Forum Strafvollzug

Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe

Heft 5 · Sept./Okt. 2013 · 62. Jahrgang

ISSN 1865-1534 PVST Entgelt bezahlt 6979

In dieser Ausgabe:

Medizin hinter Gittern – Gefangene als Patienten

In der JVA Plötzensee sind ab sofort die Stellen von drei Teilanstaltsleiter/-innen

(jeweils Oberregierungsrätin/Oberregierungsrat – **Bes.Gr. A14**)

neu zu besetzen.

Die Anstalt ist entstanden durch die Verschmelzung der ehemaligen JVA Charlottenburg, der früheren JVA Plötzensee und des Justizvollzugskrankenhauses Berlin zum 01.01.2013. Sie ist zuständig für den Strafvollzug an erwachsenen Männern im geschlossenen Vollzug (280 Haftplätze) und landesweit für den Vollzug der Ersatzfreiheitsstrafe an erwachsenen Männern im geschlossenen (120 Haftplätze) und offenen (190 Haftplätze) Vollzug sowie für die stationäre medizinische bzw. psychiatrische Versorgung von Inhaftierten aller Berliner Anstalten in einem Krankenhaus (116 Betten). Der Anstalt angegliedert sind landesweit zuständige Kompetenzzentren für den Justizvollzug und die Sozialen Dienste der Justiz auf den Gebieten Informationstechnik, Aus- und Fortbildung, Gebäudemanagement und kriminologische Forschung. Der Anstalt gehören rund 600 Mitarbeiter/-innen an.

- **Leiter/in der Teilanstalt I** und als Nebenaufgabe **Justiziar/in**
  Die Teilanstalt I besteht aus dem Justizvollzugskrankenhaus und einem Hafthaus des geschlossenen Vollzuges für die Aufnahme und Unterbringung von Gefangenen, die Ersatzfreiheitsstrafe zu verbüßen haben. Als Justiziar/-in ist der/die Teilanstaltsleiter/-in zuständig für die Bearbeitung von grundsätzlichen Rechtsfragen des Justizvollzuges, der Medizin und der Verwaltung sowie schwieriger Einzelfälle. Wegen der landesweit zuständigen Kompetenzzentren können die juristischen Fragestellungen entsprechend vielseitig sein.
- **Leiter/-in der Teilanstalt II** und **Leiter/-in der Teilanstalt III**
  Die Teilanstalten II und III bestehen jeweils aus zwei Hafthäusern im geschlossenen Vollzug für die Unterbringung von Strafgefangenen und einem Hafthaus des offenen Vollzuges für die Unterbringung von Gefangenen, die wegen einer Ersatzfreiheitsstrafe inhaftiert sind.

Formale Anforderungen: Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen; nur für den/die Teilanstaltsleiter/-in I ist zusätzlich das 2. Juristische Staatsexamen erforderlich.

Die einzelnen **fachlichen** und **außerfachlichen Anforderungen** und ihre Ausprägungen sind einem Anforderungsprofil zu entnehmen, das bei Frau Fiedler (Telefon 030/90144-1506, E-Mail: karola.fiedler@jvapls.berlin.de) angefordert werden kann.

Ansprechpartner für weitere Nachfragen ist der Vollzugsleiter, Herr Savickas, Telefon: 030/90144-1502,
E-Mail: robert.savickas@jvapls.berlin.de

Der vollständige Text der Stellenausschreibungen ist im Amtsblatt von Berlin veröffentlicht. Bewerbungsfrist: drei Wochen nach Veröffentlichung im Amtsblatt von Berlin;
Bewerbungsanschrift: Justizvollzugsanstalt Plötzensee,
-Stellenwirtschaft-, Friedrich-Olbricht-Damm 16, 13627 Berlin

---

Im Geschäftsbereich des Thüringer Justizministeriums ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle

Freistaat Thüringen Justizministerium

des Anstaltsleiters/der Anstaltsleiterin der Justizvollzugsanstalt Tonna

zu besetzen.

Die Justizvollzugsanstalt Tonna ist die größte und modernste Vollzugseinrichtung des Freistaats Thüringen.

Gesucht wird eine engagierte, leistungsstarke und belastbare Persönlichkeit mit abgeschlossenem 2. juristischen Staatsexamen oder gleichwertigem Bildungsstand, der für die Übernahme der ausgeschriebenen Tätigkeit befähigt.
Der Bewerber/die Bewerberin sollte bereits mehrjährige Führungsverantwortung in der vollzuglichen Praxis übernommen haben.
Neben ausgeprägten Führungsfähigkeiten und Organisationstalent werden Teamfähigkeit, Eigeninitiative und soziale Kompetenz erwartet.

Die ausgeschriebene Stelle bietet Entwicklungsmöglichkeiten bis zur Besoldungsgruppe A 16 ThürBesO.

Das Einverständnis zur Einsichtnahme in die Personalakte ist zu erklären.

Der Freistaat Thüringen ist bestrebt, den Anteil der Frauen in allen Teilen der Landesverwaltung, in denen Frauen unterrepräsentiert sind, zu erhöhen. Entsprechend qualifizierte Frauen werden ausdrücklich aufgefordert, sich auf die ausgeschriebene Stelle zu bewerben.

Schwerbehinderte Bewerber/innen werden bei gleicher Eignung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bevorzugt berücksichtigt.

Interessenten richten ihre schriftliche Bewerbung
bis zum 15. November 2013 an:
Thüringer Justizministerium, Referat 41,
Werner-Seelenbinder-Straße 5, 99096 Erfurt

Bewerbungskosten können durch den Freistaat Thüringen nicht erstattet werden.

Bei der JVA Tegel ist demnächst folgende Stelle zu besetzen:

Bezeichnung:	Oberregierungsrätin/Oberregierungsrat - BesGr. A 14 -
Besetzbar:	sofort
Kennzahl:	9/2013
Arbeitsgebiet:	Leiter/in der Teilanstalt II Fachliche Leitung der Teilanstalt II mit einer durchschnittlichen Belegung von 400 männlichen, erwachsenen Strafgefangenen und einem Personalbestand von ca. 80 Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen verschiedener Fachlaufbahnrichtungen einschließlich Führung mit Personalverantwortung.
Anforderungen:	Erfüllen der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen

Die Bewerbung von Frauen und Personen mit Migrationshintergrund ist erwünscht; Schwerbehinderte Bewerber/innen werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt berücksichtigt.

Die einzelnen und weiteren Anforderungen und ihre Ausprägungen sind dem für diese Stelle erstellten Anforderungsprofil zu entnehmen, das mit dem vollständigen Ausschreibungstext unter http://www.berlin.de/stellen/4269 eingesehen werden kann.
Bewerbungen können – unter Angabe der Kennzahl – bis zu 18.11.2013 der Personalstelle der Justizvollzugsanstalt Tegel, Seidelstr. 39, 13507 Berlin zugesandt werden. Im Rahmen des Auswahlverfahrens enstandene Reisekosten können leider nicht ersetzt werden.

Berlin **Justizvollzugsanstalt Tegel**
Justizvollzugsanstalt Tegel, Seidelstr. 39, 13507 Berlin

Liebe Leserinnen und Leser,

Heft 5 hat als Schwerpunktthema die Gesundheitsfürsorge mit dem Titel **„Medizin hinter Gittern - Gefangene als Patienten“**. Strafgefangene sind grundsätzlich nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (§ 16 I Nr. 4 SGB V), da das besondere Bundesgesetz nach § 198 III StVollzG nicht erlassen wurde (trotz Föderalismusreform ist der Bund nach wie vor zuständig); eine Ausnahme gilt lediglich für die auf Grund eines Arbeitsvertrages im Rahmen eines freien Beschäftigungsverhältnisses gesetzlich Versicherten. Gefangene haben daher einen Anspruch auf staatliche Gewährung von Gesundheitsfürsorge einschließlich ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, die an diejenigen der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen sind, soweit nicht Besonderheiten des Vollzugs eine andere Regelung erfordern (Äquivalenzprinzip). Wichtigster Unterschied ist die Übertragung der ärztlichen Versorgung auf hauptamtliche, nebenamtliche oder durch (Einzel-) Vertrag verpflichtete Anstaltsärzte; das StVollzG und die bisher verabschiedeten Landesgesetze haben den Gefangenen bewusst kein Recht auf freie Arztwahl eingeräumt. Das Verhältnis zwischen Anstaltsarzt und Gefangenen ist daher öffentlich-rechtlicher Natur. Allein schon daraus wird das Spannungsverhältnis zwischen den Rechten der Gefangenen und Eingriffen des Staates in diese Rechte deutlich.

