinische Versorgung im Justizvollzug dauerhaft zu verankern.

Bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel weg von Überwachung und Kontrolle und hin zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung vollzogen. Das Ergebnis dieses Prozesses ist das Infektionsschutzgesetz, das Information und Aufklärung zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens beim Einzelnen in den Mittelpunkt stellt. Da das IfSG auch für den Justizvollzug verbindliche Vorgaben enthält, gilt es nun, auch für dieses Setting Angebote und Maßnahmen der Prävention und medizinischen Versorgung zu entwickeln, die in erster Linie an den Bedürfnissen der Gefangenen und Bediensteten orientiert sind.

EMPFOHLENE LITERATUR

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (Hg.): Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch. Bremen 2013 (im Internet unter http://bit.ly/1alkqX6)

Bales, S./Baumann, H. G./Schnitzler, N.: Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. 2., überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2003

www.gesetze-im-internet.de

RECHTE UND PFLICHTEN EXTERNER MITARBEITER/INNEN[1]

// Johannes Feest

Die Rechte und Pflichten externer Mitarbeiter/innen im Strafvollzug (im Folgenden kurz „Externe") sind primär in § 154 StVollzG durch das Gebot der Zusammenarbeit geregelt:

(1) Alle im Vollzug Tätigen arbeiten zusammen und wirken daran mit, die Aufgaben des Vollzuges zu erfüllen.
(2) Mit den Behörden und Stellen der Entlassenenfürsorge, der Bewährungshilfe, den Aufsichtsstellen für die Führungsaufsicht, den Agenturen für Arbeit, den Trägern der Sozialversicherung und der Sozialhilfe, den Hilfeeinrichtungen anderer Behörden und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege ist eng zusammenzuarbeiten. Die Vollzugsbehörden sollen mit Personen und Vereinen, deren Einfluss die Eingliederung des Gefangenen fördern kann, zusammenarbeiten.

Seit der Föderalismusreform ist die Regelung dieser Materie jedoch Sache des Landesrechts. Dies hat zu neuer Unübersichtlichkeit geführt (vgl. Feest, S. 8 in diesem Band): In Bundesländern, die noch kein Landestrafvollzugsgesetz verabschiedet haben, gilt nach wie vor § 154 StVollzG. Bisher sind in zehn Bundesländern Landesstrafvollzugsgesetze in Kraft. Von diesen haben fünf (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und Niedersachsen) frühzeitig eigene Gesetze erlassen und sich dabei am (Bundes-)Strafvollzugsgesetz orientiert. Diese enthalten durchweg mehr oder weniger vergleichbare Bestimmungen. Zehn Bundesländer haben sich in der Vorbereitung eines Landesstrafvollzugsgesetzes auf einen gemeinsamen Musterentwurf (ME StVollzG) verständigt. Aus dieser Zehnergruppe haben bisher vier Bundesländer (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen) ein Strafvollzugsgesetz erlassen. Die sechs noch ausstehenden bereiten gerade eigene Landesgesetze vor. Nordrhein-Westfalen entwickelt derzeit unabhängig von den erwähnten Vorgaben einen eigenen Gesetzentwurf. Dieser Prozess wird voraussichtlich 2015 abgeschlossen sein. Paragraf 154 StVollzG wird dann nicht mehr anwendbar sein.

1 Der folgende Artikel beschränkt sich auf externe Mitarbeiter/innen der Freien Straffälligenhilfe. Siehe dazu Kawamura-Reindl 2012.

In dem Musterentwurf zum Landesstrafvollzugsgesetz heißt es in § 42 (Vorbereitung der Eingliederung):

Die Anstalt arbeitet frühzeitig mit Personen und Einrichtungen außerhalb des Vollzugs zusammen, insbesondere, um zu erreichen, dass die Gefangenen nach ihrer Entlassung über eine geeignete Unterbringung und eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle verfügen. Bewährungshilfe und Führungsaufsicht beteiligen sich frühzeitig an der sozialen und beruflichen Eingliederung der Gefangenen.

Mit der Übernahme dieser Bestimmung durch die Landesgesetzgeber sind Externe auf den Bereich der Entlassungsvorbereitung verwiesen und dabei primär auf die Hilfe bei der Wohnungs-, Arbeits- und Ausbildungssuche. Nur für diesen Aufgabenbereich muss die Anstalt „frühzeitig" mit ihnen zusammenarbeiten. Dies bedeutet einen Rückschritt gegenüber der bisherigen Praxis, in der Externe von Anfang an Gefangene betreuen und begleiten durften – sei es als individuelle Vollzugshelfer oder als Organisationen der Freien Straffälligenhilfe (durch Angebote wie Drogenhilfe, Freizeitaktivitäten, Rechtsberatung, Schuldnerberatung usw.). Paragraf 42 ME StVollzG schließt zwar eine über die Entlassungsvorbereitung hinausgehende Zusammenarbeit mit Externen nicht aus, stellt diese aber gänzlich in das Ermessen der Anstalt. Dies ist auch aus den Erläuterungen zum ME StVollzG herauszulesen. Dort heißt es zu § 54 ME StVollzG (Freizeit): „Zur Durchführung der Freizeitangebote kann die Anstalt in Ausprägung des Öffnungsgrundsatzes Externe, beispielsweise Volkshochschulen, Sportvereine, Kirchengemeinden und ehrenamtliche Mitarbeiter gewinnen." Ebenso könne der Anstaltsseelsorger mit Zustimmung des Anstaltsleiters externe Seelsorgehelfer hinzuziehen (Erläuterung zu § 97 ME StVollzG). Zwar ist dieses Ermessen der Anstalt nicht völlig frei, sondern „pflichtgemäß" auszuüben – d. h. unter Berücksichtigung des Resozialisierungsziels und der Vollzugsgrundsätze –, aus der Perspektive externer Mitarbeiter/innen wäre jedoch eine deutlichere Rechtsgrundlage für ihre Zulassung und Mitarbeit wünschenswert.

VORAUSSETZUNGEN DER ZULASSUNG

Das Gebot der Zusammenarbeit aus § 154 Abs. 1 StVollzG findet sich wörtlich oder sinngemäß auch in den Landesstrafvollzugsgesetzen der fünf Bundesländer wieder, die als erstes ein eigenes Strafvollzugsgesetz verabschiedet haben.

Wenn in diesen Bestimmungen von den „im Vollzug Tätigen" die Rede ist, sind primär die Vollzugsbeamten und -angestellten gemeint, aber auch Externe können in erheblichem Maße im Vollzug tätig sein. Allerdings kann sie die Vollzugsanstalt nicht in gleicher Weise in die Pflicht nehmen wie ihr eigenes Personal (offenbar anderer Ansicht ist Arloth 2011 Rn. 2). Deshalb ist in Absatz 2 ein spezielles – einseitiges – Gebot formuliert, mit Externen zusammenzuarbeiten.

Paragraf 154 Abs. 2 StVollzG unterscheidet zwischen zwei Formen der Zusammenarbeit und damit der Zulassung: Mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (und deren Mitgliedsvereinen) ist „eng zusammenzuarbeiten", während mit Personen und Vereinen nur zusammengearbeitet werden soll. Im juristischen Sprachgebrauch ist im ersten Fall eine strikte Verpflichtung der Verwaltung zur Kooperation gemeint; im zweiten Fall ist die Verwaltung zwar in der Regel verpflichtet, es bleibt ihr jedoch ein Spielraum für Ausnahmefälle.

Mitarbeiter/innen der freien Wohlfahrtsverbände müssen sich nach dem Gesetz keiner weiteren Eignungsprüfung unterziehen. Der Gesetzgeber geht hier offenbar davon aus, dass diese Behörden und Verbände selbst für die erforderliche Kompetenz sorgen und eine entsprechende Kontrolle ausüben. Dieser privilegierte Zugang wird allerdings in der Praxis einzelner Bundesländer nicht immer beachtet. Müller-Dietz weist auf Fälle hin, bei denen die Justizverwaltungen zwischen mehr oder weniger vertrauenswürdigen Gruppen und Personen unterschieden haben. Eine Überprüfung werde in jedem Fall durchgeführt, falle aber weniger streng aus, wenn man es mit bekannten und anerkannten Organisationen zu tun habe. Hierzu gebe es offenbar einen Informationsaustausch zwischen den Bundesländern (Müller-Dietz 1997, 38). Eine solche Praxis widerspricht allerdings dem klaren Wortlaut des Gesetzes, wenn auf diesem Wege die strikte Pflicht zur Kooperation aufgeweicht wird.

Nur bei Mitgliedern von Vereinigungen, die nicht den Status von Wohlfahrtsverbänden haben, und erst recht bei Einzelpersonen darf die Vollzugsanstalt die Eignung als Helfer/in prüfen. Dabei geht es in erster Linie um Studenten- und Kirchengruppen, Sportvereine, Gruppen politischer Parteien, aber auch um Selbsthilfevereinigungen von Gefangenen. Die Anstalt darf hier nach § 154 StVollzG die Zulassung davon abhängig machen, ob der Einfluss dieser Personen oder Vereinigungen „die Eingliederung der Gefangenen fördern kann". Bei der Prüfung dürfen die Maßstäbe allerdings nicht zu hoch angesetzt werden. So darf keine Gewissheit hinsichtlich des fördernden Einflusses verlangt werden, da laut Gesetz die bloße Möglichkeit ausreicht („fördern kann"). Maßstab darf auch nicht der öffentliche Dienst mit seinen besonderen Treuepflichten sein, da die Vollzugshelfer/innen nicht öffentlich-rechtlich handeln (OLG Celle StV 1984, 430).

Eine Regelanfrage beim Verfassungsschutz findet keine Stütze in § 154 StVollzG und ist in jedem Fall kontraproduktiv (Calliess/Müller-Dietz 2008 Rn. 4), eine Sicherheitsüberprüfung sollte nur noch bei gegebenem Anlass (Wydra 2009 Rn. 9) erfolgen. Wenig sinnvoll und kaum mit dem Gesetz vereinbar sind hohe Mindestaltersgrenzen für Externe, lange Sperrfristen für ehemalige Häftlinge und der generelle Ausschluss von Personen, die unter Bewährungs- bzw. Führungsaufsicht stehen (vgl. dazu ausführlich Theißen 1990, 50 ff.).

Auch wenn feststeht, dass bestimmte Gruppen oder Personen die Resozialisierung fördern können, darf die Anstalt nach § 154 Abs. 2 StVollzG prüfen, ob eine

Zulassung ausnahmsweise zu verwehren ist. Das ist der Sinn der Soll-Vorschrift, die aber umgekehrt auch bedeutet, dass in der Regel eine Zulassung zu erfolgen hat. Die Zulassung darf dann aber nur in ausgesprochen atypischen Situationen verweigert werden (vgl. weitere Nachweise bei Theißen 1991, 5), und die Anstalt muss begründen, warum es sich um einen solchen Fall handelt.

Nur Niedersachsen folgt aus der Gruppe der Bundesländer, die sich für ihre Landesgesetze am (Bundes-)Strafvollzugsgesetz orientiert haben, der Aufteilung der Externen in zwei unterschiedlich zu behandelnde Gruppen (§ 181 Abs. 1 NJVollzG). Die vier anderen Bundesländer geben diesen Gegensatz auf und behandeln alle Externen gleich:

- Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg verpflichten die Vollzugsanstalten, mit allen Einrichtungen, Organisationen und Personen, die für die Gefangenen förderliche soziale Hilfestellungen leisten oder deren Einfluss ihre Eingliederung, Behandlung oder Erziehung fördern können, eng zusammenzuarbeiten (§ 16 Abs. 2 JVollzGB 1; Art. 175 BayStVollzG; ähnlich § 107 Abs. 1 HmbStVollzG).
- Hessen verwendet eine ähnliche Formel, in welcher jedoch die Verpflichtung zu einer „engen" Zusammenarbeit fehlt (§ 7 HStVollzG).

Im Ergebnis kann man sagen, dass diese Länder die Praxis legalisiert haben, auch die Mitarbeiter/innen der freien Wohlfahrtsverbände einer Eignungsprüfung zu unterziehen. Zugleich besteht nunmehr auch gegenüber den übrigen Vereinen und Personen, soweit sie für geeignet befunden werden, eine uneingeschränkte Pflicht zur Zusammenarbeit.

WIDERRUF DER ZULASSUNG

Die Zulassung kann befristet oder unbefristet erteilt werden. Wird sie befristet erteilt, ist nach Ablauf der Frist erneut (nach den obigen Kriterien) zu prüfen, ob eine Zulassung ausgesprochen wird. Widerrufsfragen stellen sich daher nur bei unbefristeter Zulassung.

Ein Widerruf ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, die man im Verwaltungsrecht für den Widerruf eines rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsaktes entwickelt hat. Dies wäre z. B. der Fall, wenn die Zulassung durch falsche Angaben erschlichen wurde. In der Praxis dürfte aber häufiger dann über Widerrufe nachgedacht werden, wenn Externe gegen ausdrückliche Weisungen verstoßen, von denen die Zulassung abhängig gemacht wurde, wie z. B. das Verbot, ungenehmigt Nachrichten zu übermitteln oder Gegenstände ein- oder auszubringen. Doch auch in diesen Fällen ist ein Widerruf nur zulässig, wenn mildere Maßnahmen wie etwa Abmahnung oder befristete Beschränkungen des Besuchsverkehrs nicht ausreichen (siehe die ausführliche Darstellung bei Theißen 1990, 35).

RECHTE EXTERNER MITARBEITER/INNEN

Abgesehen von der allgemeinen Kooperationspflicht gemäß § 154 StVollzG (und der entsprechenden Bestimmungen der Landesgesetze) sind die Rechte Externer bisher allenfalls in Verwaltungsvorschriften der Länder festgehalten. Diese sind zwar für die Gerichte nicht verbindlich, bewirken jedoch eine Selbstbindung der Verwaltung, auf die sich Externe im Konfliktfall (auch vor Gericht) berufen können. Dabei geht es vor allem um folgende Rechte:

RECHT AUF KONTAKT MIT DEN GEFANGENEN

Der persönliche Kontakt zu den Gefangenen ist das Kernstück der Tätigkeit externer Mitarbeiter/innen im Vollzug. Ihre offizielle Zulassung impliziert daher ein Recht auf Zugang, Besuch und auf Kommunikation mit den betreuten Gefangenen (Theißen 1990, 71). Der Vollzugsbehörde bleibt ein Ermessensspielraum nur noch hinsichtlich der Ausgestaltung dieser Kontakte.

Nach inzwischen vorherrschender Meinung in Literatur und Rechtsprechung unterliegen zugelassene Externe nicht den allgemeinen Besuchsbestimmungen (Calliess/Müller-Dietz 2009 § 23 Rn. 6). Das bedeutet, dass es im Ermessen der Anstalt liegt, die Besuche zeitlich und räumlich auf die jeweiligen Bedürfnisse abzustellen. Auch Besuche in den Hafträumen der Betreuten sind damit grundsätzlich möglich (und in einigen Ländervorschriften ausdrücklich vorgesehen).

Die Externen sollten darauf bestehen, dass die Besuche grundsätzlich ohne (optische oder akustische) Überwachung stattfinden. Das folgt allein schon daraus, dass auch der Besuch nach §§ 23 ff. StVollzG grundsätzlich überwachungsfrei ist, was daher erst recht für besonders zugelassene Externe gelten muss. Für ihre Arbeit mit den Gefangenen ist zudem eine vertrauliche Atmosphäre unabdingbar. Da die Externen bereits bei der Zulassung einer Sicherheitsprüfung unterzogen wurden, wird eine Überwachung nur in wenigen „atypischen Sonderfällen" (Theißen 1990, 33) geboten sein, insbesondere dann, wenn Übergriffe durch einen Gefangenen zu befürchten sind. Dies wird auch in den meisten Ländervorschriften so gesehen.

Auch Briefe und Telefongespräche sollten grundsätzlich nicht überwacht werden. Ein striktes Überwachungsverbot ist zwar nur für die Mitglieder des Anstaltsbeirates gesetzlich vorgesehen (§ 164 Abs. 2 Satz 2 StVollzG), aber auch bei den übrigen Externen hat sich die Überwachung auf Ausnahmefälle zu beschränken, wenn nämlich konkrete Anhaltspunkte für einen Missbrauch dieses Privilegs bestehen.

AUSKUNFTS- UND MITWIRKUNGSRECHTE

Die Arbeit der Externen setzt voraus, dass sie über den Vollzugsplan informiert werden. Hier liegt ein zentraler Punkt der Kooperationspflicht des Vollzugs. Auch in Bundesländern, in denen Gefangene bisher keine Kopie des Vollzugsplans erhalten, wird man diese Informationen den Externen nicht verweigern dürfen. Mit Einwilligung der betreffenden Gefangenen steht den Externen auch das Recht zu, Auskunft aus der Gefangenenpersonalakte bzw. Einsicht in diese zu verlangen (§ 185 StVollzG sowie vergleichbare Bestimmungen in den bisher vorhandenen Landesgesetzen).

Sinnvollerweise sind die Externen – immer mit Zustimmung des betroffenen Gefangenen – schon an der Vollzugsplanung bzw. an der Fortschreibung des Vollzugsplans zu beteiligen. Da dies in den Ländervorschriften bisher nur selten ausdrücklich vorgesehen ist (vgl. Theißen 1990, 76), sollten Anträge auf Teilnahme an der Vollzugsplankonferenz gestellt werden. Dabei können Externe sich auf § 159 StVollzG berufen, wonach der Anstaltsleiter diese Konferenzen „mit an der Behandlung maßgeblich Beteiligten" durchführt. Die Hinzuziehung externer Konferenzteilnehmer steht im pflichtgemäßen Ermessen des Anstaltsleiters (Feest 2012 Rn. 4), doch wird die Maßgeblichkeit der Beteiligung bei dauerhaften Betreuungsverhältnissen schwerlich zu leugnen sein. Notfalls ist gerichtlicher Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen.

Ebenso naheliegend und geboten ist es, Externe vor Vollstreckungsentscheidungen anzuhören. Das betrifft in erster Linie Anträge auf Strafunterbrechung zugunsten einer Drogentherapie (§§ 35 ff. BtMG), Anträge auf Haftunterbrechung wegen Haftunfähigkeit (§ 455 StPO), Anträge auf vorzeitige Entlassung (§ 57 StGB) und Gnadenanträge. Vorbildlich ist hier die Berliner Regelung (Theißen 1990, 76), wonach den Externen Gelegenheit gegeben wird, Stellungnahmen zu den Gesuchen der von ihnen betreuten Gefangenen abzugeben, die dann den amtlichen Stellungnahmen beigefügt werden.

EXKURS: ZEUGNISVERWEIGERUNGSRECHT

Es kann vorkommen, dass externe Mitarbeiter/innen als Zeugen im Strafprozess (eventuell auch in einem Zivilprozess usw.) über ihre Kommunikation mit den betreuten Gefangenen aussagen müssen. Im Folgenden eine Skizze der Rechtslage:

Ein Zeugnisverweigerungsrecht haben grundsätzlich nur die in § 53 StPO genannten „Berufsgeheimnisträger". In unserem Zusammenhang sind dies vor allem „Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" (§ 53 Abs.1 Nr. 3 StPO) und „Berater für Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit in einer Beratungsstelle, die eine Behörde oder eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt oder bei sich eingerichtet hat" (§ 53 Abs.1 Nr. 3b StPO). Zeugnis kann nur verweigert werden im Hinblick auf Informationen, die den genannten Berufsgeheimnisträgern in dieser Eigenschaft anvertraut oder bekannt wurden.

Kein Zeugnisverweigerungsrecht haben Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en (BVerfGE 33, 367), soweit sie nicht in einer der oben genannten Drogenberatungsstellen arbeiten (§ 53 StPO). Sie können jedoch in Einzelfällen ein Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53a StPO in Anspruch nehmen, sofern sie als Berufshelfer/innen in einer Klinik bei der ärztlichen Untersuchung und Heilbehandlung mitwirken (Löwe-Rosenberg 2008 Rn. 4). Unter keinen Umständen haben hauptamtliche Gerichts- und Bewährungshelfer/innen ein Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozess, genauso wenig sonstige ehrenamtliche Helfer/innen und Mitarbeiter/innen.

In Zivilverfahren steht allen nach § 203 StGB Schweigepflichtigen – und das heißt auch Sozialarbeiter(inne)n und Sozialpädagog(inn)en – ein Zeugnisverweigerungsrecht im Hinblick auf Informationen zu, auf die sich die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bezieht (§ 383 Abs.1 Nr. 6 ZPO). Gleiches gilt für das Verwaltungsverfahren vor den Sozialleistungsträgern (§ 21 Abs. 3 Satz 3 SGB X).

PFLICHTEN DER EXTERNEN MITARBEITER/INNEN

Die Strafvollzugsgesetze enthalten nur eine allgemeine Kooperationspflicht, die durch ausführliche Pflichtenkataloge in den Verwaltungsvorschriften der meisten Bundesländer ergänzt wird (vgl. Theißen 1990, 58 ff.). Diese Verwaltungsvorschriften haben zwar große praktische Bedeutung, weil sie die mangels rechtlicher Regelung bestehende Lücke füllen. Sie sind jedoch für die Gerichte nicht verbindlich und können diesen stets zur Prüfung vorgelegt werden. Auch wenn sich diese Vorschriften bisher primär auf Ehrenamtliche beziehen, ist davon auszugehen, dass externe hauptamtliche Helfer/innen jedenfalls nicht weniger Rechte

und nicht mehr Pflichten haben können. Dabei geht es vor allem um folgende Pflichten:

BEFOLGUNG VON WEISUNGEN DER VOLLZUGSBEDIENSTETEN

Diese in vielen Ländervorschriften enthaltene Verpflichtung orientiert sich offenbar an der Gehorsamspflicht, die § 82 Abs. 2 Satz 1 StVollzG den Gefangenen auferlegt. Wenn aber schon hier eine umfassende Verpflichtung, jeglichen Weisungen der Bediensteten zu folgen oder Disziplinarmaßnahmen zu riskieren, nicht haltbar ist (vgl. Feest/Köhne 2012 Rn. 8), so muss dies erst recht für Externe gelten: Sie brauchen eine Einmischung in ihre professionelle oder ehrenamtliche Tätigkeit nicht hinzunehmen. Ausnahmen sind nur dann zu akzeptieren, wenn Sicherung (z. B. Fluchtvorbereitungen) oder Sicherheit (z. B. „Alarm") der Anstalt offensichtlich betroffen sind.

VERSCHWIEGENHEITSPFLICHT GEGENÜBER DRITTEN

Viele Ländervorschriften verpflichten Externe zur Verschwiegenheit bezüglich „anvertrauter oder sonst in Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt gewordener Angelegenheiten, insbesondere über die persönlichen Verhältnisse des Gefangenen", manchmal auch über die Zeit der Tätigkeit in der Anstalt hinaus (Theißen 1990, 66 f.). Selbstverständlich gilt dies nicht, soweit der Gefangene sich mit der Weitergabe von Informationen einverstanden erklärt hat. Dies ist stets formlos möglich, auch wenn viele Ländervorschriften ein „schriftliches Einverständnis" verlangen. Doch zur eigenen Sicherheit sollten Externe sich das Einverständnis schriftlich bestätigen lassen.

Mit Strafe bedroht ist die Offenbarung von Privatgeheimnissen allerdings nur für die Mitglieder bestimmter Berufsgruppen (§ 203 StGB). In unserem Zusammenhang geht es dabei vor allem um Ärztinnen und Ärzte, approbierte Psycholog(inn)en, Rechtsanwälte, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater/innen, Berater/innen für Suchtfragen in einer anerkannten Beratungsstelle, staatlich anerkannte Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en. Soweit ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Eigenschaft etwas anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, machen sie sich strafbar, wenn sie es unbefugt offenbaren. Auch hier entfällt die Verschwiegenheitspflicht und damit die Strafbarkeit, wenn der Häftling sein Einverständnis erklärt, was grundsätzlich formlos möglich ist.

MITTEILUNGSPFLICHTEN GEGENÜBER DER ANSTALT

Die Verwaltungsvorschriften der meisten Bundesländer enthalten mehr oder weniger umfangreiche Melde- bzw. Mitteilungspflichten der Externen (Theißen

1990, 66 ff.). Im Extremfall sind alle „außergewöhnlichen Vorkommnisse und Wahrnehmungen" der Anstaltsleitung zu melden. Eine solche Angleichung an die Pflichten der Vollzugsbediensteten ist jedoch schwerlich mit der Funktion der Externen und ihrer Stellung im Vollzugssystem vereinbar. Sie ist daher auch nicht von § 154 StVollzG (und den entsprechenden Landesgesetzen) gedeckt.

Allerdings trifft auch Externe die allgemeine Bürgerpflicht, geplante Straftaten „der Behörde oder dem Bedrohten" zur Anzeige zu bringen. Entgegen einer verbreiteten Meinung betrifft dies jedoch nur die in § 138 StGB aufgezählten Straftaten, z. B. Tötungsdelikte, Raub, Freiheitsberaubung, Geiselnahme, Geld- oder Wertpapierfälschungen, ferner Brandstiftung und Sprengstoffdelikte. Nicht unter die Anzeigepflicht des § 138 StGB fallen Drogendelikte, Diebstahlsdelikte usw.

Inwieweit Externe darüber hinaus zur Anzeige von Delikten oder anderen Vorkommnissen verpflichtet werden können, ist umstritten. Jedenfalls wird sich diese Verpflichtung auf einen „notwendigen Kernbereich" (Theißen 1990, 68) beschränken müssen, der von den Ländergesetzen näher bestimmt werden sollte. Bis dahin müssen externe Helfer/innen eine Gratwanderung zwischen den ihnen von der Anstalt angetragenen Verpflichtungen und ihrem eigenen Rollenverständnis vornehmen.

Für jene Professionen, die einer besonderen Schweigepflicht unterliegen (ausgenommen Ärztinnen und Ärzte), hat der Bundesgesetzgeber im Jahre 1999 eine besondere Offenbarungspflicht gegenüber der Anstaltsleitung eingeführt, „soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist" (§ 182 Abs. 2 Satz 3 StVollzG). Inwieweit diese Offenbarungspflichten auch für externe Ärztinnen und Ärzte oder Psycholog(inn)en gelten, ist umstritten. Während diese in einigen Kommentaren (Arloth 2011 Rn.11; Calliess/Müller-Dietz 2008 Rn.12) bejaht werden, sprechen überzeugende Gründe dagegen: „Mit der Pflicht zur Offenbarung würde der Externe in einem Maße in die vollzugliche Praxis eingebunden, die seine Rechte als selbständiger Berufsausübender unverhältnismäßig beeinträchtigen würde" (Goerdeler 2012 Rn. 72).

AUSBLICK

Durch die Übertragung der Strafvollzugsgesetzgebung auf die Bundesländer (s. Feest, S. 8 in diesem Band) könnte sich die rechtliche Situation externer Helfer/innen ändern. So könnten die Länder gesetzlich festschreiben, was bisher durch Verwaltungsvorschriften geregelt war, die für die Gerichte nicht verbindlich waren. Für Betreuer/innen und Betreute hätte es negative Auswirkungen, wenn dadurch die gerichtliche Überprüfung weitgehend ausgehebelt würde. Die bisher vorliegenden Gesetze und Gesetzentwürfe lassen allerdings nicht erkennen, dass sich hier Wesentliches ändern wird. Die dem Musterentwurf folgenden Länder haben die die Beteiligungsrechte der Externen einschränkende Regelung für ihr

Landesstrafvollzugsgesetz übernommen. Es bleibt daher zu fordern, dass in den Landesgesetzen oder den entsprechenden verwaltungsinternen Ausführungsbestimmungen bisher unzureichende Regelungen nachgebessert werden.

LITERATUR

AK StVollzG 2012 Feest, J. /Lesting, W. (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK StVollzG). 6. Aufl. Köln: Heymanns 2012

Arloth 2011 Arloth, F.: StVollzG. Strafvollzugsgesetze. Kommentar. 3. Aufl. München: C. H. Beck 2011

Calliess/Müller-Dietz 2008 Kommentierung zu § 154 StVollzG, In: Calliess, R.-P./Müller-Dietz, H.: *Strafvollzugsgesetz: StVollzG,* 11. Aufl. München: C. H. Beck 2008

Feest 2012 Feest, J.: Kommentierung zu § 182 StVollzG. In: *AK StVollzG* 2012

Goerdeler 2012 Goerdeler, J.: Kommentierung zu § 182 StVollzG. In: *AK StVollzG* 2012

Kawamura-Reindl 2012 Kawamura-Reindl, G.: Freie und kommunale Hilfen für Straffällige. In: Cornel, H. u. a. (Hrsg.): *Resozialisierung. Handbuch,* 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2009, 200–219

Löwe-Rosenberg 2008 Kommentierung zu § 53 StPO, Löwe/Rosenberg: Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz, 26. Aufl. Berlin: De Gruyter 2008

Müller-Dietz 1997 Müller-Dietz, H.: Zusammenarbeit zwischen Justizvollzug und freien Trägern der Straffälligenhilfe. Rechtliche Grundlagen und praktische Konsequenzen. In: *ZfStrVo,* 35–41

Roggenthin 2011 Roggenthin, K.: Arm aber sexy. Anmerkungen zur sozialen Lage und zum Charme der Freien Straffälligenhilfe. In: *Forum Strafvollzug,* 344–347

Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal 2009 Schwind, H.-D./Böhm, A./Jehle, J. M./Laubenthal, K.: Strafvollzugsgesetz (Kommentar), 5. Aufl. Berlin: De Gruyter Recht 2009

Theißen 1990 Theißen, R.: Ehrenamtliche Mitarbeit im Strafvollzug der Bundesrepublik Deutschland. Eine Untersuchung zu Umfang, Inhalt und Möglichkeiten gesellschaftlicher Mitwirkung am Strafvollzug. Bonn: Forum Verlag Godesberg 1990

Theißen 1991 Theißen, R.: Ehrenamtliche Mitarbeit im Strafvollzug. Die Rechtsstellung ehrenamtlicher Vollzugshelfer auf der Grundlage des § 154 Abs. 2 Satz 2 StVollzG. In: *ZfStrVo,* 3–9

Wydra 2009 Wydra, B.: Kommentierung zu § 154 StVollzG. In: Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal 2009

UNTERBRECHUNG UND VORZEITIGE BEENDIGUNG DER HAFT

// Kai Bammann

Eine Inhaftierung ist immer eine einschneidende Erfahrung: Die Betroffenen werden aus ihrem bisherigen Leben herausgerissen, Kontakte zur Familie und zu Freund(inn)en werden erschwert oder brechen ganz ab (vgl. Müller-Dietz 2011). Viele verlieren außerdem ihre Wohnung und ihren Arbeitsplatz. Hinzu kommt die weitreichende Fremdbestimmung in einer „totalen Institution" (Goffman 1973).

Eine HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung verschlimmert die Situation noch – auch deshalb, weil der Strafvollzug auf HIV-positive Gefangene oftmals selbst heute noch wenig vorbereitet ist. Ohnehin geht die Haftzeit häufig mit gesundheitlichen Problemen einher, nicht zuletzt aufgrund fetthaltiger Ernährung, mangelnder Bewegung sowie sozialer und psychischer Isolation. Diese belastenden Faktoren wirken sich bei kranken Menschen noch stärker aus als bei (relativ) Gesunden und können vorhandene Krankheiten verschlimmern oder neue Erkrankungen hervorrufen.

In anderen Fällen – namentlich bei schwer Drogenabhängigen – kann der Vollzug aber auch Hilfe bedeuten: durch ein stabiles Umfeld, regelmäßige Ernährung, medizinische und zahnmedizinische Versorgung. Hier gilt, was oft gilt: Es kommt auf den Einzelfall an, und alles – auch der Strafvollzug – hat zwei Seiten.

Eine schwere Krankheit – beispielsweise Aids – verhindert nicht grundsätzlich den Vollzug der Strafe. Die Gerichte sehen nicht von einer Verurteilung ab, nur weil sich ein Täter in persönlicher Not befindet oder erkrankt ist. Sie können jedoch schon im Urteil bei der Strafhöhe (Strafzumessung) die Situation des Täters berücksichtigen. Daneben gibt es im deutschen Rechtssystem verschiedene Möglichkeiten, die Haft vorzeitig zu beenden oder zumindest zu unterbrechen. Dies sind: Haftunterbrechung wegen Krankheit (Haftunfähigkeit), Erlassen bzw. Aussetzen des Strafrests zur Bewährung (Halbstrafengesuch, Zwei-Drittel-Gesuch, Reststrafengesuch) oder Entlassung auf dem Gnadenweg (Gnadengesuch). Bei betäubungsmittelabhängigen Inhaftierten kann von dem Prinzip „Therapie statt Strafe" Gebrauch gemacht werden. Bei Gefangenen ohne deutschen Pass kommt außerdem eine Haftunterbrechung bzw. -beendigung aufgrund von Ausweisung oder Auslieferung in Betracht.

THERAPIE STATT STRAFE

Nach den §§ 35 ff. des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) haben drogenabhängige Straftäter/innen die Möglichkeit, eine Therapie zu machen, statt ins Gefängnis zu gehen (vgl. Körner 1998 sowie die Kommentare zu § 35 ff. bei Körner/Patzak/Volkmer 2012). Die Regelung „Therapie statt Strafe" ist dabei an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Die verhängte – und auszusetzende – Freiheitsstrafe darf nicht mehr als zwei Jahre betragen.
- Es muss erwiesen sein, dass die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde (folglich kann nicht jede/r Verurteilte mit einem Suchtproblem in den Genuss dieser Regelung kommen: es muss einen konkreten Zusammenhang zwischen der Drogenabhängigkeit und der abgeurteilten Tat geben).
- Der Täter bzw. die Täterin muss therapiebedürftig sein.

Die Regelung greift außerdem nur bei einer Abhängigkeit von *illegalen Suchtstoffen,* also nicht etwa bei Alkoholabhängigkeit oder bei Spielsucht. Grundsätzlich wird bei „Therapie statt Strafe" die Strafvollstreckung zurückgestellt, das heißt, der/die Verurteilte geht nicht ins Gefängnis, sondern in eine geeignete Therapiemaßnahme. Paragraf 35 BtMG greift häufig bereits vor der Inhaftierung.

Die (weitere) Vollstreckung der Strafe kann aber auch dann ausgesetzt werden, wenn eine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verhängt wurde, von der bereits ein Teil verbüßt wurde und nur noch maximal zwei Jahre verblieben sind. In solchen Fällen kann jedoch eine Aussetzung des Strafrests nach § 57 StGB (dazu unten mehr) sinnvoller sein als die Anwendung des § 35 BtMG: Letztere beendet nämlich nicht die Strafvollstreckung, sondern stellt diese lediglich zurück bzw. unterbricht sie, und das bedeutet, dass die Strafe trotzdem vollstreckt werden kann. Als Gründe für die Aufhebung der Zurückstellung nennt § 35 Abs. 5 BtMG unter anderem die Nichtaufnahme oder den Abbruch der Therapie.

Die Erfolgsquote von „Therapie statt Strafe" ist erfahrungsgemäß eher gering, besonders der erste Therapieanlauf ist häufig von Rückfällen begleitet. Bei einem Rückfall wird die Therapie oft abgebrochen, sei es durch den Patienten oder die Therapieeinrichtung. In diesem Fall widerruft die Staatsanwaltschaft die Zurückstellung der Vollstreckung, und die Betroffenen werden (wieder) inhaftiert. Grundsätzlich ist es möglich, nach einer abgebrochenen Therapie einen erneuten Versuch zu starten. Dabei muss jedoch genau begründet werden, weshalb die Therapie dieses Mal mehr Erfolg verspricht. Bei einer HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung, die das Leben meist gravierend verändert, erscheint ein (erneuter) Therapieversuch in jedem Fall sinnvoll.

Bei Opiatabhängigkeit ist nach § 35 BtMG auch eine ambulante Substitutionsbehandlung möglich, bei der eine psychosoziale Begleitung in aller Regel Pflicht ist. Die Substitution ist ein Angebot für jene Patient(inn)en, für die eine abstinenzorientierte Langzeittherapie nicht (mehr) in Frage kommt. Manchen Opiatabhängigen fällt es mit einer Substitution leichter, Rückfälle in den (intravenösen) Drogenkonsum zu vermeiden, die unter anderem die bei einer HIV- oder Hepatitis-Therapie erforderliche „Therapietreue" gefährden.

Die Staatsanwaltschaften machen ihre Zustimmung zur Zurückstellung der Strafvollstreckung in der Regel von einer Zusage zur Übernahme der Therapiekosten abhängig. Drogenabhängige müssen sich also selbst um einen Therapieplatz kümmern und dafür sorgen, dass die Krankenkasse oder das Sozialamt die Kosten übernimmt. Eine solche Zusage zu erhalten, ist in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden, denn wie in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung wird auch hier gespart. Da Drogenabhängige oft wenig Erfahrung mit Behörden und der Organisation von Hilfe haben, ist hier die Unterstützung von Betreuer(inne)n besonders wichtig. Diese können entweder die entsprechenden Kontakte vermitteln oder sich – im Idealfall zusammen mit den Klient(inn)en – um die Kostenübernahme und den Therapieplatz bemühen. In den meisten Fällen wird die Beantragung der Therapie von Drogenberatungsstellen übernommen, die Besuche in den JVAs durchführen.

Bei vorzeitigem Abbruch der Therapie wird nach § 35 BtMG die Therapiezeit auf die Freiheitsstrafe angerechnet, wenn sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln ließ (§ 36 BtMG).

HAFTUNFÄHIGKEIT

Die Haftunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen ist in § 455 StPO (Strafprozessordnung) geregelt (vgl. auch die Kommentare zu § 455 StPO bei Meyer-Goßner 2010 m.w.N.). Bei der Frage, ob diese Regelung zur Anwendung kommt, spielt immer auch der jeweilige Stand der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle. Je besser es um die Gesundheitsversorgung in den Gefängnissen oder Haftkrankenhäusern bestellt ist, desto enger sind die Grenzen für eine Haftunfähigkeit.

EIN AUFSCHUB / EINE UNTERBRECHUNG DER HAFT IST DANN MÖGLICH ...

... wenn die verurteilte Person geisteskrank wird (§ 455 Abs. 4 Nr. 1 StPO). In der Regel wird die Haft dann unterbrochen, da das Gefängnis mit solchen Patient(inn)en überfordert wäre. Möglich ist dann eine Verlegung in die forensische oder allgemeine Psychiatrie. Ungeklärt ist indes, inwieweit die Regelung bei hirnorganischen Veränderungen infolge einer HIV-Infektion zutrifft. In jedem Fall kommt es auf die individuelle Beurteilung des Geisteszustandes an.

... wenn durch die Haft aufgrund einer Erkrankung Lebensgefahr besteht (§ 455 Abs. 4 Nr. 2 StPO). Hier genügt es nicht, dass wegen einer Erkrankung Lebensgefahr zu erwarten oder bereits eingetreten ist. Vielmehr muss diese unmittelbar aus der Haftsituation resultieren. Besteht die krankheitsbedingte Lebensgefahr auch in Freiheit, gelten die Betroffenen streng genommen als haftfähig. Eine Haftunterbrechung ist aber auch dann möglich, wenn die Haftsituation die Lebensgefahr vergrößert, allerdings muss dies entsprechend dargelegt werden.

... wenn eine Krankheit vorliegt, die weder in der Haftanstalt noch in einem speziellen Vollzugskrankenhaus angemessen behandelt werden kann (§ 455 Absatz 4 Nr. 3 StPO). Erforderlich für eine Haftunterbrechung ist hier die Erklärung des Anstaltsarztes oder der Anstaltsärztin, dass die Behandlung mangels entsprechender medizinischer Kenntnisse oder mangels Möglichkeiten in Haft nicht durchführbar ist. Allerdings gibt es heute sehr leistungsfähige Justizvollzugskrankenhäuser, deren Standard mit dem öffentlicher Krankenhäuser durchaus vergleichbar ist. Kann der Patient in ein solches Haftkrankenhaus verlegt werden, wird die Strafvollstreckung nicht aufgeschoben. Außerdem ist es möglich, externe Mediziner/innen in die Gefängnisse oder Anstaltskrankenhäuser zu holen und sie um beratende (konsiliarische) Mitarbeit zu bitten. Diese Regelung wird also nur selten zur Anwendung kommen.

Wenn Inhaftierte davon überzeugt sind, dass die Voraussetzungen des § 455 StPO in ihrem Fall gegeben sind, können sie bei der Staatsanwaltschaft jederzeit einen Antrag auf Unterbrechung der Haft stellen. Einen Anwalt brauchen sie dafür nicht, jedoch kann es sinnvoll sein, wenn sachkundige Betreuer/innen Formulierungshilfe geben. Wird dem Antrag stattgegeben, wird die Strafvollstreckung für die Dauer der betreffenden Erkrankung unterbrochen. Wenn sie abgeklungen ist oder der Gesundheitszustand sich so weit gebessert hat, dass keine Haftunfähigkeit mehr vorliegt, muss die Haftstrafe fortgesetzt werden.

Grundsätzlich ausgeschlossen ist eine Unterbrechung der Strafvollstreckung, wenn „überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen" (§ 455 StPO Abs. 4). Entscheidend sind hier die Gefahren, die von der/dem Gefangenen für andere Menschen ausgehen könnten.

AUSLIEFERUNG ODER LANDESVERWEISUNG

Bei Inhaftierten ohne deutschen Pass kann bei Auslieferung oder Landesverweisung gemäß § 456a StPO von der (weiteren) Strafvollstreckung abgesehen werden (vgl. Bammann 2001). Fehlen zugleich soziale Bindungen in Deutschland, kann die Anwendung dieser Regelung unter Umständen von Vorteil sein, da die Haftstrafe jederzeit abgebrochen werden kann (in der Regel jedoch erst kurz bevor die Hälfte bzw. zwei Drittel der Strafzeit verbüßt sind). Nach § 456a StPO vorzugehen, kann jedoch auch Nachteile haben: Bei einer Wiedereinreise kann

die weitere Vollstreckung der Strafe angeordnet werden, solange sie gemäß § 79 Strafgesetzbuch (StGB) noch nicht verjährt ist. In diesem Fall könnte in der Zeit, in der jemand ausgewiesen ist, ein „Gnadenantrag" auf Erlass der weiteren Vollstreckung gestellt werden. Das ist auch vom Herkunftsland aus möglich, hier sollte aber immer auf die Hilfe eines erfahrenen Anwalts zurückgegriffen werden (auch wenn es bei Gnadenanträgen keinen Anwaltszwang gibt), da die Rechtslage schwierig ist und unter Umständen auch Kenntnisse internationaler Rechtsvorschriften und Verträge erforderlich sind.

Die Unterbrechung der Vollstreckung nach § 456a StPO erfolgt entweder auf Antrag der Gefangenen oder wird zu bestimmten Zeiten auch von Amts wegen geprüft. Die Bundesländer haben Verfügungen erlassen, unter welchen Voraussetzungen und zu welchen Zeitpunkten eine Haftstrafe im Falle einer Ausweisung oder Auslieferung unterbrochen werden kann (siehe Bammann 2001).

Die Unterbrechung oder Beendigung der Haft nach § 456a StPO hängt allerdings nicht wie in den anderen Fällen von der Zustimmung des/der Gefangenen ab, kann also auch gegen seinen/ihren Willen erfolgen. Außerdem kann dieser Regelung in den Fällen, in denen eine Strafaussetzung nach § 57 StGB möglich wäre (siehe unten), der Vorzug gegeben werden; zwischen den beiden Vorschriften besteht also ein Konkurrenz-, kein Ausschlussverhältnis.

AUSSETZUNG DES STRAFRESTS ZUR BEWÄHRUNG

Alle Inhaftierten können einen Antrag auf Aussetzung des Strafrests zur Bewährung stellen. Näheres regeln die §§ 57 ff. StGB (siehe hierzu die Kommentare zum StGB in z. B. Fischer 2011). Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten:

- Der Regelfall ist die *Strafrestaussetzung nach zwei Dritteln der Haftzeit,* wenn mindestens zwei Monate davon verbüßt sind, der Häftling einwilligt und nach Einschätzung der Behörden kein Sicherheitsrisiko darstellt. Ob die Strafe zum Zwei-Drittel-Zeitpunkt ausgesetzt werden kann, wird von Amts wegen geprüft, das heißt, der/die Gefangene muss keinen Antrag stellen, kann dies aber ergänzend tun.
- Wenn jemand zum ersten Mal inhaftiert ist und die Haftstrafe zwei Jahre nicht überschreitet, ist eine *Strafrestaussetzung nach der Hälfte der Haftzeit* möglich. Dies wird ebenfalls von Amts wegen geprüft. Hier empfiehlt es sich aber, dass auch der/die Gefangene einen Antrag stellt, da Entlassungen zum Halbstrafen-Zeitpunkt selbst bei hierfür geeigneten Personen nicht immer die Regel sind.
- Neben den oben genannten gesetzlich festgelegten Prüfungszeitpunkten gibt es noch das sogenannte *Reststrafengesuch,* das Gefangene jederzeit per Antrag stellen können. Dabei wird geprüft, ob zum Zeitpunkt der Antragstellung eine vorzeitige Entlassung aus der Haft möglich ist.

Nach § 57a StGB können auch zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilte vorzeitig entlassen werden. Voraussetzung ist, dass mindestens 15 Jahre Haft verbüßt wurden und das Gericht keine „besondere Schwere der Schuld des Verurteilten" festgestellt hat.

In jedem Fall bedürfen alle Formen der Strafrestaussetzung nach den §§ 57 und 57a StGB einer individuellen Entscheidung, bei der die entsprechenden Voraussetzungen zu überprüfen sind. Die Überprüfung, ob eine vorzeitige Entlassung in Betracht kommt, erfolgt entweder auf Antrag oder von Amts wegen. Bei der Entscheidung sind unter anderem die Persönlichkeit des Täters/der Täterin, die Tat selbst, das Verhalten im Strafvollzug und die weitere persönliche Entwicklung, aber auch der aktuelle gesundheitliche Zustand oder eine HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung zu berücksichtigen. Bei den Vollzugsbehörden oder vor Gericht heißt es dabei immer wieder, dass die Täter/innen Unrechtsbewusstsein zeigen und am Vollzugsziel der Resozialisierung aktiv mitwirken müssen.

Die Bewährungszeit beträgt gemäß § 56a Abs. 1 StGB mindestens zwei und maximal fünf Jahre. In der Regel unterstellt das Gericht die betreffende Person für die gesamte Dauer oder einen Teil dieser Zeit der Aufsicht eines Bewährungshelfers oder einer Bewährungshelferin, wenn dies angezeigt ist (§ 56d StGB). Die Strafaussetzung wird widerrufen, wenn der Verurteilte in der Bewährungszeit eine neue Straftat begeht oder gegen Weisungen oder Auflagen „gröblich und beharrlich" verstößt (§ 56f StGB). Dabei führt nicht jede neue Straftat automatisch zu einem Widerruf. Vorher prüft das Gericht, ob es sich um einen „einschlägigen Rückfall" handelt und ein Bewährungswiderruf in Betracht zu ziehen ist, oder ob nicht eher andere – mildere – Maßnahmen angezeigt sind, z. B. ergänzende Auflagen.

ENTLASSUNG AUF DEM GNADENWEG

Das Gnadenrecht ist Länderrecht. Alle Bundesländer haben Gnadenordnungen erlassen, die das Verfahren bei Gnadenanträgen regeln. Hierzu gibt es jedoch nur sehr wenige Veröffentlichungen. Das „Handbuch des Gnadenrechts" von Schätzler aus dem Jahr 1992 ist mittlerweile veraltet, bietet aber einen ersten, groben Überblick. Gegebenenfalls sollte man sich bei den Vollstreckungsbehörden der Länder erkundigen, wer für das Gnadenwesen zuständig ist. Da die Gnadenordnungen wie auch ihre praktische Umsetzung sehr verschieden sind, lässt sich nur schwer Allgemeines hierzu sagen.

Zuständig für Gnadenanträge ist die sogenannte Gnadenbehörde – das ist in den meisten Fällen die Staatsanwaltschaft. Einen Gnadenantrag an die Landesparlamente oder gar die Ministerpräsidenten zu richten, ist sinnlos, da diese nicht zuständig sind und den Antrag entweder weiterleiten oder unerledigt zurücksenden. Auch der Bundespräsident und ebenso die Petitionsausschüsse der Landtage haben mit Gnadenakten im Bereich des Strafvollzugsrechts nichts zu tun.

Es gibt keinen Rechtsanspruch auf Gnade, auch wenn viele Gefangene dies irrtümlich glauben. Folglich gibt es auch nur sehr beschränkte rechtliche Möglichkeiten, einen abgelehnten Gnadenentscheid gerichtlich überprüfen zu lassen. Gnadenanträge sind form- und fristlos, das heißt, Gefangene können jederzeit einen Antrag stellen und benötigen dazu auch keinen Rechtsbeistand. In der Regel erwartet die Gnadenbehörde jedoch, dass zuvor alle anderen Möglichkeiten einer vorzeitigen Entlassung ausgeschöpft und abgelehnt worden sind.

Bei aidskranken Gefangenen kann die (Rest-)Strafe bei nur noch kurzer Lebenserwartung oder plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes gnadenweise erlassen werden. In diesen Fällen kann eine Haftunterbrechung nach § 455 StPO jedoch mehr Erfolg versprechen und schneller zur Haftentlassung führen. Dabei ist aber zu bedenken, dass die Strafvollstreckung fortgesetzt werden könnte, wenn sich der Gesundheitszustand gebessert hat. Eine Entlassung auf dem Gnadenweg ist dauerhaft. Auch eine Kombination der beiden Verfahren kann zum Erfolg führen; so kann man zunächst einen Antrag auf Haftunterbrechung nach § 455 StPO stellen und nach dessen Bewilligung einen Gnadenantrag.

ZUSAMMENFASSUNG

Gefangenen steht eine Reihe von Möglichkeiten der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung der Haft offen, denen allen jedoch relativ enge Grenzen gesetzt sind. Grundvoraussetzung ist stets, dass die betreffende Person keine Gefahr für die Öffentlichkeit darstellt. Auch bei der Frage der Gefährlichkeit wird insbesondere der Gesundheitszustand berücksichtigt: Je schlechter es jemandem geht, desto eher ist davon auszugehen, dass er oder sie kein Risiko für andere mehr darstellt. Eine schwere Krankheit führt allerdings nicht zwangsläufig zu einer Haftunterbrechung oder gar -beendigung, zumal die Vollzugskrankenhäuser mittlerweile eine recht gute Versorgung sicherstellen können. Ohnehin gilt die HIV-Infektion heute als chronische Erkrankung, sodass eine Haftentlassung z. B. nur bei bereits fortgeschrittener Infektion, geringer Lebenserwartung und deutlich beeinträchtigter Lebensqualität in Frage kommt.

Dennoch lohnt es sich – nicht nur bei einer HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung –, die Möglichkeiten der vorzeitigen Entlassung oder Haftunterbrechung zu bedenken. Hier können Betreuer/innen wertvolle Hilfe leisten, indem sie gemeinsam mit den Gefangenen entsprechende Anträge vorbereiten und ihnen bei der Begründung helfen. Viele Gefangene sind mit der Antragstellung überfordert, entweder weil sie nicht lesen und schreiben können oder weil sie keinerlei Erfahrung mit der Formulierung „offizieller" Schreiben haben. Oft werden auch viel zu lange, inhaltlich abschweifende Briefe verfasst, wo eine knappe Begründung ausreichen würde. Bei den zuständigen Behörden kommt es sehr oft auf den ersten Eindruck an, den ein Antrag (und damit die antragstellende Person) macht. Hier spielen Form und Inhalt dann eine besondere Rolle.

Abgesehen von der Strafrestaussetzung nach den §§ 57 ff. StGB sind die hier vorgestellten Regelungen an keine Fristen gebunden. Anträge können also jederzeit gestellt werden. Damit bieten die genannten Vorschriften auch die Möglichkeit, relativ schnell auf Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von Inhaftierten reagieren zu können.

LITERATUR

Bammann 2001 Bammann, K.: Die Unterbrechung der Strafvollstreckung bei Auslieferung oder Ausweisung. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform,* (2), 91–106

Fischer 2012 Fischer, T.: Strafgesetzbuch. Kommentar. 60. Aufl. München: C. H. Beck 2012

Körner 1998 Körner, H. H.: Sonderfragen der Therapieüberleitung im Betäubungsmittelstrafverfahren. In: Kreuzer, A. (Hg.): *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts.* München: C. H. Beck 1998, 1302–1330

Körner/Patzak/Volkmer 2012 Körner, H. H./Patzak, J./Volkmer, M.: Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz. Kommentar. 7. Aufl. München: C. H. Beck 2012

Meyer-Goßner 2013 Meyer-Goßner, L.: Strafprozessordnung. Kommentar. 56. Aufl. München: C. H. Beck 2013

Müller-Dietz 2011 Müller-Dietz, H.: Zur sog. „Drittwirkung" des Freiheitsentzuges. In: Heinrich, M. u. a. (Hrsg.): *Festschrift für Claus Roxin zum 80. Geburtstag.* Berlin u. a.: de Gruyter 2011, 1159–1172

Schätzler 1992 Schätzler, J.-G.: Handbuch des Gnadenrechts. 2. Aufl. München: C. H. Beck 1992

TEIL 2
RUND UM DEN HAFTALLTAG

UNFREI UND ZUM FÜRCHTEN

// Timo Funken

Allein in Deutschland wird heute etwa 70.000 Menschen die Freiheit entzogen – durch unsere „freiheitliche demokratische Grundordnung". Und manchen über Jahrzehnte. Ein furchtbares Leben: es ist zum Fürchten und bar jeden Lebens.

„Freiheit – was ist das?" Auf diese Frage wird eine bayerische Bürgerstochter eine ganz andere Antwort geben als ein amerikanisches Hollywoodsternchen, ein iranischer Imam oder ein chinesischer Landarbeiter. Allen Antworten gemein sein werden oft vage Aussagen über innere und äußere, über negative und positive Freiheit. Wir dagegen können unsere Freiheit genauestens definieren, wissenschaftlich genau, bis auf die Nachkommastelle: Unsere Freiheit beginnt am TE, dem „Terminende". Am Tag unserer Entlassung. Am Morgen, an dem wir aus der Unfreiheit in die Freiheit entlassen werden und dann wieder zu denen gehören, die nur vage Aussagen zur ihrer Freiheit machen können. Bis dahin aber wird uns die Freiheit entzogen: entzogen durch einen Staat, der sich der freiheitlichen demokratischen Grundordnung nicht nur verpflichtet fühlt, sondern der Freiheit diese Grundordnung auch verfassungsrechtlich schuldet. Eine Krux? Vielleicht. Was aber ist zu tun mit Menschen, die sich an die Regeln der Grundordnung nicht nur nicht gehalten, sondern sie missachtet und gebrochen haben?

Wer ist wirklich frei? Und wie frei kann der Einzelne in der Gesellschaft sein, ohne anzuecken, auszubrechen, zu stören… Wir waren wohl zu frei – frei uns zu nehmen, was uns nicht gehörte, frei zu verletzten, was von uns nicht beschädigt werden durfte. Waren wir wirklich zu frei? Wäre uns damals die Frage nach unserer Freiheit gestellt worden, hätte man sicher viel über Unfreiheit erfahren – über Nöte und Zwänge, Sackgassen und Irrwege, Verzweiflung und Leid. Denen also, deren innere Freiheit zumindest gehandicapt war, wird nun die äußere Freiheit entzogen. Bis zum TE.

In dieser Unfreiheit sollen wir auf ein Leben in Freiheit vorbereitet werden?

Und so warten wir aufs TE, warten darauf, wieder frei zu sein. Am Entlassungsmorgen die Sachen zu packen und mit dem geschnürten Bündel hinaus in die freie Welt zu ziehen. Als freie Menschen.

Oder als Mensch, der zwar in einer freiheitlichen demokratischen Grundordnung lebt, dessen Freiheit aber auch durch diese Grundordnung beschnitten wird: durch Regeln und Vorschriften, durch Gesetze und „Normalitätsdefinitionen", denen der Einzelne folgen muss, will er nicht seine Mitgliedschaft gefährden und als Abweichler gelten. Und noch weniger frei ist er durch eigene, innere Dränge, Bedürfnisse, Neigungen, Angewohnheiten und Schwächen. Könnte das aber nicht auch bedeuten – oder die Möglichkeit bieten –, in äußerer Unfreiheit „innerlich" frei zu sein? Zeugen davon nicht sogar die großen schöpferischen Leistungen in Unfreiheit lebender Künstler und Literaten? Beginnt vielleicht auch nicht erst mit der Entlassung, der Rückkehr in die Freiheit, die Unfreiheit, weil die Fremdbestimmtheit im Gefängnis nicht selten ein Gewähren- und Treibenlassen ist, von dem ein werktätiger Familienvater nur träumen kann?

Auch wenn das Freiheitserleben subjektiv ist, so steht uns die äußere Unfreiheit im Gefängnis tagein, tagaus deutlich vor Augen und bindet nicht nur unsere Hände, sondern unser ganzes Leben: Unfrei sind wir bei allem, was wir tun, stets und ständig bevormundet und eingeschränkt. Und in dieser Unfreiheit sollen wir auf ein Leben in Freiheit vorbereitet werden? Spätestens hier zeigt sich die ganze Absurdität des modernen Freiheitsentzugs (fußend auf einem kontrollorientierten Präventionsstrafrecht und Präventionsvollzug), der allenfalls die vorübergehende Unschädlichmachung von Straftätern leisten kann. Indem er die Gesellschaft von dem Schädling befreit, beeinträchtigt er aber auf lange Sicht die Freiheit der Gesellschaft.

Im Sinne der sogenannten absoluten Straftheorien ist die Strafe zweckfrei: Gestraft wird, weil ein Verbrechen begangen wurde – ohne Rücksicht darauf, ob die Strafe dem Geschädigten oder der Gemeinschaft insgesamt nützt oder vielleicht sogar schadet. Man beruft sich auf das Kant´sche Talionsprinzip[1], wonach ein Gleichgewicht herzustellen ist zwischen dem Schaden, der dem Opfer zugefügt wurde, und dem Schaden, der dem Täter zugefügt werden soll. Die ursprüngliche Form dieser Vergeltung ist das biblische „Auge um Auge, Zahn um Zahn" (2. Buch Mose, Kapitel 21, 23), bei dem zunächst noch der Geschädigte selbst Rache nehmen konnte – später folgte die Institutionalisierung der Strafe.

Meine Angst bedrängt mich auch in meinen Träumen

„Hüte dich vor einer in die Ecke getriebenen Maus – sie wird dich beißen", warnte mich meine Oma. Hütet euch also vor Gefangenen, denen ihr die Freiheit raubt, die ihr peinigt und ängstigt: sie werden euch beißen, sobald sie können!

Das Leben im Gefängnis ist ein stetiges Hoffen und Bangen. Es ist eine unsichere Zeit, in der Angst und Furcht ständige Begleiter sind. Die Verhaftung – ein Schock, den man überwindet. Man lebt sich ein, arrangiert sich mit der Inhaftierung. Das

1 von lateinisch talio = Vergeltung

Gewohnheitstier Mensch findet schnell sein Plätzchen, auch in dunkler, kalter Ecke. Es ist der Verlust an Sicherheit, Kontrolle und Autonomie, der die Kehle zuschnürt, das Herz packt und die Seele quetscht. Die Angst steht morgens mit einem auf: Wird mein Besuch heute stattfinden oder macht ein Anstaltsalarm ihn zunichte? Ist mein Sozialarbeiter gut drauf, wird er meine Lockerungen befürworten? Aus dem Telefonhörer tutet dumpfe Ungewissheit, hält meine Freundin zu mir? Den Einkaufsschein habe ich abgegeben, werde ich meine Waren erhalten? In meiner Zelle habe ich es mir wohnlich gemacht, wann wird man mich wieder verlegen? Einen Job habe ich, werde ich zum Berufsfreigang zugelassen? Der ersehnte Brief ist immer noch nicht da, hat sie mich verlassen?

So schläft meine Angst mit mir ein und verfolgt und bedrängt mich auch in meinen Träumen. Ich versuche, sie wegzubeißen – wurde mein Antrag auf einen Zahnarzttermin weitergeleitet, wird man meine Zähne ordentlich richten?

Es sind die kleinen und großen Unwägbarkeiten des Alltags, denen die Insassen hilflos ausgeliefert sind. Im Gefängnis schrecken ob des allumfassenden Ausgeliefertseins und der eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten schon Kleinigkeiten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der unbestimmten Angst und der objektbezogen Furcht: Gefürchtet wird sich im Gefängnis selten, Angst aber haben alle. Dabei setzt die Organisation Gefängnis die Angst als Mittel zur Zielerreichung ein: Schon das Strafvollzugsgesetz fördert – gänzlich ungewollt – mit dem „Sollen" und „Können" das fortdauernde Hoffen und Bangen, das vom Personal nicht selten verstärkt wird. Wohlverhalten wird durch Unverbindlichkeit und belehrenden, (oberflächliches) Funktionieren einfordernden Weisungen erzeugt – und damit die Angst, zu versagen und dem Personal nicht mehr zu gefallen.

Was soll das Lamento: Der Insasse wisse doch, wann er entlassen wird, er kenne sein Entlassungsdatum. Wovor also Angst haben? Ja, aber nicht nur der Entzug der Freiheit, sondern auch die damit einhergehenden Schmerzen und die Entbehrungen des Gefängnislebens sind nicht dazu angetan, auch nur einen Tag länger im Knast verweilen zu wollen, als unbedingt nötig. Deshalb ist das Streben nach Freiheit nicht nur einsichtig, sondern aus gutem Grund ein Grund- und Naturrecht.

Die Angst ist stets und ständig gegenwärtig und gar übermächtig, weil die Handlungsräume, die draußen zur Auseinandersetzung mit Angst und deren Überwindung verfügbar sind, im Gefängnis meist nicht gegeben sind. Der Angst vor Arbeitsplatzverlust kann ich entgegenwirken, um meine kriselnde Beziehung kann ich kämpfen, mein Vermieter kann mich nicht aus meiner Wohnung werfen. Ich bin nicht auf Gedeih und Verderb einzelnen Personen ausgeliefert, die vollkommen über mich bestimmen.

In der Literatur wird diese Lebenswelt als „totale Institution" bezeichnet. Dieser Begriff betont die tendenziell allumfassende Einvernahme des inhaftierten Menschen. Zudem wird beschrieben, dass es ein *Unter*leben gibt: Ein *Über*leben in der totalen Einrichtung befördere sekundäre Anpassungs- und Abwehrmechanismen zur Bewältigung der Haftentbehrungen, die als (besondere) Insassenkultur –

im Gegensatz zur Kultur des Personals – in Erscheinung träten. Phänomene dieser Subkultur seien besondere (gesetz- und regelwidrige) Wertekanons, Verhaltenskodizes, Statushierarchien und Insassentypologien. Die Denk- und Handlungsschemata der Insassen seien signifikant anders als die der Normalbevölkerung (vor allen Dingen: delinquent). Festzustellen ist, dass das Verwahr- und Bewachungssystem laut Gesetz wie auch faktisch eine Sozialisationsinstanz ist. Das Gefängnis soll bessern, zumindest aber verändert es die Gefangenen. Besonders die in dieser Situation auferlegte Übermacht und deren Einfluss auf das Denken, Fühlen und Handeln erzeugen spezifische Coping-Strategien und Anpassungsmechanismen.