Gerd Koop hat für das Schwerpunktthema viele Autoren gewonnen, die aus verschiedenen Blickwinkeln die Problematik beleuchten. Neben Grundsatzfragen geht es auch um die stationäre Versorgung der Gefangenen sowie um deren psychiatrische Versorgung. Herzlichen Dank an alle, die zum Gelingen des Heftes beigetragen haben.

+++

Am 13. und 14. November 2013 trifft sich die Redaktion im Rahmen ihrer halbjährigen Sitzungen wieder in Kassel. Dabei werden auch die Schwerpunktthemen der nächsten Hefte festgelegt. Am 14. November 2013 werden dann unsere Korrespondentinnen und Korrespondenten der Länder und des Bundes dazu stoßen. Diese Treffen sind sehr wichtig für die Fortentwicklung unserer Zeitschrift. Deshalb sei an dieser Stelle einmal ganz herzlich allen Korrespondentinnen und Korrespondenten gedankt, die diese Aufgabe ja neben ihrer beruflichen Tätigkeit sozusagen im „Ehrenamt“ ausüben. Nur durch deren Unterstützung können wir regelmäßig die Rubrik „Aus den Ländern“ füllen.

Natürlich sind auch Anregungen und Kritik aus dem Leserkreis sehr willkommen. Gerne können Sie, liebe Leserinnen und Leser, Schwerpunktthemen vorschlagen, Aufsätze einreichen (oder besser noch ggf. das Thema mit uns absprechen, damit auch eine Veröffentlichung gewährleistet ist) oder sonst Hinweise geben. Nutzen Sie dazu den Email link auf unserer Homepage http://www.forum-strafvollzug.de. Geplant ist auch wieder eine Leserbefragung. Ich habe jetzt schon die Bitte, dass Sie sich daran aktiv beteiligen. Das Feedback unserer Leser ist für uns ein wichtiges Instrument, die Qualität von Forum Strafvollzug stetig zu verbessern.

+++

Heft 6 hat den Anspruch, den Jugendstrafvollzug auf den Prüfstand zu stellen. Unter Federführung von Philipp Walkenhorst und Wolfgang Wirth ist derzeit ein spannendes Heft im Entstehen.

+++

Die gesamte Redaktion wünscht eine interessante Lektüre. Bleiben Sie uns verbunden!

Ihr Frank Arloth

Inhalt

265 **Editorial**

266 **Inhalt**

267 **Magazin**
Warnschussarrest

Sicherheitsgesetzgebung

Sicherungsverwahrung

268 Menschenrechtslage

269 ThUG

60 Jahre EMRK

270 Rechtsextremismus

Leitfaden ALGII

271 29. Deutscher Jugendgerichtstag

273 Bundesarbeitsgemeinschaft der Jugendanstaltsleiter/innen sowie der besonderen Vollstreckungsleiter/innen: Stellungnahme zur Gewalt unter Gefangenen

274 **Titel**
Medizin hinter Gittern – Gefangene als Patienten
Gerd Koop

275 Gesundheitliche Versorgung in Haft – Realitäten und Herausforderungen
Heino Stöver

284 Ist der „Anstaltsarzt" noch zeitgemäß? Ärztliche Versorgung im Justizvollzug im Spannungsfeld
Marc Lehmann

289 Das Nds. Justizvollzugskrankenhaus in der JVA Lingen: Entwicklung und Veränderungsprozesse
Kerstin Ebbecke, Salomon Nadjiri, Roland Schauer

295 Von der königlich-bayerischen Irrenanstalt zur freistaatlichen psychiatrischen Abteilung
Anja Ellinger, Gregor Groß, Robert Steinhuber, Wolfgang Thalhofer

301 Besonderheiten der medizinischen Versorgung weiblicher Inhaftierter
Nicola Lang

304 Modulare Organisation der stationären Krankenversorgung in Brandenburg
Thoma Menn

309 Medizin im Vollzug
Aspekte der Praxis eines Vollzugskrankenhauses am Beispiel Hamburg
Claudia Dreyer, Manfred Papenhagen

311 Besonders gesicherte Krankenräume in öffentlichen Krankenhäusern statt Anstaltskrankenhäuser?
Maximilian Köckritz

312 **Aus den Ländern**
Baden-Württemberg
Neuer Generalstaatsanwalt

Zentralstelle zur Aufklärung nationalsozialistischer Verbrechen

313 Bayern
Ambulante Therapie

Strafentlassenenhilfe
Familienseminare

314 Berlin
Online-Beteiligung

Niedersachsen
Privatisierung

315 Sachsen-Anhalt
Malgalerie

Rheinland-Pfalz
Realschulabschlüsse

317 117. Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder

319 **Theorie und Praxis**
Wie weiter mit einem Modellprojekt?
Jens Borchert, Jörg Timme, Malte Boll

323 **Medien**
Rezension: Elisabeth Pfister – wenn Frauen Verbrecher lieben

324 Rezension: Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie.

325 Rezension: Strafvollzugsgesetz Bund und Länder

326 Rezension: Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit

326 **Rechtsprechung**

331 **Steckbriefe**
Jugendanstalt Neustrelitz

332 **Vorschau**

332 **Impressum**

Warnschussarrest eher selten

Seit März 2013 ist im Jugendstrafrecht der sogenannte Warnschussarrest möglich. Der mit großen Erwartungen eingeführte Warnschussarrest wird außerhalb von Bayern kaum verhängt. In NRW wird das neue Sanktionsinstrument wenig genutzt. Das ergab eine Umfrage der Rheinischen Post unter den Landesjustizministerien. Danach wurden in den ersten Monaten (März - Juli) insgesamt bundesweit knapp 70 Verurteilungen gemeldet – davon 28 Fälle in Bayern. In Nordrhein-Westfalen wurden zwölf Warnschussarreste vollstreckt und weitere zwölf verhängt. Rheinland-Pfalz meldet sechs Fälle. Jeweils zwei zusätzliche Arreste wurden in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland vollstreckt. Ein einziger Fall wurde jeweils in Thüringen, Brandenburg und Schleswig-Holstein registriert, und keine einzige Verurteilung gab es in Sachsen und Bremen. Keine Angaben kamen aus Hessen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Berlin. [Rheinischen Post v. 23.07.13/ DBH-Newsletter Nr. 14/2013 vom 24.09.2013]

Abschlussbericht zur Sicherheitsgesetzgebung

Am 28. August 2013 stellte die Bundesministerin der Justiz Sabine Leutheusser-Schnarrenberger gemeinsam mit dem Bundesminister des Innern Hans-Peter Friedrich den Bericht der Regierungskommission zur Überprüfung der Sicherheitsgesetzgebung in Deutschland vor.

Der Bericht der Kommission „enthält eine Vielzahl von konkreten Vorschlägen zur Verbesserung der rechtsstaatlichen Ausrichtung" der Sicherheitsgesetzgebung, sowie „einen fundierten Maßnahmenkatalog für die Reform der Sicherheitsarchitektur", sagte Leutheusser-Schnarrenberger.

Die Mitglieder der Kommission fordern unter anderem eine Stärkung der parlamentarischen Kontrolle der Geheimdienste und eine gesetzliche Grundlage für die Arbeit von gemeinsamen Zentren, in denen Ermittlungsbehörden, Polizei und Nachrichtendienste zusammenarbeiten. Bei der Terrorismusbekämpfung soll die Rolle des Generalbundesanwalts gestärkt werden. Es wird darüber hinaus empfohlen, den Einsatz von V-Leuten gesetzlich zu regeln und die Kontroll- und Prüfungskompetenzen des Bundesdatenschutzbeauftragten auszuweiten. Auftrag der Kommission war es, die Sicherheitsgesetzgebung der vergangenen Jahre einer grundlegenden Überprüfung am Maßstab grundrechtlicher Freiheitsgewährungen und sicherheitspolitischer Erfordernisse zu unterziehen.

Mitglieder der vom Bundeskabinett eingesetzten Kommission waren neben leitenden Beamten der beiden Ministerien die Professoren Dr. Matthias Bäcker und Dr. Heinrich Amadeus Wolff sowie Herr Bundestagsvizepräsident a.D. Dr. Burkhard Hirsch und Frau Generalbundesanwältin a.D. Professor Monika Harms.

Download
Bericht der Regierungskommission
➔ http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Bericht_RegKom_Sicherheitsgesetzgebung.pdf?__blob=publicationFile

Schadensersatz wegen Sicherungsverwahrung

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf der Grundlage der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichts entschieden, dass das Land Baden-Württemberg vier Straftätern Schadensersatz wegen nachträglich verlängerter Sicherungsverwahrung zahlen muss (III ZR 405 bis 408/12).

Die Kläger waren zwischen 1977 und 1986 durch Urteile baden-württembergischer Landgerichte zu langjährigen Freiheitsstrafen (von fünf bis fünfzehn Jahren) verurteilt worden. Den Verurteilungen lagen jeweils schwere Straftaten zugrunde, insbesondere solche gegen die sexuelle Selbstbestimmung. In allen Fällen hatte das Gericht anschließende Sicherungsverwahrung angeordnet. Diese wurde nach Verbüßung der Strafhaft in der Justizvollzugsanstalt Freiburg vollzogen.

Nach der im Zeitpunkt der Verurteilung der Kläger geltenden Fassung des § 67d Abs. 1, Abs. 3 StGB durfte die Dauer der erstmaligen Unterbringung in der Sicherungsverwahrung zehn Jahre nicht übersteigen; nach Ablauf dieser Höchstfrist war der Untergebrachte zu entlassen. Durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998 (BGBl. I S. 160) wurde diese Regelung geändert. Die Höchstfrist von zehn Jahren entfiel; § 67d Abs. 3 StGB bestimmte nunmehr, dass nach Ablauf von zehn Jahren das Gericht die Sicherungsverwahrung für erledigt erklärt, „wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Hanges erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden". Diese Bestimmung galt auch für Altfälle, d.h. für Straftäter, die ihre Tat

vor Verkündung und Inkrafttreten des Gesetzes begangen hatten und vor diesem Zeitpunkt verurteilt worden waren.

Aufgrund der Gesetzesänderung wurden die Kläger nicht nach Ablauf der Zehn-Jahresfrist aus der Sicherungsverwahrung entlassen. Vielmehr ordnete das Landgericht Freiburg (Strafvollstreckungskammer) - jeweils auf der Grundlage eingeholter Gutachten von Sachverständigen - in Abständen von zwei Jahren, zuletzt mit Beschlüssen im Dezember 2009 und August 2010 an, dass die Sicherungsverwahrung fortzudauern habe, da von den Klägern weiterhin ein Risiko ausgehe.

Auf die jeweiligen sofortigen Beschwerden der Kläger hob das Oberlandesgericht Karlsruhe im Juli, September bzw. Oktober 2010 die angefochtenen Entscheidungen auf und stellte die Erledigung der Sicherungsverwahrung fest. Die Kläger wurden jeweils noch am gleichen Tag aus der Sicherungsverwahrung entlassen.

Mit Urteil vom 4. Mai 2011 (BVerfGE 128, 326) erklärte das Bundesverfassungsgericht die gesetzlichen Regelungen zur nachträglichen Verlängerung der Sicherungsverwahrung für verfassungswidrig.

Die Kläger haben das beklagte Land auf Ersatz ihres immateriellen Schadens für die auch nach Ablauf der Zehn-Jahresfrist weiter vollzogene Sicherungsverwahrung in Anspruch genommen. Das Landgericht hat den Klägern entsprechend der jeweiligen Dauer der nachträglich verlängerten Sicherungsverwahrung Entschädigungen in Höhe zwischen 49.000 € und 73.000 € nach Art. 5 Abs. 5 EMRK zuerkannt. Die Berufung des beklagten Landes ist in allen Fällen erfolglos geblieben.

Der Bundesgerichtshof hat die Berufungsurteile bestätigt. Nach Maßgabe der in den Entscheidungen des EGMR vom 17. Dezember 2009 und des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Mai 2011 aufgestellten Rechtsgrundsätze mussten die Vorinstanzen davon ausgehen, dass die nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung auch im Fall der Kläger rechtswidrig war und diesen ein Anspruch auf Schadensersatz zusteht. Denn Art. 5 Abs. 5 EMRK gewährt dem Betroffenen einen unmittelbaren Schadensersatzanspruch wegen rechtswidriger Freiheitsbeschränkungen durch die öffentliche Hand, der vom Verschulden der handelnden Amtsträger unabhängig ist und auch den Ersatz immateriellen Schadens umfasst. Deshalb spielte es keine Rolle, dass die mit der Verlängerung der Sicherungsverwahrung befassten Amtsträger keinerlei Schuldvorwurf trifft, da sie entsprechend dem klaren und eindeutigen Wortlaut der maßgeblichen Vorschriften des Strafgesetzbuchs und im Einklang mit der vormaligen höchstrichterlichen Rechtsprechung - das Bundesverfassungsgericht hatte die Anwendung der streitgegenständlichen Regelungen mit Urteil vom 5. Februar 2004 in Übereinstimmung mit der fachgerichtlichen Rechtsprechung zunächst als rechtmäßig beurteilt - gehandelt haben.

Der Bundesgerichtshof ist der Argumentation des Beklagten nicht gefolgt, eine etwaige nach Art. 5 Abs. 5 EMRK zu leistende Entschädigung sei (nur) von der Bundesrepublik Deutschland, aber nicht vom Land Baden-Württemberg geschuldet, da die Strafgerichte des Landes aufgrund der objektiven, vom Bundesgesetzgeber durch das Gesetz vom 26. Januar 1998 geschaffenen Normenlage gar keine andere Wahl gehabt hätten, als die Fortsetzung der Sicherungsverwahrung auch nach Ablauf der früheren Höchstfrist anzuordnen. Denn im Rahmen der innerstaatlichen Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs nach Art. 5 Abs. 5 EMRK ist der Hoheitsträger verantwortlich, dessen Hoheitsgewalt bei der rechtswidrigen Freiheitsentziehung ausgeübt wurde. Der unmittelbare Eingriff in das Freiheitsrecht der Kläger ist hier jedoch durch die Beschlüsse der Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Freiburg und deren anschließenden Vollzug in der Justizvollzugsanstalt Freiburg erfolgt. [BGH, Pressemitteilung Nr. 153/2013 v. 19.09.2013]

UNO kritisiert deutsche Menschenrechtslage

Deutschland hat nach Ansicht der Vereinten Nationen Defizite beim Schutz der Menschenrechte. Der UN-Menschenrechtsrat kritisiert insbesondere die Diskriminierung von Migranten. Erwartungsgemäß gab es erhebliche Kritik an den fehlerhaften Ermittlungen deutscher Sicherheitsbehörden zur Mordserie des „Nationalsozialistischen Untergrund“ (NSU). Der UN-Botschafter der Türkei erklärte, drei Millionen in Deutschland lebende Türken seien angesichts „zunehmender Ausländerfeindlichkeit“ sowie der NSU-Morde „in wachsendem Maße verunsichert“.

Die Bundesregierung hat dem UN-Menschenrechtsrat in Genf weitere Anstrengungen im Kampf gegen Rassismus und Diskriminierung zugesagt. Zugleich wies sie im UN-Verfahren zur routinemäßigen Überprüfung der Menschenrechtssituation in Deutschland eine Reihe von Vorhaltungen und Empfehlungen als unbegründet zurück. In dem deutschen Bericht als Antwort auf 200 Empfehlungen von UN-Mitgliedsländern verspricht die Bundesregierung Besserung bei der Bekämpfung der Diskriminierung von Migranten. „Deutschland nimmt das Thema der rassistischen Verhetzung sehr ernst“, sagte der deutsche UN-Botschafter vor dem Menschenrechtsrat.