Reißen wir die Mauern der Unfreiheit nieder!

Die Inhaftierung ist ein schwerwiegendes, traumatisierendes Lebensereignis, das Menschen (Straftäter, die ohnehin Defizite haben) beschädigt und diverse Ängste hervorruft. Die Institution Gefängnis kann wenig daran interessiert sein, die Angst im Gefängnis zu minimieren, und auch in der Kriminalpolitik wird sich kein Fürsprecher einer angstbefreiten Anstalt finden: Das Gefängnis soll zum Fürchten sein, so propagieren es tagtäglich die Massenmedien, und Bürgersmund tut's kund: Der Knacki soll darben – so wird die Rache gestillt und Sühne getan. Diejenigen, die euch Angst bereiteten, sollen sich vor eurer Rache fürchten …

Tatsächlich aber wird der Inhaftierte zum Fürchten sein: Ein Mensch, der über lange Zeit statt Hilfe Bestrafung erfahren hat, statt Fürsorge Versagung, statt Wärme Ablehnung, wird draußen kein soziales Leben führen können. Genau das nämlich hat ihn das Gefängnis verlernen lassen, es hat gar seine schlechten Seiten gestärkt und ihn ganz fürchterlich geängstigt. Beißen wird er, sobald er kann!

Befreien wir uns also von den alten Fesseln aus Angst, Unwissenheit und Rache und reißen die Mauern der Unfreiheit nieder, ersetzen die Angst durch Freiheit. Fürchten müsst ihr nicht die, denen ihr zur Freiheit verhelft. Fürchten müsst ihr euch nur vor denen, die ihr ängstigt.

BERATUNG UND BEGLEITUNG IM JUSTIZVOLLZUG

// Claudia Rey

Am 31. August 2013 befanden sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 63.317 Menschen im Justizvollzug, davon 10.590 in Untersuchungshaft.[1]

Die Verhältnisse in den Justizvollzugsanstalten sind je nach Bundesland anders. Diese Unterschiede haben sich seit der Föderalismusreform im Jahr 2006 noch verstärkt, da nun die Länder für die Gesetzgebung im Strafvollzug zuständig sind. Für alle Bundesländer ist jedoch zu erwarten, dass aufgrund beschränkter finanzieller Mittel weder mehr Personal noch mehr Angebote zur Resozialisierung der Gefangenen zur Verfügung stehen werden. Dies hat Auswirkungen auch auf die Arbeit externer Berater/innen und Begleiter/innen im Justizvollzug. Diese haupt- oder ehrenamtlich in der Aids-, Drogen- oder Straffälligenhilfe Beschäftigen sind oft die einzigen Personen außerhalb der Gefängnismauern, zu denen Gefangene Kontakt haben. Beratungs- und Begleitungsangebote sind ein unverzichtbarer Baustein der Hilfsangebote für Gefangene.

WAS EMPFIEHLT SICH FÜR NEUE EXTERNE?

Neue externe Mitarbeiter/innen im Justizvollzug stellen sich am besten persönlich bei den zuständigen Stellen – Anstaltsleitung, medizinischer Dienst, Sozialdienst – vor: Das fördert die Kommunikation und die Zusammenarbeit. Externe, die regelmäßig in die Haftanstalten kommen, haben am häufigsten mit den Beamtinnen und Beamten des allgemeinen Vollzugsdienstes zu tun. Ein höflicher Umgang mit ihnen erleichtert den Arbeitsalltag: Dadurch lassen sich z. B. lange Wartezeiten verkürzen, oder man kann sich im Vorfeld darauf verständigen, dass Gefangene über den Lautsprecher lediglich „zur Beratung" – ohne Zusätze wie etwa „Aidshilfe" – gerufen werden. Der allgemeine Vollzugsdienst sollte auch darüber informiert werden, in welcher Funktion die Helfer/innen in der Justizvollzugsanstalt tätig sind.

1 Statistisches Bundesamt 2013, im Internet unter http://bit.ly/ILDLsC (zuletzt besucht am 9.12. 2013)

WIE WIRD DER KONTAKT ZUR HILFSEINRICHTUNG HERGESTELLT?

Die Kontaktaufnahme zwischen den Inhaftierten und der Hilfseinrichtung erfolgt je nach Haftanstalt unterschiedlich: Die Gefangenen können die Einrichtung telefonisch oder schriftlich um einen Besuch bitten oder sich per Vormelder (JVA-Formular für Anträge und Anliegen der Inhaftierten) in der Zentrale oder im Gruppenberatungszentrum für eine Beratung anmelden. In einigen Haftanstalten haben die Hilfseinrichtungen eigene Briefkästen, in denen eine Nachricht oder der Vormelder hinterlegt werden kann. Manche Einrichtungen haben feste Beratungstermine in den Haftanstalten, trotzdem kann es zu Wartezeiten kommen. Allgemein gilt, dass Gefangene leider nur selten Gelegenheit haben, ihr Anliegen zeitnah zu besprechen.

ANONYMITÄT UND FREIWILLIGKEIT

Dass eine Beratung oder Begleitung ohne ungebetene Zuhörer stattfindet, ist in Freiheit eine Selbstverständlichkeit. Im Justizvollzug dagegen ist es eine Errungenschaft, dass man ohne Beisein eines Justizvollzugsbeamten miteinander sprechen darf. Dafür gibt es in den meisten Haftanstalten gesonderte Beratungsräume, wobei es sich oft um ehemalige Haftzellen handelt. Angesichts ihrer Kargheit ist es eine Herausforderung, ein gutes Gespräch zu führen.

Im Gefängnis ist es kaum möglich, ein Beratungs- oder Begleitungsangebot unbemerkt von Mitgefangenen und Bediensteten zu nutzen. Es kann daher sein, dass Gefangene aus Angst vor Bekanntwerden ihres Problems (z. B. eine HIV-Infektion oder Drogenabhängigkeit) oder vor entsprechenden Zuschreibungen erst nach der Haftentlassung zu einer Beratung gehen – oder ganz darauf verzichten. Einige Haftanstalten jedoch ermöglichen es externen Berater(inne)n, direkt auf den Stationen (etwa während der Aufschlusszeit) oder in bestimmten Bereichen des Wohngruppenvollzugs eine Sprechstunde abzuhalten, z. B. zu verschiedenen Themen rund um Gesundheit in Haft. Hier ist Anonymität zwar auch nicht möglich, doch zumindest kann, wer dieses Angebot nutzen will, die Berater/innen direkt ansprechen.

Für ein Vertrauensverhältnis ist es wichtig, beim Erstkontakt und Erstgespräch die Klient(inn)en auf die Schweigepflicht der externen Helfer/innen hinzuweisen und dabei auch das Verhältnis zwischen der entsendenden Einrichtung und der Haftanstalt zu erklären. Dass ein freier Träger Personal für den Sozialdienst des Justizvollzugs bereitstellt, ist nur selten der Fall. Mitarbeiter/innen freier Träger der Straffälligenhilfe sind den Justizverwaltungen nicht unterstellt, auch wenn diese die Beratungsarbeit auswählen (z. B. per Ausschreibungsverfahren) und finanzieren. Dies zu wissen, beruhigt vor allem jene Gefangenen, die davor zurückscheuen, sich bei bestimmten Anliegen – z. B. im Zusammenhang mit einer

HIV- oder HCV-Infektion oder bei einem Drogenrückfall – an den Sozialdienst der Haftanstalt zu wenden.

Für die Beratung und Begleitung in Haft gilt selbstverständlich auch das Prinzip der Freiwilligkeit. Die Vorstellung, Gefangene seien stets erreichbar, erweist sich spätestens dann als Irrtum, wenn diese nicht zum vereinbarten Termin erscheinen und sich über den Vollzugsbeamten entschuldigen lassen. Entweder hat sich dann das Anliegen geklärt, oder die Tagesverfassung des/der Gefangenen lässt ein Erscheinen nicht zu.

HALTUNG DER EXTERNEN HELFER/INNEN

Berater/innen und Begleiter/innen verstehen sich als Interessenvertretung ihrer Klient(inn)en im Hinblick auf die zu ihrem Arbeitsbereich gehörenden Themen. Beim Einsatz für die Belange der Gefangenen müssen sie allerdings immer auch auf die Wahrung der Autonomie achten: Sie können nur einen Auftrag annehmen und Unterstützung anbieten, die Verantwortung bleibt jedoch stets bei den Rat und Unterstützung Suchenden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der mangelnden Selbstbestimmung des Einzelnen in Haft wichtig.

Die Gefangenen sollten in den Beratungsgesprächen selbst bestimmen können, worüber gesprochen wird. Wichtig ist, dass ihre Probleme ernst genommen werden, auch dann, wenn sie nur schwer nachzuvollziehen sind. Draußen lässt sich z. B. das lange Warten auf eine Rückmeldung bei Anträgen oder Schreiben relativ leicht verkraften, in Haft dagegen kann dies die ohnehin schon empfundene Isolation und das Gefühl der fehlenden Einflussnahme noch verstärken.

Berater/innen und Begleiter/innen sollten mit Zusagen oder Versprechungen vorsichtig sein und um Bedenkzeit bitten – auch bei Wünschen, deren Erfüllung nicht gegen geltendes Recht verstößt. Mit etwas Abstand zu der meist eindrucksvoll geschilderten Notsituation fällt es in der Regel leichter, sich klar für oder gegen die erbetene Hilfe zu entscheiden.

ZUR BERATUNG

Die Anliegen, mit denen Inhaftierte in die Beratung kommen, haben in der Regel mit den Folgen der Haft zu tun. Meist handelt es sich dabei um ein ganzes Bündel verschiedener Themen, angefangen von Problemen im Alltag hinter Gittern, über (sozial-)rechtliche Angelegenheiten bis hin zu gesundheitlichen Belangen. Die externen Berater/innen müssen daher über entsprechendes Fachwissen verfügen, sich im Hilfesystem auskennen und auch über aktuelle rechtliche Änderungen – gerade auch im Rahmen der Strafvollzugsgesetzgebung auf Länderebene – möglichst gut informiert sein. Beratung wird daher meist von anerkannten freien Trägern der Wohlfahrtspflege, Straffälligenhilfe sowie der Aids- und Drogenhilfe durch professionelle Mitarbeiter/innen angeboten.

Dem Wunsch, eine sofortige Entlassung zu erreichen, können Berater/innen in aller Regel zwar nicht entsprechen, sie können jedoch zur Verbesserung der Haftbedingungen beitragen. Die Beratungsgespräche können neue Perspektiven aufzeigen und die Gefangenen stärken und motivieren, (wieder) selbst aktiv zu werden.

Regelmäßige Gespräche sind eine willkommene Abwechslung im tristen Haftalltag und wirken der Isolation entgegen. Dieses Angebot nutzen auch Gefangene, die schon lange inhaftiert sind oder bereits mehrere Haftaufenthalte hinter sich haben und den Vollzugsablauf in- und auswendig kennen, dabei aber auch das Gefühl haben, sich in einer Tretmühle zu befinden. Hier können Beratungsgespräche neue Akzente setzen. Aktives Zuhören und motivierende Gesprächsführung sind dabei unterstützende Methoden.

Für erstmals Inhaftierte ist der Alltag hinter Gittern oft schwer zu durchschauen. Sie kennen z. B. die bürokratischen Abläufe nicht (Wo stellt man welchen Antrag?), und die „Knastsprache" ist ihnen noch fremd. Häufig geht es in der Beratung daher auch um das Zurechtkommen in Haft und darum, die Abläufe und Rechte zu erklären.

Weitere mögliche Aufgaben externer Berater/innen:

- *Vorbereitung auf die Haftentlassung.* Um gut durchdachte Entscheidungen im Hinblick auf das Leben nach der Haft treffen zu können, brauchen Gefangene gezielte Informationen, z. B. über die verschiedenen Möglichkeiten einer vorzeitigen Entlassung (siehe Bammann, „Unterbrechung und vorzeitige Beendigung der Haft", S. 49 in diesem Band) oder über Vollzugslockerungen, um bereits vor der Haftentlassung wichtige Dinge wie z. B. Wohnen und materielle Sicherung zu klären. Kommen Vollzugslockerungen oder eine vorzeitige Entlassung nicht in Frage, brauchen Gefangene Unterstützung bei Angelegenheiten, die sie aus der Haftanstalt heraus regeln können. Oft ist eine bevorstehende Haftentlassung nicht nur Anlass zu Freude, sondern auch zu der Angst, in Freiheit erneut straffällig zu werden (z. B. wegen Wiederaufnahme des Drogenkonsums). Diese Angst kann lähmen; hier können Berater/innen die Gefangenen stärken und stabilisieren.
- *Unterstützung in Sachen Gesundheit und medizinische Versorgung.* Wenn es um gesundheitliche Belange geht, fühlen sich Gefangene von der Haftanstalt oft nicht ernst genommen; das kann sie verunsichern („Würde man mir im Falle eines Falles denn überhaupt helfen?"). Und da es in Haft keine freie Arztwahl gibt, gelingt es oft nicht, ein auf Vertrauen basierendes Arzt-Patient-Verhältnis aufzubauen. Das kann dazu führen, dass der Arztbesuch gemieden und wichtige Fragen für die eigene Gesundheit nicht beantwortet werden. Hier gilt es für die Berater/innen, die Gefangenen zum Aufsuchen des anstaltsärzt-

lichen Dienstes zu motivieren oder zwischen Arzt und Patient zu vermitteln. In Modellprojekten haben sich dafür Angebote wie Patientenschulungen (z. B. für HIV-/HCV-positive Gefangene) bereits als sehr sinnvoll erwiesen.

- *Infektionsprophylaxe zum Thema machen.* Wenn die Gefangenen keinen Zugang zu Präventionsmitteln haben, die „draußen" Standard sind – vor allem Kondome, sterile Spritzen und Desinfektionsmittel –, und die Haftanstalt sich weigert, sie bereitzustellen, sollten externe Berater/innen versuchen, Aufgeschlossenheit gegenüber effektiven Präventionsmaßnahmen zu erzeugen, so etwa durch das Angebot regelmäßiger Beratungsgespräche oder durch Informationsreihen für Gefangene und Bedienstete, zu denen Ärzte, Tätowierer/-innen oder andere Referent(inn)en eingeladen werden.
- *Unterstützung in Krisensituationen.* Sie erfordert ein besonders hohes Maß an Sensibilität. Wenn Gefangene z. B. Suizidabsichten äußern, kommen externe Berater/innen sehr leicht in Konflikt: Zum Schutz dieser Personen tätig zu werden, kann nämlich auch bedeuten, dass sie in eine Beobachtungszelle verlegt werden, die rund um die Uhr beleuchtet ist und ständig kontrolliert wird. Sofern möglich, sollte man den Betroffenen verdeutlichen, wo die Grenzen externer Berater/innen liegen, und mit ihnen besprechen, welche Interventionsmöglichkeiten es gibt – das kann ihnen die Kraft zurückgeben, selbst zu entscheiden. Bei akuter Gefahr für Leib und Leben eines Gefangenen ist allerdings sofortiges Handeln angezeigt.

VERNETZUNG UND KOOPERATION

Der Vollzugsablauf ist für externe Berater/innen (besonders für Einsteiger/innen) manchmal schwer zu durchschauen – sie verfügen wahrscheinlich nicht über alle relevanten Informationen. Nicht wenige von ihnen sind wahre „Einzelkämpfer": In ihrer Einrichtung gibt es oft keine weiteren Kolleg(inn)en, die im Justizvollzug beraten. Daher ist es ratsam, sich mit anderen in Haft Engagierten zu vernetzen und regelmäßig zum Erfahrungsaustausch zu treffen. Einen geeigneten Rahmen dafür bieten Arbeitskreise, zu denen bei Bedarf oder regelmäßig auch Mitarbeiter/innen des Justizvollzugs eingeladen werden können.

Außerdem ist es hilfreich, wenn sich die Träger entsendender Einrichtungen an den Schulungen für Mitarbeiter/innen des Sozialdienstes oder des allgemeinen Vollzugsdienstes der Haftanstalten beteiligen. Sie können dort ihr Beratungsangebot vorstellen und *ihre* Sichtweise zu Themen wie HIV/Aids, Drogengebrauch oder Sucht darlegen. Durch diese Kooperation erhalten die Vollzugsmitarbeiter/innen Informationen, die sie an die Gefangenen weitergeben können, und zugleich die Möglichkeit, eigene Einstellungen und Haltungen sowie das eigene Handeln zu reflektieren.

ZUR BEGLEITUNG

Begleitung (auch „Betreuung" genannt) als Teilgebiet sozialer Arbeit bedeutet in erster Linie *emotionale* Unterstützung im Alltag, hier: von Menschen in Haft. Bei den Begleiter(inne)n handelt es sich zumeist um ehrenamtliche Mitarbeiter/innen einer Einrichtung, z. B. der Aidshilfe, die allen möglichen Berufsgruppen angehören und sehr unterschiedliche Motive für ihr Ehrenamt haben. Die entsendenden Einrichtungen sind daher gefordert, diese Mitarbeiter/innen durch Schulungen auf ihre Aufgaben vorzubereiten und sie auch während ihres Engagements fortzubilden – dies im Interesse und zum Schutz sowohl der Gefangenen als auch der Begleiter/innen. Die Aidshilfen beispielsweise schulen ihre Ehrenamtlichen selbst; vermittelt werden dabei allgemeine Kompetenzen (z. B. Erkennen der eigenen Stärken und Grenzen, Auseinandersetzung mit schwierigen Lebenslagen wie Krankheit, Einsamkeit oder Armut) wie auch speziell für die Haftarbeit erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten. Wichtig dabei ist insbesondere die Klärung der eigenen Motivation für ein Engagement im Strafvollzug und die Auseinandersetzung mit den Themen Delinquenz, Strafe und Gerechtigkeit, da diese in der Begleitung von Gefangenen immer wieder zum Tragen kommen.

Zu Beginn der Arbeit im Justizvollzug werden Vereinbarungen zur Einhaltung der für externe Vollzugshelfer/innen geltenden Richtlinien getroffen (z. B. das Verbot, Gegenstände in die Haftanstalt einzubringen – siehe unten). Die Begleiter/innen müssen außerdem wissen, an wen sie sich in ihrer Einrichtung wenden können, um bei Fragen und Problemen die nötige Unterstützung zu finden. Die Einrichtung sollte daher festlegen, welche Hauptamtlichen als Ansprechpartner fungieren. Sinnvoll ist in jedem Fall die Teilnahme an der Supervision; wo dies nicht möglich ist, sollten für Ehrenamtliche regelmäßige Gruppentreffen eingerichtet werden.

Im Rahmen der Begleitung kann mit den Gefangenen alles offen besprochen werden, was sie bewegt. Die Begleiter/innen sollten dabei durchaus ihre eigene Sicht der Dinge einbringen: Gefangene können aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten der Kommunikation mit der Außenwelt von anderen Meinungen und Argumenten sehr wohl profitieren. Allerdings sollte dieser Austausch grundsätzlich auf gleicher Augenhöhe stattfinden: Ein respektvoller Umgang miteinander ist unabdingbar.

Nicht wenige Gefangene möchten vor allem über Dinge reden, die sie vor ihren Mitgefangenen lieber verbergen, z. B. die eigene HIV- oder Hepatitis-Infektion und die Angst vor Erkrankung und Diskriminierung. Andere wollen möglichst viel von dem erfahren, was sich außerhalb der Gefängnismauern tut – schließlich sind sie davon trotz Fernsehen und Radio weitgehend abgeschnitten (Computer und Internet sind in Privatbesitz nicht erlaubt und für Gefangene nur in bestimmten Arbeitsbereichen zugänglich). Manche schließlich möchten auch, dass man ihnen ab und zu etwas mitbringt. Davor sollten sich Begleiter/innen jedoch hüten: Gegenstände in die Anstalt einzubringen, ist verboten – und seien sie noch so klein und preiswert. Und das wissen die Gefangenen auch. Wer trotzdem z. B. Brief-

marken oder Tabak mitbringt, muss damit rechnen, beim nächsten Besuch nach Geld gefragt zu werden. Für Gefangene ist nämlich nicht immer nachvollziehbar, weshalb man bereit ist, Briefmarken mitzubringen, aber kein Geld aushändigen will. Begleiter/innen sollten sich klarmachen: Kleine Gefälligkeiten können die materielle Not der Gefangenen nicht lindern, sie können aber sehr wohl Schaden anrichten: Man gefährdet den Ruf der Einrichtung, für die man arbeitet, und belastet die Beziehung zu den Gefangenen.

Eine Begleitungsbeziehung kann sich verändern, z. B. intensiver und sogar privat werden. In solch einem Fall müssen die Beteiligten genau überlegen, ob die ehrenamtliche Begleitung weitergeführt oder beendet werden sollte und ob der/die Begleiter/in den Gefangenen als Privatperson besucht (entsprechend den Regelungen der Haftanstalt).

OFT HABEN BEGLEITER/INNEN DAS GEFÜHL ...

... den vielen Rollen, die sie für ihre Klient(inn)en spielen sollen – Helfer/in, Vertraute/r, Freund/in, Eltern- oder Partnerersatz –, nicht gerecht werden zu können. Um sich nicht zu überfordern, sollte immer wieder gemeinsam geklärt werden, worum es in der Begleitung genau gehen soll und wo ihre Möglichkeiten und Grenzen liegen. Chancen birgt dieses Angebot allemal, sowohl für die Begleiter/innen als auch die Gefangenen: Weil dabei Menschen zusammentreffen, deren Biografien, Erfahrungen und Lebensverhältnisse sich oft stark voneinander unterscheiden, ermöglicht es Einblicke in andere, bislang vielleicht fremde Lebenswelten. Dies kann die Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen und (Vor-)Urteilen fördern und beiden Seiten zu neuen Sichtweisen verhelfen.

ARBEIT, SOZIALVERSICHERUNG UND GELD IN HAFT – EIN ÜBERBLICK

// Bärbel Knorr

ARBEIT, AUS- UND WEITERBILDUNG

Für Arbeit, aber auch Ausbildung und Weiterbildung gelten im Gefängnis andere rechtliche Bestimmungen als in Freiheit. Diese Bereiche werden durch die Landesstrafvollzugsgesetze und – in Bundesländern, in denen bisher noch kein Landesstrafvollzugsgesetz in Kraft ist – durch das „alte" Strafvollzugsgesetz geregelt (siehe auch Feest, „Neue Unübersichtlichkeit: Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs", S. 8 in diesem Band). Die Regelungen in den Landesstrafvollzugsgesetzen ähneln allerdings denen des (Bundes-)Strafvollzugsgesetzes, weshalb hier vor allem auf Letzteres beispielhaft eingegangen wird.[1]

§ 37 StVollzG ist mit „Zuweisung" überschrieben, was bereits darauf hinweist, dass Häftlinge nicht selbst entscheiden können, welche Arbeit sie verrichten, welchen Beruf sie erlernen oder in welchem Bereich sie sich weiterbilden möchten. Gleichwohl sollen bei der Zuweisung von Arbeit die Fähigkeiten und Neigungen des/der Einzelnen berücksichtigt werden – Arbeit und Beschäftigung wie auch Bildungsmaßnahmen haben schließlich die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zum Ziel. Der Resozialisierung wird im StVollzG – neben dem Strafaspekt – ein hoher Stellenwert beigemessen, wobei Arbeit als wichtiger, wenn nicht gar wichtigster Resozialisierungsfaktor gilt.[2]

1 Zum aktuellen Stand der Ländergesetzgebung siehe www.strafvollzugsarchiv.de
2 vgl. Matzke, M.: Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung. In: Schwind, H.-D./Böhm, A. (Hg.): *Strafvollzugsgesetz*. 3. Aufl. Berlin/New York: Walter de Gruyter 1999, 367

§ 37 StVollzG im Wortlaut:

„(1) Arbeit, arbeitstherapeutische Beschäftigung, Ausbildung und Weiterbildung dienen insbesondere dem Ziel, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern.
(2) Die Vollzugsbehörde soll dem Gefangenen wirtschaftlich ergiebige Arbeit zuweisen und dabei seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen berücksichtigen.
(3) Geeigneten Gefangenen soll Gelegenheit zur Berufsausbildung, beruflichen Weiterbildung oder Teilnahme an anderen ausbildenden oder weiterbildenden Maßnahmen gegeben werden.
(4) Kann einem arbeitsfähigen Gefangenen keine wirtschaftlich ergiebige Arbeit oder die Teilnahme an Maßnahmen nach Absatz III zugewiesen werden, wird ihm eine angemessene Beschäftigung zugeteilt.
(5) Ist ein Gefangener zu wirtschaftlich ergiebiger Arbeit nicht fähig, soll er arbeitstherapeutisch beschäftigt werden."

Die Rolle der durch Häftlinge geleisteten Arbeit ist dennoch widersprüchlich, weil sie als Bestandteil des Behandlungskonzepts zugleich ein Element der durch den Freiheitsentzug auferlegten Strafe darstellt.[3] So garantiert Artikel 12 des Grundgesetzes (GG) das Recht auf Berufsfreiheit – *„(1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen … . (2) Niemand darf zu einer bestimmten Arbeit gezwungen werden …"* – und schränkt es zugleich ein: *„(3) Zwangsarbeit ist nur bei einer gerichtlich angeordneten Freiheitsentziehung zulässig."* Die durch die Verfassung gestattete Zwangsarbeit wird in § 41 StVollzG zur Arbeitspflicht für Gefangene:

„(1) Der Gefangene ist verpflichtet, eine ihm zugewiesene, seinen körperlichen Fähigkeiten angemessene Arbeit, arbeitstherapeutische oder sonstige Beschäftigung auszuüben, zu deren Verrichtung er aufgrund seines körperlichen Zustandes in der Lage ist. Er kann jährlich bis zu drei Monaten zu Hilfstätigkeiten in der Anstalt verpflichtet werden, mit seiner Zustimmung auch darüber hinaus. […]"

Dem in § 37 Abs. 2 StVollzG formulierten Willen des Gesetzgebers (siehe oben) wird in der Vollzugspraxis nur mangelhaft oder gar nicht entsprochen. Oft nämlich gelingt es den Leiter(inne)n der Arbeitsverwaltung nur äußerst schwer, Aufträge für die Anstaltsbetriebe und damit Arbeit für die Gefangenen zu beschaffen – dies vor allem in Zeiten von wirtschaftlicher Stagnation und Arbeitslosigkeit.

Vor diesem Hintergrund ist es meist auch nicht möglich, bei der Arbeitszuweisung die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen der Gefangenen zu berücksich-

3 vgl. ebd.

tigen oder ihnen eine „wirtschaftlich ergiebige", sprich: als sinnvoll empfundene und daher zu Leistungsbereitschaft motivierende Arbeit zuzuweisen.

Art und Umfang der zugewiesenen Arbeit richten sich daher in der Regel nach dem Arbeitskräftebedarf der Anstaltsbetriebe. Je nach Anstaltsgröße und -struktur gibt es Eigenbetriebe, Werkbetriebe und Unternehmerbetriebe. Die in erster Linie für die Grundversorgung der Anstalt eingerichteten Eigenbetriebe sind Küche, Bäckerei, Wäscherei, Bau- und Malerkolonne. Fast alle größeren Vollzugsanstalten verfügen über Werkbetriebe wie Schlosserei und Tischlerei; eine Druckerei und Buchbinderei gibt es pro Bundesland meist nur in jeweils einer Anstalt. Unternehmerbetriebe schließlich bieten Arbeit z. B. in den Bereichen Montage und Fertigstellung an (etwa Wickeln von Kabelbäumen für elektrische Haushaltsgeräte und Autos, einfache Klebe- und Falzarbeiten).

AUSSCHLUSS AUS BESTIMMTEN ARBEITSBEREICHEN

Immer wieder wird berichtet, man schließe HIV-infizierte Gefangene aus bestimmten Arbeitsbereichen aus, z. B. Küche und Kantine. Eine HIV-Infektion allein kann jedoch kein Ausschlussgrund sein (siehe auch Bammann, „Sonderregelungen für HIV-positive Gefangene?", S. 186 in diesem Band). Der 8. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) regelt „Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln", und Paragraf 42 IfSG nennt verschiedene Krankheiten und Krankheitserreger, die zu einem Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Ausscheider führen – die HIV-Infektion befindet sich nicht darunter. Damit gehören Menschen mit HIV auch nicht zu dem Personenkreis, der von der Zubereitung, Herstellung und Verteilung von Lebensmitteln ausgeschlossen ist. Hepatitis A und E dagegen werden in § 42 IfSG genannt, was bedeutet, dass bei Erkrankung oder bei Krankheitsverdacht ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot ausgesprochen wird.

Eine Sonderbehandlung HIV-positiver Gefangener kann nur – wie bei anderen Gefangenen auch – aufgrund des Verhaltens begründet werden, so etwa bei gezielter Unruhestiftung. In solch einem Fall sollte zunächst versucht werden, ein klärendes Gespräch mit der/dem Anstaltsärztin/-arzt, der Anstaltsleitung und der Leitung des betreffenden Arbeitsbereichs zu führen. Falls das Gespräch erfolglos endet, kann der Anstaltsbeirat oder der Petitionsausschuss des jeweiligen Bundeslandes eingeschaltet werden.

SOZIALVERSICHERUNG UND ARBEITSENTGELT

Durch die Einfügung der §§ 190–193 in das StVollzG hat der Gesetzgeber versucht, die Kranken- und Rentenversicherung für Gefangene zu regeln. Diese Paragrafen sind jedoch bis heute nicht in Kraft getreten. Entsprechende Gesetzesinitiativen der Bundesregierung sind bisher jedes Mal am Widerstand des Bundesrates gescheitert, weil die Bundesländer erhebliche zusätzliche Kosten befürchten. Daher verwundert es nicht, dass auch die Landesstrafvollzugsgesetze keine Änderungen in der Sozialversicherung vorsehen. Strafgefangene gehören somit nicht zum Kreis der kranken-, pflege- und rentenversicherungspflichtigen Personen.

Die einzige Regelung, die bisher zugunsten einer sozialen Mindestsicherung für Gefangene getroffen wurde, ist die Arbeitslosen- und Unfallversicherung bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis. Somit können die Gefangenen zumindest Ansprüche auf Arbeitslosengeld für die Zeit nach der Haftentlassung erwerben.

ZUM URTEIL DES VERFASSUNGSGERICHTS VOM 01.07.1998

Anfang der 1990er-Jahre klagten mehrere Gefangene gegen die geringe Höhe der Gefangenen-Entlohnung, gegen die Zwangsarbeit und die fehlende soziale Absicherung und forderten unter anderem den Zugang zur Renten-, Pflege- und Krankenversicherung. Diese Klagen gingen bis vor das Bundesverfassungsgericht. In seinem Urteil vom 01.07.1998 vertrat dieses die Auffassung, die Einbeziehung aller Strafgefangenen in das soziale Sicherungssystem sei zwar zu befürworten, allerdings stehe es dem Gesetzgeber frei, zu bestimmen, ob und wann er mit den beabsichtigten Verbesserungen beginne und welche Leistungshöhe er für welchen Personenkreis festlege.

Zugleich beauftragte das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber, für eine angemessene Anerkennung der Pflichtarbeit von Strafgefangenen zu sorgen, da die bisherige Entlohnung mit durchschnittlich 1,50 DM Stundenlohn (5 % des Durchschnittsverdienstes aller abhängig Beschäftigten) unangemessen und verfassungswidrig sei. Am 27.12.2000 schließlich beschloss der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates, den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts vor allem durch zwei Änderungen Rechnung zu tragen: a) Anhebung der Entlohnung von 5 % auf 9 % des Durchschnittsverdienstes und b) ein Tag Freistellung von der Arbeit für zwei Monate zusammenhängender Arbeit; solche Tage können als Urlaub genommen, aber auch auf die Haftzeit angerechnet werden.

Die Höhe des Arbeitsentgelts (§ 43 StVollzG) richtet sich nach der Art der Arbeit und der Leistung: Arbeiten einfachster Art mit sehr kurzer Einarbeitung und ohne besondere Anforderungen zählen zu Vergütungsstufe I, Vergütungsstufe IV dagegen gilt für Arbeiten mit langer Anlernzeit und gehobenen Anforderungen. Gewährt werden in der Regel fünf Vergütungsstufen, aber andere Einstufungen sind

möglich: So wurden z. B. in Mecklenburg-Vorpommern sechs Stufen eingeführt (zu den Stufen I-V siehe die Tabelle unten, hinzu kommt Stufe 0 mit 60 %).

ARBEITSENTGELT 2013: ALTE BUNDESLÄNDER

Vergütungsstufen	Tagessätze	Stundensätze
I (75%*)	8,73 €	1,09 €
II (88%*)	10,24 €	1,28 €
III (100%*)	11,64 €	1,46 €
IV (112%*)	13,04 €	1,63 €
V (125%)	14,55 €	1,82 €

ARBEITSENTGELT 2013: NEUE BUNDESLÄNDER

Vergütungsstufen	Tagessätze	Stundensätze
I (75%*)	7,37 €	0,92 €
II (88%*)	8,65 €	1,08 €
III (100%*)	9,83 €	1,23 €
IV (112%*)	11,01 €	1,38 €
V (125%)	12,29 €	1,54 €

*Grundlage ist die Eckvergütung nach § 18 SGB IV; der Tagessatz ist der 250. Teil der Eckvergütung.

Die Erhöhung auf 9 % des Durchschnittlohns haben viele Fachleute und Gefangene als unzureichend kritisiert – schließlich war der Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums von einer Erhöhung auf immerhin 15 % ausgegangen. Die Hauptkritik richtet sich jedoch gegen die nicht erfolgte Einbeziehung der Gefangenen in die Renten- und Krankenversicherung, zum Teil auch gegen die geringere Qualität der im Justizvollzug erbrachten medizinischen Versorgungsleistungen. Da für Gefangene, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, keine Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet werden, verringern sich auch ihre Rentenansprüche.

Für Sicherungsverwahrte ist das Arbeitsentgelt höher. Dieses liegt bei 16 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, der Tagessatz ist, wie oben beschrieben, der 250. Teil. Die Bundesländer haben unterschiedliche Regelungen für die Einstufung und für Kürzungen des Grundlohns bei schlechter Leistung.

WEITERE REGELUNGEN ZUM THEMA GELD

AUSBILDUNGSBEIHILFE

(§ 44 StVollzG und entsprechende Regelungen in den Landesgesetzen)

Wenn Gefangene an beruflichen oder schulischen Bildungsmaßnahmen teilnehmen, erhalten sie Ausbildungsbeihilfe.

TASCHENGELD

(§ 46 StVollzG und entsprechende Regelungen in den Landesgesetzen)

Wer ohne Verschulden weder Arbeitsentgelt noch Ausbildungsbeihilfe erhält (z. B. wegen Auftragsmangels, Krankheit, Alter oder Gebrechlichkeit), kann einen Antrag auf Taschengeld stellen. Das Taschengeld beträgt ca. 34 €, wird nur bei Bedürftigkeit gewährt und muss für jeden Monat neu beantragt werden. Nach Absatz 3 der Verwaltungsvorschriften zu § 46 StVollzG ist bedürftig, wer im laufenden Monat aus Hausgeld und Eigengeld (siehe unten) keinen Betrag bis zur Höhe des Taschengeldes zusammenbekommt. Nicht verbrauchtes Taschengeld wird bei der Neubewilligung im nächsten Monat nicht angerechnet (BGH NStZ 1997, 205) und kann daher theoretisch auch angespart werden.

Für Sicherungsverwahrte gelten andere Sätze, in Bayern erhalten sie z. B. den 2,5-fachen Tagessatz der Eckvergütung (51,74 €), wenn sie bedürftig sind und ohne Verschulden weder Arbeitsentgelt noch Ausbildungsbeihilfe erhalten.

HAUSGELD

(§ 47 StVollzG und entsprechende Regelungen in den Landesgesetzen)

Das Arbeitsentgelt (§ 43 StVollzG) wird zu drei Siebtel als „Hausgeld" gutgeschrieben, das den Gefangenen zur freien Verfügung steht (z. B. für den Einkauf von Genussmitteln oder für andere Zwecke). Das Hausgeld ist unpfändbar und kann daher auch nicht für Unterhaltsforderungen in Anspruch genommen werden. Ausnahmen gibt es bei Ansprüchen wegen „vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Selbstverletzung oder Verletzung eines anderen Gefangenen" (§ 93 StVollzG) sowie bei den Kosten eines Gerichtsverfahrens, das gegen eine Maßnahme des Strafvollzugs beantragt wurde (§§ 109 ff. StVollzG).

ÜBERBRÜCKUNGSGELD

Das Überbrückungsgeld (§ 51 StVollzG) dient zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhalts in den ersten vier Wochen nach der Entlassung aus der Haft. Hierzu gibt es in einigen Bundesländern erhebliche Änderungen: In Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Rheinland-Pfalz wurde es in den Landesstrafvollzugsgesetzen nicht mehr aufgenommen. In Brandenburg wurde daraus das „Eingliederungsgeld" und in Sachsen das „Neue Überbrückungsgeld". Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und Niedersachsen haben das Überbrückungsgeld aus dem (Bundes-)Strafvollzugsgesetz für ihre jeweiligen Landesgesetze übernommen, hier gilt also eine ähnliche Regelung wie zuvor. Der gemeinsame Musterentwurf zu einem Landesstrafvollzugsgesetz der anderen Bundesländer (ausgenommen Nordrhein-Westfalen) verzichtet hingegen auf das Überbrückungsgeld.

Hintergrund der Änderung bzw. der geplanten Änderung ist, dass viele das Überbrückungsgeld in der bisherigen Form als hinderlich ansehen, z. B. bei der Kooperation mit Jobcenter. Zudem bereitet es Schwierigkeiten bei der Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nach Haftentlassung und stellt eine Benachteiligung der Entlassenen beim Ansparen geringer Vermögenswerte dar. Zugleich ermöglicht die Abschaffung des Überbrückungsgeldes eine schnellere Schuldenregulierung, und Gefangene können ihren Unterhaltsverpflichtungen besser nachkommen, da das Geld, das bisher als Überbrückungsgeld eingesetzt wurde, dem Eigengeldkonto zufließt und damit zur Deckung finanzieller Verpflichtungen eingesetzt werden kann.

In Sachsen ist es den Gefangenen freigestellt, ob sie ein Überbrückungsgeld ansparen wollen (§ 62 SächsStVollzG). Somit kann das Überbrückungsgeld bereits vor der Entlassung verwendet werden, um Dinge rund um die Entlassung zu finanzieren oder auch um Bußgelder, die gegebenenfalls zu einer Ersatzfreiheitsstrafe führen würden, zu begleichen. Zudem kann das Geld zur Entschädigung von Opfern ausgezahlt werden. Die Regelungen in Brandenburg (§ 73 BbGJVollzG „Eingliederungsgeld") sehen ähnlich aus.

Wo das Überbrückungsgeld in die Landesgesetze eingeflossen ist oder das „alte" Strafvollzugsgesetz noch gilt, sieht die Regelung vor, die verbleibenden vier Siebtel des Arbeitsentgelts bis zur vollen Ansparung dem „Überbrückungsgeldkonto" gutzuschreiben. Die volle Höhe des Überbrückungsgeldes muss erst am Entlassungstag erreicht sein. Bei langen Haftzeiten können Raten festgesetzt werden, durch die dieses Geld bis zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt angespart wird.

In den Bundesländern, in denen das Überbrückungsgeld in der „alten Form" angespart wird, stellt sich die Frage, ob und wie eine Anrechnung des Geldes nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) zu erfolgen hat. So ist man sich uneinig, ob es sich beim Überbrückungsgeld um Vermögen oder Einkommen handelt. Beim Thema SGB II und Überbrückungsgeld sind viele Besonderheiten zu beachten.

Berater/innen, die hierzu nur über rudimentäre Kenntnisse verfügen, sollten in dieser Frage eng mit den örtlichen Sozialberatungen zusammenarbeiten.[4]

EIGENGELD

(§ 52 StVollzG und entsprechende Regelungen in den Landesgesetzen)

In den Bundesländern, in denen das Überbrückungsgeld entfällt, werden vier Siebtel des Arbeitsentgelts dem Eigengeldkonto zugeschrieben, in allen anderen Bundesländern erst, wenn das Überbrückungsgeld voll angespart ist. Mit dem Eigengeld können und sollen die Häftlinge in erster Linie Gläubiger befriedigen, Opfer entschädigen und ihren Unterhaltsverpflichtungen nachkommen.

Je nach den Gepflogenheiten der Haftanstalt können Gefangene auf Antrag mit dem Eigengeld auch Gegenstände des täglichen Bedarfs kaufen (z. B. Kleidung, Kosmetika, Bücher) oder Gebühren für Fernlehrgänge bezahlen. Tabak, Kaffee, Tee und sonstige Genuss- und Nahrungsmittel können dagegen nur mit dem „Hausgeld" (siehe oben) gekauft werden.

GELDEINZAHLUNGEN DRITTER

Für Häftlinge kann man Geld überweisen, möglichst zweckgebunden mit entsprechendem Vermerk auf dem Überweisungsträger. Dieses Geld kann z. B. für den Einkauf in der Haftanstalt oder für den Kauf bestimmter Gegenstände (z. B. Fernseher) genutzt werden. Strittig ist, ob das eingezahlte Geld zur Ansparung des Überbrückungsgeldes herangezogen werden darf. Dies sollte nicht der Fall sein, wenn die Überweisung zweckgebunden ist und der Eingliederung des Gefangenen dient.[5] Zweckgebundene Einzahlungen Dritter auf das Eigengeldkonto des Gefangenen unterliegen dem Pfändungsverbot (OLG Frankfurt, Beschluss vom 20.07.2007).

BEIHILFE DER DEUTSCHEN AIDS-STIFTUNG UND KOSTENBETEILIGUNG

Die Beihilfe der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS) für HIV-positive Gefangene wurde zum 31.12. 2007 abgeschafft. Vorher konnte man Anträge auf Ernährungsbeihilfe stellen, woraufhin die DAS einen Ernährungszuschuss von monatlich 30 € gewährte. Diese Möglichkeit haben viele Gefangene genutzt; im Jahr 2003 waren es 833 (19,9 % aller Antragstellenden). Nach Veränderung der Bewilligungsrichtlinien der DAS reduzierte sich die Zahl der inhaftierten Antragsteller im Jahr 2006 auf 627 Personen.[6]

4 Weitere Informationen zum SGB II stellt u. a. die Internetseite www.sozialpaedagogische-beratung.de zur Verfügung. Empfohlen sei auch der dort als kostenloser Download verfügbare Artikel „Anrechnung von Überbrückungsgeld im SGB II oder die Frage, wann die Haft endet" aus *sozialrecht justament* (1/2013).

5 Siehe hierzu auch die Broschüre „positiv in Haft. Ein Ratgeber für Menschen mit HIV/AIDS" der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

6 Siehe Jahresberichte der Deutschen AIDS-Stiftung von 2003 und 2006.

Da HIV-positive Gefangene häufig ohne Arbeit sind, müssen sie die alltäglich anfallenden Ausgaben mit ihren 34 € Taschengeld bestreiten. Hinzu kommt, dass die Landesstrafvollzugsgesetze eine Beteiligung der Gefangenen an folgenden Kosten vorsehen:

- Unterbringung und Verpflegung (bei einem „freien Beschäftigungsverhältnis" außerhalb der Haftanstalt)
- Lockerungen
- medizinische Versorgung
- Stromkosten
- Reinigung der eigenen Kleidung
- Aufbewahrung und Vernichtung/Entsorgung eingebrachter Sachen
- Schriftwechsel, Telefonieren, Pakete.

KONTAKTE NACH DRAUSSEN

// Kai Bammann

Kaum ein Lebensumfeld ist so sehr von Vorschriften und Regeln geprägt wie der Strafvollzug. Die Gefangenen erfahren eine Vielzahl von persönlichen Einschränkungen und haben begrenzte, mehr oder weniger klar festgelegte Rechte und umfassend geregelte Pflichten.

Mit der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Zuständigkeit für das Strafvollzugsrecht von der Bundes- auf die Landesebene übertragen. Inzwischen sind in den meisten Bundesländern entsprechende Gesetze in Kraft getreten, nur in sechs ist noch das am 1. Januar 1977 in Kraft getretene Strafvollzugsgesetz (StVollzG) des Bundes die Rechtsgrundlage (Stand Oktober 2013). Im vorliegenden Beitrag wird von diesem Gesetz ausgegangen; Besonderheiten der Landesgesetze werden, wo diese wichtig sind, angemerkt.

Das StVollzG gilt für Gefangene in Strafhaft (nicht in U-Haft). Für den Jugendvollzug und die Untersuchungshaft gibt es eigene Landesgesetze. Einige Bundesländer haben sich entschieden, einheitliche Gesetze zu verabschieden, die den Erwachsenen- und den Jugendvollzug zusammen mit der U-Haft unter einem Gesetzesdach regeln. In anderen Ländern werden diese Bereiche in jeweils eigenen Gesetzen geregelt.

KOMPLEXE RECHTSLAGE

Die aktuelle Situation macht das Strafvollzugsrecht noch um einiges unübersichtlicher, als dies schon vor der Föderalismusreform der Fall war. So gibt es zu einzelnen Paragrafen des (Bundes-)Strafvollzugsgesetzes „bundeseinheitliche Verwaltungsvorschriften", die für die Vollzugsbehörden eine Art „Leitfaden" zur Auslegung dieser Normen darstellen. Hier wird näher beschrieben, wie die Anstalten einen Paragrafen anzuwenden haben. Daraus lassen sich allerdings keine Rechte oder Pflichten für die Gefangenen direkt ableiten, da es eben nur Verwaltungsvorschriften sind und kein Gesetz. Daneben gibt es weiterhin die Hausordnungen der Anstalten und Verfügungen auf Landesebene, die weitere Einzelheiten

regeln. Weite Teile des Strafvollzugs werden außerdem durch „Richterrecht" bestimmt, das heißt, die Gerichte legen die Paragrafen aus und regeln so, was „hinter Gittern" zulässig ist und was nicht. Weil es im Strafvollzug meist um individuelle Sachlagen geht, wird auch oft im Einzelfall entschieden. In kaum einem anderen Rechtsgebiet spielt das richterliche Urteil daher eine so entscheidende Rolle wie im Strafvollzugsrecht.

BESCHRÄNKUNGEN DER FREIHEIT

Die in einer Justizvollzugsanstalt zu verbüßende Strafe besteht ausschließlich im Freiheitsentzug. Darüber hinausgehende Beschränkungen sind nur innerhalb enger, allerdings nicht sehr klar bestimmter Grenzen zulässig. § 4 Abs. 2 StVollzG enthält hierzu eine Generalklausel, in der es heißt: *„Der Gefangene unterliegt den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen seiner Freiheit. Soweit das Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, dürfen ihm nur Beschränkungen auferlegt werden, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung der Anstalt unerlässlich sind"* – vergleichbare Formulierungen enthalten auch die Gesetze und Gesetzentwürfe der Bundesländer.

Gleichwohl bedeutet der Strafvollzug über den Freiheitsentzug hinaus eine erhebliche Einschränkung des Lebens. Weder können die Gefangenen die Haftanstalt wählen, noch können Angehörige, Freunde und Bekannte bestimmen, wann und wie lange sie zu Besuch kommen. Weil aber die sozialen Kontakte und Bindungen für eine erfolgreiche Resozialisierung besonders wichtig sind, sollen sie auch während der Haft aufrechterhalten werden. So hat z. B. das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung, in der es um die Verlegung in eine Haftanstalt in der Nähe des Wohnorts der Familie ging, die besondere Bedeutung der familiären Kontakte für die Wiedereingliederung betont (2 BvR 818/05 vom 19.04.06, online verfügbar). Das StVollzG sieht zahlreiche Möglichkeiten vor, wie Gefangene Kontakt nach draußen halten können. Dazu gehören z. B. die Vollzugslockerungen wie Ausführung, Ausgang und Urlaub, aber auch der Empfang von Besuchen, das Erhalten von Paketen sowie das Versenden und Empfangen von Briefen.[1]

Die in diesem Beitrag dargestellten Regelungen zu Außenkontakten orientieren sich am allgemeinen Strafvollzug. Auf die U-Haft treffen sie daher gar nicht oder nur sehr eingeschränkt zu. Die U-Haft dient der Verfahrenssicherung, was auch gerade und gerade bedeutet, Kontakte nach draußen zu unterbinden. Urlaub ist dort ausgeschlossen, Lockerungen, Besuche, Schriftverkehr und Telefonate sind entweder untersagt oder unterliegen sehr engen Beschränkungen. Post und Telefonate werden überwacht und müssen vom Gericht genehmigt werden; ausgenommen sind Kontakte zu Anwältinnen und Anwälten.

1 Details finden sich in den Kommentaren zum StVollzG (Feest/Lesting [Hg.] 2011; Calliess/Müller-Dietz 2008; Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal [Hg.] 2009; Arloth 2011); siehe auch DAH (Hg.) 2011.

PLANUNG DES VOLLZUGS (ZWEITER TITEL StVollzG)

OFFENER VOLLZUG

Das Strafvollzugsgesetz trat 1977 in einer sehr reformorientierten Zeit in Kraft. Gefangene wurden nicht mehr als zu bestrafende Kriminelle verstanden, sondern als Menschen, die Hilfe bei dem Bemühen um ein straffreies Leben in der Gesellschaft benötigen. In dieser Sichtweise gründet auch der unbedingte Vorrang der Resozialisierung. Dementsprechend wurde der offene Vollzug (§ 10 StVollzG) als Regelvollzug verstanden, auch wenn der Wortlaut von § 10 StVollzG hier nicht eindeutig ist.

Rechtsprechung und wissenschaftliche Literatur waren sich mit dem Gesetzgeber einig, dass der geschlossene Vollzug dem Gesetz nach die Ausnahme darstellen sollte. In der Praxis allerdings ist er der Eingangsvollzug geblieben, und die Verlegung in den offenen Vollzug erfolgt erst, wenn ein Teil der Strafe schon verbüßt ist. Der Anspruch des Gesetzes und die Vollzugswirklichkeit haben sich hier nie gedeckt. Daher sehen einige Landesgesetze vor, dass der geschlossene Vollzug nunmehr ausdrücklich der Regelvollzug ist und der offene Vollzug sich bei geeigneten Gefangenen daran anschließt.

Eine Freiheitsstrafe beginnt fast immer im geschlossenen Vollzug – nur sehr selten wird jemand bei Haftantritt in den offenen Vollzug aufgenommen. Das geschieht mit der Begründung, man müsse die Gefangenen erst (im geschlossenen Vollzug) beobachten, um einschätzen zu können, ob von ihnen weitere Straftaten zu befürchten sind. Gleichwohl muss bereits der im Rahmen der Erstuntersuchung zu Haftbeginn erstellte Vollzugsplan (§ 7 StVollzG) Angaben darüber enthalten, ob ein offener Vollzug in Betracht kommt oder ob Lockerungen und andere Maßnahmen der Entlassungsvorbereitung angezeigt sind.

Um in den offenen Vollzug verlegt zu werden, müssen Gefangene z. B. folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Von ihnen darf keine Gefahr für die Öffentlichkeit ausgehen.
- Sie müssen in der Regel einen Arbeitsplatz haben.
- Sie müssen sich im geschlossenen Vollzug über längere Zeit gut geführt haben.
- Ein Entlassungstermin muss absehbar sein.

Weitere Voraussetzungen ergeben sich bislang aus den Verwaltungsvorschriften zu § 10 StVollzG, in denen genauer beschrieben wird, welche Gefangenengruppen in der Regel von der Verlegung in den offenen Vollzug ausgenommen sind. Dies betrifft z. B. Nichtdeutsche, gegen die eine rechtskräftige Ausweisungsverfügung vorliegt, oder Verurteilte mit akuter Abhängigkeit von illegalen Drogen. Allerdings muss auch hier je nach Einzelfall über die Verlegung in den offenen Vollzug entschieden werden. Je näher der Entlassungstermin rückt, desto geringer dürfen

die Anforderungen sein, die vor einer solchen Verlegung an die Gefangenen zu stellen sind. Ihnen soll vor allem ermöglicht werden, bereits vor der Entlassung eine Wohnung zu suchen, eine Arbeitsstelle anzutreten oder eine Ausbildung zu beginnen. Das alles sind wichtige Grundlagen, um sich ein straffreies Leben aufzubauen und dieses auch aufrechtzuerhalten. Der offene Vollzug ist folglich ein unverzichtbarer Einstieg in die Freiheit.

Einen (einklagbaren) Rechtsanspruch auf eine Verlegung in den offenen Vollzug gibt es nicht. Die Entscheidung hängt allein davon ab, wie die Vollzugsanstalt den Gefangenen einschätzt. Gefangene können lediglich überprüfen lassen, ob die Haftanstalt dabei ihr Ermessen richtig eingesetzt, das heißt, alle Argumente für oder gegen die Verlegung korrekt abgewogen hat. Pauschale Hinweise wie „der Gefangene ist drogenabhängig und daher nicht für den offenen Vollzug geeignet" reichen nicht aus. Es muss genau und im Einzelfall begründet werden, weshalb jemand nicht dafür geeignet ist (dies gilt ausnahmslos auch bei allen anderen Lockerungsmaßnahmen).

LOCKERUNGEN

Lockerungen dienen zum einen dazu, Inhaftierte wieder an ein Leben in Freiheit zu gewöhnen und ihnen die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zu ermöglichen. Zum anderen spielen sie eine Rolle bei der Entscheidung über eine vorzeitige Entlassung (vgl. § 15 StVollzG). So ist es gängige Praxis der Vollzugsbehörden, Gefangene über einen bestimmten Zeitraum in Lockerungen „zu erproben", um festzustellen, ob sie sich an Regeln halten (z. B. pünktliche Rückkehr, Einhaltung des Alkohol- und Drogenverbots) und sich damit als geeignet für eine vorzeitige Entlassung erweisen. Bewährt sich der/die Betreffende, wirkt sich das günstig auf die Prognose für eine vorzeitige Entlassung aus. Umgekehrt müssen Gefangene, denen z. B. wegen vermuteter Gefährlichkeit keine Lockerungen gewährt werden, in der Regel die volle Haftzeit verbüßen. Das heißt allerdings, dass sie ohne Vorbereitung in die Freiheit entlassen werden, wo es nicht mehr möglich ist, sie zu beobachten und gegebenenfalls auf sie einzuwirken (die Möglichkeit, eine Führungsaufsicht anzuordnen, sei hier einmal außer Acht gelassen).

Lockerungen sind zwar im Vollzugsplan vorgesehen, erfolgen aber nicht automatisch, das heißt, die Gefangenen müssen sie ausdrücklich beantragen. Dies gilt im Übrigen auch für andere Maßnahmen wie die Verlegung in den offenen Vollzug oder die Gewährung von Urlaub.

Das StVollzG nennt vier Lockerungsarten:

- Die *Ausführung* ist die „schwächste" und zugleich am strengsten überwachte Lockerungsform. Gefangene dürfen dabei die Anstalt nur unter Aufsicht von Vollzugsbeamten verlassen, z. B. bei Behördenbesuchen oder Gerichtsterminen

(siehe auch § 12 und § 36 Abs. 1 StVollzG). Für die Ausführung wird ein Zeitraum festgelegt, in der Regel wenige Stunden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist hierbei auch eine Fesselung zulässig.

- *Ausgang* gibt es in der Regel für Behördengänge, den Unterrichtsbesuch außerhalb der Anstalt oder die Teilnahme an religiösen oder sportlichen Veranstaltungen. Er findet ohne Begleitung statt.
- Mit *Außenbeschäftigung* wird eine regelmäßige, unter Aufsicht ausgeübte (berufliche oder schulische) Tätigkeit außerhalb der Anstalt bezeichnet.
- Beim *Freigang* wird der Vollzug am stärksten gelockert. Die Inhaftierten gehen hier ohne Aufsicht einer regelmäßigen (beruflichen oder schulischen) Tätigkeit außerhalb des Vollzugs nach. Gefangene im Freigang sind in der Regel in gesonderten Abteilungen des geschlossenen oder (häufiger) im offenen Vollzug untergebracht.

Die Aufzählung der Lockerungsarten in § 11 StVollzG ist nicht abschließend („als Lockerung kann *namentlich* angeordnet werden"), sodass auch andere als die genannten gewährt werden können. Als Beispiel sei hier der in einigen Anstalten gängige „Begleitausgang" genannt, bei dem Gefangene von ehrenamtlichen Vollzugshelfer(inne)n begleitet werden. Die meisten Anstalten erweisen sich bei der Regelung von Lockerungsmaßnahmen jedoch als recht „fantasielos" und greifen lediglich auf die im Gesetz ausdrücklich genannten Lockerungsarten zurück, auch wenn im Einzelfall eine Abweichung hiervon geboten wäre.

Die Anstalt kann Lockerungen an bestimmte Auflagen knüpfen. Drogen- und Alkoholverbote sind die Regel, zulässig sind aber auch Weisungen wie etwa, bestimmte Orte zu meiden oder bestimmten Personen aus dem Weg zu gehen. Der Inhalt von Weisungen ist nicht festgelegt; der Vollzug kann weitgehend frei bestimmen und Weisungen für einzelne Gefangene individuell gestalten. Wird gegen Auflagen oder Weisungen verstoßen (sogenanntes Lockerungsversagen), wirkt sich dies in der Regel auf zukünftige Lockerungen aus. Dann werden entweder höhere Anforderungen gestellt oder für eine gewisse Zeit gar keine Lockerungen mehr bewilligt. Ein Lockerungsversagen liegt vor allem dann vor, wenn die Lockerung zu weiteren Straftaten missbraucht wird, aber auch schon dann, wenn der Häftling zu spät in die Haftanstalt zurückkehrt. Gemessen an der Vielzahl der in Deutschland täglich gewährten Vollzugslockerungen kommen Missbrauch oder Versagen jedoch vergleichsweise selten vor (vgl. dazu Dünkel/Fritsche 2005), auch wenn Medienberichte einen anderen Eindruck vermitteln.

„Lockerungssperren" dürfen im Übrigen nicht als Disziplinarmaßnahmen eingesetzt werden. Der in § 103 StVollzG genannte Katalog der Disziplinarmaßnahmen ist abschließend, die Lockerungssperre ist darin nicht genannt.

Gefangene haben keinen Rechtsanspruch auf Lockerungen, sie können diese also nicht vor Gericht einklagen. Das Gericht kann, wenn es angerufen wird, nur prüfen, ob die Anstalt bei der Entscheidung über die Gewährung von Lockerungen alle Voraussetzungen abgewogen hat (sogenannte *Ermessensausübung*). Ob und in welcher Form Vollzugslockerungen gewährt werden, liegt allein im Ermessen der Anstalt. Ein solcher Entscheidungsspielraum der Behörde ist immer dort gegeben, wo das Gesetz eine *Kann*-Vorschrift enthält. Die Anstalt muss aber in jedem Fall individuell begründen, warum sie einen Antrag auf Lockerungen ablehnt. Zu beachten ist dabei: Je näher der Entlassungstermin rückt, desto geringere Anforderungen sind an Gefangene bei der Gewährung von Vollzugslockerungen zu stellen.

Immer wieder ist zu beobachten, dass bestimmten Gefangenengruppen bis zum Ende ihrer Haftzeit Lockerungen nahezu pauschal verweigert werden. Die Verwaltungsvorschriften zu § 11 StVollzG sehen z. B. vor, dass erheblich Suchtgefährdete in der Regel für Lockerungen ungeeignet sind (VV Nr. 7 Abs. 2 a zu § 11). Aber auch in solch einem Fall muss die Anstalt konkret begründen, weshalb jemand keine Lockerungen bekommt. Ein pauschaler Hinweis auf die Verwaltungsvorschriften ist unzureichend. Ähnliches gilt z. B. auch für nichtdeutsche Inhaftierte, denen eine Ausweisung droht. Nur dann, wenn diese vollziehbar ist und nach der Haftentlassung auch eine Abschiebehaft drohen würde, können Lockerungen (und auch der offene Vollzug) ausnahmsweise pauschal versagt werden. Aber auch das muss die Anstalt auf den Einzelfall bezogen begründen. In allen Fällen gilt: Entscheidend bei der Ablehnung eines Antrags auf Vollzugslockerungen ist die Begründung der Ablehnung, die sich an der Straftat, dem Vollzugsverhalten und der Person des Gefangenen festmachen muss.

Für die Gewährung von Vollzugslockerungen sehen die Ländergesetze ähnliche Regelungen vor wie das bisherige Bundesgesetz. Einige Landesgesetzgeber regeln nunmehr aber ausdrücklich, welche Gefangenengruppen keine Lockerungen erhalten dürfen (genannt werden hier u. a. Sexualstraftäter, drogenabhängige Täter).

EXKURS: VERHALTEN EHRENAMTLICHER HELFER/INNEN IM FALLE EINER FLUCHT

In der Regel begleiten ehrenamtliche Helfer/innen nur solche Gefangene, die ohnehin lockerungsberechtigt sind. Hier – wie auch in anderen Fällen der Vollzugslockerung – wägt die Anstalt ihre Zustimmung sorgfältig ab und trägt dafür auch die Verantwortung. Trotzdem kann es passieren, dass Gefangene beim Begleitausgang fliehen. In solch einem Fall sind die Helfer/innen nicht verpflichtet, diese zu verfolgen (es gibt keine Norm, die dies verlangen würde). Allerdings sollten sie die Flucht immer melden – entweder der Anstalt oder der nächsten Polizeidienststelle –, um sich nicht der Vollstreckungsvereitelung nach § 258 Abs. 2 StGB strafbar zu

machen. Bestraft wird hiernach, *„wer absichtlich oder wissentlich die Vollstreckung einer gegen einen anderen verhängten Strafe oder Maßnahme ganz oder zum Teil vereitelt"*. Auch wenn die Helfer/innen die Vollstreckung gar nicht vereiteln wollen: Für die Strafbarkeit reicht es aus, wenn sie von der Flucht wissen und wenn durch verspätete Meldung das Aufgreifen der Geflohenen verzögert wird.

Ebenso wenig sind die Helfer/innen gesetzlich verpflichtet, Straftaten anzuzeigen, die Inhaftierte beim Begleitausgang begangen haben. Aber auch hier besteht die Gefahr, sich der Beihilfe oder der Strafvereitelung (§ 257 StGB) schuldig zu machen.

Der Anstalt muss auch nicht gemeldet werden, wenn sich die begleiteten Gefangenen nicht an festgelegte Weisungen gehalten haben. Die Anstalt kann jedoch – z. B. durch Verordnungen für Vollzugshelfer/innen – ausdrücklich etwas anderes vorsehen. Hier sollte man sich genau nach den jeweiligen Verordnungen erkundigen, andernfalls kann es passieren, dass den betreffenden Helfer(inne)n – schlimmstenfalls sogar allen Mitarbeiter(inne)n der externen Einrichtung – künftig jeder Zugang zur Haftanstalt untersagt wird.