In Zuge der turnusmäßigen Überprüfung, der sich alle 193 UN-Mitgliedstaaten alle vier Jahre zu unterziehen haben, war vielfach Kritik an den fehlerhaften Ermittlungen deutscher Sicherheitsbehörden zur NSU-Mordserie erhoben wor-

den. Der UN-Botschafter Schumacher führte dazu aus: „Die Bundesregierung hat eine Reihe von Maßnahmen getroffen, um Schwachstellen in der inneren Sicherheitsarchitektur Deutschlands zu beseitigen, die dazu geführt haben, dass die ‚NSU' mehr als ein Jahrzehnt lang unentdeckt blieb". Außerdem wolle sich die Bundesregierung Kritik an der mangelnden Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen in der Arbeitswelt und der Benachteiligung von Behinderten zu Herzen nehmen. Die Direktorin des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Beate Rudolf, bemängelte, dass die Regierung keinen Plan zur Veränderung in den nächsten Jahren vorlegte. Das Deutsche Institut für Menschenrechte - eine regierungsunabhängige Institution - bedauere, dass „die deutsche Regierung diese Erwartungen nicht erfüllt". Statt mit Schlussfolgerungen des Bundestags-Untersuchungsausschusses zur NSU-Mordserie zu reagieren, habe die Regierung nur allgemein auf ihren Aktionsplan gegen Rassismus verwiesen, kritisierte sie. [DBH-Newsletter Nr. 14 / 2013 vom 24.09.2013]

BVerfG: „ThUG entspricht bei verfassungskonformer Auslegung dem GG"

Das Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) ist mit dem Grundgesetz vereinbar, muss jedoch verfassungskonform ausgelegt werden. Die Unterbringung darf nur dann angeordnet werden, wenn eine hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- oder Sexualstraftaten aus konkreten Umständen in der Person oder dem Verhalten des Untergebrachten abzuleiten ist. Dies hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts in einem am 08.08.2013 veröffentlichten Beschluss entschieden. Der Richter Huber hat ein Sondervotum zur Gesetzgebungszuständigkeit abgegeben.

Der Entscheidung liegen folgende Erwägungen zu Grunde (Auszüge):
1. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen seine gerichtlich angeordnete Unterbringung, mittelbar auch gegen das zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Therapieunterbringungsgesetz. Vorwiegend unter Alkoholeinfluss hat er mehrfach Gewaltdelikte, meist mit Sexualbezug, begangen. Im Jahr 1989 ordnete das Landgericht seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, weil seine Schuldunfähigkeit nicht auszuschließen sei. Im November 2005 erklärte das Landgericht seine Unterbringung für erledigt, weil er zwar noch gefährlich, aber nicht mehr erheblich in seiner Schuldfähigkeit beeinträchtigt sei. Vor vollständiger Verbüßung der Freiheitsstrafe ordnete das Landgericht erstmals im April 2007 die nachträgliche Sicherungsverwahrung des Beschwerdeführers an. Im Mai 2010 verfügte der Bundesgerichtshof vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) die sofortige Freilassung des Beschwerdeführers. Die Stadt S. beantragte daraufhin seine Therapieunterbringung.

2. Die Verfassungsbeschwerden sind unbegründet, soweit sie mittelbar gegen die Vorschriften des Therapieunterbringungsgesetzes gerichtet sind.
a) Dem Bundesgesetzgeber steht die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zu.
b) Bei verfassungskonformer Auslegung ist die Unterbringung nach dem Therapieunterbringungsgesetz mit dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzgebot aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG vereinbar.
c) Die Anforderungen des Bestimmtheitsgebots sind gewahrt. Die Gesetzesbegründung knüpft an die restriktive Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „psychische Störung" durch den EGMR an. Darüber hinaus lehnt sie sich an die in der Psychiatrie anerkannten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV an. Weitere Eingriffsschwellen entstehen durch das Erfordernis eines Kausalzusammenhangs zwischen der psychischen Störung und der Gefahr sowie durch die sonstigen Tatbestandsmerkmale des § 1 ThUG.

3. Die mit den Verfassungsbeschwerden angefochtenen fachgerichtlichen Entscheidungen sind mit den Vorgaben des Grundgesetzes für die Anwendung des Therapieunterbringungsgesetzes nicht zu vereinbaren. Sie verletzen den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG, weil die Fachgerichte bei ihren Entscheidungen nicht den verfassungsrechtlich gebotenen Verhältnismäßigkeitsmaßstab zugrunde gelegt haben. Es kommt allein auf die objektive Verfassungswidrigkeit an; unerheblich ist hingegen, ob die Grundrechtsverletzung den Fachgerichten vorwerfbar ist. Verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist allerdings der Ansatz des Oberlandesgerichts, demzufolge der erforderliche Wahrscheinlichkeitsgrad nicht an einer festen Prozentgrenze festgemacht werden könne, aber das Gewicht der prognostizierten Delikte in die Betrachtung mit einzubeziehen sei. [DBH-Newsletter, Nr. 12 / 2013 vom 02.09.2013]

60 Jahre EMRK

Verbot der Folter, Recht auf Leben, freie Meinungsäußerung, Versammlungsfreiheit, Diskriminierungsverbot und viele weitere Grund- und Menschenrechte traten am 3. September 1953 in der Europäischen Menschenrechtskonvention in Kraft. Die Europäische Menschenrechtskonvention und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte sind eine europäische Erfolgsgeschichte. „Jede Bürgerin und jeder Bürger dieser Staaten kann sich direkt an das Gericht wenden, sofern der nationale Rechtsschutz ausgeschöpft und eine Verletzung der Konventionsrechte vorgetragen wird", sagt Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger. „Die in ihr verbürgten elemen-

taren Freiheitsrechte, vom Recht auf Leben bis zum Folterverbot, von der Versammlungsfreiheit bis zum Recht auf ein faires Verfahren, gelten heute von der Straße von Gibraltar bis nach Kamtschatka, von Grönlands Nordküste bis an das Schwarze Meer", so die Ministerin weiter.

Europa gab sich nach der schrecklichen Erfahrung des Zweiten Weltkriegs unveräußerliche, unteilbare und universelle Grund- und Menschenrechte. Über sechzig Jahre ist es gelungen, daraus eine „Grundlage der Gerechtigkeit und des Friedens in der Welt" zu schaffen; so wie es die Präambel auch vorsah. Mit der Verabschiedung der Europäischen Menschenrechtskonvention ist es geglückt, eine allgemein anerkannte Übereinkunft zu treffen, die nicht nur den Charakter bloßer Empfehlungen besitzt. Anders als viele andere internationale Bemühungen ist die Europäische Menschenrechtskonvention für ihre Vertragsstaaten unmittelbar rechtlich verpflichtend.

Garant für die Durchsetzung der Europäischen Menschenrechtskonvention ist der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte. Seiner Gerichtsbarkeit unterstehen alle 47 Staaten des Europarats. Seit seiner Errichtung 1998 hat der Gerichtshof gegenüber zahlreichen Staaten Versäumnisse etwa beim Minderheitenschutz, der Meinungs-, Presse- und Religionsfreiheit oder bei der Achtung von Verfahrensgarantien angemahnt. Die von ihm erlassenen Urteile stärken die in der Konvention verbürgten Rechte und das Ansehen des Gerichtes und wirken in der öffentlichen Wahrnehmung weit über konkrete Einzelverfahren hinaus. An dieser Stelle gilt es weiterzumachen, denn „an vielen Orten der Welt gibt es fundamentale Verstöße gegen die Menschenrechte. Die Mehrzahl der weltweit geschriebenen Verfassungen bleiben ein leeres Versprechen, wenn es an der Freiheit fehlt, von diesen Rechten Gebrauch zu machen", sagt die Bundesjustizministerin. [BMJ Pressemitteilung vom 03.09.2013]

Rechtsextremismus: Phänomen ländlicher Räume

Um „Rechtsextremismus im ländlichen Raum" geht es in der Antwort der Bundesregierung (17/14635) auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion (17/14524). Wie die Regierung darin schreibt, ist Rechtsextremismus nach den Erkenntnissen der Verfassungsschutzbehörden eher ein Phänomen in den ländlichen Regionen als in Großstädten und Ballungsgebieten, auch wenn in einigen Großstädten „starke rechtsextremistische Szenen beziehungsweise Strukturen – vor allem solche von Neonazis – existieren". Schwerpunkte von Rechtsextremisten in ländlichen Gebieten lägen vor allem in Ostdeutschland, aber auch „in einigen wenigen Regionen der westlichen Bundesländer mit ähnlichen gesellschaftlichen, strukturellen und wirtschaftlichen Herausforderungen."

Insbesondere die NPD, die in Großstädten weniger präsent sei, engagiere sich verstärkt im ländlichen Raum, heißt es in der Antwort weiter. In ihren Programmen und Wahlkampfauftritten versuche die NPD, „ihren Wählern das Bild einer Partei zu vermitteln, die sich um Probleme vor Ort kümmert und den Menschen als regionaler Ansprechpartner dient". Verbunden mit einem intensiven Materialeinsatz gelinge es ihr so, insbesondere in Gebieten mit geringer Einwohnerdichte regelmäßig überdurchschnittliche Wahlergebnisse zu erzielen, während sie in urban geprägten Wahlkreisen vergleichsweise wenig Zuspruch erhält. [hib Nr. 455 v. 17.09.2013]

Leitfaden ALG II / Sozialhilfe von A-Z

Der grundlegend überarbeitete Leitfaden ALG II / Sozialhilfe ist aktuell (Juli 2013) erschienen. Der neue Leitfaden wird von den Autoren Frank Jäger und Harald Thomé vom Erwerbslosen- und Sozialhilfeverein Tacheles e.V. in Wuppertal herausgegeben. Der Verein Tacheles e.V. hat das Ratgeberprojekt für Betroffene und Berater/-innen aufgrund der Pensionierung von Prof. Rainer Roth von der AG TuWas (FH Frankfurt) übernommen. Der Leitfaden beruht auf vielen Jahren Beratungspraxis und Engagement in der Sozialen Bewegung. Er stellt zugleich mit den Regelungen des Arbeitslosengelds II auch die Regelungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung dar. Als einziger umfassender Ratgeber für das das Existenzsicherungsrecht im SGB II und SGB XII ist er deswegen für Beratungszwecke besonders geeignet. Im ersten Teil werden in 90 Stichworten alle Leistungen ausführlich in übersichtlicher und bewährt verständlicher Form erläutert. Der zweite Teil behandelt in 33 Stichworten ausgiebig, wie man sich erfolgreich gegen Behörden-Entscheidungen wehren kann. Der aktuelle Stand der Rechtsprechung und der Gesetzgebung ist eingearbeitet und kritisch kommentiert. Bestellungen über: online: www.dvs-buch.de | per Fax: 069 / 74 01 69 | per Brief: DVS Verlag, Schumannstr. 51, 60325 Frankfurt [DBH-Newsletter Nr. 12 / 2013 vom 02.09.2013]

29. Deutscher Jugendgerichtstag

Justizministerin: Keine härteren Strafen

Am 14. September 2013 war Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger zu Gast auf dem 29. Jugendgerichtstag. In ihrer Rede sprach sie sich klar gegen härtere Strafen im Jugendstrafrecht aus. Die bereits vom geltenden Recht vorgesehenen differenzierten Bestrafungsmöglichkeiten seien ausreichend, um die Aussicht der Jugendlichen auf ein Leben ohne Straftaten zu verbessern. Die Ministerin betonte: „Die Statistik zeigt seit Jahren einen Rückgang bei den Straftaten von Jugendlichen."
Nachholbedarf sieht Leutheusser-Schnarrenberger hingegen bei der Qualifizierung von Jugendrichtern und Jugendstaatsanwälten: „Der Jugendliche muss vor ein Gericht gestellt werden, dessen Zusammensetzung eine Gewähr dafür bietet, dass seine Mitglieder besondere Erfahrung in der Behandlung Jugendlicher besitzen", erläuterte sie in ihrer Rede. Es sei wichtiger, so Leutheusser Schnarrenberger, den Erziehungsgedanken in den Vordergrund zu stellen, als im Jugendstrafrecht allein mit juristischem Sachverstand zu urteilen. Die Juristenausbildung fällt allerdings in den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Bundesländer. Viele Bundesländer zögerten derzeit noch, weil sie den zusätzlichen Aufwand scheuten, so die Bundesjustizministerin. [BMJ Pressemitteilung v. 14.09.2013]

Ergebnisse der Arbeitskreise [Auszug]

AK 3: Jugendstrafvollzug: Entwicklungen in Gesetzgebung und Praxis unter besonderer Berücksichtigung von Gewaltphänomenen, Disziplinarmaßnahmen und Unterbringung

Referenten: Christiane Jesse, Jugendanstalt Hameln | PD Dr. Nina Nestler, Julius Maximilians, Universität Würzburg | Prof. Dr. Frank Neubacher, Universität zu Köln
Leitung: Verina Speckin, Rechtsanwältin, Rostock

Jugendliche und Heranwachsende im Strafvollzug sind deutlich gewaltbereiter als Erwachsene.

Der Jugendstrafvollzug findet sich jedoch nicht mit der Gewalt unter den Inhaftierten und gegen Bedienstete ab.

Deshalb sind einerseits umfassende Baumaßnahmen, die die Sicherheit der Inhaftierten und der Bediensteten unterstützen, nötig. Weiter wären mehr und besser qualifiziertes Personal erforderlich. Wir stellen uns umfassende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, einen zusätzlichen Erzieher im Spätdienst und gezielte Trainingsmaßnahmen vor. Dies alles erfordert erheblich höhere finanzielle Mittel.

Andererseits können durch umfangreiche sportliche, kulturelle und politische Freizeitangebote, Einzelbelegung und eine engmaschige Betreuung nicht nur dem Gewaltpotential entgegengewirkt werden, sondern auch der Resozialisierungsprozess der Jugendlichen unterstützt werden. Damit zusammenhängend werden Wohngruppen ausdrücklich als „Lernfeld für soziale Regelung", in dem Problemlösungen begleitet erarbeitet werden, gefordert. Sie befördern soziales Lernen und einen reflektierten Umgang mit Problemen.

Kameras sind an bestimmten Gewaltschwerpunkten sinnvoll. Sie dürfen aber weder Personal ersetzen, noch darf verkannt werden, dass sie Gewalt im Strafvollzug nicht flächendeckend verhindern können.

Insgesamt ist ein Klima gegenseitigen Respekts und Wertschätzung innerhalb des Strafvollzugs wünschenswert: Es trägt entscheidend dazu bei, vorhandene Aggressionen und Spannungen abzubauen und Inhaftierten neue gewaltfreie Perspektiven zu eröffnen.

Arrest darf als Disziplinarmaßnahme nur im Zusammenhang mit begleiteten pädagogischen Maßnahmen verhängt werden.

Die Einweisung in den offenen Vollzug soll für Erstverbüßer die Regel sein: der Vorzug des geschlossenen Vollzugs muss gesondert begründet werden. Wie in den Erwachsenenstrafvollzugsgesetzen der Länder soll der offene Vollzug Regelvollzug sein. Das mögliche Risiko geringerer Sicherung muss zu Gunsten der Aufrechterhaltung des sozialen Umfeldes eingegangen werden. Unbestimmte Tatbestandsmerkmale, Ausnahmetatbestände und Regelbeispiele in den gesetzlichen Regelungen zum offenen Vollzug und Disziplinarmaßnahmen sollen schon durch den Gesetzgeber möglichst konkret definiert werden. Selbiges gilt für den Begriff der „Geeignetheit" für den Wohngruppenvollzug in den einzelnen Landesvollzugsgesetzen.

Die zurückgehenden Gefangenenzahlen rechtfertigen keine Kürzung finanzieller Mittel in diesem Bereich. Die gegebenenfalls frei werdenden Mittel und personellen Ressourcen sollen im Gegenteil die bereits engagierte Arbeit des Jugendstrafvollzugs unterstützen helfen und weiter ausbauen.

Die dahinter stehenden Menschen verdienen den Rückhalt der Politik.

AK 5: Anspruch, Wirklichkeit und Perspektiven des Jugendarrests: Ziele, Ausgestaltung, Wirkungen

Referenten: Anne Bihs, Universität zu Köln | Prof. Dr. Dieter Dölling, Universität Heidelberg | Ute McKendry, Amtsgericht Borna und Jugendarrestanstalt bei der JVA Regis-Breitingen
Leitung: Dr. Ineke Pruin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Der Jugendarrest bleibt eines der umstrittensten Themen des Jugendstrafrechts. Weder aus pädagogischer noch aus kriminologischer Sicht sind positive Wirkungen des Jugendarrests zu erwarten.

Die aktuellen Rahmenbedingungen des Arrests sind nach den vorliegenden Befunden in der Regel defizitär.

Konsequenterweise fordert der Arbeitskreis perspektivisch die Abschaffung des Jugendarrests.

Dies gilt insbesondere für den Freizeit- und Kurzarrest, für den eine pädagogische Sinnhaftigkeit auch bei veränderten Rahmenbedingungen nicht besteht. Hochproblematisch ist der Vollzug des Arrests in Räumen der Amtsgerichte als reiner Einschluss- und Verwahrarrest.

Solange die Abschaffung des Jugendarrests politisch nicht umsetzbar ist, aber jährlich viele tausend junge Menschen davon betroffen sind, muss der Jugendarrest durch die Einführung bzw. den Ausbau kurzzeitpädagogischer Konzepte umgestaltet werden.

Dazu müssen an jugendpädagogischen und -psychologischen Standards orientierte, ausreichende sachliche, räumliche und personelle Ressourcen vorgehalten werden. Dazu gehören auch ein verbindlicher Stellenschlüssel und entsprechend qualifiziertes Personal. Regelmäßige Fortbildungen und Supervision sind zu gewährleisten. Das im JGG normierte strikte Trennungsgebot zu anderen Einrichtungen des Justizvollzugs ist einzuhalten.