URLAUB

Gefangenen *kann* Urlaub von bis zu 21 Tagen pro Kalenderjahr gewährt werden (§ 13 StVollzG; die Landesgesetze sehen entsprechende Regelungen vor). Einen Rechtsanspruch gibt es auch hier nicht. Urlaub wird in der Regel erst nach Verbüßung von mindestens sechs Monaten Haft gewährt, da es der JVA möglich sein muss, Gefangene kennenzulernen und deren Verhalten einzuschätzen. Auch während des Urlaubs darf von den Gefangenen keine Gefahr für die Öffentlichkeit ausgehen. Die Bedingungen sind ähnlich wie bei der Gewährung von Vollzugslockerungen. Urlaub muss bei der Anstalt beantragt werden. Meist ist dabei eine Urlaubsadresse anzugeben, damit der Antrag bewilligt wird. Üblich ist, dass eine schriftliche „Einladung" einer „zuverlässigen" Person vorliegen muss. Ob und inwieweit jemand urlaubsgeeignet ist, entscheidet letztlich die Anstalt. Die Reisekosten muss der Gefangene selbst aufbringen oder von den Gastgebern tragen lassen.

Aus wichtigem Anlass kann die Anstalt auch Sonderurlaub von bis zu sieben Tagen im Jahr gewähren (siehe § 35 StVollzG), der nicht auf den normalen Urlaub angerechnet wird. Bei lebensgefährlicher Erkrankung oder beim Tod eines Angehörigen können auch mehr als sieben Tage gewährt werden. Nach § 15 StVollzG ist zur Vorbereitung der Entlassung innerhalb der letzten drei Haftmonate zusätzlich ein Entlassungsurlaub von bis zu sieben Tagen möglich. Die Landesgesetze sehen entsprechende Regelungen vor.

Im Zuge der Anfang 2001 erfolgten Neuregelung des Arbeitsentgelts im Strafvollzug wurde in § 43 Abs. 7 StVollzG eine Art „Arbeitsurlaub" eingeführt (auch „Good-time-Regelung" genannt). Wenn Gefangene zwei Monate lang zusammenhängend gearbeitet haben, werden sie auf ihren Antrag hin für einen Tag von der Arbeit freigestellt (§ 43 Abs. 6 StVollzG). Diese Tage können sie ansammeln und entweder als (zusätzlichen) Urlaub verwenden oder von der Haftzeit abziehen lassen. Da diese Neuregelung aufgrund einer Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts in das Gesetz aufgenommen wurde, sehen auch die Landesgesetze entsprechende Regelungen vor.

KONTAKTE MIT DER AUSSENWELT

BESUCH

Nach § 3 Abs. 2 StVollzG ist den schädlichen Folgen des Strafvollzugs entgegenzuwirken. Eine wichtige Aufgabe erfüllen hierbei Kontakte zu Menschen außerhalb der Gefängnismauern. So fordert § 23 Satz 2 StVollzG: *„Der Verkehr mit Personen außerhalb der Anstalt ist zu fördern."* Die gesetzlich vorgesehene Besuchsdauer von mindestens einer Stunde im Monat ist allerdings sehr knapp bemessen. In der Regel sehen die Hausordnungen der einzelnen Anstalten mehrere Stunden pro Monat vor. In der Hausordnung ist außerdem zumeist festgelegt, wie viele Personen pro Besuch zugelassen sind und was diese in die Anstalt mitbringen und an die Gefangenen übergeben dürfen. Mitbringsel dürfen laut Gesetz nicht ohne Genehmigung ausgehändigt werden. Die Landesgesetze regeln Detailfragen teilweise genauer.

Besuche finden entweder einzeln oder in Gruppen in speziellen Besucherräumen statt. Besucher/innen dürfen, wenn dies aus Sicherheitsgründen erforderlich erscheint, durchsucht werden (eine Ausnahme gilt nur für Verteidiger/innen). Eine Entkleidung ist dabei jedoch absolut unzulässig (anders bei Gefangenen, siehe § 84 Abs. 3 StVollzG). Eine Überwachung der Besuche ist nicht vorgesehen, aber in bestimmten Einzelfällen möglich. In besonderen Fällen kann ein direkter Kontakt zwischen Besuchern und Gefangenen untersagt und eine Trennscheibe angeordnet werden.

Besuche können, falls Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährdet sind, eingeschränkt oder versagt werden. Strittig ist die Frage, ob Gefangene Besuch von ehemaligen Mithäftlingen bekommen dürfen. Da Strafgefangene häufig keine weiteren sozialen Kontakte nach draußen haben, erscheint es verfehlt, solche Besuche zu untersagen. Die meisten Anstalten „sperren" ehemalige Häftlinge pauschal für einige Monate, lassen sie aber nach Ablauf dieser Frist als Besucher/innen wieder zu. In jedem Fall gilt auch hier, dass eine individuelle Begründung erforderlich ist, wenn ein Besuch abgelehnt wird.

Eine Sonderstellung haben Verteidiger/innen, andere Anwältinnen und Anwälte sowie Notarinnen und Notare, die für Inhaftierte tätig sind. Die von ihnen mitgeführten Taschen, Unterlagen usw. dürfen nicht durchsucht und die Besuche nicht überwacht werden (jedoch kann eine Trennscheibe angeordnet werden). Das Durchsuchungsverbot wird überall eingehalten. In vielen Anstalten müssen die genannten Personen jedoch ihre Taschen vorher abgeben und dürfen nichts mit hineinnehmen. Häufige Praxis ist „ein flüchtiger Blick" in die Tasche. Dabei darf aber nur nach verbotenen Gegenständen gesucht und nicht in Unterlagen und dergleichen Einblick genommen werden.

KORRESPONDENZ

Gemäß §§ 28 ff. StVollzG können Gefangene unbeschränkt Briefe versenden und empfangen, sofern sie über das nötige Portogeld verfügen. Angehörigen oder Freunden ist es erlaubt, ihren Briefen eine begrenzte Anzahl Briefmarken beizufügen. Briefe von Gefangenen an andere Gefangene sind zulässig und dürfen nur nach den allgemein geltenden Regeln kontrolliert oder angehalten werden.

Die Briefkontrolle beschränkt sich in der Regel auf das Öffnen von Briefen, um nachzusehen, ob nichts Unzulässiges (z. B. Geld oder Drogen) mitgeschickt wurde. In begründeten Fällen darf die Anstalt auch den Inhalt eines Briefes überprüfen („querlesen"), wenn beispielsweise befürchtet wird, dass jemand Fluchtpläne schmiedet oder ein neues Verbrechen plant.

Angehaltene Briefe von draußen werden entweder an den Absender zurückgeschickt oder zur Habe gegeben; die Gefangenen sind hierüber zu informieren. Von Gefangenen verfasste Schreiben können angehalten oder mit einem Begleitschreiben versehen werden, das den Sachverhalt richtigstellt. Die häufigsten Gründe, ein Schreiben anzuhalten, sind Beleidigung von Anstaltspersonal und Weitergabe von Anstaltsinterna.

Die Post zwischen Verteidigern und Gefangenen darf nicht geöffnet werden und ist deshalb mit dem Vermerk „Verteidigerpost" zu versehen. Verteidigerpost darf in der Zelle aufbewahrt und – wenn entsprechend gekennzeichnet – auch bei einer Zellendurchsuchung nicht gelesen werden. Nicht kontrolliert werden darf ebenso der Briefwechsel mit Volksvertretungen des Bundes und der Länder, mit dem europäischen Parlament, dem europäischen Gerichtshof und anderen Einrichtungen, die dem Schutz von Gefangenen und der Menschenrechte dienen. Das Gleiche gilt für die Post zwischen Gefangenen und dem Anstaltsbeirat, nicht jedoch für den Schriftverkehr mit der Gefangenenmitverantwortung (GMV), für den es im StVollzG keinen entsprechenden Schutz gibt.

Die Nutzung von Telefon und Telegramm ist in § 32 StVollzG ausdrücklich geregelt und für zulässig erklärt *(„kann gestattet werden")*. Hinsichtlich Einschränkungen verweist das Gesetz auf die Regelungen zum Schriftverkehr (bei Telegrammen) und zum Besuch (bei Telefonaten).

Der Zugang zu Telefonen ist in den Anstalten immer noch sehr unterschiedlich geregelt. In einigen Justizvollzugsanstalten gibt es frei zugängliche Kartentelefone, in anderen ist das Telefonieren nur über den Sozialdienst möglich, das heißt, dass Gefangene, die dort einen Termin haben, (nur) zu den Öffnungszeiten des Büros telefonieren können. Handys sind in allen Haftanstalten verboten. Ausnahmen finden sich nur in Einzelfällen, z. B. wenn ein Gefangener im offenen Vollzug aus beruflichen Gründen ein Handy benötigt. Einige Landesgesetze räumen diese Möglichkeit ausdrücklich ein.

Telegramme spielen heute keine Rolle mehr und werden daher in den Landesgesetzen nicht mehr erwähnt. Strittig sind hingegen Faxe und E-Mails. Ob Gefangene ein Faxgerät benutzen dürfen, ist bis heute nicht eindeutig gesetzlich geregelt; einzelne Landesgesetze räumen lediglich – unter engen Voraussetzungen – „andere Formen der Telekommunikation" ein. Letztlich ist entscheidend, was die Anstalt hierzu verfügt. Wenn aber z. B. gerichtliche Fristen einzuhalten sind, werden Gefangene auch Zugang zu einem Faxgerät erhalten müssen, zumal es bei Anwält(inn)en gängige Praxis ist, Schriftsätze mit dem Fax zu versenden. In jedem Fall aber können Gefangene ein Fax erhalten, das ihnen dann auch auszuhändigen ist. Doch wie Postkarten sind auch Faxe (z. B. von der Verteidigung) nicht verschlossen und können mithin von Dritten gelesen werden.

Die meisten Haftanstalten sind heute mit Computern ausgestattet, die z. B. für Gefangenenzeitungen oder den Unterricht eingesetzt werden. In der Regel haben sie jedoch keinen Internetzugang, weshalb auch keine E-Mails empfangen oder versendet werden können.

Einen Rechtsanspruch auf die Nutzung „neuer" Medien gibt es nicht. Die Entscheidung, welche Kommunikationsmittel zugelassen werden, hängt ab

- von den Gefangenen selbst, unter anderem davon, wozu sie diese nutzen wollen (werden sie z. B. für Berufs- oder Ausbildungszwecke gebraucht, wird eine positive Entscheidung wahrscheinlicher sein als bei rein freizeitlicher Nutzung)
- vom Sicherheitsstandard der Anstalt oder der jeweiligen Abteilung

- vom bisherigen Umgang der Anstalt mit dieser Frage (Selbstbindung der Verwaltung[2]): Wenn Gefangene z. B. das Faxgerät generell nutzen dürfen, kann dies einem einzelnen Gefangenen nicht oder nur unter sehr engen Voraussetzungen untersagt werden.

PAKETE

§ 33 StVollzG regelt das Thema Pakete nur lückenhaft und gestattet es den einzelnen Anstalten, Näheres in Hausordnungen oder internen Verfügungen selbst zu regeln. Hier wird auch genauer beschrieben, was ein Paket enthalten darf und was nicht. Kritisch gesehen werden beispielsweise Lebensmittel, Hygieneartikel, zuweilen auch Bücher, weil darüber verbotene Substanzen oder geheime Botschaften transportiert werden können. In den Bundesländern, in denen eigene Strafvollzugsgesetze erlassen wurden, dürfen Pakete nunmehr ausdrücklich keine Lebensmittel enthalten.

Nach dem Strafvollzugsgesetz sind im Jahr drei Pakete erlaubt, in der Regel zum Geburtstag, zu Weihnachten und zu Ostern. Zumeist wird das jedoch nicht so streng gehandhabt, sodass auch andere vorgeschlagene Termine akzeptiert werden. Das entspricht dem Umstand, dass Angehörige anderer Religionsgemeinschaften andere Feste feiern – oder auch gar keine. Im Einzelfall kann die Anstalt zusätzliche Pakete zulassen (§ 33 Abs. 1 Satz 3 StVollzG) – wichtig für den Erhalt von Kleidung (z. B. vor der Entlassung), Unterrichts- und Bildungsmaterialien (für Fernkurse) oder genehmigten Gegenständen für die Religionsausübung oder die Freizeitbeschäftigung.

Pakete dürfen nicht „einfach so" in die Anstalt geschickt werden: Der Gefangene muss dies ankündigen und für den Absender eine Paketmarke beantragen, mit der zusammen das Paket dann zugeschickt oder persönlich abgegeben wird. Eine nicht mit Paketmarke versehene Sendung muss die Anstalt zurückschicken oder, falls dies nicht möglich ist, zur Habe des Gefangenen nehmen (das heißt, er bekommt das Paket bei der Entlassung ausgehändigt).

2 Entscheidungen der Verwaltung unterliegen dem Gleichheitsgrundsatz, das heißt, sie muss gleiche Sachverhalte gleich behandeln. Weicht sie im Einzelfall von der ständigen Praxis ab, ohne dass ein sachlicher Grund dafür besteht, liegt ein Verstoß gegen die Selbstbindung der Verwaltung vor.

Religiöse Betätigung (geregelt in den §§ 53–55 StVollzG) ermöglicht es den Gefangenen, Kontakte sowohl nach draußen als auch innerhalb der Haftanstalt zu knüpfen und zu pflegen. Religionsgruppen treffen sich zu regelmäßigen Terminen, man kann sich unterhalten und dem tristen Haftalltag zumindest für eine Weile entfliehen. Das stärkt den Zusammenhalt, was in großen Gefängnissen besonders wichtig ist, denn zu religiösen Veranstaltungen kommen Gefangene aus verschiedenen Abteilungen zusammen, die sich ansonsten nicht begegnen würden.

Das Grundgesetz sieht in Art. 3 Abs. 2 GG ausdrücklich die Religionsfreiheit als Grundrecht vor. Konsequenterweise räumt auch das Strafvollzugsgesetz den Gefangenen die Möglichkeit der Religionsausübung ein. Dazu gehört, dass sie Kontakt zu den Geistlichen ihrer Religion aufnehmen können, sofern es in der Anstalt keine entsprechende Seelsorge gibt. In den meisten Haftanstalten halten heute Geistliche beider christlichen Konfessionen sowie muslimische Geistliche regelmäßige Gottesdienste ab. Daneben kommen auch andere religiöse Gruppen in die Anstalten und organisieren hier Treffen (z. B. Gesprächskreise oder Spielgruppen) oder bieten den Gefangenen und deren Angehörigen Unterstützung an, wie etwa der gemischtkonfessionelle Verein „Schwarzes Kreuz Christliche Straffälligenhilfe e.V.". Nach § 55 StVollzG sind sogenannte Weltanschauungsgemeinschaften – sie sind in Deutschland nicht offiziell als Kirche anerkannt – religiösen Gruppen gleichgestellt.

Grundsätzlich ist es jedem Gefangenen gestattet, Gegenstände oder Schriften zu besitzen, die zur Religionsausübung dienen. Nur bei Missbrauch dürfen diese vorübergehend entzogen werden. Auch die Teilnahme an Gottesdiensten darf nur unter sehr engen Voraussetzungen beschränkt werden. Neben den §§ 53–55 StVollzG (Religionsausübung) ist noch auf § 21 Abs. 2 Satz 2 StVollzG hinzuweisen, wonach es den Gefangenen zu ermöglichen ist, die Speisevorschriften ihrer Religionsgemeinschaft zu befolgen. Sind die dazu erforderlichen Lebensmittel schwer erhältlich, muss man sie sich auf eigene Kosten beschaffen. Heute sehen aber alle Anstalten eine zumeist als „Austauschkost" bezeichnete Ernährung für Muslime und Musliminnen sowie vegetarische Gerichte auf ihren Speiseplänen vor.

Die Landesgesetze enthalten die Vorschriften des Bundesgesetzes vollständig und ohne Einschränkungen.

RECHTSSCHUTZ GEGEN ENTSCHEIDUNGEN DER VOLLZUGSBEHÖRDE

Wie alle Bürger/innen haben auch Gefangene die Möglichkeit, Maßnahmen einer Behörde gerichtlich überprüfen zu lassen. Die §§ 108 ff. StVollzG regeln den Rechtsweg sowie das Verfahren in Angelegenheiten des Strafvollzugs.

Fühlen sich Gefangene durch eine Anordnung der Anstalt (oder die Ablehnung eines Antrags) in ihren Rechten verletzt, steht ihnen der Rechtsweg offen. Dies gilt für alle hier genannten Bereiche, z. B. die Ablehnung von Lockerungen, das Versagen von Besuchen, das Öffnen von Briefen usw. Nähere Informationen hierzu bieten die Broschüre „positiv in Haft" der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. sowie die Kommentare zum Strafvollzugsgesetz (siehe Literaturverzeichnis; insbesondere Feest/Lesting [Hg.] 2011).

Oft kennen die Gefangenen ihre Rechte nur unzureichend. Auch hier sollten die Betreuer/innen tätig werden. Nach einer bis heute unwidersprochenen Entscheidung des OLG Celle ist jedem Gefangenen auf seinen Antrag hin ein aktueller Text des Strafvollzugsgesetzes auszuhändigen (Neue Zeitschrift für Strafrecht 1987, S. 44).

Da der Rechtsschutz nach wie vor in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes liegt, gelten in allen Bundesländern (neben den Landesstrafvollzugsgesetzen) weiterhin die entsprechenden Vorschriften der §§ 108 ff StVollzG.

SCHLUSSBEMERKUNG

Der Strafvollzug soll Gefangene befähigen, *„künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen"* (§ 2 Satz 1 StVollzG). Der Gesetzgeber hat schon frühzeitig erkannt, dass der Strafvollzug eher desozialisiert als resozialisiert, weshalb das Strafvollzugsgesetz eine Vielzahl von Vorschriften enthält, die einer Isolation der Inhaftierten entgegenwirken sollen. Diesem Grundsatz fühlen sich auch die Landesgesetze verpflichtet, wenngleich überall die Sicherheit als Vollzugsziel in die Gesetze mit aufgenommen wurde – neben dem nun nicht mehr vorrangigen, aber dennoch gleichrangigen Ziel der Wiedereingliederung. Für die Resozialisierung ist es aber unverzichtbar, dass Gefangene Kontakte nach draußen – zu Familie, Freund(inn)en, Partner(inne)n – aufrechterhalten oder neu knüpfen können.

Die meisten Kontaktmöglichkeiten – Briefe, Pakete, Telefonate, Besuche, Urlaub – stehen allen Gefangenen offen. Lediglich an Lockerungen werden teilweise sehr strenge Anforderungen gestellt. Einen Rechtsanspruch auf Lockerungen gibt es dabei nicht. Zwar werden sie auch vom Vollzug und der Politik als wesentlicher Bestandteil der Entlassungsvorbereitung angesehen, doch in der Praxis werden einzelne Gruppen, namentlich Drogen Gebrauchende, sehr oft aus Sicherheitsgründen ganz von Lockerungen ausgenommen. Maßstab ist hier in der Regel eine vermutete Gefahr, die von dem Häftling für andere ausgeht. Bei ihrer Entlassung werden die Betroffenen dann allerdings „ins kalte Wasser" geworfen. Gerade bei Drogen Gebrauchenden führt das oftmals zu einer Rückkehr in die Szene, weil sie es nicht gelernt haben, eine Alternative für sich zu finden. Durch eine begleitete,

auf den Einzelfall zugeschnittene Entlassungsvorbereitung könnte dies in vielen Fällen verhindert werden.

Lockerungen und alle anderen Kontakte nach draußen sind entscheidend dafür, dass sich aus der Haft Entlassene in Freiheit zurechtfinden. Es bleibt zu hoffen, dass sich bei der Umsetzung der neuen Landesregelungen keine Verschlechterungen ergeben, sondern dass neben der Sicherheit auch besonderer Wert auf den Erfolg der Wiedereingliederung gelegt wird. Letztlich sind es die Maßnahmen der Entlassungsvorbereitung, die zur Sicherheit beitragen, schaffen sie doch die Grundlage für eine gelingende und nachhaltige Resozialisierung.

LITERATUR

Arloth 2011 Arloth, F.: Strafvollzugsgesetze: Bund, Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen. 3. Aufl. München: C. H. Beck 2011

Calliess/Müller-Dietz 2005 Calliess, R.-P./ Müller-Dietz, H.: Strafvollzugsgesetz. 10. Aufl. München: C. H. Beck 2008

DAH (Hg.) 2011 Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): positiv in haft. 8. Aufl. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2011

Dünkel/Fritsche 2005 Dünkel, F./Fritsche, M.: Vollzugslockerungen und bedingte Entlassung. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (ZfStrVo)* 2005, 208 ff.

Feest/Lesting (Hg.) 2011 Feest, J./ Lesting, W. (Hg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, 6. Aufl. Köln u.a., Heymanns 2011

Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal (Hg.) 2009 Schwind, H. D./Böhm, A./Jehle, J.-M./Laubenthal, K. (Hg.): Strafvollzugsgesetz. 5. Aufl. Berlin: De Gruyter 2009

VORBEREITUNG DER HAFTENTLASSUNG UND NACHSORGE

// Fredi Lang[1]

Die Begleitung der Haftentlassung und die Haftnachsorge in Form einer intensiven psychosozialen Unterstützung bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft sind Aufgaben, die Ehrenamtliche nur in begrenztem Maße übernehmen können. Die enge Kooperation mit professionellen Helfer(inne)n, z. B. aus der Aidshilfe oder dem Drogenhilfesystem, ist nicht nur deshalb wichtig, weil Fachwissen zum Strafvollzugsgesetz, zum Sozialrecht und zu den Angeboten des extramuralen Hilfesystems erforderlich ist, sondern auch wegen des teilweise sehr hohen Unterstützungsbedarfs. Im besten Fall übernehmen Ehrenamtliche die emotionale Begleitung, leisten Hilfestellung bei sozialrechtlichen Angelegenheiten oder fungieren als Fürsprecher/innen, wenn Leistungen verweigert oder verzögert werden. In der Realität aber werden Ehrenamtliche oft zu Lückenbüßern, weil es an personellen Ressourcen mangelt, und übernehmen Aufgaben, die den Rahmen der ehrenamtlichen Arbeit überschreiten.

Was die zeitlichen Ressourcen und die jeweils erforderlichen Kompetenzen angeht, müssen ehrenamtliche Helfer/innen genau wissen, wo ihre Grenzen sind und welche Aufgaben besser von Hauptamtlichen erledigt werden sollten. Die Anbindung an einen freien Träger, der Supervision anbietet, und die Kooperation mit einem dort ständig erreichbaren Mitarbeiter ermöglichen es, Aufgaben sinnvoll zu teilen und Überforderung zu vermeiden. Falls der Gefangene damit einverstanden ist, können sich die ehrenamtlichen Helfer aber auch mit dem oder der zuständigen Sozialarbeiter/in in der JVA in Verbindung setzen und gegebenenfalls einzelne Hilfsmaßnahmen miteinander abstimmen.

1 Dieser für die 4. Auflage unseres Handbuchs „Betreuung im Strafvollzug" verfasste Beitrag wurde von Claudia Pastoor für die vorliegende 5. Auflage aktualisiert.

VORBEREITUNG DER HAFTENTLASSUNG

Die Vorbereitung auf die Entlassung aus der Haft soll schon bei Haftantritt beginnen. So ist es in den Strafvollzugsgesetzen der Bundesländer als Ziel und Aufgabe des Vollzugs verankert. In den letzten Jahren hat der Strafvollzug erkannt, dass die Vorbereitung der Entlassung nicht ausschließlich durch den Häftling und die Justizvollzugsbeamt(inn)en durchgeführt werden kann, sondern dass eine frühe Kontaktaufnahme zum externen Hilfesystem die Entlassungsbedingungen verbessern kann.

Unter dem Begriff Übergangsmanagement wurden in den einzelnen Bundesländern diverse Regelungen getroffen bzw. auf den Weg gebracht, die die Vorbereitung der Eingliederung optimieren sollen. Der Strafvollzug öffnet sich zunehmend nach außen und bietet den Gefangenen Unterstützung an, damit sie schon frühzeitig die erforderlichen Kontakte zum extramuralen Hilfesystem aufnehmen und nachsorgende Maßnahmen vorbereiten können.

Zehn Bundesländer haben sich zusammengeschlossen und einen gemeinsamen Musterentwurf zu einem Landesstrafvollzugsgesetz erarbeitet. In diesem „Zehn-Länder-Entwurf" ist z. B. der § 42 „Vorbereitung der Eingliederung" eingefügt, der umfangreiche Aussagen zur Art der Entlassungsvorbereitung enthält. Nordrhein-Westfalen, eines der Bundesländer, das unabhängig von den Vorgaben des Musterentwurfs ein eigenes Strafvollzugsgesetz schaffen will, hat bereits in den „Grundsätzen der Vollzugsgestaltung" vorgesehen, explizit anführen zu wollen, dass die Arbeit des Vollzugs von ehrenamtlichen Betreuer(inne)n unterstützt werden soll.

Strafvollzug ist seit der Föderalismusreform Ländersache, weshalb hier nicht alle Angebote der einzelnen Bundesländer aufgeführt werden können. Exemplarisch zu nennen ist das „Übergangsmanagement Sucht" in Nordrhein-Westfalen. Dort wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land, dem Städtetag, dem Landkreistag, dem Städte- und Gemeindebund sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege geschlossen, um suchtkranke Gefangene, die häufig über keine stabilisierenden Kontakte mehr verfügen, bei den unmittelbaren Entlassungsvorbereitungen zu unterstützen. Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Mitarbeiter/innen von lokalen Drogenberatungsstellen oder Aidshilfen rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt zu dem Häftling aufnehmen und mithilfe einer Checkliste konkrete Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung mit dem/der Gefangenen absprechen und durchführen können. Das Land Nordrhein-Westfalen zahlt dem Träger der Beratungsstellen eine Fallpauschale von 300 € plus angefallene Fahrtkosten. Wichtig zu wissen ist hierbei, dass alle Maßnahmen des Übergangsmanagements für suchtkranke Gefangene durch die anstaltsinterne Suchtberatung veranlasst werden. Das bedeutet, dass die Beratungsstellen nicht auf die ausschließliche Bitte eines/einer Gefangenen oder eines/einer Familienangehörigen hin aktiv werden können, sondern dass zur Klärung der Formalien der Kontakt zu der anstaltsinternen Suchtberatung aufgenommen werden muss.[2]

2 Nähere Informationen hierzu sind im Internet unter http://bit.ly/1gFklwg zu finden (zuletzt besucht am 14.1. 2014).

Viele JVAs bieten die Möglichkeit, dass Mitarbeiter/innen von Wohneinrichtungen, Arbeitsagenturen, MabiSNet, der Straffälligenhilfe und anderen Vereinen in die Anstalt kommen und den Gefangenen ihre Angebote vorstellen. Um nähere Information über die konkreten Hilfsangebote zur Entlassungsvorbereitung zu erhalten, empfiehlt es sich, den Sozialdienst der JVA zu kontaktieren.[3]

Zuständig für die Koordination der Entlassungsvorbereitung ist primär der Sozialdienst der Justizvollzugsanstalt, der dabei eng mit den anderen Diensten der JVA sowie mit der Bewährungshilfe, der Führungsaufsicht, mit freien Trägern u. a. zusammenarbeitet. Nicht allein dem/der Gefangenen soll überlassen bleiben, sich rechtzeitig – das heißt mindestens drei Monate vor der Entlassung – um die Entlassungsvorbereitung zu kümmern. Im Rahmen der Vollzugsplanung und der Vollzugsplanfortschreibung wird auf mögliche Unterstützung hingewiesen und der entsprechende Bedarf abgefragt.

Da Gefangene an der Vollzugsgestaltung mitwirken sollen, wird von ihnen erwartet, dass sie auch Eigeninitiative entwickeln, um die Voraussetzungen für einen guten Start ins Leben in Freiheit zu schaffen. Leider gibt es immer wieder Gefangene, die kein Interesse an den Hilfsangeboten äußern. Es kann also passieren, dass Einzelne sehr schlecht oder gar nicht auf die neue Situation vorbereitet sind und nach erfolgter Entlassung obdachlos werden.

Gefangene erleben die Zeit in Haft wie einen zähen Fluss ohne jede Abwechslung. Zwar ist ihr ständiger Gedanke, so schnell wie möglich wieder draußen zu sein, aber sie beschäftigen sich nur selten mit der Frage, was sie brauchen, um in Freiheit zurechtzukommen, und schieben lange vor sich her, was sie bis zum Entlassungstag erledigen müssen, z. B. die Beantragung und bestimmter Unterlagen.

Es gibt viele Gründe, weshalb die Entlassung nur unzureichend oder kaum vorbereitet wird: Oft wissen Gefangene nicht, wie man welche Leistung beantragt und wie lange die Bearbeitung von Anträgen dauert, oder sie verlassen sich darauf, dass sich schon irgendjemand um alles kümmern wird. Hinzu kommt, dass der Alltag hinter Gittern lethargisch und passiv macht, der Sozialdienst wegen Personalmangels heillos überlastet ist und es erhebliche Kommunikationsprobleme zwischen den Mitarbeiter(inne)n und den Gefangenen gibt.

Wenn der Zeitpunkt der Entlassung näher rückt, werden Inhaftierte oft unruhig und bekommen Angst, draußen in der Welt erneut zu scheitern und z. B. rückfällig zu werden. Solche Ängste können sie gegenüber den anstaltsinternen Sozialarbeiter(inne)n nur schwer äußern, da diese für die Sozialprognose und Stellungnahmen im Hinblick auf Lockerungen im Vorfeld der Entlassung zuständig sind.

3 Das Justizministerium Nordrhein-Westfalen hat für Gefangene die Broschüre „Was Sie über Hilfen zur Wiedereingliederung wissen sollten" herausgegeben. Diese kann über den Broschürenservice von www.nordrheinwestfalendirekt.de kostenlos heruntergeladen werden. Auch das Checkheft „Vorbereitung auf die Entlassung. Ein Wegweiser in die Freiheit", das man auf www.jm.nrw.de kostenlos herunterladen kann, sei als Lektüre empfohlen (www.jm.nrw.de > Gerichte und Behörden > Justizvollzug des Landes NRW > Arbeit und Kontakt mit und für die Gefangenen).

Deshalb kommt externen Helfer(inne)n ein hoher Stellenwert als Ansprechpartner bei der Vorbereitung der Entlassung zu.

Im Folgenden wird ein Überblick über die wichtigsten Unterstützungsleistungen rund um die Haftentlassung und Haftnachsorge insbesondere bei (ehemals) drogenabhängigen Gefangenen gegeben.

WAS MUSS GEREGELT WERDEN?

PAPIERE

Ausweis

Fehlt der Personalausweis/Reisepass oder ist er abgelaufen, sollte spätestens drei Monate vor Haftentlassung beim Einwohnermeldeamt des Aufenthaltsortes ein neuer Personalausweis bzw. eine Verlängerung beantragt werden. In diesem Fall wird der derzeitige Aufenthaltsort ohne Angabe der Straße und Hausnummer in den Ausweis eingetragen. Wichtig zu wissen ist, dass Gefangene bis zum Entlassungstag nicht meldepflichtig sind. Der Besitz eines Ausweises mit dem eingetragenen Aufenthaltsort erfüllt noch nicht die Meldepflicht nach dem Meldegesetz. Am Tag der Entlassung muss somit zwingend der Gang zum Einwohnermeldeamt des Entlassungsortes vorgenommen werden. Nur mit einer gültigen Meldeanschrift können Leistungen zur Finanzierung des Lebensunterhalts bezogen werden. Für Gefangene, die während der Inhaftierung noch an einem anderen Ort gemeldet sind, muss an diesem der Personalausweis beantragt werden.

Für den Personalausweis/Pass wird ein biometrisches Passfoto (etwa einmal im Monat kommt ein Fotograf oder eine Fotografin in die Anstalt) und der alte Ausweis/Pass benötigt. Wenn keiner vorhanden ist, muss eine Geburtsurkunde beim zuständigen Standesamt (des Geburtsortes bzw. bei Verheirateten des Wohnortes) beantragt werden.

Mangels einer Meldepflicht für Gefangene besteht für die Dauer der Inhaftierung keine Ausweispflicht. Manche Gemeinden weigern sich daher, für Gefangene einen Ausweis auszustellen. Hier sind die Justizvollzugsanstalten angehalten, mit der zuständigen Personalausweisbehörde eine entsprechende Vereinbarung über das Verfahren bei der Antragstellung und bei der Aushändigung der Personalausweise zu treffen.

Wurden vor Ende der Haft keine Papiere beantragt, sollte noch am Tag der Entlassung ein vorläufiger Personalausweis beim Einwohnermeldeamt/Bürgeramt beantragt werden. Dafür werden zwei Passfotos benötigt. Der Ausweis wird dann sofort ausgestellt und ist gebührenpflichtig.

Lohnsteuerkarte

Am 1. Januar 2013 wurde die bisherige Lohnsteuerkarte aus Papier durch die elektronische Lohnsteuerkarte ersetzt. Gefangene müssen sich somit nicht mehr vor der Entlassung um eine Lohnsteuerkarte kümmern. Künftige Arbeitgeber benötigen von ihren Arbeitnehmer(inne)n bestimmte Informationen (Steuerklasse, Kinder, Freibeträge und Religionszugehörigkeit), um die Lohnsteuer berechnen und an das Finanzamt abführen zu können. Diese Informationen werden in einer Datenbank der Finanzverwaltung hinterlegt und den Arbeitgeber(inne)n elektronisch bereitgestellt.

Steuerliche Identifikationsnummer (IdNr)

Die 2007 eingeführte Steueridentifikationsnummer (IdNr) bekommt jede/r in Deutschland gemeldete Bürger/in; sie gilt ein Leben lang und bundesweit. Die eigene IdNr kann man über die Internetseite des Bundeszentralamts für Steuern[4] oder beim Einwohnermeldeamt der Heimatgemeinde erfragen.

Sozialversicherungsausweis

Die Rentenversicherung stellt bei Vergabe einer Versicherungsnummer sowie bei einer Namensänderung für Beschäftigte von Amts wegen einen Sozialversicherungsausweis aus. Bei Verlust oder wenn der Sozialversicherungsausweis unbrauchbar wird, kann bereits vor der Haftentlassung ein neuer Sozialversicherungsausweis bei der Rentenversicherung über die zuständige Krankenkasse beantragt werden.

KRANKENVERSICHERUNG

Möglichst früh sollte geklärt werden, ob ein Anspruch auf Weiterführung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Dazu muss eine Vorversicherungszeit erfüllt sein (Inhaftierte sind nicht krankenversichert, die gesundheitliche Versorgung wird durch die Anstalt gewährleistet). Es ist abzuklären, ob der/die Gefangene in einem Beschäftigungsverhältnis war und bei welchem gesetzlichen oder privaten Träger ein Krankenversicherungsschutz bestand. War vor der Vollstreckung der Freiheitsstrafe bereits ein Pflichtversicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 SGB V wirksam begründet worden, kann nach Haftende zumindest eine nachrangige Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V bestehen.

Grundsätzlich ist die Krankenkasse zuständig, bei der die Person zuletzt krankenversichert war. Wer vor der Inhaftierung (mit Wohnsitz im Inland) privat krankenversichert war und im Krankheitsfall nach der Haftentlassung ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung ist, wird in der privaten Krankenversicherung versicherungspflichtig. Gefangene sollten deshalb die Vorversicherungszeiten schrift-

4 https://www.bzst.de > Steuern National > Steueridentifikationsnummer > Kontakt

lich bei ihrer letzten Krankenkasse erfragen und das Antwortschreiben zu ihren Unterlagen nehmen.

Nach der Haftentlassung besteht ein Krankenversicherungsschutz, wenn eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wird, wenn man über eine Familienversicherung (über den Ehepartner oder bei jungen Inhaftierten über die Eltern) oder eine freiwillige Versicherung verfügt.

Besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld I (für Gefangene, die in Haft einer Beschäftigung nachgehen, werden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet), werden die Berechtigten – unabhängig von Vorversicherungszeiten – über die Arbeitsagentur bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II sind ebenfalls versicherungspflichtig. Wird Arbeitslosengeld II beantragt, ist von der gewählten gesetzlichen Krankenkasse eine Bescheinigung über die Aufnahme bzw. das Bestehen des Versicherungsschutzes vorzulegen. Dies gilt nicht für Haftentlassene, die über 65 Jahre alt sind oder wegen einer während des Vollzugs festgestellten dauerhaft vollen Erwerbsminderung auf Leistungen gemäß der §§ 41 ff. SGB XII angewiesen sein werden. Dies muss im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger geklärt werden. Wenn die Sozialhilfe sofort nach der Haftentlassung Leistungen erbringt, dann greift die aus § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V hervorgehende Ausschlussbestimmung, und der Sozialhilfeträger hat gerade im Fall einer dringend zu behandelnden Erkrankung auch Krankenhilfe zu bewilligen (§ 48 SGB XII).

Bei einem Rentenantrag wird die Vorversicherungszeit überprüft. Wenn sie nicht erfüllt ist, endet das Versicherungsverhältnis, und das Sozialamt kommt für die Kosten auf. Dies muss bei der Wahl des Zeitpunkts der Antragstellung bedacht werden.

Um einen sofortigen Krankenversicherungsschutz nach der Entlassung zu haben, z. B. wegen einer Gewährleistung der Weitersubstitution oder dem Antritt einer stationären Drogentherapie, gibt es auch die Möglichkeit, sich zu einem Mindestbeitrag freiwillig krankenversichern zu lassen. Bei Menschen ohne Einkommen wird ein fiktives Einkommen zugrunde gelegt; 2013 lag der Beitrag bei 133,85 €.

RENTE

Unter Umständen müssen sich ehrenamtliche Helfer/innen auch mit den Rentenansprüchen der Gefangenen befassen. Während der Haftzeit werden für Gefangene keine Beiträge an die Rentenversicherung abgeführt. Dies bedeutet für langjährig Inhaftierte oder Inhaftierte mit einer chronischen Krankheit (z. B. HIV oder Hepatitis), dass sie bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder bei Erwerbsunfähigkeit geringere Rentenansprüche haben. Viele ehemalige Häftlinge sind schockiert, wenn sie erfahren, dass für Arbeitszeiten in Haft nur Beiträge zur Arbeitslosen- und Unfallversicherung, nicht aber zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Zu arbeiten bedeutet für Inhaftierte oft, etwas Nützliches für die Gesell-

schaft zu tun; wird die Arbeit nicht wie erwartet in vollem Umfang berücksichtigt, empfinden sie dies als Ungerechtigkeit und weitere Strafe. Eine Änderung der Rechtslage ist derzeit leider nicht in Sicht.

Das Thema Rente ist sehr komplex. Die Beratung hierzu sollte daher möglichst von professionellen Kräften durchgeführt werden. Es gibt bundesweit die Möglichkeit der kostenlosen Beratung durch ehrenamtlich tätige Versicherungsberater/innen und durch Versichertenälteste, die auch beim Ausfüllen von Anträgen helfen.[5]

Im Folgenden nur ein allgemeiner Überblick über die derzeitige Rechtslage:

Zeitlich befristete Erwerbsminderung

Können Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang ausüben, zahlt der Versicherungsträger eine Erwerbsminderungsrente, und zwar unabhängig vom Lebensalter. Sie wird in der Regel als Zeitrente geleistet, das heißt für längstens drei Jahre; diese Befristung kann wiederholt werden. Wenn nicht abzusehen ist, dass die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, wird die Rente unbefristet gewährt.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Menschen, deren Arbeitsfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkung unter drei Stunden täglich liegt, können volle Erwerbsminderungsrente (EU-Rente) beantragen. Bemessungsgrundlage ist das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (das heißt in jeder nur erdenklichen Tätigkeit, die es auf dem Arbeitsmarkt gibt). Die Rente wird gewährt, wenn sowohl die Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Anwartschaftszeiten) erfüllt sind als auch die Begutachtung des Rentenversicherers eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit des Antragstellers ergeben hat. Die volle EU-Rente wird in der Regel befristet gewährt. Dann wird der Leistungsanspruch erneut geprüft und die Rentenzahlung verlängert. Sie ist höher als die teilweise Erwerbsminderungsrente und dient dazu, den Lebensunterhalt des Versicherten in vollem Umfang zu decken.

In dem Rentenbescheid der Rentenversicherung ist genau festgelegt, wie viel der/die Erwerbsunfähige dazuverdienen darf. Seit 2013 sind das bei voller Erwerbsminderungsrente in der Regel maximal 450 € pro Monat. Der individuelle Hinzuverdienst sollte bei der Rentenversicherung erfragt bzw. dort angegeben werden, um böse Überraschungen, wie z. B. eine Rentenkürzung, zu vermeiden.

5 Adressen findet man unter http://www-deutsche-rentenversicherung.de > Services > Kontakt & Beratung > Beratung vor Ort > Beratungsstellen finden. Die Deutsche Rentenversicherung bietet auch Beratungen über ein kostenloses Servicetelefon an (0800 1000 4800).

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Ist eine Beschäftigung im Umfang von mehr als drei, aber weniger als sechs Stunden täglich möglich, liegt teilweise Erwerbsminderung vor. Das heißt im Klartext: Wenn z. B. ein Maschinenbauingenieur nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, aber vier Stunden täglich in einer Pförtnerloge sitzen kann, bekommt er lediglich eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Kann dem Versicherten jedoch kein entsprechender Teilzeitarbeitsplatz angeboten werden, wird Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt. Dabei wird für jeden Monat, in dem die Rente vor dem 63. Lebensjahr in Anspruch genommen wird, ein Abschlag von 0,3 Prozent erhoben (höchstens aber 10,8 Prozent). Bei einem Leistungsvermögen von über sechs Arbeitsstunden täglich (gleich in welcher Beschäftigung) liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des Gesetzes vor.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Versicherte erhalten nur dann Erwerbsminderungsrente, wenn sie für eine „Wartezeit" (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren freiwillige oder Pflichtbeiträge gezahlt und darüber hinaus in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre lang Pflichtbeiträge für eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit entrichtet haben. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden ausnahmsweise nicht gefordert, wenn es sich um eine Erwerbsminderung infolge eines Arbeitsunfalls, einer Wehrdienstbeschäftigung oder Ähnlichem handelt.

Bevor eine Rente beantragt wird, ist ein Antrag auf Kontenklärung zu stellen. Schon vor diesem Schritt ist eine professionelle Beratung sinnvoll. Unter Umständen kann es nämlich erforderlich sein, gegen den rechtsverbindlichen Bescheid der Rentenversicherungsanstalt Widerspruch einzulegen.

BESCHAFFUNG VON WOHNRAUM

Viele Inhaftierte sind auf Informationen rund um das Thema Wohnen angewiesen, z. B. auf folgende:

- Einen Wohnberechtigungsschein (WBS) beantragt man beim Amt für Wohnungswesen. Wer nach Haftentlassung von Obdachlosigkeit bedroht ist, erhält einen WBS mit Dringlichkeit. Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung können einen WBS mit Dringlichkeit für zwei Zimmer beantragen. Dem Antrag ist ein entsprechendes ärztliches Attest beizufügen.
- Verschiedene regionale Einrichtungen bieten kostenlose Hilfe bei der Vermittlung von Wohnraum an, so etwa Sozialmakler (z. B. zik in Berlin für Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitis), Gefangenenhilfsorganisationen und auch

einige Aidshilfen. Der Sozialdienst kann bei der Vermittlung von regionalen Ansprechpartnern behilflich sein.

- Manche Kommunen halten neben Sozialwohnungen ein besonderes Kontingent an Wohnungen für gesundheitlich eingeschränkte oder anderweitig benachteiligte Personengruppen vor.
- In vielen Großstädten gibt es betreute Wohnprojekte, so von Trägern der Drogenhilfe (z. B. für Substituierte) oder von Einrichtungen zur Versorgung von chronisch Kranken (wie etwa Menschen mit HIV/Aids).
- Wer sich bei gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften oder auf Chiffreanzeigen des freien Wohnungsmarktes bewirbt, braucht in der Regel viel Geduld. Wird eine Mietkaution gefordert, kann eine Übernahme (auf Darlehensbasis) beim Jobcenter/Sozialamt beantragt werden. Mittlerweile gibt es auch die Möglichkeit, statt der Kautionshinterlegung einen Kautionsschutzbrief bei einer Versicherung abzuschließen, die um die 5 Prozent der Kautionssumme jährlich in Rechnung stellt. Der Vermieter muss sich damit einverstanden erklären und bekommt von der Versicherung eine Bürgschaftsurkunde. Bei einer Kaution von 1.500 € muss man mit einer monatlichen Zahlung von etwa 6,50 € rechnen.
- Im Notfall kann man auf Billigpensionen, Wohnheime für Obdachlose und Übernachtungsplätze der Krisenhilfe für Drogenabhängige zurückgreifen.
- Der Nachweis einer angemessenen Wohnmöglichkeit (Pensionen zählen nicht dazu) gehört meist zu den wichtigsten Voraussetzungen, um vorzeitig aus der Haft entlassen zu werden.
- Nähere Informationen zum Thema Wohnen erteilen der Sozialdienst der Justizvollzugsanstalt, die Berater/innen der Aidshilfe, die kommunale Haftentlassenenhilfe oder das Gesundheitsamt.

Inhaftierte, denen Urlaub gewährt wird, können sich in dieser Zeit selbst um eine Wohnung kümmern und sich bei Bedarf helfen lassen. Wer jedoch keinen Hafturlaub bekommt, z. B. wegen Suchtgefährdung, ist in Sachen Wohnen ganz besonders auf Unterstützung angewiesen.

Häufig gelingt es Gefangenen nicht, eine Wohnung zu finden, die sie sofort nach der Haftentlassung beziehen können. Um in solchen Fällen eine belastende Wohnsituation zu vermeiden (z. B. in Pensionen mit Schmutz, Lärm und Streit, ohne Kühlschrank und Kochmöglichkeit), gilt es, die bestmögliche Unterkunft auszuwählen (beispielsweise in einem Projekt oder einer ausgesuchten Pension) und beim Jobcenter (Miet-/Unterbringungskosten) bzw. Sozialamt (Betreuungskosten bei Betreutem Wohnen) die Kostenübernahme zu klären. Bei mehrfach belasteten Menschen (z. B. HIV-infiziert, substituiert und obdachlos) gewährt das Jobcenter/Sozialamt die Unterbringung in Einzelzimmern. Je nach Sachbearbeiter/in ist dafür

ein ärztliches Attest oder eine Stellungnahme der psychosozialen Begleitung nötig. Für Haftentlassene sind Einzelzimmer als Rückzugsmöglichkeit besonders wichtig. Sie müssen sich erst wieder an das Leben draußen und das Zusammenleben mit anderen gewöhnen. Ein Start in einem Mehrbettzimmer würde außerdem das Gefühl der Chancenlosigkeit erzeugen oder verstärken. Gefangene, die nach der Entlassung in eine betreute Wohneinrichtung aufgenommen werden wollen, sollten sich frühzeitig an den Sozialdienst wenden, sodass ein geeignetes Wohnheim gefunden, ein Vorstellungsgespräch geführt und die Kostenübernahme rechtzeitig beantragt werden kann.

SCHULDEN

Mit der Regulierung von Schulden sollte möglichst noch in der Haft mit Unterstützung des Sozialdienstes der Justizvollzugsanstalt oder externer Einrichtungen begonnen werden.

HAFTLOCKERUNGEN ZUR ENTLASSUNGSVORBEREITUNG

Bei vielen Erledigungen, die vor der Haftentlassung anstehen, ist ein persönliches Erscheinen erforderlich (z. B. beim Arbeitsamt, Jobcenter oder Sozialamt). Das setzt voraus, dass Ausgang, regulärer Urlaub oder – als letzte Möglichkeit – Urlaub zur Vorbereitung der Entlassung (in den letzten drei Haftmonaten) gewährt wird. Drogengebraucher/innen verbleiben meist im Regelvollzug, ihnen wird daher selten Entlassungsurlaub gewährt. Fällt der Entlassungstag auf das Wochenende, auf Feiertage oder gibt es wichtige Gründe, kann der/die Gefangene die Vorverlegung des Entlassungszeitpunkts schriftlich beantragen. Gefangene sollten sich rechtzeitig vor dem ursprünglichen Entlassungstermin mit dem Sozialdienst in Verbindung setzen, denn der Entscheid zu einem Gesuch auf vorzeitige Entlassung (§ 57 StGB), umgangssprachlich auch als „Erlass der Reststrafe" bezeichnet, kann überraschend positiv ausfallen. Dies kommt bei Drogengebraucher(inne)n zum Halbstrafentermin allerdings eher selten vor. Eine realistische Chance haben Gesuche erst nach Verbüßen von zwei Dritteln der Strafzeit, wenn eine positive Legal- und Sozialprognose gestellt werden kann.

Es ist zweifellos günstiger, Gefangene schrittweise in das Leben in Freiheit hineinfinden zu lassen, indem ihnen für Erledigungen Ausgang oder Urlaub gewährt wird, statt sie in eine Unmenge ungeregelter Angelegenheiten zu entlassen. Wie Anträge auf Ausgang und Urlaub entschieden werden, hängt meist davon ab, ob eine Suchtmittelgefährdung vermutet und mit entsprechenden Straftaten gerechnet wird. Gute Chancen auf einen positiven Bescheid haben Gefangene, die während der Haft bzw. im Vorfeld der Haftentlassung eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, da hier möglicherweise das Risiko des Drogenkonsums während der Lockerung niedriger eingestuft werden kann. Für die Gewährung von Ausgängen

oder Beurlaubungen erwartet die JVA häufig, dass die schriftliche Einladung einer Institution vorgelegt wird oder Behördengänge als Grund angegeben und nachgewiesen werden.

Für substituierte Gefangene steigen auch die Chancen, auf eigenen Antrag rechtzeitig vor Strafende in den offenen Vollzug verlegt zu werden, wenn das Flucht- und Missbrauchsrisiko als ausreichend gering eingeschätzt wird.

Beim ersten Ausgang wird manchmal eine Begleitung gefordert. Oft aber mangelt es an Vollzugspersonal, um den sogenannten „Begleitgang" durchzuführen. Bei geeigneten Gefangenen wird deshalb geprüft, ob Familienangehörige oder ehrenamtliche Helfer/innen diese Aufgabe übernehmen können. Die Begleitperson muss als vertrauenswürdig eingestuft werden. Ein Kontrollauftrag der JVA besteht für sie aber nicht; sollte der oder die Gefangene sich nicht an die Absprachen halten, ist das Risiko seitens der JVA zu kalkulieren. Die Begleitperson kann hierbei nicht haftbar gemacht werden. Dennoch kann diese Situation einen Rollenkonflikt bedeuten, da sich die ehrenamtlichen Helfer/innen als verlängerter Arm der Justiz fühlen könnten.

VORZEITIGE ENTLASSUNG BEI AIDS

Bereits an Aids erkrankte Häftlinge sollten angesichts einer eventuell verkürzten Lebenszeit möglichst schnell wieder aus der Haft entlassen werden. Dies kann gelingen, wenn Voraussetzungen für eine günstige Prognose geschaffen werden. Dazu gehören z. B. der Nachweis einer Wohnmöglichkeit, die Stellungnahme des Sozialdienstes der Haftanstalt oder eines freien Trägers, die Gesundheitsprognose des anstaltsärztlichen Dienstes, die Substitution, ein unterstützendes soziales Netz (z. B. Angehörige, Freundeskreis, emotionale Begleitung durch Ehrenamtliche). Durch die frühzeitige Einbeziehung des anstaltsärztlichen Dienstes in die Vollzugsplanung kann vermieden werden, dass bei bereits Erkrankten die Möglichkeit einer vorzeitigen Entlassung nicht oder zu spät wahrgenommen wird.

EMOTIONALE BEGLEITUNG

Zur Vorbereitung auf das Leben nach der Haft gehört auch und gerade die emotionale Begleitung – eine Aufgabe, für die sich externe Helfer/innen eignen. Im offenen Gespräch können Ängste vor einem Scheitern der Resozialisierung thematisiert und Strategien zum Umgang mit zu erwartenden Schwierigkeiten (z. B. auf Ämtern) und emotionalen Einbrüchen entwickelt werden. Bei nicht urlaubsberechtigten Gefangenen empfiehlt sich das Angebot, sie am Entlassungstag bei Behördengängen zu begleiten. Die Gewissheit, dass am Entlassungstag im Notfall jemand zur Seite steht, kann die Gefangenen schon entlasten.

Besonders wichtig ist die Stärkung von Selbstvertrauen und Hoffnung: Trotz aller Schwierigkeiten ist es möglich, einen Platz in der Gesellschaft zu finden, nicht (mehr) drogenabhängig zu werden und soziales Elend zu vermeiden. Gefangene erleben es selten, dass ein anderer Mensch auf ihre Entwicklungsfähigkeit baut. Ob substituiert oder clean: Die meisten Drogen gebrauchenden Gefangenen haben Angst davor, draußen erneut rückfällig zu werden. Sie vertrauen nicht auf die Stabilität, die sie in der Haftsituation erreicht haben. Je länger die Haftzeit dauert, desto mehr verlieren sie das Gefühl für eigene Stärken und Schwächen. Und je näher die Entlassung rückt, desto größer wird die Angst, sich zu täuschen und es nicht zu schaffen.

Wer jahrelang auf Drogen war, hat draußen außerhalb der Szene oft keine sozialen Bezüge. Die Gefahr, dass Haftentlassene dorthin zurückkehren und durch „Wiedersehensgeschenke" erneut in den Drogenkonsum einsteigen, ist daher groß. Wichtig ist deshalb, sie bereits in Haft mit Adressen von Hilfseinrichtungen und Selbsthilfegruppen zu versorgen und entsprechende Kontakte zu vermitteln. Unterstützt werden soll ebenso die Kontaktaufnahme zu Menschen (Angehörigen, Bekannten usw.), die keine Drogen nehmen. Bei der Entwicklung positiver Perspektiven zu helfen, bedeutet nicht, dass die Helfer/innen allen Vorstellungen oder Haltungen der Inhaftierten zustimmen müssen. Vielmehr gilt es, auch eigene Sichtweisen einzubringen, um den Gefangenen Alternativen aufzuzeigen und es ihnen zu ermöglichen, Fehleinschätzungen zu korrigieren.

SUBSTITUTION

Dem Wunsch vieler Drogenabhängigen nach einer Substitutionsbehandlung in Haft wird in den Haftanstalten zumindest einiger Bundesländer immer häufiger entsprochen – vor allem im Vorfeld der Entlassung.

Die Substitution in Haft wird geregelt durch

- das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
- die Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
- durch entsprechende Erlasse der Justizministerien der Länder.

Nicht verbindlich ist dagegen die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung"[6], weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regelt, Strafgefangene aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage haben die meisten Gefangenen, die schon vor ihrer Inhaftierung substituiert wurden, eine Indikation erhalten. Nach der aktuellen Richtlinie finanziert die gesetzliche Krankenversicherung die Substitution, auch wenn keine weitere Erkrankung – z. B. eine Hepatitis-C- oder HIV-Infektion – vorliegt.

6 Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (ehemals BUB-Richtlinie)

In der Regel muss die Substitution durch eine qualifizierte Fachkraft der Drogenhilfe psychosozial begleitet werden. Oft kann mit einer Substitution erst begonnen werden, wenn eine schriftliche Bestätigung hierzu vorliegt. Einrichtungen der Drogenhilfe, die psychosoziale Begleitung zur Substitution anbieten, sind allerdings oft überlastet und reagieren auf briefliche Anfragen zögerlich. Eine Aufgabe ehrenamtlicher Helfer/innen kann es daher sein, Kontakt zu der jeweiligen Einrichtung aufzunehmen und sich darum zu kümmern, dass die schriftliche Bestätigung rasch ausgestellt wird. Außerdem erforderlich sind die Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt oder einer niedergelassenen Ärztin oder einer örtlichen Methadonambulanz zur Sicherstellung der Substitution nach der Haftentlassung, die Vereinbarung eines Termins für das Aufnahmegespräch am Tag nach der voraussichtlichen Entlassung (bei vorzeitiger Entlassung sind Praxisurlaub, Öffnungszeiten, Wochenendvergabe zu beachten) sowie die intensive Unterstützung bei der psychosozialen Reintegration. In einigen Städten sind hauptamtliche Aidshilfe-Mitarbeiter/innen in diesem Feld tätig. Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung koordiniert in der Regel der Sozialdienst die Sicherstellung der Anschlusssubstitution.

Das zur Substitution eingesetzte Medikament unterdrückt zwar den „Heroinhunger", trotzdem kommt es in den ersten Wochen in Freiheit häufig zu riskantem Beigebrauch von Kokain, Medikamenten oder Alkohol. Der Entlassungstag versetzt in eine Partylaune, die zum „Feiern" oder zum „Sich-Belohnen" animiert.

Gerade beim Konsum von illegalen Drogen unterschätzt der frisch entlassene Drogengebraucher häufig den Wirkstoffgehalt, sodass die Gefahr einer Überdosierung besteht. Die in solchen Phasen notwendige Krisenintervention und psychosoziale Unterstützung ist in der Regel nur durch Fachkräfte entsprechender Einrichtungen leistbar. Ehrenamtliche können dabei aber bestimmte Aufgaben übernehmen, sofern sie in die Einrichtung eingebunden sind und Absprachen zwischen Ehren- und Hauptamtlichen getroffen werden.

EINSTIMMUNG AUF DIE ENTLASSUNG

Gefangene, die vor der Haftentlassung eher optimistisch sind und glauben, das draußen zu Erledigende schnell und reibungslos „über die Bühne" bringen zu können, sehen sich in Freiheit oft eines Besseren belehrt. Die Enttäuschung darüber, Geplantes nicht erreicht zu haben, ist dann sehr groß. Zum einen haben die Entlassenen ihr Nachholbedürfnis in punkto Freizeit nicht bedacht, zum anderen haben sie die bei Behörden zu nehmenden Hürden unterschätzt (Öffnungs- und Wartezeiten, fehlende Antragsunterlagen usw.). Inhaftierte sollten deshalb darauf vorbereitet werden, dass sie für die Regelung ihrer Angelegenheiten trotz bester Vorsätze länger als geplant brauchen können.

In der Regel dauert es mehrere Wochen, bis alle Anträge bearbeitet und die entsprechenden Leistungen bewilligt werden. Um Abweisung und stundenlanges

Warten zu vermeiden, ist es wichtig, mit den Gefangenen die Reihenfolge der Behördengänge zu besprechen. Zugleich gilt es, ihnen bei der Entwicklung eines Verhaltensrepertoires für den Umgang mit Behörden zu helfen, sie zu ermutigen, das ihnen Zustehende in Anspruch zu nehmen, und sie immer wieder darauf hinzuweisen, dass es eines langen Atems und vieler kleiner Schritte bedarf, um ans Ziel zu kommen.

IN WELCHER REIHENFOLGE SIND BEHÖRDEN AUFZUSUCHEN?

Mit Inkrafttreten des SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende" und des SGB XII „Sozialhilfe" am 1. Januar 2005 wurden die Sozialleistungen umfassend umgestaltet; die Veränderungen betreffen auch Haftentlassene.

Zu beachten ist beispielsweise, dass die monatlichen Leistungen des Arbeitslosengeldes II und der Sozialhilfe/Grundsicherung nunmehr anteilig die früher gezahlten einmaligen Beihilfen beinhalten. Es wird daher kein Kleidergeld oder Ähnliches mehr gezahlt, vielmehr ist ein prozentualer Satz der monatlichen Leistung dafür vorgesehen. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Erstausstattung der Wohnung einschließlich Elektrogeräten.

Arbeitslosengeld I (ehemals Arbeitslosengeld)

Bei Anspruch auf Unterstützung durch das Arbeitsamt (wenn man innerhalb der letzten zwei Jahre 360 Tage gearbeitet hat) muss man sich zunächst persönlich arbeitslos melden. Wurde dies nicht während eines Entlassungsurlaubs erledigt, müssen sich Haftentlassene am Entlassungstag bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) melden. Der Nachweis über geleistete Arbeit in der Haftanstalt sollte am besten gleich mitgebracht, polizeiliche Anmeldung und Kontonummer können auch in den folgenden Tagen nachgereicht werden. Durch die gesetzlichen Veränderungen hat sich der Anspruch auf Arbeitslosengeld I auf maximal zwölf Monate reduziert.

Mit der Arbeitslosmeldung geht man zum Jobcenter, das bei Anspruch auf Arbeitslosengeld für einen Bearbeitungszeitraum von etwa sechs Wochen in Vorleistung tritt. Diese Vorleistung wird mit der ersten Auszahlung des Arbeitslosengeldes verrechnet. (Gefangene, die in der Haftzeit „Überbrückungsgeld" angespart haben, müssen dieses einsetzen. Das Überbrückungsgeld soll den notwendigen Lebensunterhalt in den ersten vier Wochen nach der Entlassung sichern.) In der Regel besteht ein Anspruch auf ergänzende Leistungen des Jobcenters. Dieser Betrag wird nach Ablauf der sechs Wochen vom Jobcenter weiter ausgezahlt und soll die in diesem Zeitraum beginnende Zahlung des Arbeitslosengeldes bis zur Höhe des Existenzminimums aufstocken. Nach Ablauf des zweiten Monats verlangt das Jobcenter zur Berechnung der ergänzenden Leistungen den Bescheid der Arbeitsagentur. Verzögerungen bei der Antragstellung und -bearbeitung bei der Agentur für Arbeit können dazu führen, dass der Bescheid über das Arbeits-

losengeld und die Zahlung erst gegen Ende des zweiten Monats eingehen. Unter Verweis auf die in Kürze erfolgende Zahlung verweigert das Jobcenter häufig die weitere volle Vorleistung und gewährt auf diese Zahlung z. B. Darlehen/Vorauszahlungen. In diesem Zeitraum können finanzielle Engpässe und „Ämterstress" leicht zu Stolpersteinen im Resozialisierungsprozess werden.

Arbeitslosengeld II (Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige)

Besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld I, ist das Jobcenter zuständig. Bei der Antragstellung sollten folgende Unterlagen mitgebracht werden:

- Bescheinigung der Agentur für Arbeit über Nichtanspruch auf Leistungen des Arbeitslosengeldes I
- Bescheinigung einer Krankenversicherung über die Aufnahme bzw. das Bestehen des Versicherungsschutzes bei künftigem Leistungsanspruch auf Arbeitslosengeld II, gegebenenfalls eine gültige Versicherten-Chipkarte
- gültige Ausweisdokumente
- Haftentlassungsbescheinigung.

Zuständig ist das Jobcenter der aktuellen bzw. letzten Meldeadresse, wobei eine Pension oder therapeutische Einrichtungen in der Regel nicht als Meldeadresse anerkannt werden. Haftentlassene, die zuletzt in einer anderen Stadt gemeldet waren, wenden sich am derzeitigen Aufenthaltsort an das zuständige Jobcenter. Das vielseitige Antragsformular sollte nicht abschrecken. Wer beim Ausfüllen jedoch lieber auf Unterstützung zurückgreift, kann sich an regionale Beratungsstellen wie Aidshilfen, Drogenberatungsstellen und Einrichtungen der Straffälligenhilfe wenden.

Ist Überbrückungsgeld vorhanden, besteht für die Zeit, für die es gedacht ist (vier Wochen), kein Anspruch auf Arbeitslosengeld II. Da Haftentlassene in diesem Fall auch nicht krankenversichert sind, sollten sie sich für diesen Zeitraum freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern; danach werden sie in die Pflichtversicherung übernommen. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie HIV/Aids oder Hepatitis besteht auch bei den Leistungen des Arbeitslosengeldes II ein Anspruch auf einen finanziellen Zuschuss für den Mehraufwand einer kostenaufwendigen Ernährung. Dazu gibt es beim Jobcenter (und in Beratungsstellen) ein Antragsformular, der behandelnde Arzt muss die chronische Erkrankung attestieren. Ein Zuschuss für Hygienemehrbedarf wird in der Regel vom Jobcenter nicht mehr gezahlt.

In manchen Fällen entscheiden sich chronisch Kranke, den Antrag wegen kostenaufwendiger Ernährung nicht zu stellen, weil das Jobcenter dadurch von der Erkrankung erfahren würde und sie befürchten, dass ihre Vermittlungschancen dann schlechter würden. Hier kann ein Gespräch mit Mitarbeiter(inne)n von Beratungsstellen wie der Aidshilfe unterstützend sein, denn sie haben durch die Berichte anderer Betroffener Einblick in die Vermittlungspraxis.

Wenn keine Wohnung und kein Platz in einem Projekt organisiert werden kann, bleibt die Möglichkeit, sich beim Jobcenter einen Kostenübernahmeschein für ein Einzelzimmer in einer Pension zu besorgen. Um ihn zu bekommen, ist ein (anstalts-)ärztliches Attest oder eine Stellungnahme der Aidshilfe oder Drogenberatung sehr hilfreich.

Sozialhilfe/Grundsicherung vom Sozialamt

Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, und die keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente haben, wird empfohlen, einen Antrag auf Grundsicherung beim Sozialamt zu stellen. Die gesundheitlichen Feststellungen trifft der Amtsarzt oder die Amtsärztin. Die Höhe der Grundsicherung entspricht den Leistungen des Jobcenters, allerdings ist die Bewilligungspraxis beim Sozialamt in der Regel unkomplizierter als beim Jobcenter (das betrifft die Verlängerung des Bewilligungszeitraums ebenso wie den Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung und Hygiene). Da die Bearbeitungsdauer eines Antrags auf Grundsicherung mehrere Monate betragen kann, bleibt solange das Jobcenter zuständig.

NACH DER HAFTENTLASSUNG

STRESS MIT ÄMTERN

Der Gang zu den Ämtern und das Eintreten für die eigenen Rechte fällt manchen Haftentlassenen recht schwer, vor allem (ehemaligen) Drogengebraucher(inne)n: Sich im Dickicht des Sozialrechts durchzusetzen und gegen Stigmatisierung und Misstrauen anzukämpfen, erfordert viel Kraft. Daher sind sie meist sehr dankbar, wenn ehrenamtliche Helfer/innen sie am Entlassungstag zum Sozialamt begleiten. Und in der Regel hat eine Begleitung auch einen positiven Einfluss auf das Ergebnis. In komplizierten Fällen kann es nötig werden, in Kooperation mit einer Beratungsstelle Zuständigkeiten zu klären, bei zu gering bemessenen Leistungen Fürsprache für die Haftentlassenen einzulegen bzw. schriftlich Stellung zu nehmen.

In den ersten Monaten ist die Frustration oft groß. Lange Wartezeiten in den Ämtern, unfreundliche Sachbearbeiter/innen, abgelehnte Anträge und zu gering bewilligte Leistungen machen mutlos. Manchmal gibt es sogar Phasen vollständiger Mittellosigkeit, wenn z. B. der erste Scheck von der Arbeitsagentur viel später als erwartet kommt, Abschlagszahlungen verweigert werden und das Jobcenter nicht bereitwillig in Vorleistung tritt. Solche Belastungen lassen sich reduzieren, wenn Anträge sofort nach der Entlassung (noch besser vorher) mit allen zur Bearbeitung erforderlichen Unterlagen gestellt werden.

IM ALLTAG ZURECHTKOMMEN

Mit der Haftdauer steigen auch die Schwierigkeiten, sich wieder an das gesellschaftliche Leben und die Anforderungen des Alltags zu gewöhnen. Das betrifft z. B. das Sorgen für ausreichende Ernährung, Hygiene und Kleidung, die sinnvolle Nutzung freier Zeit, den Umgang mit Konsumanreizen und das Einteilen des knappen Geldes (für Miete, Nahrungsmittel usw.). Bei langjähriger Drogenabhängigkeit verlieren diese Aspekte des Lebens häufig an Bedeutung, sodass kaum noch „Alltagsroutinen" vorhanden sind, die reaktiviert werden könnten. Während in Haft alles „automatisch" lief, müssen sich Haftentlassene draußen um alles selbst kümmern. Auch wenn sie sich sehr bemühen, klappt vieles oft überhaupt nicht oder nicht so, wie sie es sich vorgestellt haben.

Viele Haftentlassene haben in den ersten Tagen das Gefühl, verlorene Zeit aufholen zu müssen, und verspüren großen Tatendrang. Planmäßig konzentrieren sie sich auf existenziell wichtige Aufgaben und sind mit Gängen zu Ämtern, Ärzt(inn)en und Beratungsstellen beschäftigt. Freizeitaktivitäten, von denen sie in der erlebnisarmen Haftzeit geträumt haben, werden bisweilen zunächst aufgeschoben, „bis alles Wichtige geregelt ist". Nach einigen Tagen stellen sie dann fest, dass zwar schon vieles beantragt, aber erst wenig geklärt ist, und sie mit dem Existenzminimum auf der untersten gesellschaftlichen Stufe leben müssen. Die Versuchung, dies durch Straftaten zu ändern oder der Realität mittels Drogen zu entfliehen, ist groß.

In den ersten Monaten nach der Haft sind die sozialen Bedingungen in der Regel schlecht. Häufig heißt das: Unterbringung in einem Mehrbett- oder Einzelzimmer einer Pension oder einem Wohnheim, oft ohne Kühlschrank, Kochmöglichkeit und Waschmaschine. Das führt dazu, dass viele tagsüber unterwegs sind und sich mangels Alternativen unversehens auf der Szene wiederfinden. Die Szene als Ort sozialen Austauschs ist besonders wichtig, wenn sonst keine weiteren Sozialkontakte bestehen oder wieder aufgenommen werden können. Bei Menschen, die während der Haft „clean" waren, kommt es dann häufig zu Rückfällen, teilweise zu neuen Straftaten. Durch den Beginn einer Substitution können in vielen Fällen Straftaten vermieden und kann erneute Inhaftierung abgewendet werden.

Substituierte schaffen es meist, eine gewisse Distanz zum Szeneleben zu entwickeln. Sie nehmen dann oft die Rolle von Zuschauern ein und sind nicht direkt am Geschehen beteiligt. Kontakte werden dann entweder sorgfältig ausgewählt oder auf „Smalltalk" beschränkt. So ganz ohne Szene kommen aber nur die wenigsten aus. Doch durch das Substitutionsmittel (z. B. Methadon) gelingt es oft, den Konsum weiterer Drogen zu kontrollieren und ihn ohne Straftaten zu finanzieren.

Phasen extremen Beigebrauchs fallen meist nur kurz aus, ihnen folgen aber häufig Zeiten völliger Mittellosigkeit.

Wer wieder voll ins Szeneleben zurückkehrt, stellt oft ernüchtert fest, dass die eher romantisch gefärbten Erinnerungen in der Haftzeit nicht der Realität entsprechen. Alte soziale Bindungen sind weggefallen, frühere Freunde und Bekannte kaum noch zu sehen. Die Haftentlassenen haben ihren ehemaligen Status eingebüßt, kaum jemand kennt sie noch, der Umgang miteinander scheint härter und oberflächlicher zu sein als früher. Unter Umständen ist dann auch noch der polizeiliche Verfolgungsdruck stärker und das Stoffangebot knapper geworden. Die alte Lebensweise hat an Reiz verloren, scheint zu anstrengend zu sein. In den Stunden, in denen Bilanz gezogen wird, neigen viele auch zu Selbstvorwürfen („trotz bester Vorsätze gescheitert") und haben das Gefühl, letztlich sei alles sowieso aussichtslos. Bei Krisen und Depressionen kommt es dann häufig zu Überdosierungen. Offen oder verschlüsselt geäußerte Suizidabsichten sollten als Hilferufe verstanden und sehr ernst genommen werden. Hier ist eine sofortige Krisenintervention nötig.

BETREUUNG UND HAFTNACHSORGE

Das erste halbe Jahr nach der Entlassung lässt sich am besten mit dem Begriff „Armutsmanagement" charakterisieren. Jede kleine Abwechslung – Kneipe, Kino, Ausflüge usw. – reißt Löcher in die knappe Kasse. Und die Leistungen des Jobcenters (z. B. zur „Wiedereingliederung" wie Beihilfen zur Wohnungseinrichtung oder Regelleistungen) werden oft benötigt, um offene Rechnungen zu begleichen. Wenn überhaupt, gelingt es Haftentlassenen nur sehr langsam, so etwas wie „Lebensqualität" zu erreichen. In dieser kritischen Lebensphase ist soziale Unterstützung besonders wichtig.

Haftnachsorge, sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Begleitung bei Substitution, suchtbegleitende Arbeit und Vermittlung in Betreutes Wohnen, in Arbeitsprojekte oder eine therapeutische Einrichtung sind Aufgaben professioneller Mitarbeiter/innen der jeweiligen Dienste. Ehrenamtliche Betreuer/innen können jedoch – sofern sie dies selbst wünschen – in die Haftnachsorge und in die weitere psychosoziale Begleitung einbezogen werden und beispielsweise folgende Aufgaben übernehmen:

- Hilfestellung bei Behördengängen
- emotionale Unterstützung besonders in Krisen
- Unterstützung beim (Wieder-)Aufbau eines sozialen Netzes, z. B. Familie, Freundeskreis oder im Rahmen von Selbsthilfe
- gemeinsame Aktivitäten wie Kino- oder Theaterbesuch, Kneipenabend oder Kartenspiele
- Förderung der Bereitschaft, in Krisen Kontakt zum professionellen Hilfesystem aufzunehmen.

Nicht zuletzt hilft Haftentlassenen oft schon die Tatsache, dass sie mit jemandem reden und ab und zu etwas unternehmen können.

TEIL 3
GESUNDHEIT IN HAFT

BESONDERHEITEN DER ANSTALTSMEDIZIN

// Karlheinz Keppler[1]

Durch die am 1. September 2006 in Kraft getretene Föderalismusreform sind nunmehr die Bundesländer für die Strafvollzugsgesetzgebung zuständig (siehe auch Feest, „Neue Unübersichtlichkeit: Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs", S. 8 in diesem Band). Derzeit haben noch nicht alle Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze verabschiedet. Die medizinische Versorgung in Haft ist daher für einige Länder noch durch das „alte" Strafvollzugsgesetz geregelt, für andere Bundesländer gelten bereits die jeweiligen Landesstrafvollzugsgesetze. Die in diesem Beitrag aufgeführten Regelungen werden aller Voraussicht nach weiterhin Bestand haben, sind aber im Einzelfall zu prüfen.

Die medizinische Versorgung in Haft muss auch weiterhin mit derjenigen in Freiheit vergleichbar sein – dieses Gleichwertigkeitsprinzip ist unter anderem in Richtlinien und Empfehlungen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation und des Europarats verankert und findet sich daher auch in den neuen Ländergesetzen wieder (und wird auch in den künftigen Ländergesetzen entsprechend verankert sein). Der Strafvollzug darf lediglich die Freiheit entziehen, aber nicht durch eine unzureichende medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen. Das war lange Zeit anders: Der Anstaltsarzt war in Zwangsmaßnahmen des Vollzugs eingebunden – wie etwa bei Hinrichtungen oder (im Nationalsozialismus) in Experimente an Menschen – und gewährleistete allenfalls eine minimale medizinische Versorgung.

Auch heute noch weist die Anstaltsmedizin einige Besonderheiten auf, die sich auch durch die neue Gesetzgebung nicht ändern werden: Für die Gesundheit der Inhaftierten und die medizinische Versorgung in der Institution Justizvollzug ist allein der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich; ihm/ihr gegenüber ist die Anstaltsleitung nicht weisungsbefugt. Da Inhaftierte keine freie Arztwahl haben, werden Anstaltsärzte zu „Zwangsansprechpartnern" und tragen damit eine besondere Verantwortung für die Qualität der medizinischen Versorgung. Natürlich können sie nicht alle erforderlichen medizinischen Leistungen selbst erbringen (obgleich sie sich bemühen müssen, ein möglichst großes Spektrum abzudecken) und müssen daher auch den Zugang zu darüber hinausgehenden Leistungen ermöglichen, indem sie an externe Ärztinnen oder Ärzte überweisen.

1 Dieser für die 4. Auflage unseres Handbuchs „Betreuung im Strafvollzug" verfasste Beitrag wurde von Bärbel Knorr für die vorliegende 5. Auflage aktualisiert.

Anstaltsmediziner/innen arbeiten immer in einem Spannungsfeld zwischen ärztlicher Aufgabe – also der Orientierung an der Gesundheit der Patient(inn)en – und den Vorgaben und Zwängen des Vollzugs, zwischen der Notwendigkeit, ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis herzustellen, und dem Umstand, Zwangsansprechpartner/in zu sein. Zu wünschen ist eine emanzipierte, selbstbewusste Anstaltsmedizin, die ihre Entscheidungen primär an den Patient(inn)en und erst sekundär an Vollzugsbelangen orientiert.

ALLGEMEINE VORSCHRIFTEN

Die allgemeinen Vorgaben der Gesundheitsfürsorge für Inhaftierte haben auch in den neuen gesetzlichen Regelungen Bestand. So ist die Vollzugsbehörde weiterhin verpflichtet, für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen, und von Letzteren wird verlangt, die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen.

Um ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht Rechnung zu tragen, stellt die Vollzugsbehörde die ärztliche Versorgung durch (in der Regel hauptamtliche) Anstaltsärzte/-ärztinnen sicher; die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge in Haft umfassen im Wesentlichen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die Zuständigkeit und Verantwortung für die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen allein bei den Anstaltsärzt(inn)en liegt, müssen diese alle zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit erforderlichen Maßnahmen treffen oder veranlassen. Dabei haben sie einen Ermessensspielraum, der sich der Kontrolle durch die Anstaltsleitung – sie ist für den Vollzug, aber nicht für die Medizin zuständig – wie auch der Gefangenen weitgehend entzieht. Ärztliche Anordnungen sind daher vom Vollzugspersonal grundsätzlich zu befolgen, auch wenn dies mit Schwierigkeiten oder Mehrbelastung verbunden ist.

Auch die allgemeinen Vorschriften für die gesundheitsbehördliche Überwachung, die zum Teil Bundesrecht sind, sind zu beachten. Anstaltsärztinnen und -ärzte müssen weiterhin auf Vorgänge und Umstände achten, von denen Gefahren für die Gesundheit in der Haftanstalt ausgehen können. Jeder Bedienstete, der eine solche Gefahr zu erkennen glaubt, muss diese unverzüglich melden. Anstaltsärzte haben darüber hinaus die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes zu beachten und daher z. B. meldepflichtige übertragbare Krankheiten dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen.

Die Gefangenen wiederum sind verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Hygiene zu unterstützen – erforderlich wegen des Zusammenlebens vieler Menschen auf engem Raum und der damit verbundenen Gesundheitsrisiken; die Anstaltsleitung kann eine entsprechende Hausordnung (oder ein ähnliches Regelwerk) erlassen. Doch die Anwendung von Zwang – auch die Androhung von Disziplinarmaßnahmen zur Durchsetzung ärztlicher

Anordnungen – ist therapeutisch kontraproduktiv. Lehnen Patient(inn)en eine vorgeschlagene diagnostische oder therapeutische Maßnahme ab, muss der Anstaltsarzt dies dokumentieren, sich weiter um die Patient(inn)en bemühen und das unter diesen Umständen Mögliche tun.

INFORMATION, AUFKLÄRUNG UND EINBLICK IN GESUNDHEITSAKTEN

Inhaftierte Patient(inn)en haben das gleiche Recht auf Information wie Patient(inn)en außerhalb des Vollzugs. Im Sinne der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflicht müssen sie über ihren Gesundheitszustand und die indizierte (angezeigte) oder alternative Diagnostik bzw. Therapie unterrichtet werden. Zugleich haben sie das Recht auf Einsicht in die Aufzeichnungen in ihren Gesundheitsakten[2], soweit es sich um naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und sonstige Tatsachen handelt; dies trifft z. B. auf Laborwerte oder auf EKG-, Röntgen- und histologische[3] Befunde zu. Das Einsichtsrecht erstreckt sich nicht auf die persönlichen ärztlichen Aufzeichnungen.

GESUNDHEITSUNTERSUCHUNGEN UND MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN

Da sich der Leistungsumfang der medizinischen Versorgung in Haft an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Sozialgesetzbuchs orientiert, sind Gesundheitsuntersuchungen und medizinische Vorsorgeleistungen Bestandteil der medizinischen Versorgung von Häftlingen. Danach haben alle Gefangenen

- mit Vollendung des 35. Lebensjahres jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes („Check-up 35“).
- einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens ab Beginn des 20., Männer frühestens ab Beginn des 45. Lebensjahres.

Nach der bisherigen Regelung sind die Haftanstalten dazu verpflichtet, Gefangene auf diese Maßnahmen hinzuweisen, die von den Patient(inn)en zu beantragen sind; ob dies weiter Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

2 Gesundheitsakten sind nicht Teil der Personalakten: Sie werden von den Anstaltsärzt(inn)en geführt und auch aufbewahrt, und allein diese sind verfügungsberechtigt.
3 Histologie = Wissenschaft von den Geweben des Körpers

Für die Untersuchungen gelten bislang folgende Voraussetzungen:

- Es handelt sich um Krankheiten, die wirksam behandelt werden können.
- Das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten ist durch diagnostische Maßnahmen erfassbar.
- Die Krankheitszeichen sind medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen.
- Genügend Ärzte und Einrichtungen sind vorhanden, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

In der Vollzugsanstalt untergebrachte Kinder von gefangenen Frauen haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, welche die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden. Gefangene, die das 14., aber noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnkrankheiten einmal pro Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Gefangene haben außerdem Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Für Art und Umfang der genannten Leistungen gelten die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und die darauf gründenden Regelungen. Und wie „draußen" muss auch im Gefängnis die gesundheitliche Versorgung grundsätzlich ausreichend und zweckmäßig sein und darf aus Gründen der Wirtschaftlichkeit das Notwendige nicht übersteigen. Als Maßstab gelten der schulmedizinische Wissensstand und der kassenärztliche Versorgungsumfang.

KRANKENBEHANDLUNG

Gefangene haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

- ärztliche Behandlung
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, soweit die Belange des Vollzugs dem nicht entgegenstehen.

In diesen Fällen dürften sich künftig auch die praktischen Abläufe nicht wesentlich ändern. Bislang gilt: Die Bediensteten sind verpflichtet, Gefangene, die sich krank gemeldet, einen Unfall erlitten, einen Suizid versucht oder sich selbst beschädigt haben, beim ärztlichen Dienst zu melden. Das Gleiche gilt für Häftlinge, deren Aussehen oder Verhalten den Verdacht einer körperlichen oder geistigen Erkrankung nahelegt. Wenn ärztliche Hilfe nicht sofort erforderlich erscheint, werden krank Gemeldete in der nächsten Sprechstunde untersucht. Dabei wird festgestellt, ob der/die Gefangene als krank zu führen ist, bettlägerig krank oder (teilweise) arbeitsfähig ist, einer besonderen Unterbringung oder speziellen Behandlung bedarf oder vollzugsuntauglich ist. Kann der Anstaltsarzt nicht erreicht werden, ist in dringenden Fällen ein anderer Arzt herbeizurufen. Unabhängig von den durch die Justizvollzugsanstalten getroffenen Regelungen legt § 75 (4) des SGB V fest, dass außerhalb der regulären Dienstzeiten von Anstaltsärzten und -zahnärzten der kassenärztliche Notdienst die Betreuung der Patient(inn)en sicherzustellen hat.

KRANKENBEHANDLUNG INNERHALB DER ZUSTÄNDIGEN HAFTANSTALT

Hinzuziehung weiterer (Fach-)Ärzte

Je nach Art oder Schwere des Falles können Anstaltsärzte weitere (Fach-)Ärzte hinzuziehen. Ob und wann sie dies tun, liegt – ähnlich wie beim Hausarzt – in ihrem Ermessen, wobei sie sich nach allgemeinen ärztlichen Standards zu richten haben. Diesen Standards entsprechend kann der bloße Anspruch auf eine sachgemäße Ermessensentscheidung je nach Sachlage zu einem Recht auf Untersuchung und Behandlung durch einen Facharzt werden. Einen Rechtsanspruch auf freie Arztwahl gibt es allerdings auch in den neuen Gesetzen nicht – dies auch dann nicht, wenn die Patient(inn)en bereit sind, die Kosten selbst zu tragen. Ob die Anstaltsleitung nach Anhören des Anstaltsarztes es Gefangenen auch künftig ausnahmsweise gestattet, auf eigene Kosten einen beratenden Arzt hinzuzuziehen, bleibt abzuwarten. Nach der alten Regelung soll die Erlaubnis nur erteilt werden, wenn Gefangene den in Aussicht genommenen Arzt und den Anstaltsarzt untereinander von der Schweigepflicht entbinden.

Ärztliche Verordnungen/Arzneimittel

Nach den bisherigen Regelungen sind ärztliche Verordnungen genau zu befolgen, und es ist darauf zu achten, dass Arzneimittel nicht missbraucht werden. Für die Einhaltung der Einnahmevorschriften sind die Gefangenen in der Regel selbst verantwortlich. Bei Häftlingen mit Persönlichkeitsstörungen kann angeordnet werden, dass stark wirkende Arzneimittel in Gegenwart eines Bediensteten einzunehmen sind. Bei Missbrauchsgefahr ist darauf zu achten, dass das (nach Möglichkeit aufgelöste) Arzneimittel tatsächlich eingenommen wird. Gifte

und andere stark wirkende Präparate muss der Arzt ständig unter sicherem Verschluss, alle übrigen Arzneimittel für Unbefugte unzugänglich aufbewahren. Verwendet werden dürfen nur durch die Anstalt beschaffte Arzneimittel, es sei denn, der Anstaltsarzt lässt Ausnahmen zu.

Versorgung bei gesetzlicher Krankenversicherung

Gefangene, die sich in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis außerhalb des Vollzugs befinden, unterliegen wie jeder andere Arbeitnehmer bzw. jede andere Arbeitnehmerin der allgemeinen Krankenversicherungspflicht; ihre Ansprüche auf medizinische Leistungen durch die Anstalt ruhen in dieser Zeit. In diesem Fall haben Gefangene die Möglichkeit, ohne vollzugliche Einschränkungen einen Arzt im kassenärztlichen System zu konsultieren.

VERSORGUNG MIT HILFSMITTELN, ZAHNERSATZ UND ZAHNKRONEN

Gefangene haben Anspruch auf Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, sofern dies nicht mit Rücksicht auf die Kürze des Freiheitsentzugs ungerechtfertigt ist und die Hilfsmittel nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Gefangene können an den Kosten beteiligt werden, dabei soll sich die finanzielle Beteiligung an der Zuzahlungspflicht gesetzlich Versicherter orientieren.

Leistungspflicht des Justizvollzugs

In den neuen Regelungen hierzu wird sich der gleiche Versorgungsumfang finden wie im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Allerdings hat man die im GMG genannten Leistungen für den Vollzug insofern eingeschränkt, als die Länge des Freiheitsentzugs ein Kriterium für die Leistungspflicht darstellt; eine zeitliche Begrenzung nennen das „alte" Strafvollzugsgesetz und die neuen Ländergesetze nicht. Gemeint im Sinne des Leistungsausschlusses sind sicherlich nur kurze Freiheitsstrafen, z. B. Ersatzfreiheitsstrafen von wenigen Wochen oder Monaten; unstrittig scheint, dass diese an den Belangen des Vollzugs orientierte Einschränkung bei Strafen von mehr als sechs Monaten nicht greift. Aber auch bei Patient(inn)en mit kürzeren Freiheitsstrafen kann es unzumutbar sein, die Versorgung mit Hilfsmitteln bis in die Zeit nach der Haftentlassung aufzuschieben. Inwieweit es hier Änderungen geben wird, ist ungewiss. Sicher werden aber die in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits bestehenden Ansprüche, Festbetragsregelungen und Zuzahlungen Eingang in die neuen Ländergesetze finden.

Dies betrifft auch die Zuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen. Deren Höhe bis hin zur Übernahme der Gesamtkosten haben die Landesjustizverwaltungen bis-

her durch allgemeine Verwaltungsvorschriften geregelt. Die Festsetzung des von Häftlingen zu tragenden Kostenanteils ist – wie bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung – jetzt noch eine Ermessensentscheidung. Es gilt, dass sich die Patient(inn)en angemessen und zumutbar an den Kosten beteiligen sollen; das kann aber auch bedeuten, dass bei Mittellosigkeit der Vollzug die Gesamtkosten trägt.

KRANKENBEHANDLUNG AUSSERHALB DER ZUSTÄNDIGEN HAFTANSTALT

Kranke Gefangene können in ein Justizvollzugskrankenhaus oder in eine für die Behandlung der Krankheit besser geeignete Vollzugsanstalt verlegt werden. Kann eine Krankheit innerhalb des Vollzugs nicht erkannt oder behandelt oder ein Häftling nicht rechtzeitig in ein Justizvollzugskrankenhaus verlegt werden, ist eine Verlegung in ein externes Krankenhaus möglich.

Verlegung

Angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin können die Justizvollzugsanstalten nicht alle Diagnose- und Behandlungsverfahren selbst anbieten. Dies gilt insbesondere bei Geriatrie-Patient(inn)en, Drogengebraucher(inne)n oder Gefangenen mit Hepatitis, HIV, speziellen Krebserkrankungen oder Behinderungen. Solche Patient(inn)en können nach Ausschöpfung der vollzugsinternen Möglichkeiten entweder in eine für die Versorgung besser geeignete Justizvollzugsanstalt oder in ein externes Krankenhaus verlegt werden. Im letztgenannten Fall ist Folgendes zu berücksichtigen: Zwischen der medizinischen Notwendigkeit einer Verlegung, über die der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin befindet, und der Entscheidung über eine Verlegung, die die Anstaltsleitung trifft, wird unterschieden; der Gefangene hat den Antrag auf Verlegung (Verpflichtungsantrag) an die Anstaltsleitung, nicht an den Anstaltsarzt zu richten. Bei einer anstaltsärztlich festgestellten und begründeten Notwendigkeit wird der Ermessensspielraum der Anstaltsleitung und der Gerichte allerdings nahezu auf null reduziert: Zwingende gesundheitliche Belange dürfen auf keinen Fall hinter Vollzugsinteressen zurücktreten.

Bewachung bei fortgesetzter Strafvollstreckung

Eine Bewachung durch Vollzugsbeamte bei Fortdauer der Strafvollstreckung ist erforderlich, wenn aufgrund der Persönlichkeit des Gefangenen oder der besonderen Umstände eine Flucht zu befürchten ist. Wenn allein wegen des Krankheitszustandes auf eine Bewachung verzichtet wurde, ist das Krankenhaus zu ersuchen, bei einer Besserung des Befindens, die eine Flucht möglich erscheinen lässt, die Anstalt zu informieren. Kann ein Gefangener nur in einem solchen Krankenhaus sachgemäß behandelt oder beobachtet werden, das die gebotene

Bewachung nicht zulässt, ist bei der Entscheidung über eine Verlegung dorthin die Dringlichkeit der Krankenhausunterbringung gegen die Fluchtgefahr und die Gefahr für die öffentliche Sicherheit abzuwägen. Eine nicht unverzüglich erforderliche stationäre Behandlung ist danach unter Umständen aufzuschieben.

Unterbrechung der Strafvollstreckung

Bei Unterbringung in einem externen Krankenhaus wird die Strafvollstreckung nicht automatisch unterbrochen: Die Dauer des Krankenhausaufenthalts kann nämlich auch als Haftzeit angerechnet werden. Daher sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden, ob eine Strafunterbrechung tatsächlich sinnvoll ist, da diese Zeit im Anschluss als Haftzeit verbüßt werden muss. Das Gesetz sieht eine Strafunterbrechung allerdings nur in sehr schwerwiegenden Fällen vor, eine Aids-Erkrankung allein beispielsweise rechtfertigt dies nicht. Wird die Strafvollstreckung unterbrochen, kommt nicht mehr die „freie Heilfürsorge" des Justizvollzugs für die Kosten auf; stattdessen hat der/die Gefangene Anspruch auf die erforderlichen Leistungen nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG BEI URLAUB UND AUSGANG

Während des Urlaubs oder Ausgangs haben erkrankte Gefangene Anspruch auf Krankenbehandlung in der für sie zuständigen Haftanstalt. Wenn ihnen eine Rückkehr in die zuständige Anstalt nicht zumutbar ist, kann in der nächstgelegenen Vollzugsanstalt ausnahmsweise eine ambulante Krankenpflege gewährt werden. Die Verpflichtung des Justizvollzugs, die medizinische Versorgung sicherzustellen, bezieht sich nur auf die Haft, und diese wird durch Urlaub oder Ausgang nicht unterbrochen. Häftlinge müssen daher bei Erkrankung die eigene, zumindest aber die nächstgelegene Haftanstalt zur ambulanten medizinischen Behandlung aufsuchen. Eine Ausnahme stellt sicher eine schwere akute Erkrankung dar, die in einer Justizvollzugsanstalt ohnehin nicht behandelt werden könnte.

Selbst während eines Urlaubs oder Ausgangs besteht also keine freie Arztwahl, worüber Gefangene auch in aller Regel vorher informiert werden. Wenn sie externe Ärzte aufsuchen, obwohl die Justizvollzugsanstalt erreichbar war, müssen sie die Kosten dafür selbst tragen. Ist absehbar, dass sie dazu nicht in der Lage sind, kommt eine Anzeige wegen Betrugs in Betracht; auch der Einsatz einer Versichertenkarte kann als Betrug gewertet werden. In Fällen, in denen die Anstalt nicht aufgesucht werden konnte, übernehmen in der Regel die Sozialämter die Behandlungskosten.

WEITERGEHENDE REGELUNGEN

- Die Vollzugsbehörde soll mit Zustimmung der Gefangenen ärztliche Behandlungen – namentlich Operationen oder prothetische Maßnahmen – veranlassen, die ihre soziale Eingliederung fördern. Die Gefangenen sind an den Kosten zu beteiligen, wenn dies nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen gerechtfertigt ist und der Zweck der Behandlung dadurch nicht infrage gestellt wird. Diese Regelung bezieht sich nicht nur auf entstellende Narben, Tätowierungen, körperliche Missbildungen oder Sprachstörungen (obwohl körperliche Mängel im Vordergrund zu stehen scheinen), sondern ebenso auf psychische Störungen, die gegebenenfalls psychotherapeutisch beeinflusst werden können (dazu gehört auch sexuell abweichendes Verhalten).
- Nicht im Freien arbeitenden Gefangenen wird täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien ermöglicht. Der garantierte Anspruch auf mindestens eine Stunde pro Tag darf grundsätzlich nicht eingeschränkt werden; er gehört zur Gesundheitsfürsorge, zumal der Nutzen regelmäßiger Bewegung im Freien medizinisch belegt ist. Eingeschränkt wird dieses Recht lediglich durch die Witterung (z. B. eine Schlechtwetterperiode), wobei der tägliche Aufenthalt im Freien nicht für längere Zeit entfallen darf. Die Gefangenen sind allerdings nicht verpflichtet, von diesem Recht auch Gebrauch zu machen.
- Bei schwerer Erkrankung des Gefangenen ist ein Angehöriger, eine Person seines Vertrauens oder der gesetzliche Vertreter unverzüglich zu benachrichtigen. Dasselbe gilt, wenn ein Gefangener stirbt. Auch dem Wunsch, weitere Personen zu benachrichtigen, sollte nach Möglichkeit entsprochen werden. Außerdem muss der Tod eines Gefangenen der Aufsichtsbehörde angezeigt werden, und falls Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bestehen, muss die Anstalt die zuständige Staatsanwaltschaft einschalten. Da Todesfälle im Vollzug aber generell besonders aufklärungsbedürftig sind, sollte die Anstalt immer die Polizei und die Staatsanwaltschaft hinzuziehen und auf einer Obduktion bestehen.

MITWIRKUNGSPFLICHTEN DES ANSTALTSARZTES

Über die rein medizinische Versorgung hinaus haben Anstaltsärzte und -ärztinnen in verschiedenen Bereichen Mitwirkungspflichten.

AUFNAHMEUNTERSUCHUNG

Möglichst bald nach der Inhaftierung hat eine Aufnahmeuntersuchung zu erfolgen, und zwar durch einen Arzt/eine Ärztin und nicht durch Assistenzpersonal.

Dabei geht es

- einerseits um die Feststellung der gesundheitlichen Gesamtsituation einschließlich Körpergröße, Körpergewicht und Zustand der Zähne. Insbesondere ist zu prüfen, ob der Gefangene vollzugstauglich, ärztlicher Behandlung bedürftig und aufgrund seines Zustandes für andere gefährlich ist, inwieweit er arbeitsfähig ist und am Sport teilnehmen kann und ob gesundheitliche Bedenken gegen eine Einzelunterbringung bestehen.
- andererseits um die Absicherung des Vollzugs gegen spätere Schadensersatzklagen wegen Haftfolgeschäden.

Das Ergebnis der Untersuchung wird dokumentiert.

ANSTALTSVERPFLEGUNG

Die Verpflegung ist für alle Gefangenen gleich, sofern nicht der Anstaltsarzt aus gesundheitlichen Gründen anderes verordnet hat oder mit Rücksicht auf religiöse Speisegebote eine andere Verpflegung angebracht ist. Mittlerweile werden in fast allen Anstalten auch Wünsche nach vegetarischer Kost erfüllt. Religionsbedingte (z. B. schweinefleischfreie) oder vegetarische Kost ist – da nicht medizinisch erforderlich – über den Vollzug (und nicht über den Arzt) zu beantragen.

Weil Gefangene in aller Regel auf die Anstaltsverpflegung angewiesen sind, ist die Anstalt verpflichtet, eine vollwertige Ernährung nach den Erkenntnissen der modernen Ernährungslehre zu gewährleisten. Nährwert, Zusammensetzung, Zubereitung und Ausgabe der Speisen werden daher anstaltsärztlich überwacht. Wirtschaftsinspektor/in, Anstaltsleiter/in und Anstaltsarzt/-ärztin sind in der Pflicht, von der warmen Kost täglich und von der kalten Kost gelegentlich Kostproben zu nehmen. Näheres regeln in den einzelnen Bundesländern sogenannte Verpflegungsordnungen.

Unterliegen Gefangene religiösen Speisegeboten, sollen auf ihren Antrag Bestandteile der Anstaltsverpflegung, die sie nicht verzehren dürfen, gegen andere Nahrungsmittel ausgetauscht werden. Während der hohen Glaubensfeste nichtchristlicher Religionsgemeinschaften, bei denen besondere Speisegebote zu beachten sind, können die betreffenden Gefangenen auf ihren Antrag und auf ihre Kosten auch von Glaubensgenossen verpflegt werden, sofern wichtige Vollzugsbelange dem nicht entgegenstehen.

Grundsätzlich werden Gefangene in vollem Umfang von der Anstalt verpflegt. Eine Selbstverpflegung ist aber nicht ausgeschlossen; wesentlich für eine Ermessensentscheidung der Anstalt ist, dass keine zusätzlichen Kosten entstehen und der damit verbundene Aufwand nicht so hoch ist, dass er den Tagesablauf durcheinanderbringen würde.

ARBEITSPFLICHT

Das „alte" Strafvollzugsgesetz verpflichtet Gefangene, eine ihnen zugewiesene, ihren körperlichen Fähigkeiten angemessene Arbeit, arbeitstherapeutische oder sonstige Beschäftigung auszuüben, zu deren Verrichtung sie aufgrund ihres körperlichen Zustandes in der Lage sind. Sie können jährlich bis zu drei Monate zu Hilfstätigkeiten in der Anstalt verpflichtet werden, mit ihrer Zustimmung auch darüber hinaus. Dies gilt nicht für über 65-Jährige und nicht für werdende und stillende Mütter, soweit gesetzliche Beschäftigungsverbote zum Schutze erwerbstätiger Mütter bestehen. Gefangene müssen zustimmen, wenn sie in einem privaten Unternehmen als sogenannte Freigänger beschäftigt werden sollen; ein Widerruf wird erst wirksam, wenn der Arbeitsplatz von einem anderen Gefangenen eingenommen werden kann, spätestens nach sechs Wochen.

Bereits während der Aufnahmeuntersuchung äußert sich die Anstaltsärztin/der Anstaltsarzt zur Arbeitsfähigkeit der Gefangenen; von diesem Votum hängen wesentlich die Einsetzbarkeit und die geforderte Rücksichtnahme auf die körperlichen Fähigkeiten bei der Arbeitszuweisung ab. Im Krankheitsfall können Gefangene die anstaltsärztliche Sprechstunde nutzen und sich dort eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen lassen, die für die Dauer der Krankschreibung von der zugewiesenen Arbeit befreit.

SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHAFT

Auf den Zustand von Schwangeren und Müttern mit Neugeborenen ist Rücksicht zu nehmen. Die gesetzlichen Vorschriften zur Gestaltung des Arbeitsplatzes zum Schutz der erwerbstätigen Mutter sind entsprechend anzuwenden.

Die Gefangene hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und bis zu zehn Tage nach der Entbindung Anspruch auf Hebammenhilfe in der Vollzugsanstalt. Zur ärztlichen Betreuung in der Schwangerschaft gehören insbesondere Schwangerschaftstests sowie die üblichen Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchungen. Zur Entbindung ist die Schwangere in ein externes Krankenhaus zu bringen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht angezeigt, ist die Entbindung in einer Haftanstalt mit Entbindungsabteilung vorzunehmen (eine solche Abteilung wurde allerdings aus Kostengründen bisher noch in keiner Anstalt eingerichtet). Ein vergleichbares Angebot gibt es derzeit nur im nordrhein-westfälischen Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg (Junker 2011, 77). Bei der Entbindung wird Hilfe durch eine Hebamme und, falls erforderlich, durch einen Arzt oder eine Ärztin gewährt.

Der Umfang der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft orientiert sich an den entsprechenden Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtig ist die Festlegung, dass die Entbindung grundsätzlich außerhalb der Justiz-

vollzugsanstalt erfolgen soll. Sollte dies in Ausnahmesituationen nicht möglich sein, darf aus dem Geburtsort des Kindes auf keinen Fall ersichtlich sein, dass die Entbindung in einem Gefängnis erfolgt ist.

ÄRZTLICHE BETEILIGUNG UND ÜBERWACHUNG BEI VOLLZUGLICHEN ZWANGSMASSNAHMEN

Die Einbindung in Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen kann für Anstaltsärztinnen und -ärzte zwar unangenehm sein, ermöglicht es ihnen aber, die betroffenen Patient(inn)en zu schützen. Außerdem dient sie dazu, die Vollzugsbehörde von der alleinigen Verantwortung zu entlasten. Die ärztliche Mitwirkung ist insofern wichtig, als besondere Sicherungsmaßnahmen in aller Regel nur bei Gefangenen angewendet werden sollen, bei denen aufgrund ihres seelischen Zustandes die Gefahr eines Suizids, einer Selbstverletzung oder von Gewalt gegen Personen oder Sachen besteht. Mitwirken müssen Anstaltsärztinnen und -ärzte grundsätzlich bei der Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum, bei länger dauernden Fesselungen, medizinischen Zwangsmaßnahmen und bei Arrest.

Ein besonders gesicherter Haftraum enthält keine Einrichtungsgegenstände, durch die Gefangene oder andere Personen in irgendeiner Weise gefährdet werden könnten. Insbesondere ein Suizid soll ausgeschlossen sein. Wenn ein Gefangener dort untergebracht oder gefesselt wird, muss der Anstaltsarzt hiervon unverzüglich unterrichtet werden. Dieser sucht den Gefangenen dann alsbald und in der Folge möglichst täglich auf; ist der Arzt nicht anwesend, erfolgt dies durch einen im Sanitätsdienst erfahrenen Bediensteten. Jeder Besuch und der erhobene Befund sind zu vermerken (dies gilt nicht für kurzfristige Fesselungen bei Ausführung, Vorführung oder Transport). Außerdem ist der Arzt regelmäßig zu hören, solange ein Gefangener von den anderen Häftlingen getrennt ist.

Die Regelungen zur Zulässigkeit medizinischer Zwangsmaßnahmen stellen für Anstaltsärzte die problematischsten Paragrafen des Strafvollzugsgesetzes dar (sie kamen im Hinblick auf hungerstreikende RAF-Mitglieder ins StVollzG). Da bei offensiver Auslegung das Recht der Patient(inn)en auf Selbstbestimmung über ihr Leben zugunsten der staatlichen Fürsorgeverpflichtung verfiele, hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Vollzugsbehörde zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet ist, Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Eine erforderlich gehaltene Zwangsuntersuchung, -behandlung und -ernährung ist nur bei Lebensgefahr, schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des Gefangenen oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer zulässig; die Maßnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar sein und dürfen nicht mit erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit des Gefangenen verbunden sein. Zu ihrer Durchführung ist die Vollzugsbehörde nicht verpflichtet, solange von einer freien Willensbestimmung des Gefangenen ausgegangen werden kann. Zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

Die Maßnahmen dürfen nur auf Anordnung und unter ärztlicher Leitung durchgeführt werden – ausgenommen sind Erste-Hilfe-Leistungen für den Fall, dass ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar und mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist.

Arrest ist eine auf maximal vier Wochen begrenzte Disziplinarmaßnahme, die nur bei schwerwiegenden und/oder wiederholten Vergehen verhängt werden soll. Bevor der Arrest vollzogen wird, ist der Arzt zu hören; seine Einbindung soll gewährleisten, dass durch den Vollzug des Arrests keine gesundheitlichen Schäden entstehen. Ein Arrest unterbleibt oder wird unterbrochen, wenn die Gesundheit des Gefangenen gefährdet würde. Das Ergebnis der ärztlichen Beurteilungen ist aktenkundig zu machen.

DAS MEDIZINISCHE PERSONAL

Das Personal des ärztlichen Dienstes einer Justizvollzugseinrichtung besteht aus einem Anstaltsarzt oder einer Anstaltsärztin, Sanitätsbediensteten und medizinischen Hilfskräften.

ANSTALTSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Das Strafvollzugsgesetz geht von hauptamtlichen Anstaltsärzt(inn)en aus. Gleichwohl ist es angesichts des aktuellen Ärztemangels in Deutschland schwer, Mediziner/innen für den Dienst in Haftanstalten zu gewinnen. Besonders in kleineren Einrichtungen sind daher häufig nebenamtliche, meist in eigener Praxis niedergelassene oder im Ruhestand befindliche Mediziner/innen auf Vertragsbasis tätig.

SANITÄTSBEDIENSTETE

Sanitätsbedienstete sind Krankenschwestern und -pfleger oder Krankenpflegehelfer/innen im Sinne des Krankenpflegegesetzes (also mit dreijähriger bzw. einjähriger Ausbildung). Bisher handelte es sich hierbei insofern um Kräfte des allgemeinen Vollzugsdienstes, als sie die entsprechende Vollzugsausbildung durchlaufen mussten. Mittlerweile können häufig auch Krankenpflegekräfte ohne Vollzugsausbildung im Sanitätsdienst beschäftigt werden. Allerdings ist es auch hier schwierig, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Um die medizinische Versorgung dennoch sicherzustellen, können ausnahmsweise auch Kräfte des allgemeinen Vollzugsdienstes eingesetzt werden, die über eine andere Krankenpflege-Ausbildung verfügen, z. B. Sanitäter/innen der Bundeswehr oder des Technischen Hilfswerks, Zivildienstleistende aus Krankenhäusern und der Altenpflege oder Sprechstundenhilfen.

Sanitätsbedienstete unterstehen der Fachaufsicht des Anstaltsarztes oder der Anstaltsärztin, unterstützen ihn/sie bei der gesundheitlichen Betreuung der In-

haftierten und unterliegen als „Berufshelfer/innen" in vollem Umfang der ärztlichen Schweigepflicht. Sie sind befugt, Gefangene selbst zu versorgen, wenn ärztliche Hilfe offensichtlich nicht erforderlich ist. Sie geben die ärztlich verordneten Medikamente aus, beteiligen sich an der Dokumentation, bereiten die Sprechstunde vor, assistieren dabei und führen entsprechend ärztlicher Anordnung und Anleitung die zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Maßnahmen durch. Im Rahmen der geltenden Vorschriften können sie zu Laborarbeiten, Röntgentätigkeiten und zur Bedienung sonstiger medizinisch-technischer Apparate (z. B. EKG, Bestrahlung) eingesetzt werden. Sie wechseln Verbände und leisten bei Notfällen Erste Hilfe. Ihnen obliegt die Beaufsichtigung der Patient(inn)en in den Behandlungsräumen sowie die Pflege der in der Krankenabteilung untergebrachten Inhaftierten, und sie sind verantwortlich für Sauberkeit, Ordnung und Sicherheit in der Behandlungs- und Krankenabteilung (bzw. im Anstaltskrankenhaus). Sie überwachen die mit Hilfstätigkeiten betrauten Gefangenen und stellen sicher, dass diese nur zu Reinigungsarbeiten herangezogen werden und keinen Zugang zu Medikamenten, Instrumenten und ärztlichen Unterlagen haben. Außerdem sind sie verantwortlich für die Reinigung und Pflege der ärztlichen Instrumente. Der Leiter bzw. die Leiterin des Sanitätsdienstes ist gegenüber dem Arzt oder der Ärztin für den ordnungsgemäßen Dienstablauf im Bereich Medizin verantwortlich.

MEDIZINISCHE HILFSKRÄFTE

Zum anstaltsärztlichen Assistenzpersonal gehören außerdem medizinische Hilfskräfte mit besonderer fachlicher Qualifikation, z. B. Diätassistent(inn)en, medizinisch-technische Assistent(inn)en, Masseure und Masseurinnen, medizinische Bademeister/innen oder Sprechstundenhilfen, aber auch Mitarbeiter/innen der Fachdienste und Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes, sofern sie für bestimmte Tätigkeiten im Sanitätsbereich eingesetzt sind (z. B. als Suchtkrankenhelfer/innen oder in der Betreuung von Substituierten). Medizinische Hilfskräfte unterliegen – wie Sanitätsbedienstete – der Fachaufsicht des Anstaltsarztes oder der Anstaltsärztin und als sogenannte Berufshelfer/innen des Arztes außerdem in vollem Umfang der ärztlichen Schweigepflicht.

STRUKTUR DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Die medizinische Versorgung in den Justizvollzugsanstalten ist in vier Stufen gegliedert:

- *Ambulante medizinische Versorgung:* Hierzu hält der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin regelmäßig Sprechstunden ab; der Zugang steht allen Gefangenen frei. In der Sprechstunde wird – wie in den niedergelassenen Praxen – diagnostiziert und behandelt.

- *Stationäre medizinische Versorgung:* Sie erfolgt in der Krankenabteilung. Hier werden Patient(inn)en untergebracht, wenn sie schwerer erkrankt sind, einer besonderen Pflege bedürfen oder wegen ihrer Erkrankung isoliert werden müssen (z. B. bei infektiöser Hepatitis A oder Tuberkulose).
- *Verlegung in ein Anstaltskrankenhaus:* Ist eine Anstalt mit der medizinischen Betreuung, Versorgung oder Diagnostik überfordert, kommt eine Verlegung infrage. Das Leistungsspektrum der sogenannten Justizvollzugs- oder Zentralkrankenhäuser ist von Bundesland zu Bundesland verschieden; neben Einrichtungen mit ausgesprochen breitem Angebot und hohem Leistungsanspruch (z. B. Durchführung der auch in Freiheit üblichen Qualitätssicherungsmaßnahmen), die mit Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung vergleichbar sind, gibt es auch solche mit eher schmalem Angebot.
- *Rückgriff auf die Ressourcen der extramuralen[4] Kassenmedizin:* Er erfolgt etwa durch Hinzuziehung von Fachärzt(inn)en, Überweisung an spezialisierte Ambulanzen (z. B. HIV-Ambulanzen) oder Verlegung in eine externe Klinik, z. B. eine Universitätsklinik des Bundeslandes.

Die Möglichkeit des Rückgriffs auf das kassenärztliche Versorgungssystem außerhalb der regulären Arbeitszeiten der Anstaltsärzte und -zahnärzte ist in § 75 (4) SGB V festgeschrieben: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist." Demnach sind Kassenärzte und -ärztinnen, insbesondere die des kassenärztlichen Notdienstes, zur Behandlung inhaftierter Patient(inn)en verpflichtet.

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die Psychiatrie im Vollzug ist kaum wissenschaftlich aufgearbeitet. Auch die einschlägigen psychiatrischen Lehrbücher widmen diesem Bereich kein eigenes (Unter-)Kapitel; diskutiert wird lediglich über den Missbrauch der Psychiatrie in totalitären Systemen. Generell gilt, dass sich die medizinische Betreuung auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren muss. Für alle Gefangenen, die im Vollzug an einem psychischen Leiden erkrankt sind oder bei denen ein solches im Vollzug festgestellt wird, sind in gleicher Weise Diagnostik und Therapie sicherzustellen wie bei Patient(inn)en außerhalb.

Erste Station sind in aller Regel auch hier die Anstaltsärzte oder -ärztinnen. Diese können in eigener Kompetenz mit Diagnostik und Therapie beginnen oder, wenn

4 extramural (lat.) = außerhalb der Mauern, hier: der Gefängnismauern

sie selbst keine Psychiater/innen sind, auf das fachärztliche System zurückgreifen, so etwa Patient(inn)en bei niedergelassenen Psychiater(inne)n vorstellen. Ebenso gibt es bei der Justiz beschäftigte Psychiater/innen, die entweder ambulant tätig sind oder aber psychiatrische Krankenabteilungen/-stationen betreuen. Außerdem ist es in allen Bundesländern möglich, erkrankte Häftlinge in die Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser einzuweisen.

Auch wenn keine genauen und umfassenden Statistiken über die Psychiatrie im deutschen Justizvollzug existieren, so gibt es doch zumindest Hinweise darauf, dass psychisch kranke und behandlungsbedürftige Patient(inn)en dort häufig sind – man denke etwa an die große Gruppe der suchtkranken Patient(inn)en oder an die Auswirkungen der Haftsituation (Trennung vom bisherigen sozialen Umfeld, Aggressionen und Bedrohungen seitens der Mithäftlinge, das Ausgeliefertsein an die hierarchischen Strukturen des Justizvollzugs). Außerdem kommt es in Haft zwangsläufig zur Erinnerung an die Tat und zur inneren Auseinandersetzung mit ihr, und nicht zuletzt sprechen manche Delikte selbst schon für das Vorliegen einer psychischen Störung (Sexualstraftaten, Konflikttötungsdelikte usw.) – ihre Zahl hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Obwohl jährlich mehr als 200.000 Inhaftierte in über 200 Justizvollzugseinrichtungen mit ca. 80.000 Haftplätzen psychiatrisch versorgt werden müssen, gibt es nur in wenigen der alten Bundesländer vollzugsinterne psychiatrische Krankenabteilungen oder -stationen. Erforderlich ist also eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit externen Psychiatrieeinrichtungen. Als Beispiel sei das Land Berlin genannt, das Mitte 1994 mit der Freien Universität Berlin eine Zusammenarbeit in Forschung, Lehre und ärztlicher Weiterbildung vereinbart hat. Von diesem Modell profitieren sowohl Wissenschaft als auch Justiz: Beide Seiten können voneinander lernen, der universitären Psychiatrie erschließt sich ein neues, interessantes Arbeitsfeld, und außerdem sinkt die Gefahr, dass Justizangehörige die Psychiatrie missbrauchen.

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT, INFORMATIONSRECHTE UND GUTACHTERTÄTIGKEIT

Ärztliche Schweigepflicht und ärztliches Schweigerecht leiten sich unter anderem aus dem Eid des Hippokrates ab[5], in dem es unter anderem heißt: „Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben des Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf."

5 Der Hippokratische Eid ist ein zeitgebundenes Dokument der Medizingeschichte, das etwa um 400 v. Chr. entstanden sein dürfte. Hippokrates von Kos (460–377 v. Chr.) ist vermutlich nicht selbst der Autor des Eides, doch kommt der Text seiner geistigen Haltung durchaus nahe. Der Eid bot normierende, rational und pragmatisch motivierte Leitlinien für die Medizinerausbildung, das Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Beruf und dessen Handlungsstrategie an (zitiert nach: Der Hippokratische Eid. Deutsche Übersetzung und medizinhistorischer Kommentar. Von Prof. Dr. Axel W. Bauer, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin. Im Internet zu finden unter http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer_hippokratischer_eid.pdf (zuletzt besucht am 13.12. 2013).

Auf dieser Grundlage hat der Weltärztebund in seiner zweiten Generalversammlung 1948 in Genf die ethischen Grundsätze des ärztlichen Wirkens neu formuliert. In diesem „Genfer Gelöbnis" heißt es zur Schweigepflicht: „Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren."[6] Und schließlich umfassen auch die modernen ärztlichen Berufsordnungen die Schweigeverpflichtung.

In § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) Abs. 1 wird die unbefugte Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht sogar mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe belegt. Das ärztliche Schweigerecht wird durch das Zeugnisverweigerungsrecht noch einmal betont. Schweigepflicht und Schweigerecht gelten in gleicher Weise für die Berufshelfer/innen des Arztes, z. B. Sprechstundenhilfen, Krankenpflegekräfte, Angehörige medizinischer Assistenzberufe und Sanitätsbedienstete im Justizvollzug.

SCHWEIGEPFLICHT UND SCHWEIGERECHT DES ANSTALTSARZTES

Konflikte um die ärztliche Schweigepflicht gibt es immer dann, wenn Dritte mit eigenen Interessen beteiligt sind, so etwa bei Amts-, Krankenhaus-, Vertrauens-, Militär- sowie Werks- und Betriebsärzt(inn)en, bei den Medizinischen Diensten der Krankenkassen und bei den als Sachverständige tätigen Mediziner(inne)n. Bei den Anstaltsärzt(inn)en sind die Interessen Dritter diejenigen des Justizvollzugs und der Strafverfolgungsorgane. Je nach Interessenlage bewegt sich die Meinung dabei zwischen folgenden Extremen:

- Im Grunde gebe es für Mediziner/innen im Justizvollzug überhaupt keine Schweigepflicht.
- Angesichts der Einbindung vieler Anstaltsärzte in die Konzentrationslager- und Euthanasie-Greuel der Nazizeit komme der Schweigepflicht als Zeichen einer primär am Patienten orientierten Gefängnismedizin ein besonders hoher Stellenwert zu. Mit der Schweigepflicht sei daher im Vollzug noch sorgfältiger umzugehen als außerhalb der Gefängnismauern.

Dazwischen steht die Meinung, Anstaltsärztinnen und -ärzte seien in besonderen Fällen befugt, aber nicht verpflichtet, die Schweigepflicht zu durchbrechen. Aus dieser Befugnis leiten manche wiederum eine Verpflichtung zur Durchbrechung der Schweigepflicht ab, z. B. gegenüber der Anstaltsleitung, weil diese die Gesamtverantwortung für den Vollzug trage. Diesen Anspruch hat der Gesetzgeber bewusst nicht ins alte Strafvollzugsgesetz aufgenommen: Die Anstaltsleitung trägt Verantwortung lediglich für die externe Kommunikation der Anstalt sowie für diejenigen Vollzugsbereiche, die nicht in der Verantwortung bestimmter Mitarbeiter/innen liegen. Die allein in der Verantwortung der Anstaltsärztinnen

6 siehe unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf (zuletzt besucht am 13.12. 2013)

und -ärzte liegende medizinische Versorgung ist ein geradezu klassisches Beispiel für Bereiche, die aus der Verantwortung der Anstaltsleitung ausgeklammert sind.

Die Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht beschreibt beispielhaft § 9 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen: „Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist." Letzteres gilt auch für Aussagen in gerichtlichen Verfahren. Auch die Wahrung berechtigter Eigeninteressen wird gemeinhin als Grund für eine Offenbarung anerkannt. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Beschwerde über einen Anstaltsarzt bei einer anderen Stelle: Hier wird der Anstaltsarzt auch ohne Schweigepflichtentbindung durch den Patienten in seiner verteidigenden Stellungnahme Auskünfte geben können. Zur Offenbarung verpflichtet sind Ärztinnen und Ärzte dagegen bei den im Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgeschriebenen meldepflichtigen Erkrankungen (die Meldung erfolgt ans Gesundheitsamt, nicht an die Anstalt) und bei Kenntnis von schweren Verbrechen.

Für die Begründung der Schweigeverpflichtung ist es unerheblich, ob die Patient-Arzt-Beziehung freiwillig zustande gekommen ist und ob sie auf einem Vertrauensverhältnis gründet. Allerdings erachtete es der Gesetzgeber im Rahmen des 4. Strafvollzugsänderungsgesetzes (StVollzGÄndG) von 1998 im neugefassten fünften Titel (Datenschutz) für nötig, die Schweigepflicht der im Justizvollzug tätigen Berufsgruppen aus § 203 StGB (Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Suchtberater, Sozialarbeiter) zu konkretisieren bzw. erheblich einzuschränken, wenn dies „für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist" (§ 182, 2 StVollzG). Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ihre Berufshelfer/innen sind in diesen Fällen befugt, ihre Schweigepflicht zu durchbrechen, die Mitglieder der anderen genannten Berufsgruppen sind sogar dazu verpflichtet – ungeachtet der Tatsache, dass der Begriff „Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde" natürlich schwammig und damit problematisch ist.

2011 hatte die Deutsche AIDS-Hilfe die Datenschutzbeauftragten der Bundesländer angeschrieben und gefragt, wie mit den Gesundheitsdaten HIV-positiver Gefangener umgegangen wird und wie sie diesen Umgang bewerten. Dabei kam heraus, dass in mehreren Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Thüringen) die Anstaltsärztin/der Anstaltsarzt die Anstaltsleitung über eine HIV-Infektion informiert, andere Bundesländer (Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein) praktizieren dies im Einzelfall. Meist wird diese Information „verschlüsselt" weitergegeben: durch den schriftlichen Vermerk „Blutkontakt vermeiden". Mitteilungen an die Anstaltsleitung münden anschließend häufig in eine Mitteilung an die Bediensteten, teilweise wird dieser Vermerk auch ins EDV-System übertragen. Aufgrund der Befragung haben einige Bundesländer von dieser Praxis mittlerweile Abstand genommen (Knorr u.a. 2012, 143ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die anstaltsärztliche Schweigepflicht im Interesse einer vertrauensvollen, tragfähigen und damit gesundheitsfördernden Patient-Arzt-Beziehung ernst genommen werden muss.

RECHT AUF EINSICHT IN DIE GESUNDHEITSAKTEN

Ein Recht auf Einsicht in die Gesundheitsakten haben bisher allein die Gefangenen oder von diesen Beauftragte (z. B. Rechtsanwalt, Hausärztin). Anstaltsleitungen, Dienstherren, Polizei, Staatsanwaltschaften, Gerichte und Sachverständige haben grundsätzlich kein Einsichtsrecht in die Gesundheitsakten. Aus diesem Grunde werden Personalakten (von der Vollzugsbehörde) und Gesundheitsakten (vom Anstaltsarzt) getrennt geführt. Auch als Gutachter/innen tätigen Kolleg(inn)en kann die Gesundheitsakte nur mit Einwilligung des Patienten zur Verfügung gestellt werden.

GUTACHTERLICHE TÄTIGKEIT

Es ist generell problematisch, behandelnde Ärzte zu Gutachtern zu bestellen, geraten sie doch in einen unlösbaren inneren Konflikt: Sämtliche Erkenntnisse aus der Behandlung unterliegen ja weiterhin der Schweigepflicht, sodass der Gutachter sie gleichsam „vergessen" muss. In der Praxis ist eine solche Trennung kaum möglich, eine Vermischung von Kenntnissen aus der Therapie, die der Schweigepflicht unterliegen, und Erkenntnissen aus der gutachterlichen Tätigkeit scheint unvermeidbar. Aus diesem Grund haben behandelnde Ärztinnen und Ärzte ein Recht, die Gutachtenerstattung abzulehnen.

Gutachter/innen müssen nach Übernahme des Auftrags und vor Beginn der Beschäftigung mit den Patient(inn)en diese darauf hinweisen, dass die im Zusammenhang mit dem Gutachten gewonnenen ärztlichen Erkenntnisse nicht der Schweigepflicht unterliegen, sondern dem Auftraggeber des Gutachtens zur Verfügung gestellt und eventuell sogar im Rahmen einer Gerichtsverhandlung öffentlich gemacht werden.

NEUE ASPEKTE IN DEN (KOMMENDEN) LÄNDERGESETZEN

Kostenbeteiligung und Teilprivatisierung gehören zu den (für den gesamten Justizvollzug geplanten) Neuerungen durch die Ländergesetze. Die Forderung, die Gefangenen sollen stärker an den Kosten des Strafvollzugs beteiligt werden, wird mit dem Argument untermauert, auch für die nicht inhaftierten Bürgerinnen und Bürger würden in allen Lebensbereichen die finanziellen Belastungen steigen, der Selbstverantwortung des Einzelnen komme eine immer größere Bedeutung zu. Als augenfälligstes Beispiel werden dann die Zuzahlungen und Kostenregelungen im Gesundheitswesen ins Feld geführt.

DER WEG ZU EINER BESSEREN ANSTALTSMEDIZIN

Die Anstaltsmedizin muss und kann an noch vielen Punkten verbessert werden. Hierzu einige Vorschläge:

- Die medizinische Versorgung innerhalb und außerhalb der Haftanstalten muss zum Wohl der Patient(inn)en besser miteinander verzahnt werden. Denkbar wären z. B. gesicherte Stationen für erkrankte Häftlinge in externen Krankenhäusern oder anstaltsinterne medizinische Ambulanzen, in denen externe Fachärzte tätig sind. Solche Modelle sind aber nur realisierbar, wenn Berührungsängste abgebaut werden, wofür wiederum Offenheit Voraussetzung ist – und die lässt sich am besten durch das Herstellen von Öffentlichkeit erreichen. An die Stelle von Fantasien – z. B. „Justizbüttel schließen Kriminelle weg" – würde dann die Erkenntnis treten, dass in Gefängnissen hochqualifizierte Kräfte Menschen betreuen, die als Versager gelten, jedoch weitgehend von der Gesellschaft selbst produziert werden.
- Im Spannungsfeld zwischen der ärztlichen Aufgabe – sprich: der Orientierung an den Belangen des Patienten – und den Erfordernissen und Zwängen des Vollzugs sollte sich die Anstaltsmedizin klar für den Vorrang der Ersteren entscheiden.
- Auch die Medizin im Justizvollzug sollte sich offensiv qualitätssichernden Maßnahmen zuwenden, wie sie in der kassenärztlichen Medizin bereits üblich sind. Als Beispiel seien die Qualitätszirkel genannt, in denen Ärztinnen und Ärzte eigenverantwortlich und praxisorientiert Standards für die eigene Arbeit entwickeln.