Der Arrestvollzug muss auf pädagogisch fundierten Konzepten basieren. Diese Konzepte müssen den Arrestvollzug als Durchgangsphase begreifen und auf die Vernetzung insbesondere mit Jugendhilfe, freien Trägern, Bewährungshilfe, Schule, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Drogenberatung, Berufsberatung sowie anderen Förderinitiativen zielen. Auch diese Kooperationspartner müssen finanziell ausreichend ausgestattet werden.

Der Vollzug des Arrests ist nach außen zu öffnen. Dazu sind Besuchsmöglichkeiten zu eröffnen und Eltern oder andere Bezugspersonen in die Arrestgestaltung einzubeziehen. Die Teilnahme an Angeboten außerhalb der Anstalt ist zu fördern.

Arrest wegen der Nichterfüllung von Weisungen und Auflagen ist zu vermeiden. Wird er dennoch angeordnet, ist auf die nachträgliche Erfüllung hinzuarbeiten.

Arrest als Mittel gegen Schulabsentismus ist untauglich.

Die Einführung des § 16a JGG darf nicht dazu führen, dass Aussetzungsentscheidungen im Regelfall mit Jugendarrest gekoppelt werden („net widening"). Erste Erfahrungen und Urteile geben Anlass zur Sorge, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht immer ausreichend beachtet werden.

Anwendung, Vollzug und Wirkungen des Jugendarrests sind sorgfältig wissenschaftlich zu evaluieren.

Die Gerichte und die Justizverwaltungen haben die dazu erforderlichen Untersuchungen zu unterstützen. Die Evaluationsergebnisse müssen in die Gesetzgebung und Praxis einfließen.
Jugendarrest ist Freiheitsentzug. Drohender Jugendarrest ist damit ein Fall notwendiger Verteidigung.

AK 9: Übergangsmanagement. „Wer ist dran?" Oder: „Welche Kooperationen sind für ein gelingendes Übergangsmanagement notwendig?"

Referenten: Peter Reckling, DBH Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik | Wolfgang Wirth, Kriminologischer Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen
Leitung: Daniela Kundt, Landratsamt Heilbronn

- Beteiligte (JSA, JGH, BwH) müssen auf Grundlage von klaren, vorgegebenen Strukturen zusammenarbeiten;
- wo es diese Strukturen nicht gibt, ist das Übergangsmanagement da, um zu helfen.
- Übergangsmanagement als „Standardprogramm" in den JSA.
- Aus Projekten entstandene Strukturen müssen erhalten bleiben.
- Nur durch stetige Kommunikation können „Konkurrenzgefühle" der verschiedenen Berufsgruppen vermieden und verringert werden.
- Im Übergangsmanagement müssen bedarfsorientierte Prioritäten gesetzt werden; an erster Stelle steht die Arbeitsmarktintegration und die Sicherung von Wohnraum als Voraussetzung für soziale Integration.
- Übergangsmanagement bedeutet auch, begonnene Maßnahmen aus dem Vollzug fortzuführen.
- Selbstverständnis der JGH/JuHiS muss Strafhaftbetreuung beinhalten
- Übergangsmanagement bereitet im Rahmen der Kooperation mehr Arbeit, was sich in der Bereitstellung zusätzlicher personeller Ressourcen niederschlagen sollte.
- Professionalisierung auf der Grundlage des Handlungsansatzes case management.

Fazit

- Beteiligte und Netzwerke müssen evaluiert und ggf. verändert werden.
- Erfolgreiches Übergangsmanagement ist eine Form von Prävention.
- Bei erfolgreichem Übergangsmanagement rechnen sich die investierten Kosten.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Jugendanstaltsleiter/innen sowie der besonderen Vollstreckungsleiter/innen: Stellungnahme zur Gewalt unter Gefangenen

Die Ergebnisse einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen zu Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug haben die Diskussion über Gewalt im Justizvollzug neu entfacht.

Anlässlich ihrer Tagung im April 2013 in Paderborn haben sich die Leiterinnen und Leiter der Jugendvollzugseinrichtungen sowie die Vollstreckungsleiterinnen und -leiter auf Grundlage einer internen Umfrage über das Ausmaß an Gewalt unter Inhaftierten in ihren Einrichtungen sowie effektive Gegensteuerungsmaßnahmen im Sinne von „best practices" ausgetauscht.

Jugendliche und Heranwachsende sind altersbedingt deutlich gewaltbereiter als Erwachsene. Junge Straf- und Untersuchungsgefangene sind zu über 50 % wegen Gewaltstraftaten verurteilt oder stehen im Verdacht, derartige Straftaten verübt zu haben.

Im Jugendvollzug kommt es im Vergleich zum Vollzug an Erwachsenen deutlich öfter zu gewalttätigen Auseinandersetzungen unter den Inhaftierten.

Alle befragten Anstalten, sowohl im männlichen als auch im weiblichen Jugendvollzug, berichten von einer hohen Gewaltbereitschaft der jungen Inhaftierten. Insbesondere spontane Übergriffe sind typisch für den Jugendvollzug. Bauliche Gegebenheiten vermögen gewalttätige Auseinandersetzungen zu begünstigen oder zu erschweren. Mindestvoraussetzung für den Schutz der jungen Inhaftierten vor Übergriffen von Mitgefangenen sind Einzelbelegung und nicht vollständig belegte Anstalten, die Raum für Differenzierungen in der Unterbringung unterschiedlicher Gruppen von Gefangenen lassen. Ferner erweisen sich insbesondere überschaubare Wohngruppen und Werkbereiche sowie Kameras als hilfreich in der Zurückdrängung von Gewalt.

Die genannten baulich-technischen Gegebenheiten tragen zu einer Verringerung von Gewalt bei, vermögen sie aber nicht gänzlich zu verhindern. Duschen dürfen beispielsweise nicht überwacht werden, Hafträume nur in Einzelfällen unter engen Voraussetzungen. Die Erfahrungen zeigen, dass Inhaftierte sich auch vor laufenden Kameras schlagen.

Insbesondere können baulich-technische Lösungen und Kameras das Personal nicht ersetzen. Im Jugendvollzug kommt der intensiven Förderung und engmaschigen Betreuung der jungen Inhaftierten bei der Gewaltprävention allerhöchste Bedeutung zu. Aufkeimende Konflikte lassen sich nur im engen Kontakt zu den Inhaftierten frühzeitig erkennen, aufgreifen und bearbeiten. Das vom Bundesverfassungsgericht 2006 neben dem Schutz der Inhaftierten vor wechselseitiger Gewalt geforderte soziale Lernen bedarf der fachkundigen Anleitung. Die Anstalten müssen im allgemeinen Vollzugsdienst und bei den Fachdiensten personell so ausgestattet sein, dass eine durchgehende Betreuung und die erforderliche Förderung gewährleistet sind. Gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Themen wie Gesprächsführung, Konfliktbewältigung und Deeskalation sind für eine erfolgreiche Wohngruppenarbeit unverzichtbar.

Umfassende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, gezielte Trainingsmaßnahmen, ein umfangreiches sowie vielfältiges Sport- und Freizeitangebot für die jungen Inhaftierten, vollzugsöffnende Maßnahmen sowie ein Klima gegenseitigen Respekts und Wertschätzung tragen nach Erfahrung der Vollzugspraktikerinnen und -praktiker entscheidend dazu bei, vorhandene Aggressionen und Spannungen abzubauen und Inhaftierten neue gewaltfreie Perspektiven zu eröffnen.

Christiane Jesse
Leiterin der Jugendanstalt Hameln

Medizin hinter Gittern – Gefangene als Patienten

Gerd Koop

Wer kennt nicht die Untersuchungsgefangenen, von denen bei der Zuführung in eine Justizvollzugsanstalt nichts oder nur wenig bekannt ist und die mit Drogenentzugserscheinungen, körperlichen oder psychischen Beschwerden aufgenommen werden müssen? Wer kennt nicht diejenigen, die kein Deutsch sprechen und sich bei ihrer Inhaftierung in einem erbärmlichen gesundheitlichen Zustand befinden? Wer kennt nicht die gerade von der Straße aufgelesenen, nicht selten komatös Betrunkenen, Vollgedröhnten und Verwahrlosten, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen müssen? Diese Aufzählung ließe sich ausdehnen, wie einige Beiträge in diesem Schwerpunktheft zeigen werden.