Auch die 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, die im Februar 2012 in Genf stattgefunden hatte, beschäftigte sich mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung im Justizvollzug. Dort wurde auch die „Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012)"[7] verabschiedet, die besagt, dass Gefangene den gleichen freien Zugang zu medizinischer Versorgung, gesundheitlicher Aufklärung und gängigen Mitteln der Krankheitsverhütung haben müssen wie Nichtinhaftierte.

7 im Internet unter http://bit.ly/1gvAQDB (zuletzt besucht am 13.12.2013)

LITERATUR

Junker 2011 Junker, A.: Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug. Kriminalwissenschaftliche Schriften 29. Berlin: LIT Verlag 2011

Knorr u. a. 2012 Knorr, B./Kramer, M./Wächter, R.: Bruch der ärztlichen Schweigepflicht und Infektionskrankheiten: Ihre psychosozialen (Aus-) Wirkungen auf Mitarbeiter/innen der Justizvollzugsanstalten und Inhaftierte. In: Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft/akzept e.V. (Hg.): *6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft – Patient or Prisoner? Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft. Dokumentation.* Genf: 2012, 143–153

EMPFOHLENE LITERATUR

Das Strafvollzugsgesetz in der jeweils aktuellen Form ist im Internet unter http://bundesrecht.juris.de/stvollzg/index.html zu finden.

Calliess, R.-P./Müller-Dietz, H. (Bearb.): Strafvollzugsgesetz: Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung; mit ergänzenden Bestimmungen. 9., neu bearbeitete Auflage. München: Beck 2002

Feest, J. (Hg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK-StVollzG). Bearbeitet von Kai Bammann. 4., neu bearbeitete Auflage. Neuwied/Kriftel: Luchterhand 2000

Feest, J.: Ergänzung des Kommentars zum Strafvollzugsgesetz (AK-StVollzG): nach den Gesetzesänderungen vom 2.8. 2000 (BGBl. I S. 1253, 1261) und vom 27.12. 2000 (BGBl. I S. 2043). Neuwied/Kriftel: Luchterhand 2001

Gesetzesantrag des Freistaates Bayern. Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Strafvollzugsgesetzes. Drucksache 539/05 des Bundesrates

Kaiser, G./Schöch, H.: Strafvollzug. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C. F. Müller 2002

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: Arztrecht in Niedersachsen: Teil II. Hannover: Kassenärztliche Vereinigung 2003

Missoni, L.: Über die Situation der Psychiatrie in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland. In: *ZfStrVo,* 3, 143–146

Niedersächsisches Justizministerium (Hg.): Eckpunkte für ein Niedersächsisches Strafvollzugsgesetz. Hannover 2006

Schwind, H.-D./Böhm, A. (Hg.): Strafvollzugsgesetz (Kommentar). 3., neu bearbeitete Auflage (Stand der Bearbeitung: Oktober 1998). Berlin/New York: de Gruyter 1999

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN HAFT

// Karlheinz Keppler[1]

Bereits in der Antike formulierte Hippokrates den Grundgedanken der Gesundheitsförderung: „Wohlgetan ist es, die Gesunden sorgfältig zu führen, damit sie nicht krank werden." Heute ist der Begriff in aller Munde, zahlreiche Diskussionen werden um die verschiedenen Konzepte von Gesundheitsförderung geführt, und vielfach wird versucht, sie in die Praxis umzusetzen. Auch für das Gefängniswesen ist Gesundheitsförderung nichts Neues. Bereits um 1900 wird in Deutschland von Bemühungen berichtet, für Gefangene gesündere Alltagsbedingungen zu schaffen (Leppmann 1909). Sie gründeten auf der Erkenntnis, dass die Haft, auch wenn sie keine unmittelbare Gefahr für die körperliche Gesundheit darstellt, das Seelenleben und dadurch auch den Körper ungünstig beeinflusst. Zwar sollte die Haft aus Sicht der Öffentlichkeit und gemäß der damaligen Strafrechtstheorien zunächst abschreckend wirken und entsprechend hart gestaltet werden (Leppmann 1909, 23), trotzdem kamen Themen wie gesunde Ernährung oder die Verbesserung der Wohn- und Arbeitsverhältnisse auf die Tagesordnung. So legte bereits 1897 der damalige Bundesrat die Mindestgröße von Zellen und Zellenfenstern und die Belegungsobergrenzen fest, und in einem preußischen Ministerialerlass vom 15. März 1905 wurde verfügt, die Gefängniskost „durch Hinzufügung eines erheblichen Plus an Eiweiß und Fett" nahrhafter zu machen (Leppmann 1909, 28). Darüber hinaus machte man sich Gedanken über Gefängnisbekleidung, Bettlager, Körper- und Zahnpflege, Bewegung an frischer Luft und gesunder Gestaltung des Arbeitsplatzes.

Leppmann formulierte schließlich eine fast schon klassisch zu nennende Aufgabe moderner Gesundheitsförderung: Es gelte, zu erkennen, welche Gefangenen besonders gefährdet seien, welche Mittel zur Abwehr dieser Gefahren unter den gegebenen Verhältnissen zur Verfügung stünden und wie man der Schwierigkeiten Herr werden könne, die sich „uns infolge der eigenartigen Verhältnisse der Haft entgegenstellen" (Leppmann 1909, 71).

Eigentlich müsste man alle Gefangenen als „gefährdet" oder krank bezeichnen, folgt man der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit als einen Zustand körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert hat (WHO 1946) – ein Zustand, der ja schon in Freiheit ziemlich schwer erreichbar ist.

1. Dieser für die 4. Auflage unseres Handbuchs „Betreuung im Strafvollzug" verfasste Beitrag wurde von Bärbel Knorr für die vorliegende 5. Auflage aktualisiert.

Viele kommen auch bereits krank in den Justizvollzug; besonders bei intravenös Drogen Gebrauchenden ist der gesundheitliche Allgemeinzustand oft äußerst prekär: Neben ausgeprägten Entzündungen im Bereich der Einstichstellen und anderen Folgeerscheinungen sind viele mit Hepatitis und manche auch mit HIV infiziert. Viele Gefangene sind außerdem hoch verschuldet, haben vor Haftantritt Sozial- oder Arbeitslosenhilfe bezogen, waren ohne festen Wohnsitz oder obdachlos (vgl. Stöver 2001, 21 f.). Aber bald nach Aufnahme in den Justizvollzug erholen sich die meisten recht schnell wieder – zumindest körperlich, was vor allem auf die regelmäßige Ernährung zurückzuführen ist. Von einer Gewichtszunahme und einem verbesserten Allgemeinzustand kann allerdings nicht unbedingt auf psychisches Wohlbefinden geschlossen werden.

DER SALUTOGENETISCHE ANSATZ

Präventive Bemühungen haben in den Gefängnissen der Bundesrepublik traditionell die größte Tradition und Akzeptanz. Sie basieren auf dem *pathogenetisch*[2] orientierten Ansatz, Krankheiten zu verhüten (Primärprävention), sie möglichst früh zu erkennen und zu behandeln (Sekundärprävention) und eine Verschlechterung bestehender Krankheiten zu verhindern (Tertiärprävention) (BZgA 1996). Der *salutogenetische*[3] Ansatz dagegen fragt nach den Bedingungen für die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit (Antonovsky 1997). Ein wichtiges Instrument zur Beeinflussung dieser Bedingungen – Risikokonstellationen, Belastungen und kritische Lebensereignisse wie auch persönliche Ressourcen und soziale Rahmenbedingungen – ist Gesundheitsförderung, wozu auch Empowerment (siehe unten) gehört.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheitsförderung – 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung" fixiert – hat die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen im Blick (nicht nur bestimmte „Risikogruppen") und zielt auf die positive Beeinflussung der Bedingungen von Gesundheit. Sie verbindet unterschiedliche, einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze, bemüht sich um eine wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit und soll primär Aufgabe des Gesundheits- und Sozialwesens sein. Das WHO-Konzept wurde auf verschiedenen Konferenzen im Sinne gesundheitsfördernder Lebenswelten (supportive environments) weiterentwickelt und ausdifferenziert. So entstanden Konzepte zu gesundheitsfördernden Gemeinden (healthy communities), Städten (healthy cities) und Schulen sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

2 Pathogenese (aus griech. *páthos* = Leiden, Schmerz, und *génesis* = Entstehung, Schöpfung, Geburt) beschreibt die Entstehung und Entwicklung von Krankheit.
3 Salutogenese (lat. *salus* = Heil, Glück, Wohlsein) beschreibt die Entstehung von Gesundheit.

Auch Gefängnisse sind gefordert, sich auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen zu konzentrieren, sowohl im Hinblick auf die Gefangenen als auch die Bediensteten. Im Blick steht damit das gesamte System, das heißt, „die materiellen, baulichen, personellen, kommunikativen und kooperativen Gegebenheiten des Gefängnisses" (Stöver 2000, 86). Wo man beispielsweise für bessere Arbeitsbedingungen der Vollzugsbediensteten sorgt, wird dies positive Auswirkungen auf deren Umgang mit den Gefangenen haben und das Erreichen der im Strafvollzugsgesetz verankerten Ziele wahrscheinlicher machen.

EMPOWERMENT

Unter Empowerment[4] versteht man Strategien und Maßnahmen, die Menschen befähigen sollen, ihre Belange (wieder) selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten (Knuf/Seibert 2000). Professionelle Helfer/innen sollen lediglich Rahmenbedingungen schaffen, die diesen Prozess der Selbstbemächtigung fördern (Herriger 2010), und bei der Wahrnehmung und Nutzung von Gestaltungsspielräumen unterstützen, sich in den Prozess jedoch nicht einmischen.

Empowerment erfolgt meist im Rahmen von Selbsthilfe, das heißt, durch die gegenseitige Unterstützung von gleichermaßen Betroffenen, um eigene Stärken zu erkennen und zu entwickeln und so Stigmatisierung, Diskriminierung und Machtlosigkeit zu überwinden. Der Entzug von Freiheit, eine äußerst massive Einschränkung des Lebens, ist durch Empowerment zwar nicht abwendbar, wohl aber lassen sich damit Kompetenzen fördern, die für das Überstehen der Haftzeit und das Leben danach wichtig sind.[5] Empowerment sollte daher auch hinter Gittern ein Element von Gesundheitsförderung sein, wobei allerdings klar sein muss, dass es sich hier nicht um eine „soziale Dienstleistung für Schwache" handelt, die „von oben nach unten gereicht" wird, sondern um Ressourcenförderung und dabei immer auch um die Befähigung, eigene Rechte einzufordern. Angesichts der bisherigen Ausbildung des Vollzugspersonals, seines hierarchischen Verständnisses von Gefängnisarbeit und des gesetzlich fixierten, ganz im Zeichen einer kurativen Medizin stehenden Behandlungsauftrags erscheint es jedoch fraglich, ob Empowerment in naher Zukunft eine Chance hat, sich als Element von Gesundheitsförderung in Haft zu etablieren.

GESUND WERDEN UND GESUND BLEIBEN IN HAFT

Im Folgenden sollen Beispiele dafür gegeben werden, wie für die Gesundheit der Inhaftierten *und* der Bediensteten gesorgt werden kann – schließlich gilt es ja, Gesundheitsförderung als Prinzip auf das gesamte System Gefängnis anzuwenden.

4 empowerment = (engl.) Ermächtigung, Befähigung, Stärkung
5 In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Benachteiligte durch Empowerment positive Einstellungen und Fähigkeiten entwickelt hatten (Rappaport 1985).

Zu diesem Zweck wurde der Fachbereich Gesundheit und Beratung am Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs gegründet (ehemals Gesundheitszentrum), der den Bediensteten Hilfestellung bietet und Ressourcen für Stressbewältigung, Krankheitsprävention, Arbeitsschutzmaßnahmen, Gesundheitsberatung, ganzheitliche Gesundheitsbildung, Krisenintervention (Beratung und Betreuung, Konfliktmanagement, Krisenprävention, Selbsthilfe, Fortbildung) und Rehabilitation (Kooperation mit Schwerbehindertenvertretern und Reha-Einrichtungen, psychosoziale Beratung, Suchtprävention, Wiedereingliederungshilfe) bereitstellt.

Was die Gefangenen angeht, müssen an erster Stelle Maßnahmen der Infektionsprophylaxe und Schadensminimierung beim intravenösen Drogengebrauch stehen, stellen Drogengebraucher/innen heute doch den größten Anteil an der Gefängnispopulation. Auf internationaler Ebene existieren verschiedene Leitlinien und Empfehlungen, die sich mit der Gesundheitsversorgung und Infektionsprophylaxe der Gefangenen beschäftigen, so z. B. die WHO-Richtlinie zu HIV-Infektionen und Aids im Gefängnis[6] und die Empfehlung des EU-Ministerrats hinsichtlich der ethischen und organisatorischen Aspekte der Gesundheitsversorgung in Haftanstalten[7]. Diese Empfehlungen sprechen sich aus für

- das Äquivalenzprinzip in der medizinischen Versorgung
- die freiwillige Testung
- Aufklärung und Information
- Förderung von Peer Support
- die Fortführung der Substitutionsbehandlung
- Möglichkeiten des Spritzentauschs und der Desinfektion von Utensilien
- und für weitere Strategien zur Risikominimierung.

Eine Zusammenstellung der Leitlinien und Empfehlungen sind in dem Handbuch „Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen" (DAH 2009) zu finden.

Darüber hinaus können Gefangene, Helfer/innen, Bedienstete und Anstaltsleitungen mit relativ einfachen Mitteln zur Gesundheitsförderung in Haft beitragen:

GESUNDE ERNÄHRUNG

Um gesund zu bleiben, braucht der Körper eine ausgewogene Mischung aus Eiweißen (Proteinen), Fetten, Kohlehydraten, Vitaminen, Mineralstoffen, Ballaststoffen und natürlich Wasser. In den jeweils unterschiedlichen Verpflegungsordnungen des Justizvollzugs der Bundesländer ist festgelegt, welche Mindestmengen der einzelnen Nahrungsbestandteile ausgegeben werden müssen. Darüber hinaus regeln sie besondere Kostformen wie z. B. schweinefleischfreie Kost bei Moslems, vegetarisches Essen (in der Regel ovo-lacto-vegetabil, d. h., unter Verwendung von Milch,

6 WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, im Internet unter http://bit.ly/1bDwjLr (zuletzt besucht am 11.12. 2013)
7 Rat der Europäischen Union – Ministerrat: Empfehlung Nr. R (98) 7, im Internet unter http://bit.ly/1f76gfN (zuletzt besucht am 11.12. 2013)

Milchprodukten und Eiern) oder Diäten aus medizinischen Gründen. Darüber hinaus kann der Anstaltsarzt auch andere Kost verordnen, etwa Breikost nach einer zahnärztlichen Behandlung oder Aufbaukost nach einer Operation.

Im Gefängnis ist es allerdings nicht immer einfach, sich optimal zu ernähren – Anstaltsküchen sind schließlich Großküchen, die Menschen mit besonderen Ernährungsbedürfnissen (wie z. B. HIV-Positive) kaum entsprechen können. Die Gefangenen können aber selbst für zusätzliche Nahrungsmittel wie z. B. Obst sorgen; das Geld dafür müssen sie dann aber meist an anderer Stelle einsparen. Manchmal ist es auch möglich, Ernährungszulagen und Lebensmittelpakete zu bekommen, etwa von einer Aidshilfe oder anderen Organisationen. Die Deutsche AIDS-Stiftung hatte dies bei HIV-positiven Gefangenen bezuschusst, allerdings wurde die Förderung vor einigen Jahren eingestellt. Bei Ernährungsproblemen können Gefangene mit den für die Küche Verantwortlichen oder mit der Anstaltsleitung über die Gefängniskost diskutieren.

Eine ausgewogene Mischkost erreicht man, indem man Lebensmittel aus möglichst vielen der folgenden Gruppen miteinander kombiniert. Wichtig sind vor allem Lebensmittel aus den Gruppen 3, 4, 5 und 7. Wenn möglich, sollte man darauf achten, dass der Verarbeitungsgrad der Lebensmittel niedrig ist: Pellkartoffeln haben z. B. einen niedrigen, Kartoffelchips einen hohen Verarbeitungsgrad.

- *Gruppe 1:* Milch und Milchprodukte wie Trinkmilch, Buttermilch, Joghurt, Kefir, Quark und Käse liefern dem Körper tierisches Eiweiß, Kohlehydrate, Fette, den Mineralstoff Kalzium und die Vitamine A und B_{12}.
- *Gruppe 2:* Fleisch, Wurst, Innereien, Fisch und Eier enthalten hochwertiges tierisches Eiweiß, Kohlehydrate, Fette und die Vitamine A, D, B_1, B_{12} sowie Folsäure und Jod (besonders Fisch).
- *Gruppe 3:* Brot, Getreide, Reis, Nudeln und Kartoffeln liefern dem Körper wichtige Kohlehydrate, pflanzliches Eiweiß, Ballaststoffe, Mineralstoffe wie Eisen, Magnesium und Kalium sowie die Vitamine B_1, C und Folsäure.
- *Gruppe 4:* Gemüse und Salate enthalten die Vitamine A, C und Folsäure, die Mineralstoffe Magnesium und Kalium sowie Ballaststoffe. Hülsenfrüchte liefern neben Eiweiß und Kohlehydraten die Mineralstoffe Kalzium und Eisen.
- *Gruppe 5:* Obst versorgt den Körper mit Vitamin C; einige Obstsorten enthalten auch viel Kalium (z. B. Bananen) und Ballaststoffe.
- *Gruppe 6:* Fette und Öle sowohl tierischer (z. B. Butter) als auch pflanzlicher Herkunft (wie Margarine oder Keimöl) enthalten lebenswichtige Fettsäuren, ebenso die fettlöslichen Vitamine A, D, E und K.
- *Gruppe 7:* Wasser ist für den Körper Lösungs- und Transportmittel. Der Körper selbst besteht zu 60 % aus Wasser. Deshalb sollte man täglich mindestens zwei Liter Wasser aufnehmen.

Was man bei Problemen mit der Ernährung tun kann – z. B. bei Beschwerden aufgrund einer HIV-Infektion oder einer HIV-Therapie wie Übelkeit und Erbrechen, Appetitlosigkeit, Durchfall, Mundtrockenheit, Verstopfung oder Kau- und Schluckbeschwerden –, darüber informiert MED-INFO, Heft Nr. 73: „Magen-, Darm- und Leberbeschwerden – Nebenwirkungen der HIV-Therapie" (im Internet unter www.aidshilfe-koeln.de).

BEWEGUNG UND SPORT

Gefangene haben laut Gesetz Anspruch auf täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien. Außerdem können – und sollten! – sie die verschiedenen Möglichkeiten für Sport und Bewegung nutzen, denn im monotonen Haftalltag ist Bewegung besonders wichtig: Das regt den Kreislauf an, fördert die Durchblutung, stärkt das Immunsystem und steigert das Wohlbefinden. Sport betreibt man am besten regelmäßig – und vor allem in Maßen. Wer es damit übertreibt (z. B. bis zur völligen Erschöpfung), schadet seinem Körper eher, als dass er ihm Gutes tut. Ratsam ist auch regelmäßige Gymnastik, alleine oder zu zweit. Damit lockert, dehnt und kräftigt man die Muskulatur und beugt so Verspannungen vor.

Heute gibt es in fast allen Justizvollzugsanstalten Sportlehrer/innen und Geräte für Kraftsport, oft auch reguläre Gefangenen-Sportvereine oder Kurse, in denen Tai Chi und Yoga, autogenes Training und andere Entspannungstechniken angeboten werden. Selbstverständlich können sich auch Ehrenamtliche in diesem Bereich engagieren, indem sie z. B. Sportgruppen initiieren, Mannschaftsspiele organisieren und Gefangene zum Mitmachen motivieren.

PSYCHOHYGIENE

Haft bedeutet immer Stress: Die Haftsituation, polizeiliche Vernehmungen und Gerichtstermine können Angst und Unsicherheit auslösen, die Trennung von Angehörigen, Partner(inne)n und Freund(inn)en belastet, Langeweile und Ohnmachtgefühle stellen sich ein, es kommt zu Konflikten mit Mithäftlingen oder Bediensteten, man erlebt Bedrohung, Aggression und Gewalt. All das kann auch die Abwehrkräfte des Körpers schwächen. Hier ist es zum einen wichtig, dass Gefangene sich Mitgefangene suchen, mit denen sie über all das sprechen können, was sie beschäftigt, und mit denen sie ihre Freizeit verbringen. Zum anderen sollten sie sich bei Problemen, mit denen sie alleine nicht fertig werden, an die Mitarbeiter/innen des Psychologischen und des Sozialen Dienstes wenden oder auch an Vollzugsbedienstete, zu denen sie Vertrauen haben.

Für eine wirksame Gesundheitsförderung in Haft sind zugleich Maßnahmen für Bedienstete zur Verbesserung der Psychohygiene sinnvoll und notwendig. So kann z. B. eine professionelle Supervision zur Klarheit darüber verhelfen, wie man mit der anvertrauten Klientel umgeht und welche Faktoren das eigene Handeln beeinflussen.

Stress-Coping-Strategien

Stressoren sind ungewöhnlich hohe körperliche, seelische, geistige oder soziale Anforderungen, die verschiedenste Anpassungs- und Regulationsmechanismen aktivieren. Bei extremem Stress, egal ob chronisch oder akut, kann es jedoch sein, dass diese Mechanismen nicht mehr greifen – es kommt zu Überforderung, die, falls es an Bewältigungsstrategien mangelt, krank machen kann. Erst wenn der Mensch einen Stressor als belastend empfindet, kann er Bewältigungsstrategien entwickeln – entweder aus sich selbst heraus oder mit Unterstützung von außen, z. B. durch Menschen aus dem sozialen Umfeld oder durch professionelle Kräfte. Inwieweit dieser Prozess gelingt, hängt somit entscheidend von der Verfügbarkeit individueller und sozialer Ressourcen ab.

Hinter Gittern stehen einem erfolgreichen Stress-Coping möglicherweise zwei Faktoren entgegen: Zum einen bilden intravenös Drogen Gebrauchende heute die größte Gruppe in Deutschlands Gefängnissen, Menschen also, die Stress durch eine negative Strategie, den Konsum von Drogen, zu bewältigen versuchen. Zum anderen verliert das Gefängnis nach mehrmaligen Haftaufenthalten oftmals viel von seinem Schrecken und wird dann oft gar nicht mehr als negativer Stressor empfunden. Vielleicht ist das „Einfahren" in manchen Fällen sogar eine positive Stress-Coping-Strategie wie etwa bei Obdachlosen, die in den letzten Herbstmonaten Diebstähle begehen, um den Winter warm und trocken und bei guter Ernährung im Gefängnis zu verbringen. Gerade im Gefängnis hängt der Erfolg von Stress-Coping-Modellen also auch davon ab, wie der Einzelne seine Lebenslage innerhalb dieser Institution bewertet.

LITERATUR

Antonovsky 1997 Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag 1997

BZgA 1996 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo-Verlag 1996

Herriger 2010 Herriger, N.: Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2010

Knuf/Seibert 2000 Knuf, A./Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie Verlag 2000

Leppmann 1909 Leppmann, F.: Der Gefängnisarzt. Leitfaden für Ärzte an Gefängnissen, Zucht- und Arbeitshäusern, Zwangs- und Fürsorge-Erziehungsanstalten. Berlin: Schoetz-Verlag 1909

Rappaport 1985 Rappaport, J.: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,* 2/17, 257–278

Stöver 2000 Stöver, H.: Healthy Prisons. Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg: bis-Verlag 2000

Stöver 2001 Stöver, H.: Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug – eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug.* AIDS-FORUM DAH, Band 42 – Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, 13–65

WHO 1946 World Health Organisation (WHO): Constitution of the World Health Organisation. Geneva 1946

HIV, HEPATITIS C UND TUBERKULOSE IN HAFT

// Christiane Stöter

„Haftanstalten sind ein wichtiger Ort der Prävention und Kontrolle von mit Spritzdrogengebrauch assoziierten Infektionen. Die Hauptgründe dafür sind: (a) das hohe Vorkommen von HIV, Hepatitis C und Tuberkulose, (b) die Tatsache, dass viele Drogen gebrauchende Menschen Hafterfahrungen haben und (c) der Beleg, dass Drogen auch in Haft weiter gebraucht und injiziert werden – trotz strikten Drogenverbots ...."[1]

Das gehäufte Vorkommen von HIV, Hepatitis C und Tuberkulose in Gefängnissen allein auf einen starken Drogengebrauch zurückzuführen, greift allerdings zu kurz, auch wenn nach Schätzungen ein Drittel der Gefängnisinsassen Drogengebraucher/innen sind. Allein ein schlechter Gesundheitszustand, wie ihn viele Inhaftierte infolge eines Lebens in Illegalität, Obdachlosigkeit und Armut aufweisen, bietet bereits fruchtbaren Boden für Erkrankungen. Zusammen mit spezifischen Haftbedingungen wie engés Beisammensein in wenig belüfteten Räumen, eingeschränkte Gesundheitsförderung und mangelnde hygienische Verhältnisse sind die wichtigsten Faktoren aufgeführt, die maßgeblich zur Infektionsausbreitung beitragen.

Ansätze zur Reduktion von Infektionskrankheiten sollten demnach sowohl die allgemeinen Haftbedingungen, die individuelle Gesundheitsfürsorge und Maßnahmen zur Vorbeugung (Prävention) von Erkrankungen einbeziehen. Spezifische Präventionsmaßnahmen wie z. B. die Vermittlung von Informationen sowie Spritzentausch und Substitutionstherapie für Spritzdrogenabhängige können nachhaltig zur Reduktion von Hepatitis C und HIV in Gefängnissen führen, gilt der intravenöse Drogengebrauch in Haftanstalten doch, wie im Eingangszitat formuliert, als der Hauptübertragungsweg von Hepatitis C und – anders als außerhalb der Haftanstalten – auch von HIV. Gesundheitsfördernde Maßnahmen dienen der Prävention vieler Erkrankungen. So vermindert z. B. ein Verzicht aufs Rauchen das Auftreten von Lungenschädigungen, und körperlich Gesunde sind weniger anfällig, an Tuberkulose zu erkranken.

1 ECDC and EMCDDA Guidance: Prevention and Control of Infectious Diseases among People who Inject Drugs. Stockholm 2011, 29; im Internet unter http://bit.ly/1ePaU1A (zuletzt besucht am 4.12. 2013)

Im Folgenden werden HIV, Hepatitis C und Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der Bedingungen in Haft dargestellt. Alle drei Erkrankungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig. Für allgemeine Informationen zu HIV und Hepatitis sei auf das ausführliche Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) verwiesen.

HIV

Laut einer Studie aus dem Jahr 2008 sind 0,7 Prozent aller Inhaftierten HIV-positiv, unter den (ehemaligen) Drogengebraucher/innen in Haft sind es 1,3 Prozent (Weilandt/Radun 2008).

Das HI-Virus (Humanes Immundefizienz-Virus) wurde 1983 als Erreger von Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* = erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom) entdeckt. Die Infektion ist bis zum heutigen Tag nicht heilbar, die weitere Schwächung des Immunsystems kann jedoch dank medikamentöser Therapien (anti-retrovirale Therapie, kurz: ART) verhindert werden.

ÜBERTRAGUNG

HIV ist in unterschiedlichen Konzentrationen in Körperflüssigkeiten nachweisbar. Eine Ansteckung kann über den Kontakt mit Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit oder Muttermilch erfolgen. Dazu muss das Virus in hoher Konzentration vorhanden sein und durch die Haut (z. B. über offene Wunden, Nadeln) die Blutbahn erreichen oder über gut durchblutete Schleimhäute (z. B. im Enddarm, in der Scheide) in den Körper gelangen. Dementsprechend kann HIV bei ungeschütztem Anal- und Vaginalverkehr übertragen werden sowie – zu einem sehr viel geringeren Risiko – über Oralverkehr, wenn dabei Sperma oder (Menstruations-)Blut in den Mund gelangen. Verletzungen der Schleimhäute erhöhen die Übertragungswahrscheinlichkeit.

Kondome schützen vor der Ansteckung, wenn sie richtig angewendet werden und dadurch keine Flüssigkeit übertragen wird. Frauen, die Sex mit Frauen haben, haben ein sehr geringes Ansteckungsrisiko. Um den Kontakt mit Menstruationsblut zu vermeiden, kann ein „Dental Dam" – ein Latextuch, das über die Scheide der Partnerin gelegt wird – verwendet werden. Ein hohes Infektionsrisiko besteht beim intravenösen Drogengebrauch, wenn Spritzbestecke und -zubehör (Löffel, Filter, Tupfer) gemeinsam benutzt werden. „Safer Use" bedeutet, sich und andere vor HIV zu schützen, indem z. B. keinerlei Spritzutensilien geteilt werden.

Eine Mutter-Kind-Übertragung von HIV kann während der Schwangerschaft, der Geburt und beim Stillen erfolgen. Auch hier hängt die Übertragungswahrscheinlichkeit von der Konzentration der HI-Viren ab. Eine effiziente HIV-Therapie und

der Verzicht aufs Stillen vermindern das Risiko einer HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind erheblich.

Eine Infektion über Bluttransfusionen im Rahmen von medizinischen Behandlungen ist in Deutschland so gut wie ausgeschlossen, da alle Blutprodukte seit 1985 auf HIV untersucht werden.

HIV-TEST

Es gibt unterschiedliche Testverfahren, um eine Infektion mit HIV festzustellen. In der Regel wird ein Antikörpertest mit Bestätigungstest durchgeführt, von dem der/die Getestete ein Gesamtergebnis erhält. Da Antikörper erst mit einer zeitlichen Verzögerung nachweisbar sind, kann eine HIV-Infektion hiermit erst drei Monate nach dem riskanten Kontakt ausgeschlossen werden.

Auch Schnelltests, die in verschiedenen Settings angeboten werden, sind Antikörpertests. Im Unterschied zu den Labortests ist das Ergebnis bereits nach wenigen Minuten verfügbar. Ein positiver Schnelltest erfordert einen Labortest zur Bestätigung, da gelegentlich falsch-positive Ergebnisse vorkommen.

Ein frühzeitiger direkter Nachweis von HIV kann mittels „PCR" *(Polymerase Chain Reaction)* erfolgen. Diese Methode wird nur in speziellen Laboren angewendet und ist nach wie vor sehr kostenintensiv. Über die PCR kann die Zahl der HI-Viren im Körper (Viruslast) errechnet und frühzeitig festgestellt werden, ob eine Infektion stattgefunden hat. Darüber hinaus können der Infektionsverlauf beurteilt sowie Entscheidungen zum Therapiebeginn getroffen werden.

Zu beachten ist, dass ein HIV-Test immer das Einverständnis des/der Getesteten erfordert. Zwangstests und stillschweigende Tests (z. B. in Haftanstalten, Krankenhäusern oder bei der Schwangerschaftsvorsorge) sind rechtswidrig! Ein persönliches Beratungsgespräch muss sowohl vor als auch nach dem Test erfolgen.

BEHANDLUNG

Mit der Entwicklung von Medikamenten gegen HIV hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden: Die HIV-Infektion ist heutzutage eine behandelbare Erkrankung, die Entwicklung des Vollbilds Aids ist durch die Möglichkeit der rechtzeitigen Behandlung in Ländern mit guter Gesundheitsversorgung deutlich seltener geworden. HIV-Positive müssen jedoch lebenslang Medikamente einnehmen und teilweise mit deren Nebenwirkungen leben. Therapiestandard ist eine Kombination aus drei Wirkstoffen, die individuell ausgetauscht oder ergänzt werden und regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich machen. Menschen mit HIV sollten gegen Hepatitis A und B geimpft werden.

SITUATION IN HAFT

Da die HIV-Infektion eine nicht heilbare Erkrankung ist, kommt der Prävention einer Infektion eine immense Bedeutung zu. Zu den vorbeugenden Maßnahmen gehören der freie Zugang zu Informationen und zu Schutzmöglichkeiten wie Kondom/Dental Dam sowie zu sauberen Spritzutensilien. Auch eine wirksame und kontinuierlich durchgeführte HIV-Therapie gilt als Präventionsmaßnahme, denn wenn keine HI-Viren mehr nachweisbar sind, geht man heute davon aus, dass eine Ansteckung praktisch ausgeschlossen werden kann.

In Haftanstalten werden Präventionsmaßnahmen aus unterschiedlichen Gründen (Stigmatisierung, Kosten, Unwissen, Unwille) häufig in unzureichender Menge oder gar nicht ermöglicht. Anonyme HIV-Tests stehen kaum zur Verfügung, Zwangstestungen bei Haftantritt werden trotz ihrer Rechtswidrigkeit in einigen Haftanstalten durchgeführt. Beratungsgespräche finden häufig wegen fehlenden Personals nicht statt. Die Behandlung von HIV erfordert Erfahrung und stetige Aktualisierung. Da die meisten Anstaltsärztinnen und -ärzte keine Infektiolog(inn)-en sind, verfügen sie häufig über wenig Erfahrung mit der HIV-Therapie.

HEPATITIS C

Die Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) verursacht eine chronische Entzündung der Leber (lat.: hepatitis). Nach einer Infektion mit HCV können lebenslang Antikörper nachgewiesen werden. Dieser sogenannte HCV-Antikörpertest ist bei knapp 21 Prozent der Inhaftierten in Deutschland positiv, bei den Drogengebraucher(inne)n in Haft sind es ca. 58 Prozent (Weilandt/Radun 2008). Zum Vergleich: Bundesweit weisen etwa 0,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung einen positiven Hepatitis-C-Antikörpertest auf (RKI 2013a, 714).

ÜBERTRAGUNG

Das Hepatitis-C-Virus wird hauptsächlich durch Blut übertragen und ist im Unterschied zu HIV auch außerhalb des Körpers sehr lange überlebensfähig. Drogengebraucher/innen, die Spritzutensilien teilen, sind besonders gefährdet. Eine Übertragung kann aber auch beim Tätowieren, Piercen und beim gemeinsamen Gebrauch von Zahnbürsten, Rasierzeug usw. erfolgen. Beim Sex wird Hepatitis C nur selten übertragen. Verletzungsträchtige Sexualpraktiken (z. B. Fisten) erhöhen das Risiko einer Übertragung von HCV.

VERLAUF

In den meisten Fällen verläuft die akute Hepatitis C milde: Symptome wie Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Unwohlsein sind unspezifisch und werden nicht immer

mit einer Virushepatitis in Verbindung gebracht. In seltenen Fällen kommt es zu einer heftigen Leberentzündung mit Gelbfärbung der Haut, Übelkeit, Erbrechen und drohendem Leberversagen.

HCV-TEST

Ähnlich der HIV-Infektion erfolgt der Nachweis einer Hepatitis C über einen Antikörpertest, und die Virusaktivität wird über die PCR-Methode ermittelt. 80 bis 90 Prozent der Hepatitis-C-Infektionen verlaufen über Jahrzehnte chronisch, und nur ein kleiner Anteil heilt von allein aus. Zusätzliche Infektionen (Koinfektionen) mit Hepatitis B oder HIV können den Krankheitsverlauf verschlechtern.

THERAPIE

Therapiestandard bei einer Hepatitis C war bis vor Kurzem noch eine Kombination aus Interferon und Ribavirin über 24 bis 72 Wochen. Häufige Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Depression, Übelkeit, Gelenkschmerzen und Blutarmut. Diese sollten engmaschig kontrolliert und behandelt werden, denn jeder Therapieabbruch vermindert die Heilungschancen. Als geheilt gilt eine Person, bei der sechs Monate nach Therapie keine HC-Viren mehr nachweisbar sind. Eine durchgemachte Infektion führt nicht zur Immunität, sodass eine erneute Ansteckung möglich ist.

Seit 2011 stehen zwei neue Medikamente zur Verfügung, die jeweils in Kombination mit Interferon und Ribavirin eingesetzt werden können. Die Behandlung mit dieser Triple-Therapie ist äußerst aufwendig und nebenwirkungsreich, allerdings erhöhen sich die Heilungschancen deutlich. Bisher ist diese jedoch nur für einen Typ des Hepatitis-C-Virus (Genotyp 1) zugelassen; weitere Medikamente stehen kurz vor der Zulassung. Diese Entwicklungen geben Anlass zur Hoffnung. Fraglich ist allerdings, ob die Haftanstalten eine so komplexe Therapie und Logistik gewährleisten können.

BEDINGUNGEN IN HAFT

Da der Hauptübertragungsweg von Hepatitis C der Spritzdrogengebrauch ist, ist neben der Informationsvermittlung die anonyme Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck durch Automaten oder Tauschprogramme eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen. Die Spritzenvergabe gibt es in Deutschland jedoch nur noch in einer Haftanstalt (JVA Lichtenberg, Berlin).

Auch eine HCV-Therapie kann als vorbeugende Maßnahme betrachtet werden, da hierdurch die Infektionszahl vermindert wird und somit auch die Zahl der möglichen Übertragungen. Ein strukturierter und planbarer Tagesablauf in Haft bietet gute Voraussetzungen für eine kontinuierliche Therapie. Da aber eine Hepatitis C

in der Regel keine akut lebensbedrohliche Erkrankung ist und medizinische Behandlungen in Haft zwar dem Krankenkassensystem gleichgestellt sein sollten, jedoch dem Justizsystem unterliegen, wird die Therapie in der Praxis häufig aus Kostengründen in die Zeit nach der Haftentlassung verschoben.

Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung. Menschen mit Hepatitis C sollten jedoch gegen Hepatitis A und B geimpft werden, um eine zusätzliche Leberschädigung zu vermeiden.

TUBERKULOSE

1882 entdeckte Robert Koch den Tuberkulose-Erreger. Mit der Entwicklung von antibiotischen Substanzen im 20. Jahrhundert war es schließlich möglich, dass Menschen die bis dahin tödliche Krankheit überlebten. Allerdings war ein deutlicher Rückgang der Erkrankungs- und Todesfälle bereits mit den besseren hygienischen und sozioökonomischen Verhältnissen des 19. Jahrhunderts zu verzeichnen.

Heute gilt die Tuberkulose in der deutschen Allgemeinbevölkerung als eine eher seltene Erkrankung. Im Jahr 2011 wurden in Deutschland insgesamt 4.317 Tuberkulosefälle registriert, knapp die Hälfte der an Tuberkulose Erkrankten waren in Ländern geboren, in denen die Tuberkulose weiter verbreitet ist, so z. B. in der Türkei oder in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion (RKI 2013b, 24).

Gute Bedingungen für die Übertragung einer Tuberkulose herrschen vor, wenn Menschen eng beisammen wohnen, deren Gesundheitszustand schlecht ist. Bei einer Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte wie Haftanstalten werden regelmäßig Tuberkulose-Screenings durchgeführt. So wurden im Jahr 2011 59 Tuberkulosefälle vor Haftantritt festgestellt (RKI 2013b, 40).

ÜBERTRAGUNG

Die Tuberkulose ist zumeist eine Erkrankung der Lunge, die durch spezifische Bakterien (Tuberkelbakterium, Mycobacterium tuberculosis) verursacht wird. Andere Organe (z. B. Knochen, Nieren, Hirnhäute) können ebenfalls betroffen sein, in Deutschland kommt dies jedoch eher selten vor.

Besteht eine Infektion der Lunge, so können die Bakterien durch Tröpfchen besonders beim Niesen oder Husten über die Luft übertragen werden. Tuberkelbakterien gelangen dann in die Lunge einer anderen Person, können sich dort vermehren, über kurz oder lang das Lungengewebe zerstören und möglicherweise über die Blutbahn in andere Organe transportiert werden. Das geschieht insbesondere bei Menschen mit geschwächter Immunabwehr (z. B. bei Alkohol-/Drogenabhängigen, Obdachlosen, Menschen mit ernährungsbedingten Mangelzuständen, HIV-Positive mit einer Helferzellzahl von weniger als 200/µl oder Menschen mit Aids).

Ein gesundes Immunsystem kann die Ausbreitung der Bakterien verhindern, indem diese in einer Kapsel (das sogenannte Tuberkel) eingeschlossen werden. Dieses Phänomen wird auch als latente (ruhende) Tuberkulose bezeichnet, die aktiviert werden kann, wenn das Immunsystem (z. B. im Rahmen von Erkrankungen) geschwächt ist. Brechen diese Kapseln auf, gelangen die Bakterien in die Atemwege (sogenannte offene TBC) und können wiederum zur Infektion der Mitmenschen führen.

Die Ansteckungsgefahr ist besonders hoch, wenn viele Bakterien im Auswurf nachweisbar und Menschen in geschlossenen Räumen dicht beisammen sind. Kontaktpersonen sollten sich dann mithilfe einer speziellen Mund-Nase-Maske, die dicht an die Haut anliegt, schützen. Einfache OP-Masken sind nicht ausreichend. Gegenüber UV-Licht (starke Sonneneinstrahlung) sind Tuberkulosebakterien empfindlich: Im Freien kommt es deutlich seltener zu einer Übertragung. Wird eine erkrankte Person effektiv behandelt, sind nach einigen Wochen keine Bakterien mehr nachweisbar, und es besteht keine Ansteckungsgefahr mehr.

DIAGNOSE

Die typischen Symptome einer Lungentuberkulose sind Husten mit blutigem Auswurf, Fieber, nächtliches Schwitzen und Gewichtsverlust. Die Diagnose erfolgt standardmäßig mittels einer Röntgenaufnahme der Lunge. Hat es noch keine sichtbaren Veränderungen gegeben, kann mithilfe spezifischer Immuntests (Mendell-Mantoux-Hauttest oder Interferon-Gamma-Bluttest) indirekt geprüft werden, ob eine Infektion vorliegt. Diese Tests werden in der Regel in Gesundheitsämtern oder in spezifischen Einrichtungen durchgeführt. Die Tuberkulose ist eine meldepflichtige Erkrankung. Enge Kontaktpersonen müssen genannt und untersucht werden.

THERAPIE

Die Behandlung der einfachen Lungentuberkulose erfolgt nach einem festgelegten Therapieregime über sechs Monate: In den ersten zwei Monaten werden vier verschiedene Antibiotika gegeben. Sind nach dieser Zeit keine Bakterien im Auswurf mehr nachweisbar, folgt eine viermonatige Therapie mit zwei Substanzen.

Seit einigen Jahren treten weltweit vermehrt Resistenzen gegen die herkömmlichen Tuberkulosemedikamente auf. In Deutschland wurden im Jahr 2011 341 (11,9 %) resistente Tuberkulosefälle gemeldet (RKI 2013b, 48). Abhängig davon, welche Medikamente gegen die Tuberkulosebakterien unwirksam sind (= Resistenz), spricht man von einer „Multi-drug-resistant tuberculosis" (MDR-TB) oder einer „Extensively drug-resistant tuberculosis" (XDR-TB). In diesen Fällen muss eine Therapie mit zusätzlichen Substanzen über einen deutlich längeren Zeitraum erfolgen. Um Resistenzen vorzubeugen, ist es von großer Wichtigkeit, eine begonnene Therapie bis zum Ende durchzuführen. Für Kontaktpersonen kann unter besonderen Umständen eine vorbeugende antibiotische Therapie erwogen werden.

LITERATUR

RKI 2013a Robert Koch-Institut (RKI): Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 5/6 2013

RKI 2013b Robert Koch-Institut: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2011. Berlin: 2013

Weilandt/Radun 2008 Weilandt, C./Radun, D.: Infektionserkrankungen unter Gefangenen in Deutschland – Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten sowie Wissen, Einstellungen und Einschätzungen bezüglich Infektionskrankheiten und Drogenkonsum im Strafvollzug, Deutschland 2006/2007. Bonn/Berlin: 2008. (Vorstellung der Ergebnisse durch Dr. Ruth Zimmermann auf der DAH-Fachtagung „HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft: Keine Angst vor Spritzen!" Berlin: 10.12. 2013)

EMPFOHLENE LITERATUR

Eckert, J./Weilandt, C.: Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts „Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" im Auftrag der Europäischen Kommission. Bonn: 2008 (im Internet unter http://bit.ly/1bggSZE)

Hoffmann, C./Rockstroh, J.: HIV 2012 (im Internet unter hivbook.com)

Keppler, K.: Gesundheitsförderung in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. 5. Aufl. Berlin: 2014

Mauss, S. u. a.: Hepatology. A Clinical Textbook. (im Internet unter www.hepatologytextbook.com)

Schaberg, T. u. a.: Empfehlungen zur Therapie, Chemoprävention und Prophylaxe der Tuberkulose im Erwachsenen- und Kindesalter. In: *Pneumology 2012*. 66: 133–171 (im Internet unter http://bit.ly/1caZhPx)

TEIL 4
BESONDERE GEFANGENEN-GRUPPEN

MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON DROGENGEBRAUCHER(INNE)N IN HAFT

// Heino Stöver

PROBLEMSKIZZE

Die gesundheitliche Verfassung Drogen gebrauchender Häftlinge und ihre auf den Drogenkonsum bezogenen Einstellungen, Vorsätze und Pläne sind bislang nur wenig erforscht. Anekdotisch und aus Beratungsgesprächen ist bekannt, dass sich viele Gefangene in einer ambivalenten Situation befinden: Einerseits wollen sie keine haft- und suchtbedingten Risiken eingehen – vor allem was Spritzdrogen angeht – und oftmals auch ihren Partner(inne)n, Kindern und anderen Angehörigen zeigen, dass sie drogenfrei leben können (einigen gelingt das auch, entweder auf Dauer oder zumindest zeitweise). Andererseits können sie dem eigenen Suchtdruck und/oder dem Druck anderer Gefangener nicht standhalten und konsumieren mehr oder minder häufig Opiate. Opiate werden dann überwiegend nicht inhaliert, sondern in die Vene injiziert (was wirtschaftlicher ist, weil sich so mit einer minimalen Drogenmenge maximale Wirkung erzielen lässt).

Der Bedarf an suchtmedizinischen und psychosozialen Hilfen, die dem State of the Art entsprechen, ist hoch. Doch in Haft können Drogen Gebrauchende kaum von den Fortschritten profitieren, die auf diesem Gebiet in den letzten 30 Jahren erzielt wurden. Während sich das Hilfesystem in Freiheit erheblich ausdifferenziert hat, setzt man im Justizvollzug immer noch vorwiegend auf die Aussetzung der Strafe nach dem Motto „Therapie statt Strafe" (bei Gefangenen mit einer Reststrafe von unter zwei Jahren). Evidenzbasierte Ansätze zur Behandlung der Opioidabhängigkeit (wie die Substitutionsbehandlung) wurden und werden in vielen Haftanstalten mit erheblichem Zeitverzug eingeführt, und in manchen Bundesländern gibt es sie überhaupt nicht (Keppler/Knorr/Stöver 2011). Probleme bestehen ebenso in der Versorgung von Gefangenen mit körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen. Allerdings zeigen sich bei Häftlingen häufig auch gesundheitliche Verbesserungen, die dem Zugang zu medizinischer Behandlung und Pflege, vor allem aber den Bedingungen des Anstaltslebens geschuldet sind, wie etwa ein normaler Tag-Nacht-Rhythmus oder regelmäßige Ernährung.

Anerkannte und bewährte Strategien zur Eindämmung drogenkonsumbedingter Infektionskrankheiten – Harm-Reduction-Maßnahmen wie z. B. die Spritzenvergabe[1] – werden im Justizvollzug nicht angewandt. Und obwohl das Risiko, an einer Überdosis zu sterben, nach der Haftentlassung (besonders in der ersten Woche) um ein Vielfaches höher ist als sonst, gibt es nur spärliche Maßnahmen zur Vorbeugung von Überdosierungen (WHO 2010).[2]

STRUKTURELLE UNGLEICHHEIT IN SACHEN GESUNDHEIT

Grundsätzlich hat jeder Gefangene einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende medizinische Versorgung (Lesting/Stöver 2012). Das gilt selbstverständlich auch für die Suchtbehandlung drogenabhängiger Gefangener, deren Anteil an der Gesamtpopulation Inhaftierter in Deutschland zwischen 30 und 40 % liegt (DBDD 2012). Eine dem Äquivalenzprinzip verpflichtete (sucht-)medizinische Versorgung in Haft, die den „draußen" geltenden Standards entspricht, steht bislang jedoch noch aus. Diese strukturelle Ungleichheit wirft die Frage auf, ob eine angemessene gesundheitliche Versorgung Gefangener durch einen justizinternen Gesundheitsdienst („Gesundheitsfürsorge") überhaupt organisiert werden kann (Pont/Stöver/Wolff 2012). Dass man mit der Inhaftierung im geschlossenen Vollzug aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausfällt, sorgt auch nach der Entlassung für Probleme – vor allem die Fortführung der Substitution wird dadurch erschwert (Lesting/Stöver 2012).

DATEN ZU DROGENKONSUM, HAFTERFAHRUNG UND DROGENASSOZIIERTEN INFEKTIONEN

Erfahrungen mit Polizei, Gerichten oder Haftanstalten hat ein Großteil der Konsumenten illegaler Drogen. Laut der Hamburger Basisdokumentation (Bado e.V.) hatten 38 % der betreuten Klienten im Jahr 2009 Probleme mit der Justiz, 12 % befanden sich in Haft (Oechsler u. a. 2010). Bei den Opiat- und Kokainkonsumenten war sogar jeder Fünfte inhaftiert (ebenda). Längsschnittlich betrachtet zeigen sich noch weit höhere Anteile: Mehr als die Hälfte (52 %) der betreuten Drogengebraucher in Hamburg ist schon einmal im Leben verurteilt worden, wobei der Anteil bei Opiatkonsumenten (70 %) mit durchschnittlich 50 Haftmonaten am höchsten ist. In der Frankfurter Szenebefragung liegt der Anteil der Personen mit Hafterfahrung gar bei 78 % (durchschnittlich 51,9 Monate Haft) (Müller u. a. 2011). Studien zur Lebenssituation älterer Drogenabhängiger zeigen, dass Haftaufent-

1 Nur eine einzige der rund 200 Haftanstalten in Deutschland, die JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg, bietet Gefangenen den Spritzentausch an.
2 Die hier beschriebene Situation trifft ebenso auf den Maßregelvollzug zu.

halte mit zunehmendem Alter noch häufiger werden: Hößelbarth u. a. (2011) berichten, dass 87,8 % der 74 Befragten bereits in Gewahrsam oder in einer Strafanstalt inhaftiert waren. Sie verbrachten durchschnittlich vier Jahre in Haft (48,8 Monate; Frauen 31,6 % und Männer 55,6 %), wobei die Haftzeit zwischen wenigen Tagen und 20 Jahren variierte.[3]

TABELLE 1: **HAFTERFAHRUNG UND HAFTDAUER BEI MENSCHEN MIT PROBLEMATISCHEM DROGENKONSUM**

Quellen	Anteil Drogenabhängiger mit Hafterfahrung	durchschnittliche Haftdauer in Monaten
BADO Hamburg (Oechsler u. a. 2010)	70 %	50
Frankfurter Szenebefragung (Müller u. a. 2011)	78 %	51,9
Studie zu älteren Drogenabhängigen Rhein-Main-Gebiet (Hößelbarth u. a. 2011)	87,8 %	48,8

Die Haftdauer variiert hier nach Lebensalter. Weitere Unterschiede würden sich auch zwischen Frauen und Männern, Stadt und Land, Ost und West usw. feststellen lassen. Laut Tabelle 1 kann jedoch insgesamt von einer durchschnittlichen Haftdauer von etwa vier Jahren ausgegangen werden.

Zum 31. März 2012 verbüßten insgesamt 58.073 Personen eine Freiheits- oder Jugendstrafe in einer deutschen Justizvollzugsanstalt oder befanden sich in Sicherungsverwahrung (Statistisches Bundesamt 2012). Wegen eines Drogendelikts saßen zum genannten Zeitpunkt 8.126 Personen (14 %) ein (ebenda). Experten gehen jedoch davon aus, dass etwa 30–40 % aller männlichen und mehr als 50 % aller weiblichen Gefangenen intravenös Drogen konsumieren (Stöver 2002). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet" (Justizministerium NRW 1992) und jeder Dritte als „therapiebedürftig" angesehen werden muss (Dolde 2002).

3 Zur Situation älterer Drogenkonsumenten siehe auch Degkwitz/Zurhold 2010.

Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen zweier multizentrischer epidemiologischer Studien (Radun u. a. 2007; Schulte u. a. 2009), die erstmals einen genauen Überblick über die Zahl der aktuell und ehemals intravenös Drogen Konsumierenden und der über Drogengebrauch Infizierten in deutschen Haftanstalten geben. Radun u. a. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie bei 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6 % (n=464). 17,6 % aller untersuchten Gefangenen waren mit Hepatitis-C-Virus (HCV) und 0,8 % mit HIV infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6 %), der jemals Drogen injiziert hat, war HCV-positiv, und 1,6 % waren HIV-positiv.

In ihrer Befragung von Anstaltsärzten in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte u. a. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil der aktuell und ehemals intravenös injizierenden Gefangenen lag hier bei durchschnittlich 21,9 %, die HCV- und HIV-Prävalenzraten lagen bei 14,3 % beziehungsweise 1,2 %.

TABELLE 2: **ANTEIL DER INTRAVENÖS DROGEN KOSUMIERENDEN (IDUs) UND DER DROGENASSOZIIERTEN INFEKTIONSERKRANKUNGEN IN DEUTSCHEN HAFTANSTALTEN UND IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG**

	IDUs	HCV	HIV
Haftanstalten [1,2,6]	21,9–29,6 %	14,3 %–17,6 %	0,8 %–1,2 %
Allgemeinbevölkerung	0,3 %[3]	0,4 %–0,7 %[4]	0,05 %[5]
Faktor	73- bis 98-fach	26- bis 32-fach	16- bis 24-fach

Die Studien aus den Jahren 2007 bis 2011 belegen, dass aktuell/ehemals intravenös Drogen Konsumierende und Personen mit drogenassoziierter HCV- und/oder HIV-Infektion in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert sind (siehe Tabelle 2). Dies bestätigen die Schätzungen des EMCDDA (2012), wonach mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren" ist, viele davon mit problematischem und/oder intravenösem Konsum. Auf der Grundlage der in Tabelle 2 genannten Werte muss man bei rund 58.100 Strafgefangenen (Stand 31.3.2012) querschnittlich von etwa 15.000 (zwischen 12.700 und 17.200) Opioidkonsumenten oder -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregelvollzug und Polizeiarrest) – im Lauf eines Jahres wären es etwa doppelt so viele. Folglich ist etwa jeder Zehnte der

1 Radun u. a. 2007; 2 Schulte u. a. 2009; 3 EMCDDA 2006; 4 RKI 2007; 5 UNAIDS 2007; 6 Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013

allgemein geschätzten Gesamtzahl von mindestens 150.000 Drogenabhängigen mit problematischem Konsum inhaftiert (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Legt man die 11.000 verfügbaren Therapieplätze (Jeune 2009) zugrunde, befinden sich etwa anderthalb mal so viele Drogenkonsumenten im Gefängnis wie in Therapieeinrichtungen.

Während in den Gefängnissen der alten Bundesländer die Zahl Opiatabhängiger deutlich überwiegt, finden sich in den Haftanstalten der fünf ostdeutschen Bundesländer in etwa gleichem Maße Alkohol- und Drogenabhängige (Preusker 2002). In der Summe dürfte der Anteil der von Alkohol und anderen Drogen Abhängigen in deutschen Gefängnissen ungefähr gleich hoch sein (Küfner 1998; Küfner/Beloch 2001). Eine aktuellere Studie aus Westdeutschland (n=76) zeigt, dass bei Alkohol die Abhängigkeits- und Missbrauchsrate (38,2 % bzw. 21,1 %) deutlich höher ist als bei Opiaten (28,9 % bzw. 2,6 %). Bei Alkohol liegt die Lebenszeitprävalenz bei 46,1 % (Abhängigkeit) und 25 % (Missbrauch) (Schröder 2005). Alkoholbezogene Störungen kommen in Haftanstalten folglich fünf- bis achtmal häufiger vor als „draußen" (Meyer u. a. 2000; Jacobi u. a. 2004). Darüber hinaus ist bei einem nicht unerheblichen Teil der Drogen gebrauchenden Gefangenen (über 22 %) eine polyvalente Substanzabhängigkeit[4] festzustellen. Schließlich sind 79 % der Gefangenen aktuelle Raucher. Bei inhaftierten Jugendlichen liegt der Anteil aktuell Rauchender insgesamt bei 89 %, bei den weiblichen Jugendlichen sogar bei 93,2 % (Stöver/Ritter/Buth 2012).

Ein Großteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa; DBDD 2012) ist also drogenerfahren beziehungsweise konsumiert in Haft illegale Drogen – vor allem Cannabis, Alkohol und Opiate –, zum Teil sogar erstmals. Viele Studien belegen, dass drogenbezogenes Risikoverhalten wie Spritzen-/Nadeltausch sowie Tätowieren und Piercen in Gefängnissen weit verbreitet und Ursache für HBV-, HCV- und HIV-Infektionen sind (Stöver/Lines/Thane 2009; Thane/Stöver 2011). Eine Studie zeigte außerdem, dass intravenöser Drogenkonsum und Tätowieren Prädiktoren für HCV-positive Befunde bei Häftlingen sind (Vescio u. a. 2008).

In europäischen Gefängnissen variieren die HCV-Prävalenzen unter Gefangenen sehr stark (20–40 %). Bei ehemals oder aktuell intravenös konsumierenden Drogenabhängigen schwanken diese Zahlen sogar zwischen 32 und 79 % (Donoghoe 2006). Die HIV-Prävalenzen sind in Osteuropa generell höher (4–12 %) – in den meisten westeuropäischen Ländern liegen die Raten unter 1 % (WHO 2005).

SUCHTMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Während in Freiheit für Drogenabhängige in den letzten 30 Jahren zahlreiche Hilfeformen mit unterschiedlichen Zielen und Methoden entwickelt worden sind (z. B. Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie, suchtmedizinische

4 gleichzeitiger Konsum von mehr als drei Substanzklassen, der die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllt

Versorgung, vor allem Substitutionsbehandlung) (Böllinger/Stöver 2002; Michels/Sander/Stöver 2009), beschränkt sich das Behandlungsangebot im Justizvollzug meist immer noch auf abstinenzorientierte Hilfen. Damit einher geht die Annahme, das Gefängnis sei drogenfrei und zugleich ein geeigneter Ort zur Überwindung einer Drogenabhängigkeit. Zugleich wird der Gesellschaft suggeriert, dass dem tatsächlich so sei und Gefängnisse ihren Sicherheitsauftrag erfolgreich erfüllten, was intra- und extramural hohe sozialpsychologische und politische Bedeutung hat. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken lässt sich auf diese Weise wirksam negieren.

Diese Politik gründet auf einem falschen Verständnis von Abhängigkeit. Die Opiatabhängigkeit beispielsweise ist eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung, bei der Rückfälle (oder Beikonsum) zu erwarten und in das Behandlungskonzept zu integrieren sind (NRW 2010). Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haft reduziert oder sogar eingestellt wird, sind Rückfälle unmittelbar nach der Entlassung die Regel[5] und eindeutig mit erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden (Heinemann/Bohlen/Püschel 2002; Singleton/Pendry/Taylor u. a. 2003; Farrell/Marsden 2008). Bei Medizinern, Krankenpflegepersonal und Anstaltsleitungen, aber auch allen anderen Gefängnismitarbeitern ist daher verstärkt dafür zu sorgen, dass sich das Verständnis für Suchterkrankungen und der Umgang damit verbessern und dass Suchtprobleme und deren Folgen offensiv angesprochen werden.

Die häufig einseitige Ausrichtung der Hilfe auf abstinenzorientierte Angebote[6] blendet die Erfordernisse einer angemessenen gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Gefangenen mit langjährigem Drogenkonsum und die damit verbundenen Belastungen aus. Abstinenz ist für viele dieser Gefangenen keine realistische Option mehr. Suchtbegleitung als eine offensiv auf Schadensbegrenzung zielende Strategie ist innerhalb des Strafvollzugs so gut wie nicht entwickelt worden. Vor allem die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen ein Schattendasein (Keppler/Stöver 2010b).

MANGELWARE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Die hohe Zahl intravenös konsumierender Drogenabhängiger in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Zum einen deshalb, weil das Setting Gefängnis aufgrund der hohen Durchlaufquote kurzzeitig Inhaftierter große Bedeutung für die Gesundheit der Gesellschaft hat. Zum anderen lassen sich Therapien, die sich „draußen" als wirksam erwiesen haben, ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen durchführen (Stöver/Ritter/Buth 2012) – insbesondere die

5 „Kompensationskonsum" für die Zwangsabstinenz im Gefängnis

6 weil diese Angebote scheinbar mit dem in § 2 StVollzG formulierten Vollzugsziel – der Gefangene solle befähigt werden, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen" – identisch sind

Opioidsubstitution (Hedrich u. a. 2012; Stöver/Marteau 2012). Deren risikomindernde Wirkung in Haft ist belegt: Unter Substitution wird das Risiko „intravenöser Drogengebrauch" je nach Studie um 55–75 % gesenkt, das Risiko „Spritzentausch in Haft" um 47–73 % (Larney 2010).

Ein Vergleich der intramuralen mit der extramuralen suchtmedizinischen Versorgung in Deutschland fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patienten unter Opioidsubstitution „draußen" in den letzten fünf Jahren um 50 % erhöht hat (auf 76.200 Patienten im Jahr 2011) und etwa 50 % der geschätzten 150.000–175.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht einmal annähernd ab. Zwar wurde in den letzten drei Jahren der Zugang zur Substitution verbessert (als Methode der Wahl bei Opioidabhängigkeit) – allein in Nordrhein-Westfalen befinden sich heute ca. 1.400 Gefangene in Behandlung (Render 2012). Anfang 2013 waren in deutschen Haftanstalten aber nur 2.500 Opioidabhängige unter dauerhafter Substitution, das sind etwa 16 % der geschätzten 15.000 Opioidkonsumenten oder -abhängigen in Haft (eigene Berechnungen).

Eine Untersuchung ergab, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2 %) eine Substitutionsbehandlung möglich ist; die primäre Indikation ist dabei die Fortführung einer in Freiheit begonnenen Behandlung (Schulte u. a. 2009). Außerdem zeigte sich, dass bei 70 % der Patienten bei Haftantritt die Behandlung abgebrochen wurde (Stöver 2011). Im Maßregelvollzug ist die Situation, was die Kontinuität der Substitutionsbehandlung angeht, noch prekärer, denn hier konzentriert sich die Diskussion immer noch auf die Zulässigkeit dieser Behandlungsform (Stöver 2012).

Die 2010 aktualisierten Richtlinien der Bundesärztekammer weisen eindeutig in Richtung Behandlungskontinuität auch in Haft und anderen Settings, was sich jedoch erst in den nächsten Jahren auf die Fortsetzung einer in Freiheit begonnenen Substitution auswirken wird. Klare Vorgaben der Justizministerien scheinen sich im hierarchisch geprägten Justizvollzug dagegen rasch niederzuschlagen. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise erarbeitete eine Expertengruppe Empfehlungen (NRW 2010), die ärztliche Reaktionen auf alle denkbaren Szenarien von Drogen(misch)gebrauch aufführen. Diese Empfehlungen berücksichtigen einerseits die Therapiefreiheit der Anstaltsärzte, andererseits sind sie so detailliert, dass Ärzte nur mit guter Begründung die Fortsetzung einer Substitution ablehnen können. Allerdings mangelt es immer noch vielerorts an suchtmedizinischer Fachkunde; sie wird jetzt zwar gefördert, kann aber erst bei Neueinstellungen von Ärzten zur Voraussetzung gemacht werden.

Wie schwierig die Einführung der Substitutionsbehandlung ist, zeigt sich etwa in der Justizvollzugsanstalt Tegel in Berlin: Von etwa 1.700 Gefangenen werden 59 substituiert, wobei ein weit höherer Bedarf anzunehmen ist. Oft dauert es Jahre, ehe es gelingt, die Ablehnungs- und Widerstandskultur der Ärzte und Pflegekräfte gegenüber der Substitutionsbehandlung aufzubrechen. Andererseits befürch-

ten die Gefangenen bei Bekanntwerden ihres Drogenkonsums Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe (siehe auch den Beitrag „Kontakte nach draußen", S. 78 in diesem Band). Das weist auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Implementation dieser Behandlungsform hin.

Eine bundesweite Übersicht zur Substitutionsbehandlung verdeutlicht eine sehr heterogene Versorgungslage, geprägt durch ein Nord-Süd- und ein West-Ost-Gefälle (Keppler/Knorr/Stöver 2011). In Bayern beispielsweise, wo es etwa 9.000 Gefangene gibt und justizintern von etwa 3.000 Drogenabhängigen ausgegangen wird, gibt es so gut wie keine Behandlungsmöglichkeiten. Die Substitution in Haft wird dort nicht als eine angemessene Therapie angesehen, was dazu führte, dass zwei heroinabhängige Gefangene gegen den Freistaat geklagt haben, um eine Substitution zu erhalten.[7]

Aufgrund der abstinenzorientierten Behandlungsziele der intramuralen Substitution (Schulte u. a. 2009) werden oft nur Entzugsbehandlungen durchgeführt. Diese allein führen jedoch häufig zu Rückfällen und Überdosierungen nach der Entlassung aus der Haft (Crowley 1999). Eine Dauersubstitution ist effektiver als eine Entzugsbehandlung: Sie verfügt über eine hohe Haltekraft während der Haftzeit und fördert nach der Entlassung die Abstinenz von illegalen Drogen. Diese Behandlungsform nützt jedoch nicht nur den Gefangenen, sondern auch den Haftanstalten: Die Gefangenen haben täglich Kontakt zur medizinischen Abteilung, sodass auch andere gesundheitsrelevante Botschaften vermittelt und entsprechende Verhaltensweisen gefördert werden können (BISDRO/WIAD 2008). Eine Erhöhung der Zahl Substituierter in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und dessen Qualifizierung sowie eine bessere Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit (Pont u. a. 2012).

WEIL NICHT SEIN KANN, WAS NICHT SEIN DARF

Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Justizvollzug besteht in der Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Eine Studie in der U-Haftanstalt Oldenburg zeigte, dass dort 76 % aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihres Drogenproblems behandelt wurden (Tielking/Becker/Stöver 2003). Doch aufgrund des öffentlichen Drucks, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten, gehen nur wenige Anstalten offen mit Drogenproblemen um: Das wird oft mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrags gleichgesetzt. Viele Gefängnisse beobachten entweder keinen Drogengebrauch oder sie ignorieren und leugnen ihn aus justizpolitischen Motiven. Weil nicht sein kann, was nicht sein darf, ist der Umgang mit drogenabhängigen Gefangenen ein Balanceakt zwischen der Erwartung,

7 Das Landgericht Augsburg hat die Klagen abgewiesen (DAH 2012).

den Resozialisierungsauftrag zu erfüllen, und den Realitäten eines weit verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums bei (zum Teil durch die Politik) stark eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens.

Die Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei Mustern: a) entweder man grenzt den intramuralen Raum noch stärker vom extramuralen ab oder b) man entwickelt realitätsnahe, bedürfnisgerechte Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung einerseits und dem medizinischen Versorgungsauftrag andererseits. Sofern sich mit dem ersten Ansatz die Zufuhr und der Konsum von Drogen überhaupt reduzieren ließe, wäre er angesichts des Resozialisierungsauftrags, der ja auf eine weitgehende Außenorientierung des Strafvollzugs zielt, kritisch zu betrachten. Außerdem würde dieser Ansatz auch zu Lasten der übrigen Gefangenen gehen. Der zweite Ansatz braucht pragmatische und realistische Ziele, die für den Vollzug wie auch für die Gefangenen erreichbar sind. Die Bedingungen der Arbeit mit Drogenkonsumenten sind im Justizvollzug jedoch stark beschränkt; hier fallen Drogenszene und Hilfeangebote räumlich zusammen, und der Drogenkonsum wird nicht toleriert: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang mit Drogen gebrauchenden Gefangenen. Hinzu kommt, dass Drogenabhängige in der Regel nicht als „lockerungsgeeignet" gelten. Folglich können sie ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil unterstellt wird, bei ihnen bestehe Rückfall- und Fluchtgefahr (siehe auch Beitrag „Kontakte nach draußen", S. 78 in diesem Band).

MEDIZINISCHE REHABILITATION: „THERAPIE STATT STRAFE"

Bei einer Haftstrafe von weniger als zwei Jahren kann eine medizinische Rehabilitation begonnen werden – die Strafe wird dann zurückgestellt. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hat in der Auswertung eines Vergleichs von Patienten mit und solchen ohne Hafthintergrund festgestellt, dass bei der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich Abstinenz und (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit grundsätzlich keine Unterschiede bestehen: „Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahme ist vor allem eine kriteriengeleitete, konsequente und für die Gefangenen transparente Bewilligungspraxis, da durch eine von den Häftlingen wahrgenommene Unklarheit Motivationsdefizite und damit Drehtüreffekte entstehen können" (Kulick 2010). Diese Ergebnisse können allerdings nicht für das gesamte Bundesgebiet verallgemeinert werden.

Die Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen offenbart allerdings Probleme: Viele Staatsanwaltschaften und Gerichte legen den Kausalzusammenhang zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit seit Kurzem enger aus und lehnen eine Strafrückstellung nach § 35 BtMG sowie den Beginn einer Drogentherapie mit der Begründung „fehlender Kausalzusammenhang" ab. Den Hintergrund bildet ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH)[8], wonach es nicht mehr zulässig

8 vom 4.8.2010; 5AR (VS) 23/10

ist, die Reihenfolge der Vollstreckung mehrerer Strafen umzustellen, wie dies häufig praktiziert wurde. „Der BGH regelt einheitlich, dass jede Strafe zwingend erst zum ⅔-Termin unterbrochen werden kann. Sobald mehrere Strafen ausgesprochen wurden, müssen alle bis zum ⅔-Zeitpunkt verbüßt werden, und eine Entlassung ist frühestens zum ‚Gesamtzweidrittteltermin' möglich. Die Folge sind längere Aufenthalte im Justizvollzug" (Koch 2010).

Inzwischen haben bereits einige Justizministerien Anweisungen erlassen, die Vollstreckungspraxis der Rechtsprechung des BGH anzupassen.[9] Auch bei der bedingten Entlassung aus der Haft nach § 57 StGB oder § 88 JGG werden Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis bei § 57 StGB in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger zum Teil nicht mehr bereit, eine Zusage für die Übernahme der Rehabilitationskosten zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbehörde mitteilt, dass § 57 StGB Anwendung findet. „Daraus entsteht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt und nicht selten dazu, dass gar keine Reha-Maßnahme mehr angetreten wird" (ebenda). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahl der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften und Rechtspfleger ist also der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit zu beachten.

INFEKTIOLOGISCHE VERSORGUNG

Die antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon plus Ribavirin sowie die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) entspricht dem gegenwärtigen medizinischen Standard der Behandlung chronischer HCV- oder HIV-Infektionen. Wie bei der Suchtmedizin zeigen sich auch bei der Behandlung von HCV- und HIV-Infektionen in Haftanstalten Probleme. Die Versorgungsleistung besteht hier – bis auf wenige Ausnahmen – vornehmlich in der Weiterführung einer vor der Inhaftierung begonnenen HIV- oder HCV-Therapie. Im Rahmen der Berichterstattung des Reitox-Knotenpunkts wurden 2011 die Bundesländer unter anderem zur HCV- und HIV-Behandlung bei Gefangenen befragt. Zwar gaben alle Bundesländer an, eine HIV-Therapie und – bis auf Sachsen – auch eine HCV-Therapie anzubieten, jedoch konnte kein Bundesland über den Umfang der durchgeführten Behandlungen Auskunft geben (DBDD 2012). Vollzugsanstalten arbeiten oft mit Schwerpunktpraxen zusammen. Da sie jedoch oft weit außerhalb der Städte liegen (oder außerhalb von Städten mit Schwerpunktpraxen), sind (bewachte) Transporte erforderlich, die teilweise schwierig zu organisieren sind und erhebliche Kosten verursachen (ähnliche Probleme stellen sich im Maßregelvollzug; Asklepios u. a. 2011). Diskontinuitäten in der Verschreibung und Einnahme von Medikamenten ergeben sich oft durch Verlegungen von einer Haftanstalt in eine andere.

9 So etwa Niedersachsen mit Schreiben an die JVAs, v. 3.2.2011.

Ein generelles HCV- und HIV-Screening gibt es im Justizvollzug nicht. Das aber wäre die Voraussetzung für Beratung und Behandlung (McGovern u. a. 2005). Obwohl ein solches Angebot für intravenös Drogen gebrauchende Häftlinge effektiv und kostengünstig wäre (Sutton u. a. 2006), werden Tests lediglich anhand individueller Kriterien durchgeführt (Schulte u. a. 2007). Strategische, übergreifende Konzepte sind nicht vorhanden. Bei HCV- und HIV-Tests in Haft ist außerdem zu bedenken, dass die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet sein muss, eine angemessene Behandlung erfolgt und der Kontakt zu Aidshilfen, Angehörigen und anderen Nahestehenden in vollem Umfang ermöglicht wird – was derzeit vielerorts nicht der Fall ist.

Obwohl die HCV- und die HIV-Infektion bei Substituierten wirksam behandelt werden kann (Morris/McKeganey 2007), fand eine Studie heraus, dass die Unterstellung einer schlechten Compliance den Zugang zur HCV- und HIV-Therapie wesentlich behindert (Schulte u. a. 2007). Aktuelle medizinische Leitlinien dagegen, wie etwa die Empfehlungen des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (Berg u. a. [Hg.] 2012), erachten Drogenkonsumenten als eine für die Behandlung der Hepatitis C geeignete Gruppe. Es bedarf folglich großer Anstrengungen, um den Zugang zur HCV- und HIV-Therapie in Haft zu verbessern.

Was die Impfung gegen Hepatitis A und B angeht, ist die Situation in den Bundesländern recht heterogen: Die Spanne reicht von Haftanstalten mit offensiven Impfangeboten bis hin zu solchen, in denen die Impfung nicht einmal thematisiert wird (Lesting/Stöver 2012).

Obwohl von einer weiten Verbreitung riskanten intravenösen Drogenkonsums in Haftanstalten auszugehen ist (Knorr 2009), ist die Infektionsprophylaxe völlig unterentwickelt. Lediglich die JVA für Frauen in Lichtenberg/Berlin bietet den Spritzenumtausch an – das sind etwa 0,5 % aller Haftanstalten! Politisch scheint dieses Prophylaxe-Angebot nicht durchsetzbar zu sein, womit sich die wohl größte Benachteiligung gegenüber der Situation „draußen" offenbart – und zugleich die völlige Abhängigkeit der gesundheitlichen Versorgung von politischem Kalkül und Populismus (Stöver 2005).

DROGENNOTFALL-PROPHYLAXE

Zu den bekannten Risiken für drogenassoziierte Todesfälle gehören Wiedereinstiege in den Konsum nach Abstinenzperioden und Phasen unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum ist die Zeit nach Entlassung aus der Haft. Laut internationaler Literatur ist das relative Risiko, an einer Überdosis zu versterben, vor allem in den ersten 14 Tagen in Freiheit erhöht – je nach Studie um das 30- bis 120-fache im Vergleich zu den Todesraten in der Allgemeinbevölkerung, aber auch verglichen mit späteren Konsumzeiträumen (das relative Risiko in den ersten zwei Wochen wird meist als etwa vier- bis siebenfach erhöht beschrieben (WHO 2010).

In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle Personen betrafen, die zwei Monate vor Versterben aus der Haft entlassen worden waren (13 %) (Heinemann/Stöver 2012). Besonders wichtig als Drogennotfallprophylaxe ist deshalb die Fortführung einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor der Entlassung. Außerdem bietet sich durch ein Training zur Anwendung von Naloxon und die Mitgabe dieses Medikaments eine neue Möglichkeit der Sensibilisierung für das Thema und der wirksamen Vorbeugung von Drogentodesfällen (Wakeman u. a. 2009).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Hürden des Zugangs zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden in der intramuralen Sucht- und Infektionsmedizin erheblich höher sind als in Freiheit, was aufgrund des Gleichstellungsgebots rechtlich und ethisch bedenklich und aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht kontraproduktiv ist. Therapieabbrüche und -aufschübe in Haft – mit zum Teil gravierenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Betroffenen (Reimer/Schulte/Stöver 2009) – führen zu Mehrkosten und zur Fehlallokation öffentlicher Mittel. Die auch von politischer Seite unbestrittenen Erfolge der suchtmedizinischen und infektiologischen Versorgung von Opioidabhängigen werden damit im Justizvollzug nicht erreicht. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um Versorgungsunterschiede schnellstmöglich zu beseitigen. Maßgebend sind dabei die aktuellen medizinischen Standards, repräsentiert durch entsprechende Richt- und Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Opiatabhängigen. Außerdem müssen endlich die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung als Instrument zur Beschreibung der Ausgangslage und zur Steuerung von Versorgungsleistungen in deutschen Haftanstalten konsequent angewandt werden (das ist bisher nur in Baden-Württemberg der Fall).

Die in diesem Beitrag präsentierten Daten verdeutlichen die strukturellen Probleme, die durch die Entkoppelung der intramuralen von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entstehen. Dazu gehören insbesondere das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und der Wegfall der freien Arztwahl. Daraus resultieren mangelndes Vertrauen in das Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und in einen verantwortungsvollen Umgang mit sensiblen Daten – und nicht zuletzt der erhebliche Zeitverzug bei der Einführung der State-of-the-Art-Medizin. Modelle zur Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin und zur Umorganisation der Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen – weg vom Justizministerium und hin zu den Gesundheitsministerien – werden zurzeit verstärkt diskutiert (Pont/Stöver/Wolff 2012).

LITERATUR

Asklepios 2011 Asklepios/akzept e.V./Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen: Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll

Berg u. a. [Hg.] 2012 Berg, T./Mauss, S./Hüppe, P./Buggisch, P. (Hg.): Empfehlungen des bng zur Therapie der chronischen Hepatitis C, Update 2012

BISDRO/WIAD 2008 Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO)/Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD): Reduction of drug-related crime in prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Bremen, Bonn: BISDRO/WIAD (Bezug: Universität Bremen, BISDRO, FB 6, 28334 Bremen)

Böllinger/Stöver 2002 Böllinger, L./Stöver, H. (Hg): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Bd. 12, 5. vollst. überarb. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag 2002

Bundesärztekammer 2010 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Februar 2010

Crowley 1999 Crowley, D.: The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. In: *J Health Gain*, 3(3):17–19

DAH 2012 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Deutsche AIDS-Hilfe kritisiert menschenverachtende Gerichtsbeschlüsse. Meldung vom 17.04.2012 auf www.aidshilfe.de

DBDD 2012 Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD – Deutschland. 2012

Degkwitz/Zurhold 2010 Degkwitz, P./Zurhold, H.: Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Hamburg: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) und Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) 2010

Dolde 2002 Dolde, G.: Therapie in Untersuchungs- und Strafhaft. In: Gassmann, R. (Hg.): *Suchtprobleme hinter Mauern.* Freiburg: Lambertus 2002, S. 131–144

Donoghoe 2006 Donoghoe, M.C.: Prisons and public health: the next ten years blood-borne viruses. Paper presented at the WHO. International Conference on Prison and Health. London 2006

Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Sucht- und Drogenbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2007

EMCDDA 2006 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Statistical Bulletin 2006 (stats06.emcdda.europa.eu; letzter Zugriff: 10.10.2013)

EMCDDA 2012 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Selected Issue 2012: Prisons and Drugs in Europe: The Problem and Responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2012

Farrell/Marsden 2008 Farrell, M./Marsden, J.: Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. In: *Addiction*, 103:251–255

Hedrich u. a. 2012 Hedrich, D./Alves, P./Farrell, M./Stöver, H./Möller, L./Mayet, S.: The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: *Addiction*, 107(3):461–463 (http://1.usa.gov/1akbS4D; letzter Zugriff: 11.11.2013)

Heinemann/Bohlen/Püschel 2002 Heinemann, A./Bohlen, K./Püschel, K.: Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Eine katamnestische Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. In: *Suchttherapie*, 3(3), S.162–167

Heinemann/Stöver 2012 Heinemann, A./Stöver, H.: Risikosituation Toleranzbruch: Analyse von Drogentodesfällen nach Haftentlassung in Deutschland. Vorstellung eines Studienkonzepts. 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, 1.–3. Februar 2012 in Genf

Hößelbarth u. a. 2011 Hößelbarth, S./Stöver, H./Vogt, I.: Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In: Vogt, I. (Hg.): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängige*r. Frankfurt: Fachhochschulverlag, S. 137–166

Jacobi u. a. 2004 Jacobi, F./Wittchen, H.U./Hölting, C./Höfler, M./Pfister, H./Müller, N./Lieb, R.: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological Medicine,* 34:597–611

Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013 Jakob, J./Stöver, H./Pfeiffer-Gerschel, T.: Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: *Sucht*, 59(1), S. 39–50

Jeune 2009 Leune J.: Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. In: Deutsche Haupstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.): *Jahrbuch Sucht 2009.* Neuland/Geesthacht, S. 173–187

Justizministerium NRW 1992 Justizministerium Nordrhein-Westfalen: AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Düsseldorf: Selbstverlag 1992

Keppler/Knorr/Stöver 2011 Keppler, K./Knorr, B./Stöver, H.: Substitutionsbehandlung in Haft. In: Hönekopp, I./Stöver, H. (Hg.): *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung.* Freiburg: Lambertus 2011, S. 79–97

Keppler/Stöver 2010a Keppler, K./Stöver, H.: Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Backmund, M. (Hg.): *Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards. Leitfaden für Praxis und Fortbildung.* Heidelberg: ecomed Medizin 2010

Keppler/Stöver 2010b Keppler, K./Stöver, H.: Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Haft. In: *Suchtmedizin,* 12(4), S. 209–219

Knorr 2009 Knorr, B.: Prävention. In: Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): *Gefängnismedizin.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2009, S. 167

Koch 2010 Koch, A.: Krankenversicherungsschutz nach der Haft. In: *Konturen,* 6/2010, S. 23–27

Küfner 1998 Küfner H.: Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten. In: *Sucht,* 44:406–408

Küfner/Beloch 2001 Küfner, H./Beloch, E.: Externe Beratung für Gefangene mit Drogenproblemen im bayrischen Justizvollzug. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg): *LebHaft – Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug.* AIDS-Forum DAH, Bd. 42, Teil 1 und 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2001

Kulick 2010 Kulick, B.: Hilfe oder Drehtür – § 35 aus Sicht der Leistungsträger. Präsentation im DBDD-Workshop „Drogen und Haft" am 19.11. 2010

Larney 2010 Larney, S.: Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. In: *Addiction,* 105(2):216–223

Lesting/Stöver 2012 Lesting, W./Stöver, H.: Gesundheitsfürsorge. §§ 56–66, 158. In: Feest, J. (Hg.): *Kommentar zum Strafvollzugsgesetz.* 6. Aufl. Köln: Carl Heymanns Verlag 2012

McGovern u. a. 2005 McGovern, B./Fiore, J./Wurcel, A. u. a.: Delivering therapy for hepatitis C virus infection to incarcerated HIV-seropositive patients. In: *Clin Infect Dis,* 41 (Suppl 1):56–62

Meyer u. a. 2000 Meyer, C./Rumpf, H. J./Hapke, U./Dilling, H./John, U.: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. In: *Der Nervenarzt,* 71(7), S. 535– 54

Michels/Sander/Stöver 2009 Michels, I. I./Sander, G./Stöver, H.: Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbuch Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz,* 52:111–121

Morris/McKeganey 2007 Morris, Z. S./McKeganey, N.: Client perceptions of drug treatment services in Scotland. In: *Drugs Education Prev Policy,* 14(1):49–60

Müller u. a. 2011 Müller, O./Werse, B./Schell, C.: MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2010. Centre for Drug Research, Goethe-Universität Frankfurt am Main 2011

NRW 2010 Nordrhein-Westfalen: Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Düsseldorf 2010

Oechsler u. a. 2010 Oechsler, H./Neumann, E./Verthein, U./Martens M.-S.: Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2009 der Hamburger Basisdokumentation BADO e.V. Hamburg 2010, S. 189

Pont u. a. 2012 Pont, J./Kastelic, A./Stöver, H./Ritter, C./Knorr, B.: Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. Ein praktischer Leitfaden. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2012

Pont/Stöver/Wolff 2012 Pont, J./Stöver, H./Wolff, H.: Dual loyalty in prison health care: carry on or abolish? In: *American Journal of Public Health,* 102(3): 475–480

Preusker 2002 Preusker H.: Suchtprobleme im Justizvollzug. In: Gassmann, R. (Hg.): *Suchtprobleme hinter Mauern.* Freiburg: Lambertus 2002, S. 123–130

Radun u. a. 2007 Radun, D.: Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany – preliminary results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE) 2007

Reimer/Schulte/Stöver 2009 Reimer, J./Schulte, B./Stöver, H.: Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenes Handeln notwendig. In: *Dtsch Ärztebl*, 106(45), A-2227

Render 2012 Render, I.: Substitution in Haft, Schnittstellenmanagement. Justizministerium NRW. Vortrag auf der 3. Nationalen Substitutionskonferenz Deutschland in Berlin, 12.12.2012

RKI 2007 Robert-Koch-Institut (RKI): Virushepatitis B, C und D: Situationsbericht Deutschland 2006. In: *Epidemiologisches Bulletin,* 49/2007 (http://bit.ly/1cO3EGv; letzter Zugriff: 11.11.2013)

Schröder 2005 Schröder T.: Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck, 2005

Schulte u. a. 2007 Schulte, B./Schreiter, C./Schnackenberg, K. u. a.: Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung zu HCV/HIV in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten. Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten. Poster auf dem 8. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München, Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker, 1.–3. Juli 2007 in München

Schulte u. a. 2009 Schulte, B./Stöver, H./Thane, K. u. a.: Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. In: *Int J Prisoner Health,* 5(1):39–44

Singleton/Pendry/Taylor u. a. 2003 Singleton, N./Pendry, E./Taylor, C. u. a.: Drug-related mortality among newly released offenders. Home Office, London. Findings 187 (http://bit.ly/LP6uvM; letzter Zugriff: 11.11.2013)

Statistisches Bundesamt 2012
https://www.destatis → Zahlen & Fakten → Gesellschaft und Staat → Rechtspflege

Stöver 2002 Stöver, H.: DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. In: *Suchttherapie,* 3(3), S. 135–145

Stöver 2005 Stöver, H.: Infektionsgefahren (HIV/AIDS, Hepatitis) im Strafvollzug: Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden. In: Burkhardt, S./Graebsch, Chr./Pollähne, H. (Hg.): *Korrespondenzen in Sachen Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte.* Münster: LIT, S. 354–367

Stöver 2007 Stöver, H.: Substitution in Haft. AIDS-Forum DAH, Bd. 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2007

Stöver 2011 Stöver, H.: Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: *European Addiction Research,* 17(1):44–54

Stöver 2012 Stöver, H.: Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting. In: akzept (Hg.): *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting.* Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin. Berlin: akzept e.V., S. 7–11

Stöver/Lines/Thane 2009 Stöver, H./Lines, R./Thane, K.: Harm Reduction in European Prisons – Looking for Champions and Ways to Put Evidence-Based Approaches into Practice. ESSD 2009, S. 34–49

Stöver u. a. 2011 Stöver, H./Knecht, G./Müller, M./Matthießen, T.: Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: neue Wege. In: *Suchttherapie,* 12(03), S. 98–99

Stöver/Marteau 2012 Stöver, H./Marteau, D.: Scaling-Up of Opioid Substitution Treatment in Adult Prison Settings – Scientific Evidence and Practical Experiences. In: *International Journal of Prisoner Health,* 7(2/3):45–52

Stöver/Ritter/Buth 2012 Stöver, H./Ritter, C./Buth, S.: Tabakprävention im Gefängnis. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 27.3.2012

Sutton/Edmunds/Gill 2006 Sutton, A. J./Edmunds, W. J./Gill, O. N.: Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. In: *BMC Public Health,* 6:170

Thane/Stöver 2011 Thane, K./Stöver, H.: Health needs of drug dependent prisoners in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland). In: *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work,* 8:23–43 (www.indro-online.de/ThaneStoever2011.pdf; letzter Zugriff: 11.11.2013)

Tielking/Becker/Stöver 2003 Tielking, K./Becker, S./Stöver, H.: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: BIS 2003

UNAIDS 2007 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Overview of the global AIDS epidemic 2007. Retrieved 5. June 2008 (http://bit.ly/16VWFXe; letzter Zugriff: 11.11.2013)

Vescio u. a. 2008 Vescio, M. F./Longo, B./Babudieri, S. u. a.: Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. In: *J Epidemiol Community Health,* 62(4):305–313

Wakeman u. a. 2009 Wakeman, S. E./Bowman, S. E./McKenzie, M./Jeronimo, A./Rich, J. D.: Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release. In: *Journal of Addictive Diseases*, 28(2):124–129

WHO 2005 World Health Organization (WHO): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Kopenhagen: Eigenverlag 2005

WHO 2010 World Health Organization (WHO): Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Kopenhagen: Eigenverlag 2010

DROGEN GEBRAUCHENDE MIGRANT(INN)EN IN HAFT

// Gökalp Özalp

Die Beratung und Begleitung Drogen gebrauchender Migrant(inn)en ist durch ein komplexes Anforderungsprofil gekennzeichnet, das vor allem kultursensible, ausländerrechtliche, gesundheitliche sowie psychosoziale Schwerpunkte verknüpfen muss.

Zum besseren Verständnis der Situation von drogenabhängigen Menschen mit Migrationshintergrund soll zunächst ein Überblick über das Zuwanderungsgesetz und weitere rechtliche Regelungen gegeben werden, die in der Beratung dieser Klientinnen und Klienten eine Rolle spielen. Im Anschluss daran werden wesentliche soziale und familiäre Faktoren skizziert, die im Migrationsprozess zur Entwicklung einer Drogenabhängigkeit beitragen können. Dieser Beitrag schneidet damit Themen an, die zugleich in der psychosozialen Beratung in Justizvollzugsanstalten zu berücksichtigen sind.

ÜBERBLICK ÜBER DAS ZUWANDERUNGSGESETZ

Mit dem Zuwanderungsgesetz, das seit 1. Januar 2005 in Kraft ist, hat sich die Bundesrepublik Deutschland – vorsichtig – der Realität eines Einwanderungslandes gestellt. Für Migrant(inn)en wurde der Zugang zur Erwerbstätigkeit vereinfacht und die Flüchtlingspolitik an europäische Standards angepasst. Für neu Zugewanderte steht damit erstmals ein verlässliches Integrationsangebot zur Verfügung.

Das 15 Artikel umfassende Zuwanderungsgesetz enthält sowohl neue Gesetze als auch Änderungen bereits bestehender Gesetze. Artikel 1, das *Aufenthaltsgesetz*[1], hat das Ausländergesetz abgelöst und regelt den Aufenthalt und die Rechte von Migrant(inn)en in Deutschland. Es benennt drei Aufenthaltstitel:

- Das *Visum* gilt in Form des Schengen-Visums[2] für die Durchreise oder für kurzfristige Aufenthalte von bis zu drei Monaten.
- Die *Aufenthaltserlaubnis* ist befristet und wird zu bestimmten Aufenthaltszwecken erteilt. Die Dauer des Aufenthalts richtet sich nach dem jeweiligen Zweck.
- Die *Niederlassungserlaubnis* ist unbefristet und schließt das Recht zu arbeiten ein. Sie ist zeitlich und räumlich unbeschränkt.

1 Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz, AufenthG)

2 siehe unter http://www.auswaertiges-amt.de > Einreise & Aufenthalt > Visabestimmungen > Voraussetzung für die Erteilung von kurzfristigen Visa (Schengen-Visa)

Neben den drei genannten Aufenthaltstiteln gibt es nach wie vor die *Aufenthaltsgestattung während des Asylverfahrens* und die *Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung).* Seit November 2006 können Geduldete ein *Bleiberecht* erhalten, das aber nur unter bestimmten Voraussetzungen erteilt wird. Wer seit sechs (mit Kind bzw. Kindern) oder acht Jahren in Deutschland lebt, soll ein Aufenthaltsrecht erhalten. Bleiben darf aber nur, wer keine erheblichen Straftaten begangen hat und – vor allem – selbst für seinen Unterhalt aufkommen kann.

Für einen Aufenthaltstitel müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Man verfügt über einen gültigen Pass oder Passersatz.
- Der Lebensunterhalt ist gesichert.
- Die Identität und Staatsangehörigkeit ist geklärt.
- Es liegen keine Ausweisungsgründe vor.
- Die Interessen der Bundesrepublik Deutschland werden gewahrt.
- Es bestehen keine Einreise- und Aufenthaltsverbote.
- Man befindet sich nicht in einem laufenden Asylverfahren, das dem Aufenthaltstitel entgegensteht.

Der Aufenthaltstitel erlischt

- bei Ablauf seiner Geltungsdauer
- bei Eintritt einer Bedingung, die ihn auflöst
- bei Rücknahme und Widerruf des Aufenthaltstitels durch die Ausländerbehörde
- bei einer Ausweisung
- bei Bekanntgabe einer Abschiebungsanordnung
- wenn bereits ein Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen erteilt wurde
- bei dauerhafter Ausreise oder nicht erfolgter Einreise nach einem mehr als sechsmonatigen Aufenthalt im Ausland.

Wer über kein Aufenthaltsrecht mehr verfügt, ist ausreisepflichtig. Wie im Aufenthaltsgesetz geregelt, wird eine Ausweisung bei schweren Straftaten, schweren Drogendelikten und politisch motivierten Straftaten, bei mittlerer bis leichter Kriminalität, bei wiederholten Verstößen gegen Rechtsvorschriften sowie gerichtliche und behördliche Entscheidungen *zwingend ausgesprochen.* Als neuer zwingender Ausweisungsgrund wurde die Schleuserkriminalität aufgenommen. Wer zu einer Freiheitsstrafe von über zwei Jahren verurteilt wird, die nicht zur Bewährung ausgesetzt wird, *kann* ausgewiesen werden.

Migrant(inn)en genießen Ausweisungsschutz, wenn sie eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Sie haben eine Niederlassungserlaubnis und halten sich seit mindestens fünf Jahren rechtmäßig in Deutschland auf.
- Sie haben eine Aufenthaltserlaubnis,

  - sind in Deutschland geboren oder als Minderjährige nach Deutschland eingereist und halten sich mindestens seit fünf Jahren rechtmäßig hier auf.
  - halten sich seit fünf Jahren rechtmäßig in Deutschland auf und sind mit jemandem verheiratet oder verpartnert (nach LPartG[3]), der entweder über eine Niederlassungserlaubnis verfügt oder in Deutschland geboren wurde oder als Minderjährige/r eingereist ist und eine Aufenthaltserlaubnis besitzt.
- Sie leben mit einem deutschen Familienangehörigen oder Lebenspartner (nach LPartG) in Lebensgemeinschaft.
- Sie sind Asylberechtigte oder gleichgestellte anerkannte Flüchtlinge.

Wer eine der genannten Voraussetzungen erfüllt, kann nur dann ausgewiesen werden, wenn schwerwiegende Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung dies erfordern.

ZUR RECHTLICHEN SITUATION STRAFFÄLLIGER MIGRANT(INN)EN

Nach Angaben des Bundesjustizministeriums sind rund 35 Prozent (Stand 2008) aller Strafgefangenen in deutschen Gefängnissen (Untersuchungs- und Abschiebehaft ausgenommen) Menschen ohne deutschen Pass. In der JVA Berlin-Tegel beträgt der Migrantenanteil etwa 35 Prozent[4] (Stand 08/2013), in der JVA Köln 40 Prozent[5] und in der JVA Dortmund etwa 37 Prozent (Stand 09/2007). Je nach Bundesland schwankt der Anteil inhaftierter Migrant(inn)en um fünf bis acht Prozent; in den hessischen Justizvollzugsanstalten beträgt er etwa 42 Prozent[6]. Am 31. März 2012 befanden sich insgesamt 13.232 Ausländer/innen und Staatenlose in Strafhaft und Sicherungsverwahrung.[7]

Wie die Zahlen zeigen, sind Migrant(inn)en, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, in Gefängnissen deutlich überrepräsentiert. Daraus lässt sich selbstverständlich nicht schließen, dass Migrant(inn)en generell krimineller sind als Einheimische. Es gibt viele Gründe, weshalb so viele Nichtdeutsche einsitzen; so können z. B. manche Delikte nur von Migrant(inn)en begangen werden, wozu – allen voran – Verstöße gegen das Zuwanderungsgesetz gehören. Auch andere Straftaten stehen häufig im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus, so etwa die Urkundenfälschung, häufig in Form einer Manipulation amtlicher Ausweise. Auch unter den Drogengebraucher(inne)n gibt es viele Menschen ohne deutschen Pass, die straffällig werden und dadurch mit dem Aufenthaltsrecht in Konflikt kommen.

Wenn Migrant(inn)en eine Straftat begehen, gefährden sie automatisch ihren Aufenthaltsstatus. Wird eine in Deutschland geborene oder aufgewachsene Person

3 *Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft,* kurz Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
4 siehe unter http://www.berlin.de/jva-tegel > Über uns > Faltblatt
5 siehe unter http://www.jva-koeln.nrw.de > Wir über uns > Behördenpräsentation
6 Hessisches Ministerium der Justiz, Presseinformation 2004
7 Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, R. 4.1, 2012 unter www.destatis.de

wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zu zwei Jahren Haft ohne Bewährung verurteilt, reicht dies aus, um sie gemäß Zuwanderungsgesetz auszuweisen – dieses Gesetz kommt somit vor allen anderen Gesetzen zur Anwendung. Oft findet das Betäubungsmittel- oder das Sozialhilfegesetz keine Anwendung, weil die betreffende Person über keinen Aufenthaltstitel mehr verfügt. Vor diesem Hintergrund gestaltet sich die Beratungsarbeit im Justizvollzug.

ZURÜCKSTELLUNG DER STRAFE NACH § 35 BtMG

Gemäß § 35 BtMG kann bei drogenabhängigen Menschen die Haftstrafe durch eine therapeutische Behandlung ersetzt werden. Bei Migrant(inn)en kommt diese Möglichkeit – „Zurückstellung der Strafe" bzw. „Therapie statt Strafe" – jedoch nur dann in Betracht, wenn keine Ausweisung vorliegt (zu den weiteren Voraussetzungen siehe Bammann „Unterbrechung und vorzeitige Beendigung der Haft", Abschnitt „Therapie statt Strafe", S. 49 in diesem Band). Die schwierige Aufgabe der Drogenberatung besteht hier darin, vor dem Hintergrund ausländerrechtlicher Probleme die Kostenübernahme zu klären und einen Therapieplatz zu finden.

Probleme bei ungeklärtem oder nicht mehr gültigem Aufenthaltsstatus

Für eine Strafzurückstellung ist bei drogenabhängigen Migrant(inn)en eine gültige Aufenthaltserlaubnis oder die Zustimmung der Ausländerbehörde erforderlich. Da die Kosten für eine Therapie nur bei gültigem Aufenthaltsstatus übernommen werden, kann es passieren, dass der/die Betreffende während der Haftzeit ausgewiesen bzw. abgeschoben wird – etwa dann, wenn die einst erteilte Duldung oder die befristete Aufenthaltserlaubnis inzwischen abgelaufen ist.

Bei ungeklärtem oder nicht mehr gültigem Aufenthaltsstatus ist es schwierig, eine Übernahme der Therapiekosten zu erreichen: Die Kostenträger verweisen auf den ausländerrechtlichen Sachstand, und die Ausländerbehörde verweigert die Gewährung eines neuen Aufenthaltsstatus mit dem Hinweis auf die angestrebte Ausweisung – womit die Möglichkeit, eine Therapie aufzunehmen, praktisch verwehrt ist. Hinzu kommen die langen Bearbeitungszeiten bei der Ausländerbehörde, die dazu führen, dass manche bereits aus der Haft entlassen werden, noch bevor über ihren ausländerrechtlichen Status entschieden worden ist.

Solange sich drogenabhängige Migrant(inn)en in Haft befinden, unterstehen sie dem Vollstreckungsanspruch der Staatsanwaltschaft. Eine Abschiebung aus laufender Strafhaft kann nur im Rahmen des § 456a Strafprozessordnung[8] erfolgen.

8 § 456a StPO: *(1) Die Vollstreckungsbehörde kann von der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe, einer Ersatzfreiheitsstrafe oder einer Maßregel der Besserung und Sicherung absehen, wenn der Verurteilte wegen einer anderen Tat einer ausländischen Regierung ausgeliefert, an einen internationalen Strafgerichtshof überstellt oder wenn er aus dem Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes ausgewiesen wird. (2) Kehrt der Ausgelieferte, der Überstellte oder der Ausgewiesene zurück, so kann die Vollstreckung nachgeholt werden. […]*

In diesem Fall verzichtet die Staatsanwaltschaft vorerst auf die Vollstreckung der Reststrafe. Sobald sich die betreffende Person auf freiem Fuß befindet – also auch nach einer Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG – kann sie abgeschoben werden. Einem Antrag auf Rückkehr kann nach drei bis fünf Jahren stattgegeben werden, die Vollstreckung der Reststrafe ist aber bis zu zehn Jahre möglich, das heißt, bei Einreise erfolgt eine erneute Inhaftierung. Häufig greift § 456a StPO kurz vor der Entlassung nach Verbüßen von zwei Dritteln der Haftstrafe (§ 57 Abs. 1 StGB), sodass nach der Rückkehr die Reststrafe zu verbüßen ist; gegebenenfalls ist ein Gnadenantrag zu stellen (bei der Staatsanwaltschaft oder in einigen Bundesländern auch bei speziellen Gnadenbehörden).

Therapiebereitschaft

Die Inanspruchnahme der Möglichkeit „Therapie statt Strafe" nach § 35 BtMG setzt Therapiebereitschaft voraus. Da Drogenabhängige in der Regel aber schon mehrere gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben, gehen Staatsanwaltschaften oft von mangelnder Therapiebereitschaft aus – was allerdings im Widerspruch zum § 35 BtMG steht. Ob jemand bereit ist, sich in Therapie zu begeben, hängt schließlich nicht davon ab, ob er oder sie bereits in der Vergangenheit Durchhaltevermögen bewiesen hat. Das frühere Verhalten rechtfertigt es nicht, einen Therapie-Erfolg in Abrede zu stellen. § 35 BtMG soll ja nicht nur Musterpatient(inn)en in die Therapie führen, sondern auch und gerade solche Menschen, denen es besonders schwer fällt, sich aus der Drogenabhängigkeit zu befreien.

DROGENABHÄNGIGE ASYLBEWERBER/INNEN

Die Rechte und Pflichten von Asylbewerber(inne)n sind im Asylverfahrensgesetz detailliert beschrieben. Dort findet sich aber kein einziges Wort zur Behandlung von drogenabhängigen Asylsuchenden. Für diese Klientel gibt es praktisch keine Stelle, welche die Therapiekosten tragen würde. Die zuständigen staatlichen Einrichtungen lehnen entsprechende Anträge mit der Begründung ab, sie seien nur für akute, nicht aber für chronische Krankheiten zuständig. Viele suchtkranke Migrant(inn)en werden über Jahre in Deutschland geduldet und nicht in ihre von Krisen und Krieg gebeutelten Herkunftsländer ausgewiesen. Da keine Institution für die Therapiekosten aufkommt, bleiben diese Menschen weiterhin abhängig mit all den damit verbundenen Folgeerscheinungen.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN HAFT

Das Strafvollzugsgesetz gilt unterschiedslos für alle Häftlinge – egal, ob sie deutscher oder nichtdeutscher Herkunft sind. Dort ist auch die medizinische Versorgung in Haft geregelt. So ist zu Haftbeginn eine Aufnahmeuntersuchung vorge-

schrieben, bei der die Vollzugstauglichkeit, Behandlungsbedürftigkeit, die Gefährdung anderer, die Arbeits- und Sportfähigkeit sowie die Möglichkeiten der Einzelunterbringung zu überprüfen sind (siehe dazu Keppler, „Besonderheiten der Anstaltsmedizin", S. 111 in diesem Band). Im Rahmen dieser Untersuchung werden auch ein HIV-Test und ein Hepatitis-Test angeboten, meist allerdings ohne Beratung, wie sie außerhalb des Strafvollzugs Standard ist. Eine Beratung vor und nach dem Test ist unverzichtbar, insbesondere bei Häftlingen aus Ländern, in denen kaum über HIV/Aids aufgeklärt wird: Nur so kann dafür gesorgt werden, dass die Bedeutung des Testergebnisses verstanden wird. Bei Gefangenen, die Probleme mit der deutschen Sprache haben, sollte eine gedolmetschte Testberatung angeboten werden.

Eine HIV-Therapie kann – unabhängig vom Aufenthaltsstatus – auch in Haft begonnen werden. Eine drohende Ausweisung oder Abschiebung sollte nicht dazu führen, dass eine notwendige HIV-Therapie unterbleibt. Vielmehr sollte gemeinsam mit dem Berater/der Beraterin und einem Rechtsbeistand geklärt werden, wie eine Fortführung der Behandlung gesichert werden kann und ob eine Ausweisung/Abschiebung aus humanitären Gründen vermeidbar ist.

DROHENDE AUSWEISUNG/ABSCHIEBUNG

Nach einem Drogenentzug kommt es – besonders bei Kokainkonsument(inn)en – häufig zu psychotischen Zuständen. Bei Häftlingen, denen eine Ausweisung bevorsteht, kommen massive Existenz- und Trennungsängste hinzu: Viele sind verheiratet und haben Kinder. Sie kamen entweder im Kindesalter mit ihren Eltern nach Deutschland oder sind hier geboren. Das Herkunftsland ihrer Eltern kennen sie nur aus deren Erzählungen oder von Ferienreisen. Eine Ausweisung bedeutet für sie Trennung von der Familie – und von dem Land, in dem sie aufgewachsen sind, welches für sie so etwas wie Heimat geworden ist. Eine Rückkehr nach Deutschland ist ungewiss. Jahre müssen vergehen, ehe ein solcher Traum Wirklichkeit werden kann. In dieser Krisensituation haben Anstaltsärzte und -ärztinnen die Aufgabe, die Betroffenen fachgerecht medikamentös zu behandeln und bis zum Zeitpunkt der Ausweisung zu begleiten. In Deutschland gibt es für solche Häftlinge weder rechtliche Regelungen für eine Rehabilitation noch geeignete Therapie-Einrichtungen. In den Ländern, in die sie ausgewiesen werden, gibt es häufig überhaupt keine Behandlungsmöglichkeiten – und wo doch, können sie diese oft nicht nutzen, weil sie die Landessprache nicht beherrschen.

SOZIALER UND FAMILIÄRER HINTERGRUND

Pubertät und Jugendzeit sind in aller Regel seelisch stark belastende Lebensphasen. Bei nicht wenigen Jugendlichen kommen geringe berufliche Perspektiven, Arbeits-

losigkeit, Armut, mangelnde familiäre Geborgenheit, Erfahrungen mit (erlebter und selbst ausgeübter) Gewalt sowie Kriminalität hinzu. Jugendliche mit Migrationshintergrund sind hiervon allerdings häufiger betroffen als deutsche Jugendliche. Darüber hinaus müssen sie den Prozess der Akkulturation sowie Konflikte und Widersprüche zwischen Elternhaus, Schule und übriger Gesellschaft bewältigen, was innere Stabilität voraussetzt, über die ein beträchtlicher Teil nicht verfügt.[9] Es wundert daher nicht, dass Migrantenkinder an den Haupt- und Sonderschulen Deutschlands überproportional vertreten sind, während sie an den Gymnasien unterrepräsentiert sind. Die hohe Problem- und Konfliktbelastung treibt nicht wenige in die Resignation – und oft auch in die Drogenszene, die dann als Ort der Zuflucht erscheint.

Folgende Faktoren lassen sich bei drogenabhängigen Migrant(inn)en ausfindig machen:

- Entwurzelung aus vertrauten familiären, sozialen und kulturellen Bezügen
- Entfremdung zwischen den Angehörigen aufgrund langjährigen Getrenntlebens und neu eingegangener Bindungen
- Verlust der Verhaltenskontrolle in der „Fremde"
- schwankende Zukunftsplanung (im Hinblick auf Bleiben/Rückkehr, Heirat, Beruf der Kinder)
- unsichere Zukunftsperspektiven aufgrund schlechter Beschäftigungslage und Wohnsituation
- Ausgrenzung, Fremdenfeindlichkeit und Rassismus
- Zwiespalt zwischen Herkunfts- und Aufnahmekultur
- Überforderung durch die Erziehung der Kinder
- soziale Isolation und Überforderung angesichts komplexer und komplizierter Lebensbedingungen
- Entwicklung einer labilen Minderheitsidentität
- Kommunikationsschwierigkeiten/Sprachprobleme.

Wie bei jeder Abhängigkeit wird zunächst versucht, die Drogensucht so lange wie möglich zu verbergen. Wenn die Angehörigen schließlich davon erfahren, richten sich ihre Bemühungen vor allem auf den Erhalt der Familie; das Problem bleibt dann Familiensache und wird nicht nach außen getragen. In den letzten Jahren suchen jedoch immer mehr Migrant(inn)en Drogeneinrichtungen auf, um ihre Suchterkrankung mit professioneller Hilfe zu bewältigen.

9 Als Beispiel sei hier auf einen türkischen Familienverband verwiesen: Dieser wichtigste Identifikations- und Bezugspunkt im Leben türkischer Jugendlicher bietet ihnen, sofern er intakt ist, Schutz, Sicherheit und Stabilität, wodurch sich enttäuschende Erfahrungen leichter verkraften lassen. Im Migrationsprozess verändern sich die innerfamiliären Bindungen jedoch sehr häufig. Je stärker die Einstellungen und Interessen von Eltern und Kindern auseinanderklaffen, desto mehr verliert die Familie von ihrem schützenden Charakter.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die in diesem Beitrag skizzierten rechtlichen, sozialen und familiären Aspekte müssen auch in der Beratung in Justizvollzugsanstalten berücksichtigt werden. Für die Berater/innen gilt es, die Probleme der Hilfesuchenden zu erfassen, gemeinsam mit ihnen Lösungen zu erarbeiten und sie zur Selbsthilfe zu motivieren. Meist dient die Beratung dazu, die Klient(inn)en auf eine Drogentherapie nach § 35 BtMG vorzubereiten. Eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten – Staatsanwaltschaft, Rechtsanwälte und -anwältinnen, Therapiekosten-Träger, Justizvollzugsmitarbeiter/innen und Angehörige der Klient(inn)en – vergrößert die Chancen für einen erfolgreichen Abschluss des Beratungsprozesses.

Inhaftierte ohne deutschen Pass brauchen fach- und sachkundige Unterstützung. Bei ihnen stellen sich äußerst komplexe Rechtsfragen, die nur mit einem Rechtsbeistand geklärt werden können. Daher sollte möglichst schnell auf eine Kooperation mit Einrichtungen hingewirkt werden, die schwerpunktmäßig Migrant(inn)en beraten und Jurist(inn)en kennen, die auf das Zuwanderungsrecht spezialisiert sind.

FRAUEN IN HAFT

// Karlheinz Keppler[1]

„Mein bisschen Kraft reicht grade für mich selbst." (Renate Brust, 1987)

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Obwohl außerhalb des Strafvollzugs gesellschaftliche Zusammenhänge zunehmend unter geschlechtsspezifischen Aspekten beleuchtet werden und Gender-Mainstreaming gefordert und umgesetzt wird, hat die Forschung bislang kaum die Besonderheiten des Frauenvollzugs untersucht. Hier sind wir also weitgehend auf die Empirie angewiesen.

In § 140 (2) des „alten" Strafvollzugsgesetzes ist festgelegt, dass Frauen getrennt von Männern in Frauenanstalten unterzubringen sind. Nur aus besonderen Gründen können für Frauen getrennte Abteilungen in Männeranstalten vorgesehen werden (Calliess/Müller-Dietz 2008). Außerdem sollen nach § 142 StVollzG in Frauenhaftanstalten Einrichtungen für die Unterbringung von Müttern mit ihren Kindern vorgesehen werden. In den §§ 76 bis 80 sind die „Besonderen Vorschriften für den Frauenstrafvollzug" formuliert, die allerdings nur den Umgang mit schwangeren Frauen betreffen. Die neuen Ländergesetze unterscheiden sich in dieser Frage auch nicht sonderlich vom (Bundes-)Strafvollzugsgesetz. Wenn Sondervorschriften für inhaftierte Frauen erlassen wurden, dann betreffen sie in der Regel Schwangerschaft und Mutterschaft. Dass der Frauenvollzug im (Bundes-)Strafvollzugsgesetz und in den Ländergesetzen nicht gesondert geregelt ist, verwundert. Immer noch wird der Frauenvollzug lediglich als „Anhängsel" des Männervollzugs betrachtet. Die für diesen entwickelten Maßnahmen (z.B. für die Bereiche Sicherheit, Arbeit, Besuch) werden ganz selbstverständlich auf den Frauenvollzug übertragen.

Aus der Praxis des Frauenvollzugs wird dagegen gefordert, die Probleme und Bedürfnisse von Frauen stärker zu berücksichtigen. Gewünscht wird eine mehr täter- und weniger tatorientierte Strafzumessung und grundsätzlich ein sozialpädagogischer Zugang zu den Straftäterinnen. Fundierte Kenntnisse über weibliche Sozialisationsbedingungen sowie die Schicksale und typischen Bewältigungsstrategien von Frauen sind nötig, um dem Auftrag der Gefängnisse, auf Resozialisierung zu zielen, gerecht werden zu können.

1 Dieser für die 4. Auflage unseres Handbuchs „Betreuung im Strafvollzug" verfasste Beitrag wurde von Bärbel Knorr für die vorliegende 5. Auflage aktualisiert.

WEIBLICHE GEFANGENE IN DER MINDERZAHL

Obwohl der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung etwas über 50 Prozent liegt, werden Frauen aller Altersgruppen deutlich seltener einer Straftat bezichtigt als Männer. So sind lediglich ein gutes Viertel aller Tatverdächtigen Frauen (Polizeiliche Kriminalstatistik 2012). Der Anteil weiblicher Gefangener lag im August 2013 bei 5,8 %. Im Laufe der letzten zehn Jahre ist er um 0,8 % (468 Frauen) gestiegen (Statistisches Bundesamt 2013).

Kriminalität scheint Männersache zu sein. Macht man sich auf die Suche nach den Ursachen, wird man kaum zu Ergebnissen kommen. Sind Frauen schlauer und werden daher seltener erwischt? Oder werden sie aus Mitleid später und milder verurteilt? Hilfreich scheint ein Blick in die Suchtforschung, wonach Mädchen/Frauen deutlich niedrigere Prävalenzen für illegalen Drogenkonsum aufweisen als Jungen/Männer, weil sie stärker an gesellschaftliche Normen gebunden sind und damit eher vor illegalen Handlungen zurückschrecken (vgl. Fischer-Jehle 1991 und Franke 2000). Außerdem werden Frauen häufiger mit Bewährungsstrafen belegt und milder bestraft (z. B. mit Geldstrafen) als Männer. Diese zunächst scheinbar positive Tendenz kann sich aber auch negativ auswirken, wenn sich bei fortdauernder Straffälligkeit und Anhäufung von Bewährungsstrafen oder bei mehrmaliger Anwendung von Haftvermeidungsstrategien die Strafen summieren und dann letztlich eine lange Haftzeit verbüßt werden muss.

ALLES UNTER EINEM DACH

Die niedrigen Inhaftiertenzahlen im Frauenvollzug schaffen eine Reihe von Problemen und Benachteiligungen:

- Obwohl das (Bundes-)Strafvollzugsgesetz eine wohnortnahe Unterbringung fordert, ist aufgrund der geringen Zahl weiblicher Häftlinge eine dezentrale, nach Alter und Delikt differenzierte Unterbringung nicht möglich. Daher werden Frauen meistens in zentralen, vom Wohnort oft weit entfernten Frauenhaftanstalten untergebracht. Spezielle Anstalten für Frauen, wie sie § 140 StVollzG vorsieht, sind dabei die Ausnahme, während die ebenfalls dort formulierte Ausnahme – getrennte Abteilungen für Frauen in Männeranstalten – die Regel sind. Diese Regelung findet sich auch in den neuen Ländergesetzen wieder, wobei Hamburg eine interessante Formulierung gewählt hat: Frauen und Männer würden dort „in der Regel" in getrennten Anstalten oder Abteilungen untergebracht (§ 98 HmbStVollzG).
- Zugleich mangelt es, oft auch aus Kostengründen, an speziellen, auf weibliche Häftlinge zugeschnittenen Maßnahmen zur schulischen oder beruflichen Ausbildung sowie an angemessenen Wohn-, Therapie- und Arbeitsangeboten.

- Obwohl Frauen seltener rückfällig werden und bei Gewährung von Vollzugslockerungen ein sehr viel geringeres Risiko für die Allgemeinheit darstellen als Männer, gibt es für sie sehr viel weniger Haftplätze im offenen Vollzug und im Freigang.
- Im Frauenvollzug befindet sich alles unter einem Dach: Häftlinge aller Altersgruppen (in der JVA für Frauen Vechta, der zentralen Hafteinrichtung für Frauen in Niedersachsen, ist derzeit die jüngste Inhaftierte 14 und die älteste 78 Jahre alt), Frauen mit unterschiedlich langer Strafzeit (von wenigen Tagen Ersatzfreiheitsstrafe bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe) sowie alle Haftformen – Untersuchungshaft, Strafhaft, offener und geschlossener Vollzug, offene und geschlossene Mutter-Kind-Einrichtungen.

Aufgrund der niedrigen Zahl weiblicher Gefangener verfügte das niedersächsische Justizvollzugskrankenhaus lange Zeit über keine Krankenbetten für Frauen; seit einigen Jahren gibt es eine Frauenstation mit fünf Betten. Die psychiatrische Krankenabteilung hat nur wenige Einzelzimmer, die in aller Regel von Männern belegt sind. Die Unterbringung in einem Mehrbettzimmer ist jedoch oft problematisch, weil dieses – je nach Belegung – freigemacht werden müsste. Außerdem trägt der Umstand, dass psychisch Kranke auf einer gemischten Station untergebracht sind, auch nicht immer zu ihrer Gesundung bei.

HILFE FÜR FRAUEN IN DER HAFT UND DANACH

Ziel der Haft ist laut Gesetz die Resozialisierung. Erste Voraussetzung hierfür ist die erfolgreiche Verarbeitung der begangenen Tat. Die Mitarbeiter/innen des Justizvollzugs sollen inhaftierte Frauen dabei unterstützen. Neben dem Stationsdienst, der Hilfe im Haftalltag gibt, sind spezielle Hilfen durch Psycholog(inn)en, Suchtberater/innen, Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog(inn)en verfügbar.

Qualifizierte Hilfe ist für inhaftierte Frauen besonders wichtig. Zu wohlwollende Helfer/innen sind bei der Problembearbeitung und persönlichen Entwicklung oft hinderlich, vor allem dann, wenn sie die Frauen nur als Opfer sehen und allein die Gesellschaft oder die äußeren Bedingungen für begangene Straftaten verantwortlich machen – diese Sichtweise verhindert, dass Straffällige die Verantwortung für ihre Taten übernehmen. Je länger die Haft dauert, desto mehr schwindet die Zuversicht, im eigenen Leben etwas bewirken oder verändern zu können. Bei einigen Frauen nimmt durch diesen „Hospitalisierungseffekt" die Angst vor den Anforderungen des Lebens in Freiheit dermaßen zu, dass sie kurz vor der Entlassung psychosomatische Symptome zeigen („Open-door-Syndrom") oder bei Lockerungen neue Straftaten begehen, nur um weiter in Haft bleiben zu können.

Gerade bei Frauen verstärken Schuldgefühle gegenüber Familie und Kindern die ohnehin empfundene Hilflosigkeit und Ohnmacht. Sie sind meist wenig selbst-

bewusst, verfügen weder über eine schulische noch über eine berufliche Ausbildung. Außerdem sind sie häufig finanziell und/oder emotional von einem Mann abhängig. Die Chancen für eine Persönlichkeitsentwicklung, welche die Übernahme von Eigenverantwortung und die Veränderung gewohnter Verhaltensmuster mit einschließt, sind eher gering.

Die Resozialisierung muss während der Haft initiiert werden, soll aber vor allem nach der Haftentlassung wirksam werden. Daher ist bei allen Bemühungen zu berücksichtigen, dass bei Frauen die Ausgangsbasis für soziale Wiedereingliederung nach der Entlassung oft schlechter ist als bei Männern. Häufig tun sich die Familien und besonders die Kinder, aber auch das sonstige soziale Umfeld mit weiblichen Gefangenen wesentlich schwerer als mit männlichen. Straffällig gewordene Frauen werden in starkem Maße ausgegrenzt, häufig hat sie zudem der Ehemann oder Partner verlassen. Mit ihrer Inhaftierung wird oft gleichzeitig die ganze Familie bestraft: Die Kinder werden in der Schule diskriminiert, der Vater ist mit der Doppelbelastung durch Familie und Beruf überfordert usw. Alle Beteiligten haben Probleme damit, die Haft zu verarbeiten und nach der Haftentlassung wieder normale Beziehungen zueinander aufzubauen.

Resozialisierung bei Frauen heißt also nicht nur Entlassungsvorbereitung durch Beschaffung von Fahrkarte, Wohnung und Arbeit, sondern in gleichem Maße Stärkung von psychischen Fähigkeiten, von Selbstwertgefühl und Eigenverantwortlichkeit. Dabei gilt es oft auch, jene Fähigkeiten und Fertigkeiten wiederzuerlangen, die durch die Haft selbst verloren gegangen sind.

Angesichts der hohen Zahl suchtkranker Frauen sollten in Haft alle bewährten Angebote der Suchtkrankenhilfe verfügbar sein: Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige und qualifiziert durchgeführter Entzug der gängigen Suchtstoffe, Gruppen- und Einzelsitzungen, Kriseninterventionen. Für suchtkranke Frauen sind nach der Haftentlassung betreute Wohnformen als Brücke in ein selbstbestimmtes Leben besonders geeignet. Oft ist es ihnen nur in diesem geschützten Rahmen möglich, den gewohnten desolaten Lebensbedingungen zu entkommen und sich neu zu orientieren. Leider ist die Zahl der Plätze in betreuten Wohnformen sehr begrenzt – insbesondere für weibliche Haftentlassene. Nur wenn rechtzeitig, also bereits während der Haft, Kontakte zu solchen Einrichtungen geknüpft werden, besteht eine Chance, nach der Entlassung in eine geeignete Einrichtung aufgenommen zu werden. Die Gefangene sollte bereits vor der Haftentlassung die Einrichtung, die Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen kennenlernen. Wichtig für den Erfolg des betreuten Wohnens sind der Abbau der darauf gerichteten Ängste und der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu den Betreuer(inne)n.

INHAFTIERTE MÜTTER UND IHRE KINDER

Frauen, die vor Haftantritt in einer festen Beziehung lebten, haben oft eine sehr starke Bindung zu ihrem Partner oder ihrer Partnerin. Emotionaler Bezugspunkt auch während der Haft ist die Familie, besonders die Kinder. Die Trennung von ihnen stellt – neben dem Freiheitsentzug und der Haftsituation – eine extreme Belastung dar, verbunden mit heftigen Schuld- und Schamgefühlen. Inhaftierten Frauen ist es verwehrt, ihre Mutterrolle zu erfüllen und Entscheidungen, die das Wohl ihrer Kinder angehen, selbst zu treffen. Nur wenigen Müttern ist es möglich, ihre Kinder während der Haftzeit bei sich zu haben. Wenn Mütter aus Lockerungen (Hafturlaub, Ausgang) nicht rechtzeitig in die Haftanstalt zurückkommen, dann oft deshalb, weil sie eine erneute Trennung von ihren Kindern nicht ertragen. Hinzu kommt, dass die Frauen häufig in weit vom Heimatort entfernten Anstalten einsitzen; Besuche sind dann mit hohem Zeit- und Kostenaufwand verbunden.

Gerade kleine Kinder leiden sehr darunter, von der Mutter getrennt und bei fremden Menschen untergebracht zu sein. Wenn die Inhaftierung der Mutter bekannt ist, kommen Belastungen durch Stigmatisierung im Kindergarten, in der Schule oder im sonstigen sozialen Umfeld hinzu. Zwar gibt es in Frauenhaftanstalten eine Fülle von begleitenden Unterstützungsmaßnahmen, dennoch belastet die Trennung noch Jahre später die Mutter-Kind-Beziehung und wird nur in den seltensten Fällen aufgearbeitet.

MUTTER-KIND-EINRICHTUNGEN

Um eine Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden, wird in § 142 StVollzG die Schaffung von Möglichkeiten für die gemeinsame Unterbringung gefordert – eine Lösung, die unter vielen schlechten Optionen oft das kleinste Übel darstellt, sind doch die Konzepte dieser Einrichtungen in aller Regel darauf ausgerichtet, dass die Kinder so wenig Schaden wie möglich nehmen.

Mutter-Kind-Einrichtungen gibt es in mehreren Bundesländern: so in Bayern, Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Das 2013 in Kraft getretene Brandenburgische Justizvollzugsgesetz regelt in § 21 die Eltern-Kind-Unterbringung und räumt damit grundsätzlich die Möglichkeit ein, dass Kinder auch bei ihren Vätern untergebracht werden können. Die Zukunft wird zeigen, wie häufig diese Regelung im Männervollzug tatsächlich umgesetzt wird. Die Kosten für in Haftanstalten lebende Kinder müssen eigentlich von den Unterhaltspflichtigen erbracht werden, eine Kostenübernahme durch das zuständige Jugendamt kann beantragt werden. In Einzelfällen sieht der Justizvollzug auch von einer Kostenbeteiligung ab.