Für die medizinische Versorgung ist schon die Neuaufnahme eines Inhaftierten eine enorme Herausforderung, denn etwa die Hälfte aller Neuzugänge ist bei der Festnahme körperlich angeschlagen, krank, gewaltbereit, psychisch labil oder suizidal, Tendenz steigend. Die Verantwortlichen hinter Gittern müssen auf unterschiedlichste Anforderungen reagieren und dies oftmals unter schlechten Voraussetzungen. Es fehlt an entsprechendem Fachpersonal, an Ausstattung und finanziellen Ressourcen.

Das Thema Medizin hinter Gittern gehört inzwischen zu den größten Herausforderungen im Strafvollzug. Hier wird die Diskrepanz zwischen Patienteninteressen und Eingriffen des Staates in die persönliche Gesundheit überdeutlich. Wegen dieser Problematik, steigender Fallzahlen, Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Ärztemangel und komplizierter werdenden Behandlungserfordernissen legen wir hierzu ein Schwerpunktheft vor, in dem das Spannungsfeld Gefängnismedizin und psychiatrische Versorgung aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden soll.

Der wohl bekannteste Kritiker des vollzuglichen Gesundheitssystems Professor Stöver aus Frankfurt sagt in seinem Beitrag „Gesundheitliche Versorgung in Haft – Realitäten und Herausforderungen“: „Wir wissen sehr viel über die Herausforderungen, aber relativ wenig über die Realitäten der gesundheitlichen Versorgung Gefangener“. Heino Stöver gelingt es, die Probleme der medizinischen Versorgung und die Fesseln, die sich der Staat gesetzlich selbst aufgelegt hat, nicht nur zu benennen, er zeigt auch wie es anders gehen kann. Ähnliche Positionen vertritt der Berliner Vollzugsmediziner Marc Lehmann. Er geht der Frage nach der Abhängigkeit des Arztes von der Institution Strafvollzug nach. Für Marc Lehmann ist diese Abhängigkeit ein wesentlicher Teil des Problems der Gefängnismedizin und einer wirksamen medizinischen Versorgung überhaupt. Die spezielle Rolle der Medizin im Frauenvollzug beschreibt die langjährige Berliner Anstaltsärztin Nicole Lang in ihrem Beitrag. Sie stellt eindrucksvoll die besonderen Herausforderungen der medizinischen Behandlung bei Frauen vor.

Vielfach ist neben der ambulanten Versorgung kranker Inhaftierter eine stationäre Unterbringung in einem Krankenhaus angezeigt. Diese ist aufwendig, teuer und in der Umsetzung kompliziert. Für die vergleichsweise geringe Zahl der Inhaftierten kann es sich kein Bundesland leisten, eine Komplettversorgung anzubieten. Abhilfe schaffen im Rahmen der Grundversorgung Anstaltskrankenhäuser, von denen sich einige in den letzten Jahren zu einem guten Grundversorger entwickelt haben. Am Beispiel des Nds. Justizvollzugskrankenhauses Lingen wird deutlich, wie aus einem früheren Lazarett mit einem hauptamtlichen Arzt ein vorbildliches Fachkrankenhaus der Grundversorgung entstand. Der Beitrag von Roland Schauer, Kerstin Ebbecke und Salomon Nadjiri zur Entwicklung dieses Prozesses ist eindrucksvoll. Einen besonderen Praxisbezug hat auch der Aufsatz der Hamburger Anstaltsleiterin Claudia Dreyer und des Chefarztes des dortigen Zentralkrankenhauses Manfred Papenhagen. Beschrieben werden mit Praxisbeispielen die alltäglichen Herausforderungen für die Gefängnismedizin in einem Vollzugskrankenhaus.

Eine Alternative zum Vollzugskrankenhaus könnten die Beispiele aus Brandenburg und Bayern sein. Während man in Bayern auf besonders gesicherte Krankenräume in öffentlichen Krankenhäusern setzt, siehe hierzu den Beitrag von Maximillian Köckritz, ist der Weg von Brandenburg radikaler. Dort baut man auf die„Modulare Organisation der stationären Krankenversorgung“. Dabei geht es um die stationäre Versorgung in einer vollzuglichen Krankenabteilung durch hauptamtliche Anstaltsärzte, um die psychiatrische stationäre Versorgung in einem externen Fachklinikum und um eine Bettenstation in einem städtischen Klinikum mit einer ständigen Anwesenheit von Ärzten. Der Beitrag des Leitenden Anstaltsarztes der JVA Brandenburg Thomas Menn dürfte die Debatte nach dem richtigen Weg vorantreiben.

Da die psychiatrische Versorgung ebenfalls zu den aktuellen Herausforderungen für den Strafvollzug gehört, Niedersachsen hat gerade eine Arbeitsgruppe eingerichtet, kommt dem Beitrag von Anja Ellinger, Gregor Groß, Robert Steinhuber und Wolfgang Thalhofer „Von der königlich-bayerischen Irrenanstalt zur freistaatlichen psychiatrischen Abteilung“ eine besondere

Bedeutung zu, denn kaum eine andere psychiatrische Abteilung in einer Justizvollzugsanstalt kann auf eine so lange und spannende Geschichte zurück blicken, wie die JVA Straubing. Das Beispiel Straubing macht überdies deutlich, wie eine Organisation es schafft, große Teile der psychiatrischen Versorgung eines großen Bundeslandes fachlich und organisatorisch abzudecken.

Wir hoffen, liebe Leserinnen und Leser, mit diesem spannenden Schwerpunktheft die aktuelle Diskussion um richtige Wege bei der medizinischen und psychiatrischen Versorgung im Strafvollzug in Deutschland begleiten zu können. Angesichts des enormen Kostendrucks und des Ärztemangels bedarf es dringend neuer Lösungen. Dabei müssen bisherige Strukturen genauso überdacht werden wie das weitgehend starre Festhalten an Ländergrenzen durch die Föderalismusreform.

Gerd Koop
Leiter der Justizvollzugsanstalt Oldenburg
Gerd.Koop@justiz.niedersachsen.de

Gesundheitliche Versorgung in Haft – Realitäten und Herausforderungen

Heino Stöver

Einleitung

Um es vorweg zu nehmen: Wir wissen sehr viel über die Herausforderungen aber relativ wenig über die Realitäten der gesundheitlichen Versorgung Gefangener (vgl. auch Lehmann in diesem Heft). Eine Bestandsaufnahme und Übersicht über die Versorgungsleistungen wird einerseits durch die föderale Struktur des Strafvollzuges und fragmentierter Daten, andererseits durch mangelnde Forschung, Dokumentation, Qualitätssicherung etc. erschwert.

Zunächst einige begriffliche Klärungen, die die Diskussion um die gesundheitliche Versorgung Gefangener prägen: Im Strafvollzugsgesetz wird von Gesundheitsfürsorge gesprochen (§56-66 StVollzG) – dies stellt jedoch ein veraltetes Konzept gesundheitlicher Versorgung von Ärzten für kranke Menschen dar. Es basiert auf einem kurativen Verständnis von Medizin. Präventive Ansätze hingegen, moderne auf bspw. „partizipativer Entscheidungsfindung" basierende Ansätze pro-aktiver gesundheitlicher Versorgung kommen notwendigerweise zu kurz!

‚Anstaltsmedizin', ‚Gefängnismedizin' sind ungenügende Begriffe für eine gesundheitliche Versorgung, die sich an den Richtlinien der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) orientiert – sie suggerieren hingegen eine ‚Extra-Medizin', die es aber nicht gibt (wohl aber besondere Umstände, aber keine Zwei-Klassen-Medizin zwischen „Drinnen und Draußen"). Sprechen wir in Haft von medizinischer oder gesundheitlicher Versorgung Gefangener? Letzteres wäre ein umfassenderes Konzept und würde moderne Strategien der Gesundheitsvorsorge beinhalten.

‚Gesundheitsfürsorge' jedoch reflektiert nicht die in Freiheit entwickelten Konzepte von Gesundheitsförderung, die setting- und ressourcen-orientiert konzipiert ist, und alle im Vollzug lebenden und arbeitenden Menschen (auch die Bediensteten also), sowie die baulich-physikalischen Bedingungen einbeziehen würde: Healthy Prisons wäre der begriffliche Ausdruck der Neukonzeption (vgl. Stöver 2000).

Im folgenden Beitrag soll versucht werden verschiedene Faktoren, die – oft in Wechselwirkungen - auf die gesundheitliche Versorgung Gefangener einwirken, zu identifizieren und Vorschläge für eine Veränderung zu machen.