Vor der Aufnahme in eine Mutter-Kind-Einrichtung wird genau geprüft, ob es für das Kind nicht bessere Optionen gibt. Aus diesem Grund arbeiten diese Einrich-

tungen einzelfallbezogen eng mit den Jugendämtern und Jugendhilfeträgern zusammen. Vor der Aufnahme gibt das zuständige Jugendamt in der Regel eine Stellungnahme ab. Erforderlich sind außerdem die Zustimmung der Person, die das Sorgerecht hat, ein ärztliches Gesundheitszeugnis, eine Erklärung zur Kostenübernahme und gegebenenfalls die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts. Selbstverständlich sollte die Mutter das Kind bereits vor ihrer Inhaftierung versorgt haben und hierzu auch nach der Haftentlassung in der Lage sein.

Nicht möglich ist eine Aufnahme in eine Mutter-Kind-Einrichtung,

- wenn das Kind erheblich und dauerhaft krank oder schwer behindert ist und ständiger ärztlicher Kontrolle bedarf.
- wenn die Frau aufgrund einer Erkrankung nicht in der Lage ist, ihr Kind eigenverantwortlich zu versorgen (dieses Argument wird häufig bei suchtkranken Frauen eingebracht).

Alle Mutter-Kind-Einrichtungen versuchen, den Kindern einen kindgerechten Lebensraum zu bieten. Sie ermöglichen es den Frauen, ihre Erfahrungen und Handlungsweisen zu überdenken und geben Hilfestellung beim Aufbau und der Weiterentwicklung einer tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass das Kind durch Trennung von der Mutter und Unterbringung in fremder Umgebung in seiner Entwicklung gestört wird. Den Müttern soll durch sozialpraktisches Training geholfen werden, ihr Leben nach der Haft straffrei zu gestalten. Sie sollen lernen, ihre Alltagsaufgaben, insbesondere die Erziehung und Versorgung ihrer Kinder, besser zu bewältigen.

In einigen Bundesländern wird es ermöglicht, minderjährige Kinder im Rahmen des „Hausfrauenfreigangs" zu versorgen. Bei diesem Modell verlässt die Mutter morgens die Anstalt, um ihrer Arbeit – hier: Kindererziehung und Haushaltsführung – nachzugehen, und kehrt abends ins Gefängnis zurück. Für den Hausfrauenfreigang müssen die Mütter allerdings besonders zuverlässig und lockerungsgeeignet sein, und ihre Familie muss in der Nähe der Haftanstalt wohnen.

GESUNDHEIT IM FRAUENVOLLZUG

Inhaftierte Frauen entwickeln oftmals ein starkes Gesundheitsbewusstsein. Nach vielen Jahren der Arztkarenz nehmen sie nach Haftantritt erstmals wieder (zahn-)ärztliche Leistungen in Anspruch. Abszesse heilen ab, das Körpergewicht nimmt zu, das Angebot von Krebs- oder Mutterschafts-Vorsorgeuntersuchungen wird genutzt. Außerdem bietet sich in Haft eine gute Gelegenheit, präventive Botschaften gezielt an die Frau zu bringen. Das ist besonders wichtig in der Schwangerschaft zum Schutz des Kindes vor übertragbaren Krankheiten (z. B. Hepatitis B und C oder HIV) und anderen schweren Gesundheitsschäden (wie etwa durch starkes Rauchen, den Konsum legaler/illegaler Drogen).

Was gesundheitliche Probleme und die Art und Weise des Umgangs damit angeht, gibt es große Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Da gibt es zum einen „typische" Frauen- bzw. Männerkrankheiten, zum anderen nehmen Frauen ärztliche Hilfe – ambulante wie stationäre – häufiger in Anspruch als Männer. Frauen klagen z. B. oft über allgemeine Befindlichkeitsstörungen, ein Phänomen, das häufig mit psychischen Belastungen in Verbindung gebracht wird. Die Folge davon ist ein erhöhter Konsum von Schmerzmitteln und Psychopharmaka, der sich mit zunehmendem Alter verstärkt. In den Wechseljahren steigen die gesundheitlichen Probleme noch einmal an.[2]

Auf die Haftsituation reagieren viele Frauen unter anderem mit heftigen psychosomatischen Symptomen – denn selbst wenn die Beziehung zum eigenen Körper belastet und gestört ist, kann das körperliche Empfinden sehr stark sein. Für ihre Behandlung brauchen die Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes viel Fingerspitzengefühl. Wenn Patientinnen mit diffusen Befindlichkeitsstörungen in die Sprechstunde kommen, erwarten sie oft, dass sich der Arzt die Zeit nimmt, mit ihnen alle anstehenden Probleme (auch nichtmedizinische) zu besprechen.

Manchmal wird nicht einmal erwartet, dass eine Diagnose gestellt wird – das Zuhören allein stellt die Patientin rundum zufrieden. Ähnliches gilt für Suchtmittelabhängige, die darauf konditioniert sind, auf körperliche und besonders psychische Missempfindungen mit dem Konsum von Substanzen zu reagieren, die auf die Psyche wirken. Dem Vollzug auf diese Weise zu entkommen, verschafft kurzfristig psychische Entlastung und – paradoxerweise – ein wenig Autonomiegefühl.

SUIZIDE

Bei inhaftierten Frauen kommen Suizide deutlich weniger häufig vor als bei Männern. Der Kriminologische Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs veröffentlichte im März 2012 eine Studie, in der Suizide in deutschen Haftanstalten in den Jahren 2000 bis 2010 untersucht wurden. In diesem Zeitraum kam es insgesamt zu 907 Suiziden. Da 95 Prozent der Gefangenen männlich und 5 Prozent weiblich sind, hätte es bei gleicher Suizidverteilung 45 Fälle bei den Frauen geben müssen – tatsächlich aber gab es 23 Suizide. Der Kriminologische Dienst weist darauf hin, dass die Zahlen für weibliche Gefangene zwar gering sind, es aber – entgegen eines rückläufigen Trends im Männervollzug – bis 2007 einen Anstieg der Suizide im Frauenvollzug zu verzeichnen gab (vgl. Bennefeld-Kersten 2012).

2 Die privaten Krankenversicherer untersuchen einmal jährlich das „Krankheitskostenwagnis" je nach Lebensalter. Danach beanspruchen privat versicherte Frauen über 60 Jahre im Durchschnitt weniger ärztliche Behandlungen, Arzneimittel und sonstige Leistungen als Männer dieses Alters. Frauen ab 50 verbringen zudem weniger Tage im Krankenhaus als gleichaltrige Männer. Aber jüngere Frauen haben – unabhängig vom Kostenrisiko durch Geburten – ein höheres Krankheitskostenwagnis als Männer gleichen Alters. Ihr Arzneimittelverbrauch ist zudem im Alter von 25 bis 30 Jahren fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Männern. Policen privater Krankenversicherungen sind für Frauen daher teurer als für Männer. Der Medizinalreferent des Landes Niedersachsen geht per se davon aus, dass im Frauenvollzug, bezogen auf den einzelnen Hafttag, die Medikamentenkosten um 20 Prozent höher liegen als im Männervollzug.

FELDER DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Ob gynäkologische Probleme – z. B. sexuell übertragbare Infektionen und ihre Folgen – oder Erkrankungen, die in das Feld der Allgemeinmedizin fallen wie etwa grippale Infekte, verstauchte Knöchel, Schnittwunden, Rückenschmerzen oder Akne: bei Frauen in Haft kommen die gleichen Krankheiten vor wie draußen und müssen auch entsprechend behandelt werden.

Manche Krankheiten sind in Haft allerdings häufiger anzutreffen als draußen. Auffällig ist beispielsweise der hohe Anteil von Frauen mit psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen, Borderline-Störungen, Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess- und Brechsucht) oder mit psychosomatischen Erkrankungen. Und aufgrund des hohen Anteils intravenös Drogen konsumierender Frauen treten in Haftanstalten auch die auf diesem Wege übertragbaren Infektionskrankheiten – Hepatitis A, B und C sowie HIV – gehäuft auf.

Im Folgenden soll auf einige Felder der medizinischen Versorgung näher eingegangen werden:

SUCHT UND DROGEN

Auffällig im Frauenvollzug ist der hohe Anteil Drogen konsumierender Häftlinge. Etwa ein Drittel der männlichen Gefangenen spritzt Drogen, bei den Frauen sind es dagegen über 50 Prozent – nicht eingerechnet sind Gefangene, die Alkohol, Cannabis und andere Drogen konsumieren. Das Arbeitsfeld „Sucht und Drogen" ist daher ein Schwerpunkt der Gefängnismedizin, sodass jede Krankenabteilung auch die heute anerkannten Möglichkeiten der Behandlung von Suchterkrankungen anbieten sollte.

SCHWANGERENBETREUUNG

In der Regel werden Schwangere wie alle anderen Inhaftierten untergebracht – bis etwa sechs Wochen vor dem Entbindungstermin. Selbstverständlich werden sie ärztlich so versorgt, wie dies „draußen" der Fall ist; das gilt ebenso für die Schwangerschafts- und Konfliktberatung und andere psychosoziale Angebote. Außerdem können sie sich an den anstaltseigenen Psychologischen Dienst mit der Bitte um stützende Einzelgespräche wenden (eine weitergehende, spezifisch therapeutische Begleitung gibt es in der Regel aber nicht). Ergänzend zur üblichen Anstaltsverpflegung erhalten Schwangere zusätzlich Milch und Obst. In 8 von 14 Bundesländern (im Saarland sind keine Frauen inhaftiert, und drogenabhängige Frauen aus Brandenburg werden nach Berlin verlegt) kann eine Substitution in der Schwangerschaft angeboten werden (DAH 2014). In diesen Fällen werden opiatabhängige Mütter vorübergehend mit Methadon oder Buprenorphin substituiert, um Mutter und Kind Entzugserscheinungen oder der Mutter Rückfälle in den Drogenkonsum zu ersparen.

Wenn Frauen schwanger in den Justizvollzug kommen oder während der Haft, z. B. im Hafturlaub, schwanger werden, ist dies kein hinreichender Grund für eine Haftunterbrechung oder vorzeitige Entlassung. Schwangere sind im Justizvollzug daher keine Seltenheit; in der JVA für Frauen in Vechta liegt ihr Anteil bei acht Prozent (Beispiel aus dem Jahr 2008). Die Betreuung dieser Frauen beschränkt sich jedoch nur auf die Schwangerschaftsvorsorge entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien: Entbindungen in Justizvollzugseinrichtungen sind vom Gesetzgeber nicht gewollt. Auch dürfen standesamtliche Unterlagen, die das Kind betreffen, keinerlei Hinweise enthalten, die Rückschlüsse auf die Haft der Mutter zum Entbindungszeitpunkt zulassen.

Gerade bei Schwangeren in Haft wird die Ambivalenz des Strafvollzugs besonders deutlich: Einerseits belastet die Haftsituation werdende Mütter, andererseits bietet die Anstalt durchaus Schutz vor den Problemen außerhalb der Mauern. Es gibt auch Frauen, die erst in Haft, fernab von Beziehungsstress (und von der Drogenszene) wieder zu etwas Ruhe kommen. Außerdem wird die Möglichkeit einer Aufnahme in eine der Haftanstalt angegliederte Mutter-Kind-Einrichtung bereits früh geprüft (siehe S. 176).

EXKURS: DAS PHÄNOMEN DER AGGRAVATION

Gemeinhin wird unterstellt, im Justizvollzug gebe es besonders viele Simulanten. Die Erfahrung zeigt aber, dass „echte" Simulanten, die nicht vorhandene Symptome erfinden und vorspielen, hinter Gittern zumindest nicht häufiger vorkommen als draußen.

Häufiger ist die Aggravation, das verstärkte Wahrnehmen tatsächlich vorhandener, oft objektiv leichter Symptome, die möglicherweise gar keinen Krankheitswert haben. Jeder Krankenhausarzt kennt dieses Phänomen aus seiner Nachtdiensttätigkeit: Ein Patient kommt nachts um drei in die Notaufnahme und berichtet, er habe seit mehreren Tagen komische Bauchschmerzen, die ihn heute Nacht aber besonders beunruhigen würden. Natürlich muss dieser Patient unter erheblichem Leidensdruck stehen, um sich nachts ins Krankenhaus zu begeben; auch ist nicht ausgeschlossen, dass sich seine Beschwerden über Tage so entwickelt haben, dass sie nunmehr akut geworden sind. Oft aber werden Bauchschmerzen, wenn man im Dunkeln und allein im Bett liegt, sehr viel bedrohlicher wahrgenommen als am Tag, wenn man vielleicht auch noch Ablenkung hat. Das Gleiche gilt für sogenannte funktionelle Beschwerden, die zwar objektiv vorhanden sind, aber keinen Krankheitswert haben. So kann beispielsweise der Milcheinschuss nach einer Entbindung ausgesprochen schmerzhaft sein, und manche Frauen nehmen ihren Eisprung als schmerzhaften Bauchfellreiz wahr; in beiden Fällen ist jedoch keine Krankheit die Ursache. Ein anderes Beispiel ist der nach ungewohnter sportlicher Betätigung auftretende „Muskelkater", der mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen einhergehen kann.

Es ist durchaus nachvollziehbar, dass auch harmlose Beschwerden unter den als belastend wahrgenommenen Haftbedingungen bedrohlich und gefährlich erscheinen. In diesem Sinne ist die Aggravation in der Gefängnismedizin sicher ein häufig anzutreffendes Phänomen.

PERSPEKTIVEN

Die Arbeit mit Gefangenen bewegt sich immer in einem Spannungsfeld zwischen der Orientierung an den Bedürfnissen der/des Einzelnen und den Zwängen des Vollzugs. Beiden Seiten müssen die Mitarbeiter/innen des Justizvollzugs gerecht werden. Hilfreich ist in jedem Fall ihre Einbindung in qualitätssichernde Maßnahmen. Die Rückmeldung über Erfolge wie auch Misserfolge des eigenen Handelns verhilft zu mehr Arbeitszufriedenheit und Sicherheit.

Für eine erfolgreiche Arbeit mit Frauen ist es wichtig, vor allem ihre speziell weiblichen Belange im Blick zu behalten. Die meisten wissen genau, was sie nicht wollen, sind aber selten in der Lage, für sich und ihr Leben konkrete Ziele zu benennen. Daher ist gemeinsam mit ihnen zu klären, warum und mit welchem Ziel sie sich verändern sollten. Die Zielsetzung muss klar und überschaubar und in einzelne Schritte gegliedert sein. Am Anfang steht die körperliche und psychische Stabilisierung. Bei suchtkranken Frauen gilt es, mit ihnen eine Beratungsbeziehung aufzubauen; meist gelingt es den Mitarbeiter(inne)n der Suchtkrankenhilfe, eine offene Gesprächsatmosphäre zu erreichen, sodass weitere Hilfsangebote unterbreitet werden können. Vertrauen schafft ebenso der Versuch, eine Zurückstellung der Strafvollstreckung durch die Paragrafen 35 und 36 des Betäubungsmittelgesetzes („Therapie statt Strafe") zu erreichen. Selbstverständlich sollten auch bei einer Vermittlung in externe therapeutische Maßnahmen die Bedürfnisse der Frau berücksichtigt werden. Therapieeinrichtungen oder therapeutische Wohngemeinschaften speziell für Frauen sollten dabei Vorrang haben: Da straffällig gewordene Frauen fast immer Gewalt durch Männer erfahren haben, sind gemischtgeschlechtliche Einrichtungen in aller Regel kontraproduktiv.

Auch in Frauenhaftanstalten gibt es ein ausgeprägtes Machtgefälle. Frauen, die es gewohnt sind, sich angepasst und gehorsam zu verhalten, haben es besonders schwer, ihre Interessen gegenüber Mitgefangenen und Vollzugsbediensteten zu artikulieren und durchzusetzen. Im Vollzug sollte es den Frauen daher ermöglicht werden, ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken.

Oft sind vor Haftantritt wichtige Dinge nicht geregelt worden. Dazu gehören neben behördlichen Angelegenheiten (z. B. Abmeldung beim Arbeitsamt) der Erhalt der Wohnung, die Unterbringung der Kinder, die Versorgung von Haustieren und vieles mehr. Auch wichtige Bezugspersonen sind häufig nicht über die Inhaftierung informiert. Auf diese Dinge müssen die Frauen immer wieder angesprochen und zu raschem Handeln motiviert werden.

LITERATUR

Bennefeld-Kersten 2012 Bennefeld-Kersten, K.: Suizide in Gefängnissen – Ergebnisse der Totalerhebung im Zeitraum 2000–2010 in Gefängnissen der BRD. Celle: Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges 2012

Brust 1987 Brust, R.: Für Fee. In: Rinser, L. (Hg.): *Lasst mich leben – Frauen im Knast.* Hagen: Reiner Padligur Verlag 1987

Calliess/Müller-Dietz 2008 Calliess, R.-P./Müller-Dietz, H.: Strafvollzugsgesetz, 11. Aufl. München: C. H. Beck 2008

DAH 2014 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Substitution in Haft. Befragung der Deutschen AIDS-Hilfe 2013 (geplante Veröffentlichung 2014)

Fischer-Jehle 1991 Fischer-Jehle, P.: Frauen im Strafvollzug. Bonn: Forum-Verlag Godesberg 1991

Franke 2000 Franke, K.: Frauen und Kriminalität. Konstanz: Universitätsverlag 2000

Polizeiliche Kriminalstatistik 2012 Bundesministerium des Innern: Polizeiliche Kriminalstatistik 2012 (im Internet unter http://bit.ly/1f1yIPV; letzter Zugriff: 9.12.2013)

Statistisches Bundesamt 2013 Statistisches Bundesamt: Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Wiesbaden: 2013 (im Internet unter http://bit.ly/ILDLsC; letzter Zugriff: 9.12.2013)

SONDERREGELUNGEN FÜR HIV-POSITIVE GEFANGENE?

// Kai Bammann

Das Strafvollzugsgesetz des Bundes wie auch die Landesstrafvollzugsgesetze gelten ohne Unterschied und ohne Abstriche für alle Gefangenen, unabhängig von besonderen persönlichen Merkmalen (z. B. Alter, Geschlecht, Krankheit, Behinderung, sexuelle Orientierung, Herkunft). Sonderregelungen – so etwa für Kranke, insbesondere HIV-positive oder an Aids erkrankte Insass(inn)en (s. hierzu Lesting/Stöver 2011) – gibt es nicht und kann es nicht geben, da dies sowohl auf Bundes- als auch auf EU-Ebene gegen bestehende Diskriminierungsverbote verstieße. Ausnahmen sind nur bei ausdrücklicher (begünstigender) gesetzlicher Regelung möglich, wie dies das StVollzG z. B. für (schwangere) Frauen und Mütter im Frauenstrafvollzug oder für Jugendliche/Heranwachsende im Jugendarrest vorsieht. Einige Landesgesetze sehen allerdings – so z. B. bei den Vollzugslockerungen – Ausnahmeregelungen für bestimmte Gefangenengruppen wie etwa Drogenabhängige oder Sexualstraftäter vor. Dies ist dann aber von der Straftat und einer potenziellen oder realen Gefährlichkeit abhängig und nicht von bestimmten Merkmalen des Täters/der Täterin.

Trotzdem kommt es in der Praxis immer wieder zu Ungleichbehandlungen, bzw. die Gefangenen nehmen bestimmte Vorgehensweisen als solche wahr. Tatsächlich hängt im Strafvollzugsrecht sehr viel von Einzelfallentscheidungen ab: Maßnahmen wie Vollzugslockerungen, der Besitz bestimmter Gegenstände, Besuchsregelungen und Freizeitaktivitäten werden grundsätzlich für jeden Gefangenen individuell genehmigt – oder gegebenenfalls versagt (siehe Bammann, „Kontakte nach draußen", S. 78 in diesem Band). Hier gilt der Grundsatz, dass verschieden gelagerte Fälle auch unterschiedlich behandelt werden müssen. So spielt z. B. bei Vollzugslockerungen (neben anderen Aspekten) nicht nur die Strafdauer, sondern auch das individuelle Verhalten in Haft eine Rolle. Beides muss die Justizvollzugsverwaltung berücksichtigen, was zu unterschiedlichen Entscheidungen führen kann. Daher gilt: Lässt sich eine Ungleichbehandlung sachlich begründen, ist sie bei unterschiedlichen Voraussetzungen nicht nur zulässig, sondern sogar geboten.

Einer unterschiedlichen Behandlung sind allerdings enge Grenzen gesetzt. So darf es keine willkürliche Schlechter- oder Besserstellung einzelner Gefangener geben, die jeweils getroffenen Maßnahmen sind nachvollziehbar zu begründen. Dabei ist eine Andersbehandlung nicht automatisch mit einer Schlechterstellung gleichzusetzen. Oft führt auch Unwissenheit seitens der Mitgefangenen oder

falsch verstandene Fürsorge seitens der Anstalt zu Situationen, die von den Betroffenen als diskriminierend empfunden werden.

Besonders in den ersten 15 Jahren der „Aids-Ära" (Anfang der 1980er bis Mitte der 1990er) herrschten im Justizvollzug zahlreiche Ängste und Vorbehalte gegenüber HIV-positiven und an Aids erkrankten Gefangenen, was häufig dazu führte, dass man sie von Sport- und Freizeitangeboten wie auch von Arbeitseinsätzen ausschloss. Zwischenzeitlich gab es eine Phase, in der sich der Vollzug – nicht zuletzt infolge zunehmender Aufklärung – bemühte, Gefangenen mit HIV/Aids die Teilnahme an allen Aktivitäten zu ermöglichen. Seit Anfang 2005 ist es jedoch wiederholt zu Vorfällen gekommen, die einen Rückfall in frühere Zeiten befürchten lassen. So hat man z. B. versucht, infizierte Gefangene von der Benutzung der gemeinschaftlichen Fitnessgeräte auszuschließen, mit der Begründung, es könne dabei zu Verletzungen mit Infektionsrisiko kommen – ein Argument, das rechtlicher Überprüfung jedoch nicht standhalten konnte, weil es vor allem auch medizinisch nicht begründbar ist. Auffallend ist, dass Einschränkungen für HIV-Positive überwiegend mit dem Schutzauftrag gegenüber anderen, nicht infizierten Gefangenen (oder Vollzugsmitarbeitern) begründet wird. So werden immer wieder Unterschiede gemacht, obwohl dies weder notwendig ist, noch eine rechtliche Grundlage hat. Auf einige dieser Bereiche soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

MÖGLICHE BEREICHE DER UNGLEICHBEHANDLUNG

UNTERBRINGUNG

Der gesetzlich vorgesehene Regelfall ist die Unterbringung in Einzelzellen. Es gibt jedoch eine Reihe von Ausnahmen, vor allem bei älteren Haftanstalten, in denen ein Umbau zu Einzelzellen aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich ist, sowie in Situationen akuter Überbelegung. So sind immer noch viele Inhaftierte in Zwei- oder Mehrbettzellen untergebracht. Die Überbelegung stellt eines der größten Probleme im Strafvollzug dar. Mit der Unterbringung in Mehrbettzellen wird allerdings auch die Diskussion erneut begonnen, ob HIV-positive Gefangene – unabhängig von der räumlichen Situation – grundsätzlich in Einzelzellen untergebracht werden sollten. Dabei spielen bis heute Vorurteile eine Rolle, wie etwa, die Hauptansteckungsgefahr gehe von der gemeinschaftlichen Unterbringung aus: Sie ermögliche ungestörten Sex nach dem Nachteinschluss, leiste dem Drogenkonsum mit gemeinsam benutzten Spritzen Vorschub oder erleichtere Gewalttätigkeiten gegen Mitgefangene. Mit der Unterbringung in Einzelzellen, so die landläufige Meinung, lasse sich dies verhindern oder wenigstens einschränken. Aus dem Recht auf eine Einzelzelle wird so eine Pflicht zu einer Einzelzelle.

Es kann vorkommen, dass Gefangene die Einzelunterbringung nicht wollen, weil sie z. B. lieber in Gesellschaft sind, oder die Gemeinschaftsunterbringung in der Anstalt

die Regel ist und eine Einzelunterbringung bei Mitgefangenen Fragen aufwirft, was unter Umständen ein indirektes „Outing" bedeuten kann. In jedem Fall ist eine Ungleichbehandlung von HIV-Positiven auch bei der Unterbringung nicht angezeigt. Sie sind genauso unterzubringen wie alle anderen Gefangenen auch, es sei denn, es gibt im Einzelfall ganz konkrete Gründe, dies anders zu handhaben.

Eine Einzelunterbringung kann allerdings auch Vorteile haben oder erwünscht sein, etwa dann, wenn jemand ruhebedürftig oder in schlechter gesundheitlicher Verfassung ist. In modernen Haftanstalten sind einzeln untergebrachte Gefangene auch nicht ständig, sondern nur in der Nacht isoliert. Arbeit, Essen und Freizeitaktivitäten erfolgen wie üblich in Gemeinschaft, und auch vom Anstaltsleben sind sie nicht ausgeschlossen.

In einigen Bundesländern wird die gemeinsame Unterbringung von HIV-Positiven mit anderen Gefangenen von deren Zustimmung abhängig gemacht. Das jedoch ist problematisch, weil die Anstalt dann auch die HIV-Infektion der betreffenden Person bekannt geben muss. Zwangstests, um abzuklären, ob ein Gefangener HIV-positiv ist, sind unzulässig. Dies gilt auch für jede Form von „Zwangsouting".

DATENSCHUTZ

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bzw. zum Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts darf die Information, dass ein Gefangener HIV-positiv ist, nicht allgemein, sondern nur einem eng begrenzten Personenkreis zugänglich sein.

In einigen Haftanstalten versah man früher die Namensschilder an den Zellen mit einem für alle erkennbaren Zeichen, aus dem hervorging, dass der/die Betreffende HIV-positiv ist. Dies ist genauso unzulässig wie Vermerke in den Akten, die einem größeren Personenkreis zugänglich sind. Dennoch finden sich z. B. in Handakten immer wieder Vermerke wie „Kontakt mit Körperflüssigkeiten vermeiden", die eindeutig auf ein vorhandenes (wenn auch nicht genau benanntes) Infektionsrisiko hinweisen. Ob alle Bediensteten über die HIV-Infektion eines/einer Gefangenen informiert werden müssen (bzw. dürfen), ist umstritten. Sachliche Gründe, z. B. eine besondere Gefährdung, gibt es nicht, und bei verletzten Gefangenen sind die Beamten ohnehin gehalten, jeden Kontakt mit Blut zu vermeiden. Im gewöhnlichen Vollzugsalltag ist eine Ansteckung daher ausgeschlossen.

Anstalten haben eine Fürsorgepflicht gegenüber Insass(inn)en wie Personal, der jedoch auch anders nachgekommen werden kann als mit der Offenbarung von Patientendaten. So sollten vielmehr alle Inhaftierten wie Bedienstete in die Pflicht genommen werden, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Dafür bedarf es der umfassenden Aufklärung über Risikoverhalten und -situationen, und das schließt auch die immer noch wenig populäre Vergabe von Einwegspritzen (oder wenigstens geeigneten Desinfektionsmitteln), Kondomen und die Möglichkeit zu sauberem Tätowieren ein (vgl. Stöver/Bammann 2006, 167 ff.). Den besten – wenn nicht einzigen –

Schutz bietet ein aufgeklärtes, eigenverantwortliches Handeln im Bewusstsein um tatsächliche – nicht eingebildete – Risiken. Dann werden Maßnahmen, die HIV-positive Gefangene diskriminieren können, von vornherein überflüssig.

ARBEITSEINSATZ

HIV-positive Gefangene werden auch beim Arbeitseinsatz nicht immer wie ihre Mithäftlinge behandelt. Häufig schließt man sie von Tätigkeiten im Rahmen der Zubereitung oder Verarbeitung von Lebensmitteln aus – obwohl es dafür keine medizinischen Gründe gibt. Oftmals wird auch eine Beschäftigung von HIV-Positiven in Bereichen mit erhöhter Verletzungsgefahr abgelehnt, so etwa in der Schreinerei oder Schlosserei, wo es schnell drehende Maschinen oder scharfe Werkzeuge und Materialien gibt. Das Gleiche gilt für die Arbeit als Friseur/in und die Tätigkeit auf der Krankenstation. Zwar weiß man bisher von keinem einzigen Fall, bei dem jemand auf den genannten Wegen infiziert worden wäre, doch mit solchen Ausschlüssen wollen die Anstaltsleitungen unbegründeten Infektionsängsten und Panik vorbeugen. Sinnvoller wären aber auch hier umfassende Aufklärung und Information vor allem der Gefangenen, woran es nach wie vor mangelt.

NAHRUNGSMITTEL

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Gefangene Anspruch auf spezielle oder zusätzliche Nahrungsmittel. Paragraf 21 Satz 3 Strafvollzugsgesetz sieht dies ausdrücklich für Gefangene vor, die sich den Ernährungsvorschriften ihrer Religion verpflichtet fühlen. Auch in den Strafvollzugsgesetzen der Länder ist dies so geregelt. Man kann aber auch aus gesundheitlichen Gründen auf eine andere als die übliche Gefängniskost angewiesen sein. Dies muss der/die betreffende Gefangene jedoch beantragen, und es muss in der Regel ärztlich (§ 21 Satz 1 StVollzG) angeordnet werden.

Manche Anstalten regeln durch Verfügungen, welche Gefangenen zusätzliche/andere Nahrungsmittel erhalten können (z. B. Schwangere, Zuckerkranke, HIV-Positive). Diese werden jedoch nicht automatisch zugeteilt, sondern auch hier muss der/die Gefangene einen entsprechenden Antrag stellen, der in der Regel jedoch problemlos bewilligt wird.

GERICHTLICHE PRÜFUNG VON UNGLEICHBEHANDLUNG

Wann immer HIV-positive Gefangene ungleich behandelt und dadurch benachteiligt werden (bzw. eine Entscheidung der Anstalt so empfinden), können sie die entsprechenden Maßnahmen der Haftanstalt gerichtlich überprüfen lassen und so gegebenenfalls für Abhilfe sorgen. Über die Erfolgsaussichten einer Klage lassen sich jedoch keine pauschalen Aussagen treffen. Allgemein gilt, dass Gerichte heute bei drohender oder faktischer Diskriminierung zunehmend aufmerksamer werden – auch wenn es um Beschwerden von Gefangenen geht.

LITERATUR

Lesting/Stöver 2011 Lesting, W./Stöver, H.: Vor § 56. Rz. 49-69. In: Feest, J./Lesting, W. (Hrsg.): *Kommentar zum Strafvollzugsgesetz,* 6. Aufl., Köln u. a.: Heymanns 2011

Stöver/Bammann 2006 Stöver, H./Bammann, K.: Tätowierungen im Strafvollzug – Gesundheitsrisiken und Infektionsprophylaxe. In: Dies.: *Tätowierungen im Strafvollzug – Hafterfahrung, die unter die Haut gehen.* Oldenburg: BIS-Verlag 2006, 161–177

CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER HIV- UND STI-PRÄVENTION IM JUGENDARREST

// Thomas Wilke und Stefan Müller

EINFÜHRUNG

In Deutschland wird das Jugendstrafrecht mehrheitlich durch das Jugendgerichtsgesetz (JGG)[1] geregelt, das uneingeschränkt auf straffällig gewordene Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren und – unter bestimmten Umständen – auch auf 18- bis unter 21-jährige Heranwachsende[2] angewendet wird. Ob das Jugend- oder Erwachsenenstrafrecht zum Einsatz kommt, hängt maßgeblich davon ab, ob der Heranwachsende von seiner Persönlichkeitsentwicklung zum Zeitpunkt der Tat mit Jugendlichen gleichzustellen war oder ob er eine jugendtypische Tat begangen hat.[3]

Jugendarrest wird meist dann verhängt, wenn die Erziehungsmaßregel (z. B. gemeinnützige Arbeit, Teilnahme an Sozialtrainings, Täter-Opfer-Ausgleich) als mildeste Sanktion im Jugendstrafrecht dem Richter als unzureichend erscheint, dieser jedoch eine Jugendstrafe (Jugendstrafanstalt für mindestens sechs Monate und maximal fünf Jahre, bei Heranwachsenden maximal zehn Jahre) als härteste Sanktion für unverhältnismäßig hält. Der Jugendarrest gehört zusammen mit Verwarnungen und der Erteilung von Auflagen (z. B. gemeinnützige Arbeit, Geldbußen) zu den sogenannten Zuchtmitteln. Deren Ziel ist es, „dem Jugendlichen eindringlich zum Bewusstsein [zu bringen], dass er für das von ihm begangene Unrecht einzustehen hat" (vgl. § 13 JGG).

Der Freiheitsentzug im Jugendarrest kann verschiedene Zeitrahmen umfassen: Freizeitarrest (ein bis zwei Wochenenden), Kurzarrest (zwei bis vier Tage) oder Dauerarrest (ein bis vier Wochen). Die häufigsten Delikte, die zur Verhängung des Jugendarrests führen, sind Diebstahl, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Leistungserschleichung, Raub und Betrug (Raithel 2004a).

1 Siehe http://www.gesetze-im-internet.de/jgg/index.html
2 Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Begriff „Jugendliche" verwendet.
3 Hier gibt es in einzelnen Bundesländern zum Teil unterschiedliche Auslegungen.

Auch wenn die meisten Maßnahmen im JGG Sanktionscharakter haben, hat der Erziehungsgedanke Vorrang vor Strafe (siehe § 2 JGG). Mit der Anwendung des Jugendstrafrechts sollen Jugendliche und Heranwachsende sozial angemessenes Verhalten erlernen und zu einem rechtschaffenen, verantwortungsbewussten Lebenswandel geführt werden. Dazu dienen im Jugendarrest pädagogische und erzieherische Angebote, die es den Jugendlichen ermöglichen, Probleme und Umstände, die zu ihren Straftaten geführt haben, zu bewältigen und neue Impulse zu erhalten. Der Jugendarrest soll vor allem die Förderbemühungen von Erziehungsberechtigten, Schule und Jugendhilfe ergänzen und unterstützen (Fachkommission Jugendarrest 2009). In der sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Diskussion ist allerdings stark umstritten, ob die Gestaltung und Wirkung von freiheitsentziehenden Maßnahmen dem Erziehungsgedanken entsprechen (können) (vgl. Bereswill 2011; Cornell 2011; Albrecht 2002). Kritisiert wird vor allem, dass der Jugendarrest – umgangssprachlich auch „Warnschussarrest" genannt – schädliche und keine präventiven Wirkungen hat, weil die Jugendlichen dort zusammen mit ebenfalls Kriminalitätserfahrenen inhaftiert sind (vgl. DPW 2012; Dünkel 2010; Kreuzer 2012).

In diesem Beitrag geht es nicht darum, den Jugendarrest an seinen erzieherischen Ansprüchen zu messen. Vielmehr sollen die Chancen und Herausforderungen der HIV/STI-Prävention in diesem Setting praxisorientiert dargestellt werden. Als Grundlage dienen dabei die Erfahrungen, die bei der in Berlin durchgeführten Studie „Man gewöhnt sich an alles" (Wilke/Langer/Drewes/Koppe 2012) gesammelt wurden.

Der zunächst folgende Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Lebensphase „Jugend" macht deutlich, weshalb Jugendliche einen besonderen Bedarf an Aufklärung haben.

DELINQUENZ, SEXUALITÄT UND DROGENKOSUM IM JUGENDALTER – AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

Jugendliche sind mit einer Reihe komplexer Entwicklungsaufgaben konfrontiert: Sie müssen mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen klarkommen, die Leistungsanforderungen in der Schule bewältigen, eigene Lebens- und Berufsperspektiven entwickeln, sich emotional und sozial von ihren Eltern lösen und gleichzeitig ihre sozialen Beziehungen selbstbestimmt ausweiten. Im Zuge erster Beziehungen und sexueller Kontakte erlernen sie in dieser Übergangsphase zum Erwachsenenalter den Umgang mit Sexualität und wie sie diesen nachhaltig in ihre Persönlichkeit und Lebensweise integrieren (vgl. Fend 2001; Raithel 2004a, b; BZgA 1997). Zugleich werden Jugendliche mit gesellschaftlichen Normen und Erwartungen konfrontiert, die sich beispielsweise auf gesundheitliches und sexuelles oder – bei Eintritt der Strafmündigkeit – delinquentes Handeln beziehen. Jugendliche befinden sich auf der Suche nach ihrer Identität und sozialen Position. Zentrales Merkmal dieser Lebensphase ist das Austesten der individuellen

und gesellschaftlichen Grenzen (vgl. Hurrelmann 1994; Raithel 2004a, b). Jugendliche sind besonders offen für das Erlernen von Auffassungen und Lebensweisen von Subkulturen und Milieus, auch jener, die den Normen der Mehrheitsgesellschaft nicht entsprechen und deshalb von dieser als abweichend etikettiert werden (Heinz 2001; Raithel 2004a). Bester Prädiktor für das Verhalten von Jugendlichen – unabhängig davon, ob es als konform oder abweichend gilt – sind Peers, also das gleichaltrige Umfeld. Das trifft besonders zu auf Drogenkonsum und Delinquenz (Sack/Lindenberg 2001), aber auch auf das Sexualverhalten (BMFSFJ 2009; Raithel 2004b).

Im Jugendalter habitualisierte oder „angewöhnte" Verhaltensweisen gelten im soziologischen und pädagogischen Diskurs als nur schwer veränderbar. Um sozialen und gesundheitsbezogenen Ansprüchen – eigenen wie auch gesellschaftlichen – gerecht werden zu können und um zu verhindern, dass unerwünschte Verhaltensweisen habitualisiert werden, haben Jugendliche im Allgemeinen einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf. Dieser ist besonders groß, wenn die Lebensverhältnisse das Erfüllen gesellschaftlicher Normen und Anforderungen erschweren, weil die dafür erforderlichen ökonomischen und sozialen Ressourcen (z. B. Einkommen, Bildung, emotionaler Rückhalt, Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl, Beziehungsfähigkeit) nicht ausreichend vorhanden sind und andere Instanzen wie Schule oder Jugendhilfe das nicht befriedigend kompensieren können (vgl. BMFSFJ [Hg.] 2009; Heinz 2001). Diese Gruppen zu erreichen, stellt für die Sexualaufklärung und Prävention[4] eine besondere Herausforderung dar und ist umso dringender, als sexuell übertragbare Infektionen (STIs) hier häufiger vorkommen als bei Jugendlichen mit besserer Ressourcenausstattung (Johnson/Mercer/Cassell 2006; Rosenbrock 2010; Centers for Disease Control 2004).

Dies gilt insbesondere für straffällig gewordene Jugendliche. Durch den zeitlich begrenzten Freiheitsentzug im Jugendarrest bietet sich die Gelegenheit, Zugang zu einer ansonsten schwer erreichbaren Gruppe mit hohem Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung und sozialer Unterstützung zu bekommen und so einen Beitrag zur Verringerung ungleicher gesundheitlicher Chancen zu leisten.

BEDARFSERHEBUNG

Die Erhebung des Bedarfs an Angeboten der Sexualaufklärung und Gesundheitsförderung unterliegt im Jugendarrest besonderen Bedingungen. Zum einen handelt es sich bei den hier untergebrachten Jugendlichen um eine sehr heterogene Gruppe mit starker Fluktuation: Der Großteil verbringt nur wenige Tage im Arrest, wodurch eine fortlaufende Zusammenarbeit mit einer festen Gruppe erschwert wird. Zum anderen können die rigide Struktur und die Abläufe des Jugendarrests

4 Ziel der Sexualaufklärung und Prävention ist die Unterstützung der Jugendlichen bei Schwierigkeiten, die sich bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ergeben (vgl. BZgA 1997).

den Zugang zu den Jugendlichen vor der ersten Intervention erschweren. Erfahrungsgemäß zeigen sich die Anstalten aber sehr kooperativ und unterstützen Vorschläge für pädagogische Projekte im Arrest. Die Mitarbeiter der Anstalten und anderer Träger, die in diesem Setting pädagogisch tätig sind, aber auch Sachberichte und wissenschaftliche Literatur[5] sind wichtige Informationsquellen für eine zielgruppenorientierte Prävention.

Grundsätzlich lässt sich der Bedarf mit Fragebögen oder leitfadengestützten Interviews gut erheben; auch die Anstaltsmitarbeiter sollten befragt werden. Partizipation bei der Bedarfsbestimmung ermöglicht das Sammeln wichtiger lebensweltlicher Informationen über die Zielgruppe aus unterschiedlichen Perspektiven, sodass passgenaue Präventionsangebote entwickelt werden können (vgl. Wright/Unger/Block 2008).

JUGENDLICHE IM BERLINER JUGENDARREST

Die im Berliner Jugendarrest erzielten Ergebnisse aus Gesprächen mit Mitarbeitern, verschiedenen Bedarfserhebungen und der Studie „Man gewöhnt sich an alles" (Wilke/Langer/Drewes/Koppe 2012) lassen sich nur bedingt auf andere Arrestanstalten in Deutschland übertragen, weil die Sozialstruktur der arrestierten Gruppen je nach Anstalt und die Rechtsprechung je nach Bundesland sehr unterschiedlich sein können. Daher werden in jedem Fall eigene Bedarfserhebungen notwendig sein. Im Folgenden die wichtigsten Befunde aus den genannten Quellen:

Unterschiede bei den arrestierten Jugendlichen gibt es zum einen hinsichtlich der Gründe sowie der Form und Länge des Arrests, zum anderen in punkto Alter, Bildungsniveau, Beschäftigungsverhältnis, soziokulturelle und sozioökonomische Herkunft sowie Gesundheitszustand. Den typischen Jugendarrestanten gibt es folglich nicht, auch wenn häufig ähnlich prekäre Lebensumstände und typische Problemkonstellationen vorliegen. Viele kommen aus Familien, die durch materielle Not, chaotische Verhältnisse, innerfamiliäre Konflikte oder Beziehungsbrüche gekennzeichnet sind. Nicht selten haben die Arrestanten bereits aktive und passive Gewalt erlebt oder sexuellen Missbrauch erfahren. Besonders stark vertreten sind Jugendliche mit Migrationshintergrund und niedriger Schulbildung, deren Situation von relativer Armut, sozialer Ausgrenzung sowie schlechten Integrations- und Berufsperspektiven gekennzeichnet ist.

Auffällig ist, dass viele Arrestanten erkennbare psychische Probleme haben, die sich oft auch im hohen Alkohol- und Drogenkonsum widerspiegeln, der im Zusammenhang mit belastenden Lebensumständen sowie den Werten und Normen der subkulturellen Milieus dieser Jugendlichen zu sehen ist.

Viele Jugendliche stehen ihrer Gesundheit gleichgültig gegenüber und verhalten sich entsprechend. So haben sie zum Beispiel wesentlich früher ihren ersten Geschlechts-

5 Die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention des Deutschen Jugendinstituts beispielsweise bietet wissenschaftliche und praxisorientierte Literatur als Download auf ihrer Webseite www.dji.de/jugendkriminalitaet.

verkehr als andere Gleichaltrige, sie sind sexuell wesentlich aktiver, gehen häufiger sexuelle Kontakte ein und haben häufiger wechselnde Sexpartner. Oftmals wird nicht oder nicht konsequent verhütet, unabhängig davon, ob der Sex mit festen Partnern oder Gelegenheitspartnern stattfindet. Die wenigsten Arrestanten haben ein habitualisiertes Schutzverhalten, um Schwangerschaften zu verhüten und einer Ansteckung mit HIV und anderen STIs vorzubeugen. Vor allem weibliche Arrestanten ohne Migrationshintergrund berichten, dass sie bereits selbst eines oder mehrere Kinder zu erziehen haben. Viele männliche Arrestanten mit Migrationshintergrund hingegen berichten, dass bei ihnen schon einmal eine STI diagnostiziert wurde.

Das Wissen über Methoden der Schwangerschaftsverhütung wie auch zu den Übertragungswegen von HIV/STIs und den Schutzmöglichkeiten ist häufig diffus. Bei manchen Jugendlichen sind traditionelle Männlichkeitsideale stark ausgeprägt, was sich unter anderem auch in Schwulenfeindlichkeit äußert. Weit verbreitet sind ebenso stigmatisierende Einstellungen und Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV (vgl. Wilke/Langer/Drewes/Koppe 2012).

PLANUNG VON PRÄVENTIONSVERANSTALTUNGEN

Entscheidend für den Erfolg der HIV- und STI-Prävention im Jugendarrest ist, dass sie auf Partizipation und Integration setzt.

PARTNERSCHAFTLICH KOOPERIEREN

Bei der Planung ist zu berücksichtigen, dass es sich beim Jugendarrest um ein weitgehend abgeschlossenes soziales System mit eigenen, vergleichsweise rigiden Strukturen und Regeln handelt, die den Jugendlichen wenig Raum für Selbstbestimmung und eigenes Gestalten lassen. Der Alltag ist bestimmt durch Langeweile und Einförmigkeit, was einem Empowerment entgegenstehen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen Vorschub leisten kann. Für besondere Interventionen lassen sich Strukturen durch Absprache jedoch verändern. Daher empfiehlt es sich, mit der Leitung und den Mitarbeitern der Anstalt eine enge partnerschaftliche Kooperation anzustreben, mit ihnen gemeinsam die Ziele und Zielgruppen zu bestimmen und sie in die Planung, Durchführung und – gegebenenfalls – in die Evaluation[6] des Projekts einzubeziehen.

Da die zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter und der Leitung häufig begrenzt sind und mitunter auch die Bereitschaft zu offener Kommunikation fehlt, sind hier wahrscheinlich Kompromisse einzugehen. Trotzdem sollte versucht werden, für die HIV/STI-Prävention Freiräume zu schaffen, die es den Jugendlichen zumindest zeitweise ermöglichen, eine Maßnahme nach ihren Bedürfnissen mitzugestalten.

6 Siehe Abschnitt „Evaluation", S. 196.

Mit der Leitung sollte deshalb auch vereinbart werden, dass die Teilnahme immer freiwillig ist (vgl. Neubauer 2008). Gelingt dies, können Präventionsveranstaltungen zu Änderungen des gesundheitlichen Verhaltens wie auch der eigenen Lebenssituation motivieren und so über das Thema HIV/STIs hinaus nachhaltige Effekte erzielen. Das gilt vor allem für Kompetenztrainings für Dauerarrestanten, weniger für Kurz- und Freizeitarrestanten, denen dennoch – als oft einzige pädagogische Maßnahme – Präventionsveranstaltungen angeboten werden.

KOMPETENZTRAININGS ALS RAHMEN NUTZEN

In vielen Anstalten ist für Dauerarrestanten – also jene Jugendlichen, die mindestens eine Woche verbüßen – die Teilnahme an Kompetenztrainings Pflicht, sofern sie über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen und keine schulischen, beruflichen oder familiären Verpflichtungen haben. Es ist anzunehmen, dass die pädagogischen Förderprogramme im Jugendarrest je nach Bundesland in Art, Umfang und Qualität stark variieren. Trotz ihres kontrovers diskutierten strafenden Charakters, der möglicherweise auch negative Auswirkungen hat, bieten sie den Jugendlichen die Möglichkeit, bei zeitweisem Freiheitsentzug mit Unterstützung von außen ihr Leben zu reflektieren und neue Perspektiven zu entwickeln. Meist werden in diesen Programmen ganzheitliche Ansätze anzuwenden versucht, die durch individuelle Beratung zur Bearbeitung der Lebenssituation und zur Orientierung auf die Zeit nach dem Arrest ergänzt werden. Kompetenztrainings sind in der Regel lebensweltorientiert und partizipativ ausgerichtet, um die für eine verantwortungsbewusste und selbstbestimmte Lebensführung notwendigen Kompetenzen zu stärken.

Gemäß den Ansätzen von Gesundheitsförderung und Prävention setzen Kompetenztrainings idealerweise am Alltag und an den Ressourcen der Jugendlichen an. Gemeinsam mit ihnen werden Strategien zum Abbau von Belastungen und zur Stärkung von Ressourcen entwickelt. Günstig ist es, Präventionsveranstaltungen in ein Kompetenztraining einzubetten: Weil sie mehrtägig sind, sind die Chancen für eine nachhaltige Wirkung weitaus größer als bei eintägigen Veranstaltungen mit Kurz- und Freizeitarrestanten. Nimmt man das Strafmaß als Indikator für den Bedarf an Aufklärung und Unterstützung, handelt es sich bei den Dauerarrestanten auch um die schwerer zu erreichenden Jugendlichen. Kurz- und Freizeitarrestanten verbringen dagegen meist nur ein Wochenende oder einzelne Tage im Arrest. Hier bieten sich Präventionsveranstaltungen an, in denen hauptsächlich Wissen vermittelt wird. Aufgrund der hohen Fluktuation im Kurz- und Freizeitarrest werden dafür aber sehr viele Arrestanten erreicht.

Besteht die Möglichkeit, die HIV/STI-Prävention in ein Kompetenztraining einzubetten, sollte man sich vor Beginn der ersten Veranstaltung umfassend über die Hintergründe und Ziele dieses Sozialtrainings informieren (lassen): Dadurch können Zusammenhänge zwischen den einzelnen Angeboten hergestellt und so entscheidende Kompetenzen wie etwa Kommunikations-, Handlungs- und Refle-

xionsfähigkeit mehrfach trainiert werden. Mit der Anstalt sollte außerdem geklärt werden, ob an die Arrestanten Informationsmaterialien verteilt werden können.

GÜNSTIGE LERNBEDINGUNGEN SCHAFFEN

Eine Herausforderung stellt die Heterogenität der Zielgruppe dar (siehe oben, S. 191). Gerade das Alter, aber auch Bildungsstand und kultureller Hintergrund müssen bei der Planung zielgruppengerechter Angebote der HIV/STI-Prävention berücksichtigt werden. Gemeinsam mit der Anstaltsleitung und den Mitarbeitern sollte daher überlegt werden, ob man die Jugendlichen entsprechend aufteilen kann. Zugleich gilt: je größer die Gruppe, desto schwerer lassen sich Präventionsziele erreichen. Deshalb sollte jede Gruppe auf fünf bis acht Teilnehmer begrenzt werden.

Für Veranstaltungen, in denen vorwiegend Wissen vermittelt wird, sind mindestens 90 Minuten einzuplanen. Sollen vor allem Kompetenzen gestärkt und Einstellungen verändert werden, sollten am besten 180 Minuten zur Verfügung stehen. Die Räumlichkeiten sollten vor der ersten Veranstaltung besichtigt werden, da sie nicht immer bedarfsgerecht ausgestattet sind (gebraucht werden z. B. verrückbare Tische, Tafel oder Flipchart). Zu empfehlen sind in jedem Fall Räume, in denen sich die Arrestanten wohlfühlen und vor äußeren Störungen geschützt sind. Pausen sollte es regelmäßig, spätestens aber nach einer Stunde geben, wenn die Konzentrationsfähigkeit nachlässt. Zugleich ist abzuklären, wo sich die Jugendlichen in den Pausen aufhalten dürfen und ob Rauchen gestattet ist. Auch der Umgang mit Störungen und Regelverstößen – zum Beispiel körperliche Gewalt, unerlaubtes Verlassen des Raumes, Rauchen auf der Toilette in der Pause – sollte vorab mit der Anstalt geklärt werden, um als Teamer klar handeln zu können.

Für die Arbeit im Jugendarrest empfiehlt es sich, die ehrenamtlichen Teamer über die üblichen Fragen zu HIV und STIs hinaus zu Familienplanung, Sexualität und Sprache, aber auch zu Drogen (insbesondere Partydrogen und Safer Use) und Diversity-Ansätzen zu schulen. Sie können dann besser auf die verschiedenen Lebensrealitäten der Jugendlichen eingehen.

DURCHFÜHRUNG

Entscheidend für erfolgreiche Präventionsarbeit im Jugendarrest ist die Auswahl von Methoden, die zu den mit der Anstalt vereinbarten Zielen passen. Soll eher ein Wissenszuwachs erreicht oder sollen vor allem Einstellungen verändert und Kompetenzen erweitert werden? Die zeitlichen Ressourcen und die Kompetenzen der Teamer können die Methodenwahl beeinflussen, was aber nicht auf Kosten der Ziele geschehen darf.

Grundsätzlich sollte das Aufklärungs- und Unterstützungsangebot größtmögliche Beteiligung zulassen und sich inhaltlich wie auch sprachlich an der Lebenswelt der Teilnehmer orientieren. Je nach Gruppe und Veranstaltung werden damit

auch die spezifischen Ziele unterschiedlich sein. Die Teamer können im Veranstaltungsverlauf zwischen den Rollen Experte, Berater und Vermittler wechseln.

OFFENE METHODEN WÄHLEN

Es ist ratsam, vorher einen HIV/STI-bezogenen „Lehrplan" festzulegen. Allerdings sollte man über genügend Zeit und methodische Kenntnisse verfügen, um nicht starr daran festhalten zu müssen und flexibel auf sexualpädagogische Bedarfe jenseits von HIV und STIs reagieren zu können. Zu empfehlen sind offene und partizipative Lehr- und Lernmethoden (z. B. Gruppendiskussion, Erfahrungsaustausch, Brainstorming), während man geschlossene und frontale Methoden (z. B. Kurzvortrag) möglichst sparsam verwenden sollte. Besonders zu Beginn der Veranstaltung – nach der allgemeinen Begrüßung, der Vorstellungsrunde, der Präsentation des Programms, der Festlegung von Zielen und Regeln – bietet sich der Einsatz offener und partizipativer Methoden an. Auf diese Weise kann man wichtige Einblicke in die Lebenswelten und Bedürfnisse der Arrestanten gewinnen. Eine rein kognitive Vermittlung von präventivem Wissen und Schutzverhalten, bei der die sozioökonomischen und soziokulturellen Hintergründe der Jugendlichen nicht berücksichtigt werden, wirkt in aller Regel wenig nachhaltig. Deshalb sollte man, auch wenn in erster Linie Wissen vermittelt werden soll, zumindest zu Beginn eine offene Methode einsetzen.

Unterschiedliche offene Methoden helfen, die Konzentration aufrechtzuerhalten, und sie erleichtern das Lernen. Außerdem fördern sie die Eigeninitiative, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Teilnehmer durch die aktive Auseinandersetzung mit sexualpädagogischen Themen.

LEBENSWELTORIENTIERT ARBEITEN

Verknüpft man im späteren Verlauf das bisher Vermittelte mit den von den Jugendlichen eingebrachten Themen, wird für sie erfahrbar, dass sie das Programm mitgestalten. Die Inhalte sollten deshalb engen Bezug zu den Lebensumständen und Lebensweisen der Jugendlichen haben, um so zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins – auch und gerade im Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität – beizutragen. In der Veranstaltung können ebenso Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen der Jugendlichen und davon beeinflusste Einstellungen eine Rolle spielen. Gemeinsame, auch kontroverse Diskussionen über kulturell geprägte Vorstellungen von Sexualität und Partnerschaft können für die Präventionsarbeit durchaus fruchtbar gemacht werden und bei den Arrestanten die Akzeptanz unterschiedlicher Lebenswelten fördern. Dazu gehört auch der Versuch, zur Reflexion von Gender-Stereotypen und von Einstellungen zur Homosexualität zu motivieren.

Neben HIV sollten in jedem Fall auch andere sexuell übertragbare Infektionen sowie Zeugung und Schwangerschaft thematisiert werden. Wie die HIV/STI-Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung und die Daten der Studie „Man gewöhnt sich an alles" zeigen, liegt das Risiko einer Chlamydien-Infektion, einer Gonorrhoe oder einer Infektion mit Humanem Papillomavirus (HPV), aber auch einer frühen Vater- oder Mutterschaft für diese Jugendlichen zunächst näher als eine Ansteckung mit HIV (vgl. Gille u. a. 2005; DAH 2013; BZgA 2013). Informationen zu niedrigschwelligen Test- und Unterstützungsangeboten sind in diesem Zusammenhang nicht nur für die Arrestanten, sondern auch für ihre Peers „draußen" wichtig.

Bei der Moderation können leicht provokante Aussagen oder Thesen dabei helfen, die Diskussionen unter den Teilnehmern in Gang zu bringen, wobei allerdings die Grenzen der Jugendlichen zu respektieren sind. Ohnehin sollte in den Veranstaltungen eine Atmosphäre gegenseitigen Respekts herrschen. Werden einzelne Teilnehmer durch andere blamiert, beschämt oder bloßgestellt, ist sofort einzugreifen (vgl. Neubauer 2008).

Die Veranstaltung sollte mit der Verteilung von Informationsmaterialien schließen. Die wenigsten Jugendlichen haben Bücher in die Arrestanstalt mitgenommen und langweilen sich in ihren Zellen. Sie freuen sich daher tatsächlich, wenn sie etwas zu lesen erhalten – auch wenn es „nur" Broschüren sind.

EVALUATION

Am besten legt man bereits bei der Projektplanung mit der Anstaltsleitung fest, wie, wo und wann die HIV/STI-Prävention im Jugendarrest evaluiert wird. Das Instrument „Partizipative Qualitätsentwicklung" (Wright/Unger/Block 2008) liefert hilfreiche Ansätze und Methoden für die Entwicklung von Projektzielen und deren Evaluation (wie überhaupt für das gesamte Projekt). Tools zur Selbstevaluation können beim Festlegen eigener Ziele und Evaluationsindikatoren helfen.

Die Wahl der Evaluationsmethoden hängt entscheidend von den Zielen der Präventionsveranstaltung ab und davon, ob sie im Rahmen eines Kompetenztrainings stattfindet. Allgemein empfiehlt es sich, mehrere Methoden zu nutzen und verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen.

TOOLS FÜR DIE SELBSTEVALUATION

Die eigene Arbeit kann beispielsweise mithilfe von Selbstevaluationstools reflektiert werden. Diese haben den Vorteil, dass das Projekt mit relativ geringem Aufwand im laufenden Prozess optimiert werden kann. Zudem kann man sich gleich zu Beginn einen Überblick über das Projekt verschaffen. Dabei wird schnell sichtbar, wo es bei der Bedarfserhebung, Planung und Durchführung Verbesserungsmög-

lichkeiten gibt. Hilfreich ist beispielsweise das von SPI Forschung, Aids-Hilfe Wien und anderen entwickelte Tool QUIET[7] oder das von der BZgA mitinitiierte IQhiv[8].

STANDARDISIERTER FRAGEBOGEN FÜR DIE BEWERTUNG ERWORBENEN WISSENS

Bei 90-minütigen Veranstaltungen für Kurz- und Freizeitarrestanten mit mehr oder weniger festem Ablaufplan, wo es meist um den Erwerb HIV/STI-bezogenen Wissens geht, empfiehlt sich eine routinemäßige Überprüfung anhand standardisierter Fragebögen mit offenen und geschlossenen Fragen, mit denen im Idealfall auch andere Indikatoren wie beispielsweise Programmakzeptanz, Sprache der Teamer oder Beteiligung der Zielgruppe erfasst werden können. Da standardisierte Fragebögen häufig sehr gute Ergebnisse produzieren, wenn man sie zur Überprüfung des erworbenen HIV/STI-Wissens direkt nach einer mit bewährten Methoden durchgeführten Veranstaltung einsetzt, ist ihr regelmäßiger Einsatz nur bedingt sinnvoll. Daher ist zu überlegen, ob solche Fragebögen nur zu Projektbeginn eingesetzt werden sollen, und zwar so lange, bis das Curriculum „steht" und mit hoher Wahrscheinlichkeit die erwünschten Wirkungen erzielen kann. Danach reichen gelegentliche Zielüberprüfungen aus.

GESPRÄCHE UND FEEDBACKRUNDEN FÜR DIE BEWERTUNG ERGEBNISOFFENER PROZESSE

Bei mehrstündigen Präventionsveranstaltungen, die vor allem auf Veränderung von Verhaltensweisen und Einstellungen sowie den Ausbau verschiedener Fähigkeiten zielen, ist eine Evaluation wesentlich schwieriger. Hier kommen vor allem offene Methoden zum Tragen, und die Teamer müssen flexibel sein, um auf die jeweilige Situation und die Arrestanten angemessen reagieren zu können. Manche Ziele und Ergebnisse dieser Partizipations- und Aushandlungsprozesse sind daher offen, also nicht standardisiert und damit nicht quantitativ messbar. Vor allem nachhaltige Veränderungen im Sexualverhalten lassen sich ohnehin nicht messen. Einstellungsänderungen und die Erweiterung mancher Fähigkeiten lassen sich dagegen meist schon während der Veranstaltung beobachten. Gespräche mit den Jugendlichen sowie offene und zugleich strukturierte Feedback-Runden (z. B. mit der Fünffingermethode) nach der Veranstaltung liefern wichtige Informationen über die Qualität des Angebots aus Nutzersicht. Was man beobachtet und in Gesprächen erfährt, sollte entweder sofort oder im Anschluss notiert und gesammelt werden, damit es nicht vergessen wird und in das Curriculum einfließen kann.

Die Perspektive der Jugendarrestanstalt lässt sich vor allem dann gut erfassen, wenn die HIV/STI-Prävention Teil eines Kompetenztrainings ist und in diesem

7 http://quiet.allproducts.info
8 http://www.iqhiv.org

Rahmen eine Evaluation durchgeführt wird. Hier kann es sein, dass die Teamer gebeten werden, einen Fragebogen zur Veranstaltung oder zur Bewertung der Jugendlichen auszufüllen. Bei Kompetenztrainings wird oft erwartet, das Sozialverhalten der Arrestanten zu bewerten. Eine schlechtere Note als „gut" sollte man dabei generell nur in Ausnahmefällen geben (z. B. bei Anwendung körperlicher Gewalt in der Veranstaltung), weil eine Benotung im Widerspruch zum Präventionsgedanken steht und sich kontraproduktiv auf die Jugendlichen auswirken kann.

Um das Zusammenwirken verschiedener pädagogischer Angebote einschätzen zu können, sollte man die Anstaltsleitung und das Personal regelmäßig um Rückmeldungen und Berichte über die Resonanz der Jugendlichen auf die Präventionsveranstaltungen und das Gesamtprogramm bitten. Hier sei angemerkt, dass es für die Akteure der HIV/STI-Prävention allein nicht leistbar ist, für die Nachhaltigkeit der Angebote – vor allem hinsichtlich der übergeordneten Ziele wie „Vermeidung von Rückfällen in die Delinquenz" und „Verbesserung der Lebenssituation" – zu sorgen. Die Evaluation pädagogischer Kriminalprävention steckt ohnehin noch in ihren Anfängen und hat vor allem methodische Herausforderungen zu bewältigen. Lokale Studien zur Wirksamkeit pädagogischer Angebote sind derzeit noch Mangelware (vgl. DJI 2008).

SCHLUSSBEMERKUNG

Insgesamt ist festzustellen, dass Veranstaltungen zur HIV- und STI-Prävention für Jugendliche in Arrestanstalten überaus sinnvoll sind. Ein solches Angebot sollte bundesweit verankert werden, um zu verhindern, dass sich riskante gesundheitliche Verhaltensweisen in der Jugend verfestigen und im Erwachsenenalter fortgesetzt werden.

Durch enge Zusammenarbeit mit der Leitung und dem Personal der Arrestanstalten und Einbettung der HIV- und STI-Prävention in Kompetenztrainings eröffnen sich Chancen, bei der Zielgruppe nachhaltige Verhaltensänderungen zu erreichen – auch dadurch, dass die Jugendlichen nach der Entlassung aus dem Arrest in ihren Szenen als Peer-Multiplikatoren wirksam werden können. HIV/STI-Prävention im Setting Jugendarrest kann auf diese Weise einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung ungleicher sozialer und gesundheitlicher Chancen leisten.

LITERATUR

Albrecht 2002 Albrecht, H.-J.: Ist das Jugendstrafrecht noch zeitgemäß? Gutachten für den 64. Deutschen Juristentag. (www.dvjj-hessen.de/download/dvjjh313_zeitg.pdf; letzter Zugriff: 27.06.2013)

Bereswill 2011 Bereswill, M.: Straftat als biografischer Einschnitt. Befunde zum Jugendstrafvollzug aus der Perspektive seiner Insassen. In: *Dollinger/Henning (Hg.)* 2011, S. 545–556

BMFSFJ (Hg.) 2009 Bundesministerium für Familien, Senioren und Frauen und Jugend (Hg.): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (siehe unter http://www.bmfsfj.de)

BZgA 1997 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Rahmenkonzept Sexualaufklärung für Jugendliche. Köln: BZgA 1997

BZgA 2013 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland (http://www.gib-aids-keine-chance.de; letzter Zugriff: 01.04.2013)

Centers for Disease Control 2004 Centers for Disease Control (www.cdc.gov; letzter Zugriff: 08.07.2013).

Cornel 2011 Cornel, H.: Der Erziehungsgedanke im Jugendstrafrecht: Historische Entwicklungen. In: *Dollinger/Henning (Hg.)* 2011, S. 455–473

DAH 2013 Deutsche AIDS-Hilfe: sexuell übertragbare infektionen. info+ für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2013

DJI 2008 Deutsches Jugendinstitut (DJI): Evaluation in der Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention. München: Deutsches Jugendinstitut 2008

Dollinger/Henning (Hg.) 2011 Dollinger, B./Henning, S.-S. (Hg.): *Handbuch Jugendkriminalität.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011

DPW 2012 Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW): Stellungnahme des Paritätischen zum „Warnschussarrest". Gesetz zur Erweiterung der jugendgerichtlichen Handlungsmöglichkeiten (siehe unter http://www.bundesgerichtshof.de)

Dünkel 2010 Dünkel, F.: Keine Verschärfung des Jugendstrafrechts, sondern konsequenter Ausbau sozialintegrativer Maßnahmen des geltenden JGG! In: *Neue Kriminalpolitik,* Nr. 1/2010, S. 2–3

Fachkommission Jugendarrest 2009 Fachkommission Jugendarrest: Mindeststandards zum Jugendarrestvollzug. Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. 2009

Fend 2001 Fend, H.: Entwicklungspsychologie im Jugendalter. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Opladen: Leske + Buderich 2001

Gille u. a. 2005 Gille, G./Klapp, C./Diedrich, K./Schäfer, A./Moter, A./Griesinger, G./Kirschner, R.: Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102, A2021-A2025

Heinz 2001 Heinz, W.R.: Der Lebenslauf. In: Joas, H. (Hg.): *Lehrbuch der Soziologie.* Frankfurt/New York: Campus Verlag 2001, S. 145–168

Hurrelmann 1994 Hurrelmann, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim: Juventa 1994

Joas (Hg.) 2001 Joas, H. (Hg.): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/New York: Campus Verlag 2001

Johnson/Mercer/Cassell 2006 Johnson, A.M./Mercer, C.H./Cassell, J.A.: Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In: Marmot, M./Wilkinson, R.G. (Hg.): *Social determinants of Health.* Oxford: Oxford University Press 2006

Kreuzer 2012 Kreuzer, A.: Warnschussarrest ist ein kriminalpolitischer Irrschuss. In: Zeit Online, 27. April 2012 (http://www.zeit.de/politik/deutschland/2012-04/warnschussarrest-bundestag; letzter Zugriff: 27.06.2013)

Neubauer 2008 Neubauer, B.: Präventionsveranstaltungen mit Jugendlichen in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): *Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2008, S. 187–196

Raithel 2004a Raithel, J.: Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004

Raithel 2004b Raithel, J.: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter. In: *Soziale Welt,* Heft 2

Rosenbrock 2010 Rosenbrock, R.: Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden in Berlin. Expertise erstellt im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. (http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2010/9800/pdf/entwicklungskonzept.pdf; letzter Zugriff: 08.07.2013)

Sack/Lindenberg 2001 Sack, F./Lindenberg, M.: Abweichung und Kriminalität. In: *Joas (Hg.)* 2001, S. 169–197

Wilke/Langer/Drewes/Koppe 2012 Wilke, T./Langer, P.C./Drewes, J./Koppe, U.: „Man gewöhnt sich an alles…". Einstellungen, Wissen und Verhalten zu HIV/Aids und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen von Jugendlichen im Berliner Jugendarrest. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2012

Wright/Unger/Block 2008 Wright, M.T./Block, M./von Unger, H.: Partizipative Qualitätsentwicklung. Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.) 2008 (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de; letzter Zugriff: 26.06.2013)

EMPFOHLENE LITERATUR

Boers, K., Reinecke, J. (Hg.). Delinquenz im Jugendalter – Zusammenfassung und Ausblick. In: *Delinquenz im Jugendalter – Erkenntnisse einer Münsteraner Längsschnittuntersuchung.* Münster: Waxmann Verlag 2007, S. 359–366

Deutsches Jugendinstitut (DJI): Evaluation in der Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention. München: Deutsches Jugendinstitut 2008

Holthusen, B./Schäfer, H.: Prävention der Kinder-und Jugendkriminalität. Den Kinderschuhen entwachsen – doch wo geht die Reise hin? In: *projugend,* 3/2004

Reder, R./Ziegler, H.: Kriminalprävention und Soziale Arbeit. In: *Dollinger/Henning 2011,* S. 365–377

Scherr, A.: Jugendkriminalität – eine Folge sozialer Armut und sozialer Benachteiligung? In: *Dollinger/Henning (Hg.) 2011,* S. 203–211

Sozialdienst der Jugendarrestanstalt Berlin. Interne Statistik 2010 (unveröff. Manuskript)

Wilke, T./Langer, P.C./Müller, S./Seffert, B. u. a.: *Handbuch Jugendprävention.* Berlin: Berliner Aids-Hilfe e.V. 2008, 2010

HIV-PRÄVENTION FÜR GEFANGENE AUS DEN GUS-STAATEN

// Ludger Schmidt

Die Gruppe der Migrant(inn)en aus der *Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)*[1] ist alles andere als homogen. Ihre Mitglieder unterscheiden sich erheblich, was ethnische Zugehörigkeit, Nationalität, Religion und Sozialisation angeht. Sie bilden mehr oder weniger abgegrenzte Subgruppen innerhalb der im weitesten Sinne russischsprachigen[2] Community. Fraglich ist, ob man zu dieser auch Migrant(inn)en aus den Kaukasusregionen (vor allem Georgier, Armenier und Tschetschenen) oder aus Mittelasien (ethnische Kirgisen und Usbeken) zählen kann, die teils eigene Gruppen bilden und sich gegen Russischsprachige abgrenzen.

Die Unterschiede in der Community ergeben sich allein schon durch sehr verschiedene Aufenthaltstitel. Das Spektrum reicht von den illegal in Deutschland Lebenden bis hin zu jenen, welche die deutsche Staatsbürgerschaft im Rahmen des Aufnahmeverfahrens für Spätaussiedler erhalten (haben). Insgesamt ist der Anteil derjenigen, die in Deutschland ausländerrechtlich behandelt werden, in den letzten Jahren angestiegen. Diese Migrant(inn)en, wozu ebenso jüdische „Kontingentflüchtlinge" und teilweise auch Spätaussiedler gehören, sind bei Straffälligkeit von Ausweisung bedroht. Die meisten der als Asylbewerber nach Deutschland Eingereisten (hauptsächlich aus dem Kaukasus, aus Mittelasien und Weißrussland) leben, auch ohne straffällig geworden zu sein, unter der ständigen Bedrohung, abgeschoben zu werden. Die Aufdeckung eines illegalen Aufenthalts führt schließlich zwangsläufig zur Ausweisung, manchmal allerdings erst nach langer Abschiebehaft.

Allein schon der Aufenthaltsstatus bzw. die Bedrohung, möglicherweise ausreisen zu müssen, prägt nachhaltig das Verhalten der Migrant(inn)en. Das gilt umso mehr im Kontext von HIV/Aids. In ihren Herkunftsländern führt bereits der Verdacht, zu einer „Risikogruppe" zu gehören, zu massiver (auch rechtlicher) Diskriminierung und Stigmatisierung. Wie die rechtliche und soziale Situation der von HIV

1 Zur GUS gehören Russland, Weißrussland, Ukraine, Moldawien, Armenien, Georgien, Aserbaidschan, Usbekistan, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan und Turkmenistan.

2 Als Bezeichnung für „Migranten aus der GUS und Spätaussiedler" wird hier der Begriff „Russischsprachige" benutzt. Dazu zählen ebenso Menschen, für die Russisch die Verkehrssprache, nicht aber die Muttersprache ist. Nach Lewada (1992) könnte man sie auch „Sowjetmenschen" nennen, weil sie diesem Typus in ihren Einstellungen, Normen und Verhaltensweisen noch heute, zwanzig Jahre nach dem Zerfall der Sowjetunion, weitgehend entsprechen – über Ländergrenzen und Nationalitäten hinweg.

Bedrohten und Betroffen hierzulande aussieht, können Migrant(inn)en meist kaum einschätzen; sie registrieren nur, dass sie hoch komplex und widersprüchlich ist. Maßnahmen der HIV-Prävention von staatlichen Stellen oder von NGOs (die meist ebenfalls als „staatlich" wahrgenommen werden) begegnen sie daher vor allem mit Vorsicht und Misstrauen – dies umso mehr, je unsicherer ihr Aufenthaltsstatus ist.

Zu diesem Beitrag

Bei den nachfolgenden Aussagen über russischsprachige Gefangene handelt es sich um Verallgemeinerungen, weil in diesem Rahmen lediglich – im weitesten Sinne – „kulturell" bedingte Gemeinsamkeiten erfasst werden können. Der Autor ist sich bewusst, dass dies die Gefahr einer einseitigen „Ethnisierung" eines jeden Phänomens oder Problems birgt. Zu bedenken ist außerdem, dass der größte Zuzug von Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion Mitte der 1990er-Jahre stattgefunden hat, sehr viele also bereits lange in Deutschland leben. Welches Gewicht kulturelle Faktoren haben, wird folglich davon abhängen, inwieweit es dem Einzelnen gelungen ist, sich in die deutsche Gesellschaft zu integrieren.

Da die allermeisten Gefangenen aus den GUS-Staaten männlichen Geschlechts sind, beschränken sich die nachfolgenden Ausführungen auf die Lebenssituation von Männern im Jugend- und Erwachsenenalter.

QUELLENLAGE

Die Lebenssituation von russischsprachigen Gefangenen wurde bisher nicht systematisch untersucht. Mitunter werden in Praxisberichten und Publikationen Probleme beschrieben, die dem Justizvollzug durch diese Häftlinge entstehen. In aller Regel erscheinen sie dann als eine hermetisch abgeschlossene, stark hierarchisch gegliederte, von Zwang und Gewalt beherrschte und gegenüber Vollzugsmaßnahmen renitente Gruppe. Aktuelle Erhebungen zum Drogengebrauch oder zum Sexualverhalten liegen nicht vor. Allerdings gelten russischsprachige Drogenkonsumenten als eine Gruppe, die vor allem durch riskante Konsummuster auffällt und mit präventiven Angeboten nur schwer erreicht werden kann (EMCDDA 2011, 52ff.). Es ist anzunehmen, dass sich gruppenspezifische Verhaltensweisen unter Haftbedingungen verstärken.

Die wenigen Berichte russischsprachiger Gefangener über ihre Lebenswirklichkeit sind meist widersprüchlich, insbesondere was die Verhältnisse innerhalb der Gruppe angeht. Das kann einerseits an der Komplexität des Vollzugssystems liegen, das für sie nicht durchschaubar ist, andererseits unterscheiden sich die Gruppen je nach Haftanstalt oder Gefängnisabteilung. Entscheidend für die jeweilige Situation vor Ort scheinen die Gruppengröße und die Organisation des Vollzugs zu sein. Offensichtlich fördert der Vollzug unbeabsichtigt bestimmte Gruppenprozesse und damit genau jene Phänomene, die einer „russischen Subkultur" zugeschrieben werden.

KOLLEKTIVE NORMEN, HANDLUNGSMUSTER UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN UNTER HAFTBEDINGUNGEN

DAS SELBSTVERSTÄNDNIS DES HÄFTLINGS

Freiheitsentzug, Gefängnishaft und die „Figur" des (ehemaligen) Strafgefangenen sind im Bewusstsein der Menschen in den GUS-Staaten weitaus stärker präsent als in Deutschland. Für die Großelterngeneration der Russlanddeutschen wurde die Lagerhaft kollektives Schicksal und zugleich zu einem wesentlichen Teil ihrer Identität, die an die nachkommenden Generationen weitergegeben wird. Ähnliches gilt für andere Gruppen der heutigen russischsprachigen Community in Deutschland, die in der Sowjetunion zeitweise Repressionen ausgesetzt waren.

Die lange Tradition eines weit verzweigten Systems von Strafanstalten und -lagern besteht auch nach der Selbstauflösung der Sowjetunion nahezu ungebrochen fort. Gefangenschaft und Freiheitsentzug gehören deshalb immer noch sehr viel stärker zur Lebensrealität der Bevölkerung als etwa in Deutschland (vgl. Pristawkin 2003). Man kann davon ausgehen, dass viele Familien vor der Ausreise direkt oder indirekt damit konfrontiert waren.

Durch diese kollektive Erfahrung entwickelten sich sehr widersprüchliche gesellschaftliche Wertungen und Stigmatisierungen. (Ehemalige) Strafgefangene wurden einerseits stark diskriminiert, andererseits romantisiert und idealisiert. Letzteres bezog sich auf die Figur des (zumindest moralisch) unschuldig Verurteilten und war fester Bestandteil einer traditionell geprägten Alltagskultur, die entgegen der offiziellen Sowjetideologie sehr wirkmächtig war.

In postsowjetischen Zeiten wird nun öffentlich an diese Wertungen angeknüpft. Eine Schlüsselfunktion haben dabei die Medien, die inzwischen enorm an Bedeutung gewonnen haben. Sie propagieren jugendkulturelle männliche Identifikationsmuster, die fast ausschließlich der Unter- und Halbwelt entnommen sind, wobei oft auch die stereotypen Idealisierungen des außerhalb der Gesellschaft stehenden sowjetischen Strafgefangenen abgerufen werden. Das Positive dieser neuen Idole besteht nicht in moralisch lauteren Motiven, wie dies bei westlichen Helden meist der Fall ist, sondern in der Kompromisslosigkeit, mit der fremdgesetzte Regeln ablehnt werden. Das schließt den eigenen Untergang mit ein, da es nicht in Frage kommt, sich mit einer verlogenen oder auch nur langweiligen Welt zu arrangieren.

Die immensen sozialen Verwerfungen, zu denen es im Zuge der Transformationsprozesse in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion gekommen ist, haben zum Abstieg breiter Bevölkerungskreise geführt und die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe besonders für Jugendliche drastisch verringert. Vielen ist es kaum möglich, sich durch Bildung und Arbeit eine einigermaßen sichere ökonomische Basis zu schaffen. Umso attraktiver erscheint es, auf illegalen Wegen zu Wohlstand zu

kommen, zumal die demonstrativ im Luxus schwelgenden Neureichen dafür als Muster dienen.

Diese Entwicklung verweist auf die Dominanz der skizzierten Identifikationsmuster in der Jugendkultur seit den 1990er-Jahren, die ebenso bei vielen jungen Aussiedlern zu finden sind. Sie werden in krisenhaften Situationen des Migrationsprozesses und angesichts fehlender alternativer Rollenmodelle vor allem innerhalb isolierter männlicher Peer-Gruppen offensiv vertreten. Im Gefängnis bietet sich das Ideal des russischen Outlaw für eine Übertragung auf die eigene Lage besonders an. Das ermöglicht es nicht nur, dem Haftalltag einen Sinn zu geben, sondern auch, die an die Migration geknüpften und durch die Inhaftierung endgültig enttäuschten Erwartungen und Hoffnungen – auch die der Familie – zu kompensieren.

Je mehr Gefangene das Gefühl des Scheiterns mithilfe von Idolen positiv umwerten, desto rigider wird den von diesen Stereotypen entlehnten Regeln und Normen innerhalb der eigenen Gruppe Geltung verschafft. Sie haben oft die Form eines Ehrenkodexes, der im Grunde all jene Elemente enthält, wie sie auch in anderen Gruppen gelten: Jeder „Russe" unterliegt dem Gruppengesetz, das Interesse der Gruppe geht über das Eigeninteresse, nichts darf nach außen dringen, die Ehre der Gruppe ist zu verteidigen, Abweichler sind zu disziplinieren usw. Verblüffend ist allerdings die Kompromisslosigkeit russischsprachiger Gruppen. Sie ist nicht so sehr Ausdruck eines Zwangskontexts wie etwa einer kriminellen Gefängnissubkultur, sondern vor allem der in dieser Gruppe vertretenen Ideale. Das in Diskussionen häufig vorgebrachte Argument, in deutschen Haftanstalten breite sich die traditionelle Gefängnissubkultur Russlands aus, relativiert sich dadurch.

EXKURS: KOLLEKTIVISMUS VERSUS INDIVIDUALISMUS

Die kulturvergleichende Psychologie arbeitet mit dem Konstrukt sogenannter Kulturstandards, die jeder Kommunikation und Handlung der Mitglieder eines Kulturkreises als allgemeingültige Bezugsgrößen vorgelagert sind. Ein wichtiger Standard für das Verständnis von Interaktionsprozessen in russischsprachigen Gruppen ist der „Kollektivismus". Er bezieht sich auf „Gesellschaften, in denen der Mensch von Geburt an in starke, geschlossene Wir-Gruppen integriert ist, die ihn ein Leben lang schützen und dafür bedingungslose Loyalität verlangen" (Hofstede 1997, 64 f.). Bedürfnisse und Ziele der einzelnen Mitglieder kollektivistischer Kulturen werden weitgehend den Werten und Anforderungen ihrer Bezugsgruppen untergeordnet.

Die postsowjetischen Gesellschaften sind trotz rasanter Transformationsprozesse nach wie vor in vielen Bereichen kollektivistisch geprägt (Peseschkian 2002, 32). Entsprechende Merkmale weisen auch russischsprachige Migrantengruppen auf. Im Hinblick auf die Präventionsarbeit mit Russischsprachigen sind folgende Charakteristika wichtig:

- Die Kommunikation unter Gruppenangehörigen ist indirekt, umkreisend, taktvoll, unklar und hat immer die Beziehungsebene im Blick. Da die Beziehung durch nichts gefährdet werden darf, kann dies bedeuten, dass die Wahrheit zurücktreten muss. Kritik wird allenfalls verschlüsselt geäußert und ist – wie die Konfliktlösung – Sache der „Autoritäten" (Chef, Lehrer, Vater usw.).
- Die Gruppe orientiert sich stark an Normen. Verhaltensnormen werden im Gespräch immer wieder thematisiert und bekräftigt und von den Gruppenmitgliedern fraglos akzeptiert. Normabweichung ruft starke Reaktionen der Gruppe hervor.
- Der Einzelne handelt entsprechend den Erwartungen des Kollektivs. Das Maß der Akzeptanz als Gruppenmitglied bestimmt nahezu vollständig das emotionale Selbstbefinden.
- Das Sozialverhalten des Einzelnen ist je nach Situation und Gruppenbezug stark angepasst. Seine Fähigkeit, sich auf unterschiedliche Situationen einstellen zu können, ist stark ausgeprägt (Peseschkian 2002, 32 f.).

Diese Merkmale gelten für Gruppen mit gleichberechtigten Mitgliedern. Die Interaktion russischsprachiger Migranten ist allerdings zugleich stark durch Hierarchien geprägt (im Hinblick auf Alter, berufliche oder gesellschaftliche Stellung, Besitz usw.). Deren Anerkennung – z. B. durch ritualisierte Respektsbekundungen gegenüber ranghöheren Personen – wird durch besondere Unterstützungsleistungen und Protektion entlohnt. Die Beziehung zwischen Menschen unterschiedlichen Rangs ist somit ausgesprochen paternalistisch.

DIE BEDEUTUNG DER GRUPPE

Mit der Inhaftierung werden alle Bindungen, über die der Gefangene sich bislang definiert hat, fast vollständig unterbrochen. Aufgrund seiner kollektivistischen Sozialisation bedeutet die nun erlebte Anonymität und Vereinzelung für ihn eine extreme Krisensituation. Entsprechend hoch ist die emotionale Aufladung der ohnehin engen Bindungen innerhalb der russischsprachigen Peer-Gruppen. Der Anschluss an russischsprachige Mitgefangene ist selbstverständlich: Da die Situation im Gefängnis ohnehin stark verunsichert, wird man sich schwerlich auf Beziehungen mit anderen Häftlingen einlassen wollen. Die eigene Gruppe bietet Geborgenheit allein schon durch ihre klaren und einfachen „männlichen" Regeln, die sich selbst erklären und nicht ständig neu ausgehandelt werden müssen, vor allem aber durch eine stark ausgeprägte Solidarität.

Aufgrund ihrer enormen Bedeutung für den Einzelnen muss sich die Gruppe ständig ihrer selbst vergewissern. Dies geschieht einerseits verbal durch Betonung des

gemeinsamen Ehrenkodexes, der „russischen Identität", der Unterschiede zu anderen Gefangenen oder des starken Zusammenhalts. Andererseits wird versucht, „Kollektiverlebnisse" zu produzieren, indem Maßnahmen des Gefängnispersonals sabotiert, Disziplinarmaßnahmen demonstrativ ertragen oder Auseinandersetzungen mit anderen Gefangenengruppen provoziert werden.

BINNENSTRUKTUR VON GRUPPEN

Für Außenstehende mögen russischsprachige Gefangenengruppen alle gleich erscheinen. Sie unterscheiden sich jedoch in Aufbau und Funktionsweise. Es gibt Gruppen mit strikter Hierarchie und mit „Autoritäten" bis hin zu solchen, die nach Art einer russischen Dorfgemeinschaft funktionieren. Im ersten Fall organisieren die „Autoritäten" die internen Beziehungen nach ihren eigenen Interessen: Neuankömmlinge werden in die Gruppenstruktur eingebunden, jedem Mitglied werden bestimmte Aufgaben bei der Abwicklung von „Geschäften" zugeteilt, der „Ehrenkodex" wird ständig thematisiert, um Rangunterschiede zu legitimieren oder um „Schwache" zu produzieren, die zu drangsalieren als Nachweis der eigenen Stärke dient usw. Gruppen mit dem Charakter von Dorfgemeinschaften erscheinen nach außen hin ähnlich, ihre Dynamik gründet jedoch auf den kollektivistischen Werthaltungen gleichberechtigter Mitglieder, für die es selbstverständlich ist, sich gegen Fremde zusammenzuschließen und interne Angelegenheiten nicht nach außen dringen zu lassen. Jeder Versuch von außen, Einfluss auf die Angelegenheiten Einzelner oder der Gruppe zu nehmen, wird gleichsam als „kollektiver Reflex" erst einmal abgewehrt.

Eine noch wichtigere Rolle spielen die im Gefängnis (meist spontan) entstandenen Freundschaften, die einen ebenso hohen emotionalen Stellenwert haben wie etwa die Familie. „Freundschaft" beinhaltet eine sehr weitreichende Bereitschaft und moralische Verpflichtung zu gegenseitiger Solidarität, hinter die auch berechtigte Eigeninteressen selbstverständlich zurückzutreten haben. Geschieht dies einmal nicht, kommt es zu erheblichen Gewissenskonflikten.

RISIKOBEREICHE IM HINBLICK AUF HIV UND ANDERE INFEKTIONEN

DROGENKONSUM

Das Verschaffen von Gemeinschaftserlebnissen nicht durch Abgrenzung nach außen, sondern innerhalb der Gefangenengruppe ist weitgehend auf den gemeinsamen Drogenkonsum begrenzt. Angeknüpft wird dabei an Verhaltensmuster der Herkunftsgesellschaften wie auch der Community, das Zusammengehörigkeitsgefühl durch gemeinsamen Alkoholkonsum zu intensivieren. Auch der Gebrauch von

Drogen und deren Zubereitung ist durch Gemeinschaftsrituale stark aufgeladen. Rituellen Charakter haben in gewisser Weise bereits die Anstrengungen aller zur Finanzierung und Beschaffung von Drogen, und nicht zuletzt die gegenüber hilflos Berauschten gezeigte Fürsorglichkeit – ein Verhalten, das angesichts rigider Männlichkeitsvorstellungen nur hier gelebt werden kann.

Man könnte daher annehmen, dass in russischsprachigen Gefangenengruppen der intravenöse Drogenkonsum mit gemeinsamem Gebrauch von Spritzen und Zubehör als Ausdruck von Verbundenheit besonders häufig praktiziert wird. Dieser ist jedoch eines der wenigen Themen, das die Meinungen polarisiert. Die meisten Gefangenen – oft auch jene, die selbst bereits Drogen gespritzt haben – vertreten die (kulturell vorherrschende) Überzeugung, das einzige Kriterium für Drogenabhängigkeit sei der intravenöse Konsum. Nur die Applikationsform zählt, nicht die Dauer und die Häufigkeit des Konsums. Erst mit der ersten Injektion greifen die Stigmatisierungen, mit denen die „Narkomany" belegt werden.

Diese Konsumform ist daher nur in solchen Peer-Gruppen akzeptiert und üblich, in denen sie von einem größeren Teil der Mitglieder praktiziert wird, und dort hat auch der gemeinsame Gebrauch des Spritzbestecks gemeinschaftsstiftende Funktion. In diesem Kontext als Einzelner risikominimierende Praktiken (Safer Use) anzuwenden, würde die Beziehung zu den anderen Gruppenmitgliedern stark belasten. Schon kleine Abweichungen vom etablierten Konsumverhalten zeitigen erheblichen Gruppendruck; das gilt besonders im engeren Freundeskreis. Viele erachten es bereits als ausgeschlossen, die Ansteckungsrisiken anzusprechen oder alternative Konsumformen vorzuschlagen. Anders zu handeln, als die Gruppe dies erwartet, dürfte nur solchen Gefangenen gelingen, die über ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz verfügen: Sie können die Gratwanderung zwischen der Durchsetzung eigener Interessen und der Aufrechterhaltung der Beziehung zur Gruppe am ehesten meistern.

SEXUALITÄT

Die Unfähigkeit, über Sexualität – zumal die eigene – offen zu sprechen, ist ein Merkmal aller Altersgruppen sowohl der russischsprachigen Community als auch der Herkunftsgesellschaften. In der Familie wird Sexualität allenfalls in Form von Verboten (in erster Linie für Mädchen) thematisiert, in der Schule im Gewand biologistischer und moralischer Aufklärung. Ein „richtiger Mann" verfügt natürlich über sexuelle Erfahrungen; er sammelt sie entweder direkt oder wird durch Peers „eingeweiht", die ihr Wissen in der Regel als Demonstration der eigenen Männlichkeit weitergeben.

Der Grund für die allgemeine Sprachlosigkeit ist nicht nur Scham – Sprachlosigkeit ist durchaus wörtlich zu nehmen: Es gibt in der russischen Alltagssprache kaum Begriffe, die eine offene Kommunikation über Sexualität ermöglichten. Verfügbar sind lediglich Begriffe aus Medizin und Biologie, die, so darf man annehmen, häufig auch gar nicht verstanden werden. Und dann gibt es noch den russischen „Mat",

eine stark sexualisierte Vulgärsprache. Sie gehört zum Sprachgebrauch der Unterschichten, ist aber mehr oder weniger allgemein bekannt und wird besonders von Männern in emotional aufgeladenen Situationen benutzt. Auch die Alltagskommunikation der Gefangenen ist sehr stark davon bestimmt. Wo es um der Harmonie willen nur darum geht, sich gegenseitig in seiner Männlichkeit zu bestätigen, ist Sexualität als Thema freilich tabu. Es gibt wohl kaum eine andere Gefangenengruppe, in der sexualisiertes Gebaren derart ausgeprägt ist und das Reden über Sexualität so sehr gescheut wird.

Zu den provokantesten Themen in postsowjetischen Gesellschaften gehört Homosexualität, stellt sie doch die traditionellen Geschlechterrollen und die Familie vehement in Frage. Entsprechend stark werden homosexuelle Männer durch Staat und Gesellschaft stigmatisiert. Gewalttätige Übergriffe auf tatsächliche oder vermeintliche Homosexuelle sind sehr häufig und werden von der Bevölkerung mehrheitlich gebilligt. Dass für Homosexuelle das im Russischen überaus herabwürdigende Schimpfwort „Päderast" benutzt wird, wundert daher nicht. Und je rigider im Gefängnis die Vorstellungen von Männlichkeit gelebt werden, desto aggressiver ist der Umgang mit Homosexualität. Äußerungen wie etwa, man könne sich selbstverständlich nicht mit einem Schwulen an einen Tisch setzen oder in einem Raum aufhalten, sind keine bloßen Sprüche: man verhält sich auch so. Angesichts der zu erwartenden Schikanen ist es äußerst unwahrscheinlich, dass sich jemand zu seiner Homosexualität bekennt. Als „schwul" gilt jeder, der vom herrschenden Männlichkeitsbild abweicht. Jeder steht daher unter dem ständigen Druck, seine Männlichkeit unter Beweis zu stellen und sich von den Stigmatisierten zu distanzieren.

Wie Sexualität unter Haftbedingungen letztlich gelebt wird, ist von den Gefangenen daher kaum zu erfahren. Allenfalls machen sie Andeutungen, wie man mit „Päderasten" in der Gruppe umgeht. Aus ihnen ist zu schließen, dass diese Häftlinge durch sexuelle Gewalt erniedrigt und diszipliniert werden – ein bekanntes Schema: Die Bestrafung (angeblicher) Homosexualität dient der sexuellen Befriedigung der Unterdrücker. Unter solchen Voraussetzungen kann Safer Sex kein Thema sein. Durch Schutzvorkehrungen würde man ja implizit zugeben, dass es sich eben nicht um Erniedrigung und Bestrafung, sondern schlicht um Sex handelt.

TÄTOWIEREN UND PIERCEN

Piercings gelten bei russischsprachigen Migranten als unmännlich und sind unter Gefangenen nicht anzutreffen. Tätowierungen dagegen gehörten und gehören zur (post-)sowjetischen Gefängnis- und Lagerkultur. Sie signalisieren, dass sich der Betreffende als Mitglied der Unterwelt begreift und keine „Resozialisierung" wünscht. In deutschen Gefängnissen gibt es diese Tattoo-Kultur unter Russischsprachigen jedoch kaum. Größere Körperbilder sieht man daher nur selten, wohl aber mehr oder weniger versteckte Anlehnungen an diese wie etwa kleinere Tätowierungen an Fingern oder Händen.

Da Tattoos bei Russischsprachigen kaum ins Auge fallen, lässt sich nur schwer einschätzen, wie verbreitet das Tätowieren in dieser Gruppe ist. Es dürfte jedoch sicher sein, dass nur die wenigsten über die Infektionsrisiken (vor allem Hepatitis B und C) und die Möglichkeiten der Risikominimierung unter Haftbedingungen informiert sind.

HYGIENE

Dass Hygieneartikel (Zahnbürste, Rasierer, Nagelschere) gemeinsam benutzt oder ausgeliehen werden, ist bei russischsprachigen Gefangenen wesentlich häufiger anzutreffen als bei anderen – alles miteinander zu teilen, stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl. Häufig wird der andere nicht einmal gefragt, ob man seinen Rasierer benutzen darf. Wer so etwas mit dem Hinweis auf übertragbare Krankheiten wie etwa Hepatitis verweigerte, würde einen Beziehungskonflikt provozieren – es sei denn, er ist ein Ranghöherer. Bei Gegenständen des alltäglichen Gebrauchs zwischen Mein und Dein zu unterscheiden, gilt als „deutsch".

HIV/AIDS IM KULTURELLEN KONTEXT

WISSENSSTAND

Der Kenntnisstand über HIV/Aids ist in der russischsprachigen Community äußerst gering. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- Die Mehrzahl dieser Migrant(inn)en ist in einer Zeit emigriert, als HIV/Aids in den Herkunftsländern noch kein öffentliches Thema war; sie erhielten dort also keine Informationen.
- Heute gibt es in den Herkunftsländern zwar Aufklärungskampagnen, aber ob sie in der breiten Bevölkerung präventive Wirkung haben, ist zu bezweifeln. HIV-Infektionen gelten überwiegend noch immer als Krankheit von Drogen Gebrauchenden und Prostituierten.
- Staatliche „Aidsprävention" bestand noch vor kurzem aus Stigmatisierung, Kriminalisierung und Isolierung von Drogenkonsumenten und HIV-Positiven. In etlichen Herkunftsländern sind risikomindernde Maßnahmen beim Drogenkonsum bis heute nicht Bestandteil staatlich geförderter HIV-Prävention. Projekte, die sterile Spritzen und Desinfektionsmittel bereitstellen, werden häufig von der Polizei drangsaliert und kriminalisiert.
- In den Herkunftsländern gibt es praktisch keine jugendgerechte Sexualaufklärung und somit auch keine Aufklärung über HIV/Aids.

- Viele Migrant(inn)en leben in der ersten Zeit nach der Einreise in sozialer Isolation. Sie scheuen sich, Beratungsstellen aufzusuchen, unter anderem aufgrund mangelnder Kenntnisse der deutschen Sprache.
- In der russischsprachigen Community begegnet man dem Thema HIV/Aids nach wie vor mit starker Abwehr.

Angesichts dessen verwundert der geringe Wissensstand unter russischsprachigen Migrant(inn)en nicht. Auch von Gefangenen ist immer wieder zu hören, Aids sei ein Propagandamittel des Staates, um Drogenkonsum zu verhindern.

EINSTELLUNGEN ZU SCHUTZMÖGLICHKEITEN

Aufgrund des vergleichsweise geringen Gesundheitswissens in der Community sind die Möglichkeiten, über anerkannte Schutzstrategien zu sprechen, dort sehr begrenzt. Weitergegeben wird lediglich das eigene Erfahrungswissen; auf Informationen von Akteuren außerhalb der Peer-Gruppe wird nur selten zurückgegriffen. Nun ist aber das Risiko einer Ansteckung mit HIV oder Hepatitis C nicht „erfahrbar", ebenso wenig wie die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Infektion, da sich Betroffene selbst im Freundeskreis nicht als solche zu erkennen geben. Der Nutzen schützender Praktiken wird daher nicht erkannt – es sei denn, man hat Zugang zu Informationen außerhalb der Peer-Gruppe und kann die Botschaften für sich annehmen, was auf Russischsprachige aber nur sehr eingeschränkt zutrifft.

Unter Russischsprachigen lassen sich folgende „typische" Einstellungen zur Infektionsprophylaxe ausmachen:

Schutzmaßnahmen werden prinzipiell abgelehnt und als „deutsch" abqualifiziert. „Deutsch" bedeutet: ängstlich, verweichlicht, inkonsequent.

In Haft nehmen Männlichkeitsbilder aufgrund der Dynamik der Gruppenprozesse einen geradezu archaischen Charakter an. Hier herrschen Stereotype wie körperliche Stärke und Zähigkeit, Kompromisslosigkeit und Härte sich selbst und anderen gegenüber, schonungsloser Umgang mit dem eigenen Körper, sexuelle Potenz, Mut zum Risiko, die Bereitschaft, Schmerzen zu ertragen und zuzufügen, die Fähigkeit, die eigene Ehre zu verteidigen, schweigen zu können. Der Status in der Gruppe hängt wesentlich davon ab, inwieweit es dem Einzelnen gelingt, diese Bilder zu repräsentieren.

Sich vor Krankheiten zu schützen, widerspricht diesen Bildern. Wer vorsichtig ist und vorbeugt, schreckt vor Risiken zurück, erweist sich als kompromissbereit und somit als schwach, oder anders ausgedrückt: als „deutsch", „weibisch" oder „schwul". Risikominimierendes Verhalten muss folglich legitimiert werden, ohne dabei in Widerstreit mit den Männlichkeitsbildern zu geraten. Das allerdings setzt

viel Selbstbewusstsein voraus, einen anerkannten Status in der Gruppe und die Fähigkeit, sich blitzschnell auf jede Situation einstellen zu können. Man kann davon ausgehen, dass riskantes Verhalten geradezu demonstrativ als Nachweis für Männlichkeit gezeigt wird. „Stärke" zeigt sich dabei zugleich in der Zuversicht, dass der Körper mit Krankheiten schon klarkommen werde. Einschätzungen wie „Ich stecke mich nicht an, ich habe einen starken Organismus" oder „Ich bin zäh und einiges gewohnt" sind häufig zu hören.

Blut, Wunden und Narben haben in den Männlichkeitsbildern besonders positive Konnotationen. Sie sind der sichtbare Beleg für Schmerzen, die verbal, mimisch oder durch Gesten ja nicht geäußert werden dürfen. Mit Verletzungen geht man daher mit demonstrativer Beiläufigkeit um und gibt damit zugleich zu verstehen, dass man mit Situationen, in denen Blut fließt, Erfahrung hat. „Blutbewusstes" Verhalten zum Schutz vor Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis passt nicht in dieses Männlichkeitsbild.

Sich zu schützen, wird – wenn überhaupt – nur bei Kontakten außerhalb des engen Freundeskreises für sinnvoll gehalten.

Dass Drogengebraucher gerade beim Konsum mit engen Freunden auf Safer Use verzichten, verdeutlicht die Wirkungskraft der Beziehungsebene im kollektivistischen Kontext: Wer vorbeugt, bringt damit implizit zum Ausdruck, dass er die anderen Beteiligten für HIV-infiziert hält, was als massive Beleidigung aufgefasst wird. Folglich werden Schutzbedürfnisse erst gar nicht artikuliert, und man beruhigt sich mit dem Gedanken, die anderen seien ja Freunde – und Freunde sind „in Ordnung", also „sauber". Unter besonderem Druck stehen dabei diejenigen, die wissen, dass sie infiziert sind: Da sie ständig bestrebt sind, „Normalität" auszustrahlen, verhalten sie sich so, wie es in der Gruppe üblich ist. Andererseits wollen sie ihre Freunde ja nicht infizieren und geraten in einen inneren Konflikt, wenn in der Gruppe auf Schutzvorkehrungen verzichtet wird.

EINSTELLUNGEN GEGENÜBER INFIZIERTEN

Einerseits scheinen intravenös Drogen Konsumierende zu wissen, dass man sich vor HIV schützen kann, andererseits sehen sie in der Infektion eine (gerechte) Strafe für unmoralischen Lebenswandel. Ihre Haltung gegenüber HIV-Positiven ist daher von den gleichen (Vor-)Urteilen geprägt, wie sie in der übrigen Community anzutreffen sind, was es für Positive praktisch unmöglich macht, ihre Infektion offenzulegen. Ein positiver Befund muss unter allen Umständen verheimlicht werden, wenn man nicht ausgegrenzt werden will – auch im Freundeskreis und in der Familie.

Die HIV-Infektion gilt auch bei Drogengebrauchern als eine „schmutzige" Krankheit; wer sich angesteckt hat, wird im Wortsinn „unberührbar". Eine Hepatitis-C-Infektion wird dagegen kaum als bedrohlich empfunden. Sie hat keine sozialen

Konsequenzen, sondern stärkt eher noch den Gruppenzusammenhalt: Man teilt schließlich alles, auch diese Krankheit. Auch in der Community (und ebenso in den Herkunftsgesellschaften) wird die Hepatitis C als eine „normale" Krankheit angesehen. „Da fast jeder davon betroffen ist", so die verbreitete Meinung, „kann sie ja nicht so schlimm sein". Über eine mögliche Ansteckung muss man sich folglich nicht den Kopf zerbrechen: Es wird schon nichts sein, und falls doch, ist es nur eine Hepatitis. Dies gilt umso mehr im Gefängnis, wo nicht der Eindruck erweckt werden darf, um das eigene körperliche Wohl besorgt zu sein.

HIV-PRÄVENTION IM GEFÄNGNIS

Dass der Justizvollzug auf HIV/Aids nicht mit Repression reagiert, nehmen russischsprachige Gefangene meist mit Verwunderung und Skepsis wahr. Autoritäre Maßnahmen würden sie zwar nicht willkommen heißen, aber sie könnten sie wenigstens nachvollziehen. Akzeptierende Ansätze der Risikominimierung sind ihnen nicht bekannt und letztlich auch fremd. Das Bedürfnis nach Eindeutigkeit im Denken und Handeln bei sich selbst wie bei anderen ist so stark ausgeprägt, dass die Anerkennung einer komplexen Wirklichkeit und die Suche nach pragmatischen Lösungen als Schwäche, Widersprüchlichkeit und Doppelmoral gedeutet werden. Bestätigt sehen dies die Häftlinge durch die Verflechtung sozialarbeiterischer Angebote mit dem Zwangskontext des Vollzugs.

Von staatlichen Institutionen wird erwartet, dass sie eindeutige Verhaltensnormen setzen, diese strikt kontrollieren und Fehlverhalten sofort korrigieren: daran bemisst sich die staatliche „Sorge" um den Einzelnen. Soll dieser Erwartung entsprochen werden, lassen sich Lebenswirklichkeiten wie Sexualität und Drogenkonsum nur in Form von Verboten thematisieren. Andernfalls würde der Staat seine Normen relativieren, abweichendes Verhalten billigen und dem Einzelnen letztlich gleichgültig gegenüberstehen. Alle Akteure im Vollzug – interne Dienste wie auch externe Hilfseinrichtungen – werden unterschiedslos als „staatlich" wahrgenommen. Ihre jeweiligen Besonderheiten, Intentionen und Rahmenbedingungen sind den Gefangenen kaum bekannt.

BERATUNG

Noch vor wenigen Jahren gab es in der GUS keine psychosoziale Beratung. Sie hat sich inzwischen in einigen Bereichen etabliert und unterscheidet sich deutlich von westlichen Ansätzen. Auch Berufsfelder wie Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Psychotherapie waren in der GUS bis vor kurzem nicht bekannt. Nur sehr wenige Migrant(inn)en aus diesen Ländern haben daher schon einmal mit solchen Berufsgruppen zu tun gehabt, und kaum jemand hat mehr als nur vage Vorstellungen von ihren Aufgaben und Arbeitsweisen. Fremd ist den Menschen aus der GUS vor allem die professionell unterstützte Selbstreflexion; in kollektivistischen Gesellschaften scheint es dafür keinen Bedarf zu geben.

Professionelle Hilfe wird höchstens dann gesucht, wenn sich der Anschein von „Normalität" nicht mehr aufrechterhalten lässt. Zuständig sind – je nach Problem – die Fachgebiete Medizin/Psychiatrie oder Pädagogik, deren Arbeitsweise traditionell autoritär ist. Der Erfolg bemisst sich einzig danach, ob es gelingt, das Verhalten des Patienten/Klienten an gesellschaftliche Normen anzupassen. Ein solches Ziel rechtfertigt auch Manipulation, Überredung und moralischen Druck. Diese Einstellung findet sich ebenso in den russischsprachigen Communities.

Erwartungen

Russischsprachige Gefangene erwarten, dass eine Beratung zu HIV/Aids nach dem Muster einer traditionellen Arzt-Patient-Beziehung abläuft, und dies umso mehr, je drängender das Problem erscheint: Der Berater soll Autorität und Kompetenz signalisieren, die Initiative bei der Identifizierung und Klärung es Problems ergreifen und das Problem schließlich lösen. Erwartet wird nicht Empathie, sondern Emotionalität, die Kritik und moralisches Bewerten von Fehlverhalten als Kriterien für Professionalität einschließt. Der Ratsuchende selbst sieht sich in der Position des Passiven, der die Anweisungen des Beraters zu befolgen hat. Seine Haltung ließe sich wie folgt umreißen: „Mein Handeln hatte negative Konsequenzen, weil ich den Vorgaben der Autoritäten nicht gefolgt bin. Sollen sie mit mir schimpfen. Das zeigt, dass ich ihnen nicht gleichgültig bin und sie versuchen werden, alles wieder gut zu machen."

Eine Präventionsarbeit, die auf der Akzeptanz der Lebensweisen ihrer Zielgruppen gründet, kann solche Erwartungen nicht erfüllen. Bei der gemeinsamen Klärung des Beratungsziels kommt es daher auf beiden Seiten zwangsläufig zu Irritationen – für den Klienten ein Zeichen mangelnder Professionalität des Beraters:

- Eine empathische, nicht-direktive und motivierende Gesprächsführung wird häufig als „typisch deutsches Gelaber" abqualifiziert. Statt zu sagen, wo es langgeht, scheint der Berater das Problem immer wieder an den Klienten zurückzugeben. Sein Versuch, den Klienten zu aktivieren und Selbstreflexion anzustoßen, erscheint als Unfähigkeit, die Problemlösung in die Hand zu nehmen.
- Die Fragen des Beraters werden als distanzlos und grob empfunden, weil sie auf Dinge zielen, die für kollektivistisch sozialisierte Menschen ausgesprochen intim und nicht ohne weiteres verhandelbar sind.
- Eine partnerschaftliche Haltung des Beraters erscheint als diffuse Mischung aus Nähe und Distanz. Wenn er das vertrauliche Du anbietet, zugleich aber auch Ziele und Termine vereinbaren will, wird dies als unaufrichtig empfunden.

Diese nicht zu vereinbarenden Erwartungen tragen zu den Vorurteilen russischsprachiger Migranten gegenüber deutschen Hilfsangeboten bei und erhöhen folglich auch die Zugangsbarrieren: Man will sich nicht auf etwas einlassen, was Stress verursacht, und als Rechtfertigung dafür dient die unterstellte Inkompetenz der Beratenden. Schwer tut sich aber auch der Berater, denn der Grundsatz „Man hole

den Ratsuchenden dort ab, wo er steht" hat in der Praxis zur Folge, dass das eigene Rollenverständnis massiv in Frage gestellt wird. Ihm bleibt daher nur der langwierige Versuch, russischsprachige Gefangene über den Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnisses zu erreichen. Zu Konflikten kann es allerdings kommen, wenn diese Beziehungsebene als „Freundschaft" verstanden wird und Ansprüche formuliert werden, die dem Berater zu weit gehen, sodass er mit Abgrenzung reagiert – was für den Klienten völlig unverständlich ist. Aufgrund der bei Russischsprachigen besonders ausgeprägten Sensibilität für Beziehungsstörungen bleibt das Berater-Klient-Verhältnis ausgesprochen krisenanfällig.

Mögliche Lösungsansätze

Für die Akzeptanz eines Beratungsangebots bei russischsprachigen Gefangenen ist ausschlaggebend, wie es in der Bezugsgruppe beurteilt wird: Je positiver das Urteil der Gruppe, desto geringer ist die Abwehrhaltung des Einzelnen. Eine wichtige Mittlerfunktion haben deshalb Gefangene, die gute Erfahrungen mit Angeboten etwa der Drogenhilfe oder Jugendsozialarbeit gemacht haben. Sie können den anderen am ehesten die Ziele und Methoden „deutscher" Hilfsangebote verständlich machen und Missverständnisse aufklären. Kann der Berater mit solchen Gefangenen einen guten Kontakt aufbauen, kann er sich über diese Schlüsselpersonen einen Zugang zur Gruppe verschaffen.

Voraussetzung dafür ist, dass sich der Berater einen „guten Ruf" in der Gruppe erarbeitet. Das bedeutet vor allem, dass er sich auf die spezifischen Bedürfnisse russischsprachiger Gefangener einlässt. Wichtig dabei sind folgende Aspekte:

- Weil die Akzeptanz des Beratungsangebots in erster Linie von der Person des Beraters abhängt, muss dieser in der Gruppe regelmäßig präsent sein. Nur in der Kontinuität können sich Beziehungen entwickeln, die schließlich eine positive Gruppendynamik in Gang setzen. Isolierte, kurzfristige Beratungsangebote haben praktisch keine Chance auf Erfolg.
- Der Berater kann die Gruppe nur erreichen, wenn er ein echtes Interesse an ihren Mitgliedern und ihrer Kultur hat. Aufgrund ihrer kollektivistischen Sozialisation und des Umstandes, dass sie als straffällig gewordene Migranten in zweifacher Hinsicht gesellschaftlich marginalisiert sind, reagieren sie besonders empfindlich und mit Abwehr auf eine Kontaktarbeit, die sich lediglich als sozialpädagogische Methode versteht.
- Wenn sich der Berater nur für Fragen der HIV-Prävention zuständig erklärt und bei anderen Anliegen weiterverweist, kann dies seiner Akzeptanz in der Gruppe schaden. Umgekehrt erleichtert es den Kontaktaufbau erheblich, wenn er für alle möglichen Probleme ein offenes Ohr hat: Der Klient kann ihn so erst mal auf „sicherem Terrain antesten" und erst dann das „verfängliche" Anliegen zur Sprache bringen. Dies gibt dem Klienten das Gefühl, jederzeit selbst bestimmen zu können, wann und wie weit er sich auf ein heikles Thema einlässt.

- Der Berater sollte auch informelle Kontakte ermöglichen. Die typische Beratung, bei der sich Berater und Klient gegenübersitzen, kann für Menschen, die es nicht gewohnt sind, offen und ohne Umwege über ihr Befinden zu sprechen, starken Stress bedeuten. Vor allem in der Phase des Kontaktaufbaus sollte die Beratung eher „ganz nebenbei" erfolgen: beim Zusammenstehen auf dem Flur, bei Sport und Spiel oder bei der Begleitung zum Arzt.
- Männlichkeitsattribute bestimmen, zumindest unterschwellig, auch den Beratungskontakt. Das Bedürfnis des Gefangenen, als „echter Mann" bestätigt zu werden, ist umso größer, als er den Beratungsanlass ja als „unmännlich" empfindet. Damit angemessen umzugehen, mag so manchem Berater schwerfallen, da Männlichkeitsattribute in der westlichen Kultur oft negativ besetzt sind und als sexistisch gelten. Hier sollte zumindest versucht werden, positive Elemente dieser Attribute zu bestärken (Solidarität, Vorstellungen von Ehre und Ordnung) oder sich auf Rituale einzulassen (z. B. Handschlag, Zigarette anbieten, gemeinsam Tee trinken).

Ein Beratungsgespräch in Russisch kann die Kommunikation natürlich erheblich erleichtern, besonders wenn es um Gefühle geht. Wenn der Berater russisch spricht, signalisiert er damit außerdem, dass er den kulturellen Hintergrund seines Klienten kennt und folglich weiß, worum es diesem geht: Der Klient muss sich dann nicht erst lange und umständlich erklären. Russischkenntnisse sind aber keine Bedingung für eine gelingende Beratung, wie Beispiele aus der Drogenhilfe zeigen. Ausschlaggebend für den Zugang zu russischsprachigen Gefangenen ist das echte Interesse des Beraters an den Klienten: Er vermittelt damit ein Maß an Akzeptanz, das mit keiner professionellen Methode herzustellen ist, und er erntet damit auch Akzeptanz. Ist dieses Grundgefühl erst einmal vorhanden, lassen sich Missverständnisse und Frustrationen, zu denen es im interkulturellen Kontakt auf beiden Seiten immer wieder kommen kann, eher tolerieren.

TRAININGSMASSNAHMEN

Russischsprachige Migranten verhalten sich in pädagogischen Settings fast alle gleich, kommen sie doch aus Ländern, in denen die Vorstellungen über Pädagogik nahezu homogen sind. Ein gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der Inhalte, Ziele und Methoden pädagogischen Handelns ist geradezu typisch für kollektivistische Gesellschaften. Jede andere Herangehensweise wird für falsch gehalten und muss daher stark verunsichern.

Bei Trainingsprogrammen zur HIV-Prävention für russischsprachige Gefangene sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Ob Schule, Berufs- und Erwachsenenbildung oder Fortbildung: Erwartet wird ein passives, unauffälliges Verhalten. Bei Aufforderung soll nur der vermittelte Lernstoff wiedergegeben werden; eigene Beiträge, Ansichten oder Ein-

schätzungen sind unerwünscht und werden unterbunden. Trainingsformen, bei denen der Lernende im Mittelpunkt steht und auf selbstständige Reflexion zielen – z. B. Arbeitsgruppen, Gruppendiskussionen, Rollenspiele –, lösen daher starke Verunsicherung aus.

- Pädagogisches Handeln zielt auf die Produktion gesellschaftlich erwünschten Verhaltens. Davon abweichendes Verhalten nicht zu verurteilen, gilt als unmoralisch – auch bei vielen Gefangenen. Bei der Vermittlung risikominimierender Botschaften kann es daher leicht passieren, dass die Gefangenen zu Anwälten von Recht und Ordnung werden.
- Daran gewöhnt, verbindliche Antworten und Lösungen präsentiert zu bekommen, wird die Qualität pädagogischen Handelns danach bemessen, ob ein festes Schema für die Beurteilung von „Richtig" und „Falsch" vermittelt wird.
- In kollektivistisch geprägten Gesellschaften wird man bereits sehr früh zu Selbstkontrolle und Konformität erzogen. Auch ein Training wird daher meist als ein Setting empfunden, in dem es sich nicht gehört, über persönliche Angelegenheiten zu sprechen – dies gilt umso mehr für die schambesetzten Themen der HIV-Prävention.
- In Trainings richten russischsprachige Gefangene ihr Verhalten danach aus, wie es die eigene Gruppe wahrnehmen und bewerten würde. „Mitmachen" werden sie daher nur, wenn sie davon ausgehen können, dass die Peer-Gruppe dies billigt. Da es sich beim Thema HIV-Prävention um ein sehr unsicheres Terrain handelt, wird die Haltung eher abwartend und passiv sein.

Ansätze für zielgruppenspezifische Trainings

Angesichts der großen Informationsdefizite im Hinblick auf übertragbare Krankheiten und angesichts der weiten Verbreitung riskanter Verhaltensweisen unter russischsprachigen Gefangenen sind Trainings zum Thema Risikominimierung sinnvoll und wichtig. Ihr Erfolg hängt allerdings entscheidend davon ab, inwieweit bei der Planung und Durchführung die kulturellen Eigenheiten der Zielgruppe berücksichtigt werden. Hier einige Anregungen:

- Der methodische Anspruch, Gruppenprozesse zu aktivieren und zu moderieren oder risikoträchtige Verhaltensweisen gemeinsam zu problematisieren, lässt sich bei russischsprachigen Gefangenen nur schwer realisieren. Das Training sollte daher in Form des Frontalunterrichts abgehalten werden, das heißt, der Trainer steht im Mittelpunkt des Geschehens: Er präsentiert Wissen und Fertigkeiten und verzichtet darauf, die Teilnehmer nach ihren Meinungen zu fragen und Diskussionen anzustoßen. Sinnvoll dabei ist der Einsatz selbsterklärender Materialien wie etwa Videos (z. B. das russischsprachige Video zum Schutz vor Hepatitis C von Fixpunkt e.V.).

- Der Trainer sollte die Haltung einer Autoritätsperson einnehmen, auch wenn dies seinem professionellen Selbstverständnis widerspricht. Nur so kann er seiner Gruppe auf unsicherem Terrain die nötige Sicherheit geben.
- Passives Verhalten der Teilnehmer oder zur Schau getragene Langeweile signalisiert nicht unbedingt Desinteresse. Oft verbirgt sich dahinter auch die Scheu, das eigene Interesse zu zeigen. Ein Feedback wird der Trainer kaum erhalten, und er sollte dies auch nicht verlangen.
- Gemischtnationale Trainingsgruppen haben den Vorteil, dass Russischsprachige weniger stark dem Druck ihrer Peer-Gruppe unterliegen und beobachten können, wie andere mit dem Thema HIV-Prävention umgehen. Allerdings sollte der Trainer genau überlegen, mit welchen Methoden er den Bedürfnissen aller gerecht werden kann. Auf jeden Fall sollte er sicherstellen, dass sich russischsprachige Teilnehmer auf eine passive Rolle zurückziehen können.
- Die Teilnahme an einem Trainingsprogramm sollte grundsätzlich freiwillig und keine Pflicht sein. Da russischsprachige Gefangene das Angebot dann aber wohl kaum nutzen werden, kann von dieser Regel abgewichen werden; Pflichten werden in kollektivistischen Kulturen ohnehin viel eher akzeptiert als in individualistisch geprägten Gesellschaften.

AUSBLICK

Die rigide Abgrenzung russischsprachiger Gefangener nach außen ist zu einem großen Teil ein Schutzmechanismus im Umgang mit Konflikten im Migrationsprozess. Um diese Konflikte zu lösen, bedarf es bestimmter Kompetenzen, die aber aus der Herkunftskultur nicht „mitgebracht" und in Deutschland (noch) nicht entwickelt bzw. vermittelt wurden. Einerseits gilt diese Gruppe als schwer oder überhaupt nicht erreichbar, andererseits stehen die Einzelnen unter großem Problemdruck; allzu oft mussten sie die Erfahrung machen, dass die eigenen Strategien der Problembewältigung nicht wirksam sind. Entsprechend groß ist die Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen – vorausgesetzt, sie knüpft an den mitgebrachten „social skills" an.

Dies gilt ebenso für die HIV-Präventionsarbeit mit russischsprachigen Gefangenen. Hier mit den in westlichen Gesellschaften gängigen Methoden der Sozialarbeit anzusetzen, brächte nur wenig Erfolg. Vielmehr sollte man zugunsten einer stärkeren persönlichen Beziehung das Verhältnis zwischen Berater/Betreuer und Klient ein Stück weit „entprofessionalisieren". Sicher, dieser Ansatz ist nicht unproblematisch, stellt er doch das professionelle Selbstverständnis und etablierte fachliche Standards in Frage. Hilfreich sind hier in jedem Fall interkulturelle Teams: In der fachlichen Auseinandersetzung mit Kollegen aus der russischsprachigen Community lassen sich kulturelle Differenzen, die in der Arbeit mit den Klienten meist verborgen bleiben, identifizieren und offen diskutieren.

LITERATUR

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hg.) 2002 Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hg.): Die mitgenommene Generation. Aussiedlerjugendliche – eine pädagogische Herausforderung für die Kriminalitätsprävention. München: DJI 2002

EMCDDA 2011 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hg.): 2011 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Germany. In: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191753_EN_Germany_2011.pdf

Hofstede 1997 Hofstede, G.: Lokales Denken, globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management. München: C. H. Beck 1997

Lewada 1992 Lewada, J.: Die Sowjetmenschen. 1989–1991. Soziogramm eines Zerfalls. Berlin: dtv-Dokumente 1992

Peseschkian 2002 Peseschkian, H.: Die russische Seele im Spiegel der Psychotherapie. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung 2002

Pristawkin 2003 Pristawkin, A.: Ich flehe um Hinrichtung. Die Begnadigungskommission des russischen Präsidenten. München: Luchterhand 2003

AUTORINNEN UND AUTOREN

AUTORINNEN UND AUTOREN

Kai Bammann
Jahrgang 1971, Dr. jur., Dr. phil., Diplom-Kriminologe und -Kunsttherapeut (FH); langjährige berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Strafgefangenenhilfe; seit 1999 Lehrbeauftragter an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen – zurzeit in den Bereichen Betreuung/Betreuungsrecht, Sozialrecht und Behindertenrechte

Johannes Feest
Jahrgang 1939, Prof. (i.R.) Dr., Studium der Rechtswissenschaft und Soziologie; verantwortlich für die Internetseite www.strafvollzugsarchiv.de

Timo Funken
Jahrgang 1972, Doktorand, Diplom-Sozialwissenschaftler, Studium der Kulturwissenschaften, Psychologie und Pädagogik (BA/MA); Mitglied der Redaktionsgemeinschaft „der lichtblick", einer Gefangenenzeitung aus der Justizvollzugsanstalt Berlin-Tegel

Karlheinz Keppler
Dr. med., MA, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medizinaldirektor, Arzt in der Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta (Niedersachsen)

Bärbel Knorr
Diplom-Sozialarbeiterin, Gesundheits- und Sozialökonomin, systemische Therapeutin/Familientherapeutin (DGSF); fachliche Leiterin des Bereichs „Menschen in Haft" der Deutschen AIDS-Hilfe

Stefan Müller
Jahrgang 1979, M.A., Studium der Sprachwissenschaft, Politikwissenschaft und Geschichtswissenschaft; Sexualpädagoge; Psychologischer Berater; seit 2011 bei Mann-O-Meter e.V. Berlin, unter anderem zuständig für psychologische Beratung und Leitung des Jugendbereichs

Gökalp Özalp
Diolom-Sozialarbeiter; seit 1991 als Drogenberater tätig, zurzeit bei VISTA-Misfit – Drogen- und Suchtberatung Friedrichshain-Kreuzberg in Berlin

Claudia Pastoor
Jahrgang 1961, Diplom-Sozialarbeiterin; Sozialarbeiterin und Fachbereichsleiterin der Suchtberatung in der Justizvollzugsanstalt Werl (Nordrhein-Westfalen), Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Gehobener Sozialdienst im Justizvollzug NRW

Claudia Rey
Jahrgang 1969, Juristin; bis 2012 Mitarbeiterin der Berliner Aids-Hilfe

Ludger Schmidt
Jahrgang 1964, Erziehungswissenschaftler (MA); bis 2013 Mitarbeiter bei Vista gGmbH – Jugend- und Suchtberatung Marzahn-Hellersdorf in Berlin, seit 2013 Fachreferent für „Internationales" bei der Deutschen AIDS-Hilfe

Christiane Stöter
MPH, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Suchtmedizin; seit 2005 wissenschaftliche Beratung und Schulungen für Aidshilfe-Mitarbeiter/innen, 2008–2009 Ärztin im DOTS+-Projekt „Multiresistente Tuberkulose" von Ärzte ohne Grenzen e.V. in Usbekistan, 2010–2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin an der Charité Berlin

Heino Stöver
Jahrgang 1956, Prof. Dr., Studium der Sozialwissenschaften an den Universitäten Bremen, Edinburgh und Rotterdam; Hochschullehrer am Fachbereich „Gesundheit und Soziale Arbeit" an der Fachhochschule Frankfurt am Main, Direktor des Instituts für Suchtforschung (ISFF)

Brigitte Taylor-Schultz
Jahrgang 1948, Diplomsozialarbeiterin; Rentnerin, ehemals Schuldnerberaterin in der Justizvollzugsanstalt Duisburg-Hamborn

Thomas Wilke
Jahrgang 1979, Studium der Sozialwissenschaften (MA), Sexualpädagoge (gsp) und Fachkraft für Kriminalprävention (Beccaria); seit 2007 Referent der Berliner Aids-Hilfe e.V., unter anderem zuständig für Präventionsarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, z. B. im Jugendarrest Berlin

ISBN 978-3-930425-68-6

aidshilfe.de