1. Strukturelle Vorgaben

Der Freiheitsentzug an sich, die Trennung von Partnern, Familien, Kindern ist gesundheitlich sehr belastend – psychisch und physisch. Ebenso das Ertragen von Schuld- und Schamgefühlen und das Wissen um Leid, das man Anderen zugefügt hat. Hohe Belegungsdichte, geschlossene Räume, Unselbständigkeit aufgrund hierarchischer Strukturen führen zudem zu Stress und Gewalttätigkeiten. Bewegungsarmut, Langeweile und Perspektivlosigkeit kennzeichnen die alltägliche Lebenssituation. Mangelnde Einflussnahmemöglichkeiten bei alltäglichen Verrichtungen führen bei vielen Insassen zu Passivität und ein ‚Sich-Treiben-Lassen' in der Institution. Dies sind gesundheitsabträgliche Bedingungen, denen aktiv entgegnet werden muss.

Deutlich werden strukturelle Vorgaben für die gesundheitliche Versorgung Gefangener:

- Gesundheitlich stark vorbelastete Gefangene, v.a. Sucht und psychische Störungen/Erkrankungen, aber auch

geriatrische Problematiken stellen enorme Herausforderungen dar. Das bedeutet Gesundheitsbelastungen der Gefangenen, die als Herausforderungen mit keiner Hausarzt-, eher aber mit einer Schwerpunktpraxis verglichen werden können: Wahrscheinlich ist jede psychische/physische Störung, jede Krankheit überrepräsentiert unter den Gefangenen.

- Intramurale medizinische Dienste sind auf die medizinische Sekundär-Versorgung nur unzureichend vorbereitet. Während die Primär-Versorgung zu einem hohen Teil gewährleistet und erbracht wird, werden sekundäre und tertiäre Behandlungsbedarfe (Ko-/Multi-Morbiditäten, psychiatrische, geriatrische Erkrankungen) nicht ausreichend abgedeckt.
- Fehl-, Unter- oder Mangelversorgungen werden oftmals von den Gefangenen angezeigt. Es folgen – für den Arzt potentiell belastende – Untersuchungen über die tatsächliche Behandlungspraxis – darin drückt sich auch der Widerstand der Patienten aus.
- Insbesondere die Übergänge von der Freiheit in die Haft und wieder hinaus bilden enorme Schnittstellenprobleme einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung und münden oft in Abbrüchen, Unter- oder Fehlversorgungen (vgl. Stöver/Keppler 2009).
- Keine freie Arztwahl: Sich den Arzt/die Ärztin nicht aussuchen können, sondern komplett von ihm/ihr abhängig zu sein, hat oftmals schwerwiegende Folgen für das Arzt-Patient - Vertrauensverhältnis. „Meine Patienten laufen mir nicht weg" (was oft scherzhaft geäußert wird) erfordert eine große Verantwortung und sichtbaren Ausdruck und permanente Orientierung an der Unabhängigkeit des Arztes in Haft.
- Die fehlende freie Arztwahl wird besonders deutlich im Frauenvollzug- ausgedrückt in der Forderung nach gendergerechter ärztlicher Versorgung (AG Frauenvollzug 2013, S. 43). Aber auch umgekehrt muss die gendersensible ärztliche Versorgung gedacht werden!
- Der Druck von innen und von außen bezogen auf die Erwartung an je eine spezifische Ausgestaltung der ‚Anstaltsmedizin' ist enorm hoch: Abstinenzforderungen/-unterstützungen, Beruhigungen der Gefangenen (seitens des Personals), medizinische Unterstützung gemäß GKV (seitens der Gefangenen), und Unterstützung bei sicherheitsrelevanten Entscheidungen und Maßnahmen, Abstandsgebot der Qualität medizinischer Versorgung zu der in Freiheit (seitens der Mehrheit der Bevölkerung) sind nur einige der Zwickmühlen, in die Anstaltsärzte geraten (können).
- Latrogene Störungen/Erkrankungen stellen besondere Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung dar, und sind besonders schwer zu diagnostizieren – entsprechend umfangreich stellen sich die Versorgungs- und Organisationsprobleme dar. Es braucht umfassendere Konzepte, um bspw. die hohe Post-Entlassungs-Mortalität zu reduzieren.
- Es bestehen massive strukturelle, politisch motivierte Vorgaben an die Anstaltsmedizin, bspw. bestimmte Behandlungen einzuführen, oder nicht. Das Bayrische Justizministerium glaubt bspw., bei ca. 3.000 betäubungsmittelabhängigen Gefangenen, auf den ‚Königsweg' der Behandlung Opiatabhängiger, die medikamentengestützte Behandlung mit (Partial-)Agonisten, verzichten zu können (vgl. Süddeutsche Zeitung 24.8.2011). Dies drückt politische Grenzziehungen und Macht aus, sich über den Stand medizinischer Wissenschaften (ausgedrückt in den Bundesärztekammer-Richtlinien, 19.2. 2010) hinweg setzen zu können.
- Insgesamt wird deutlich, dass Anstaltsärzte erhebliches Rückgrat beweisen müssen, um nicht vorschnell vereinnahmt zu werden und ihre professionelle Unabhängigkeit wahren zu können, sie müssen über berufliche-thische Leitlinien allgemein, über medizinische Ethik im Vollzug im Besonderen informiert sein, um zu wissen, wie sie mit sicherheitsrelevanten Anforderungen an sie umgehen müssen (Keppler 2009b).

Im Folgenden werden zentrale, z.T. miteinander zusammenhängende Bereiche als Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung Gefangener benannt und die Realität der Versorgung gegenüber gestellt.

2. Parallelsystem intramuraler Gesundheitsversorgung

Anders als in einigen anderen europäischen Ländern (vgl. Stöver 2011) wird in Deutschland an dem Versorgungsmodell über Anstalts- und Vertragsärzte festgehalten. Während in einigen Ländern Europas die gesundheitliche Versorgung Gefangener von medizinischen Diensten der Gemeinde und auch durch Hausärzte übernommen wird, wird dieses System für Deutschland nicht einmal diskutiert. Dabei war in den 1970er Jahren die Einbeziehung in die GKV vom Gesetzgeber gewollt und sollte weiter verfolgt werden. Allenfalls eine Lockerung der spezialisierten medizinischen Versorgung in den Justizvollzugskrankenhäusern wird in einigen Bundesländern aufgegeben, zugunsten der Einrichtung von besonders gesicherten Krankenräumen in öffentlichen Krankenhäusern (vgl. Beitrag von Köckritz in diesem Heft).

Die gesundheitlichen Probleme der Gefangenen (und Bediensteten) sind immens und für die Gefangenen stellt sich die Frage, ob die international, und auch Deutschland verpflichtenden – Standards nach „Äquivalenz", d.h. medizinische/gesundheitliche Versorgung entsprechend des Standards in der Kommune/des Landes eingehalten werden können? Insbesondere anhand der unten genannten Beispiele werden die strukturellen Probleme und Schwierigkeiten deutlich, die vor allem aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Gesundheitsversorgung entstehen. Kernprobleme dieses Parallelsystems bleiben das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen

Krankenversicherung (mit erheblichen Problemen des Zeitverzugs wieder in die Krankenkasse aufgenommen zu werden), der Wegfall der freien Arztwahl, damit verbundene Probleme des Misstrauens gegenüber dem Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und der Vertraulichkeit des Umgangs mit sensiblen Daten und der erhebliche Zeitverzug in der Einführung von State-of-the-Art-Medizin[1]. „Anstaltsmedizin ist Monopolmedizin" (Keppler 2009a, S. 85). Dieser Umstand verlangt von den beteiligten Akteuren ein hohes Maß an Selbstreflektion: „Wie gehe ich mit der mir zugewiesenen Macht um, wie bemühe ich mich um die Einhaltung von GKV-Standards, wieweit trenne ich mich von einer Anstaltsmedizin in Richtung gesundheitlicher Versorgung Gefangener?"

Insbesondere der Zugang zu erprobten, bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen vor allem der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich. Dies führt zu Behandlungsdiskontinuitäten mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft. Modelle einer Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin mit dem strukturellen Problem dualer Loyalitäten und einer Umorganisation der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung vom Ministerium der Justiz zu den Gesundheitsministerien zur besseren Einhaltung des Äquivalenzprinzips, werden gerade stark diskutiert (Pont, Stöver, Wolff 2012).

3. Ärztemangel und Fortbildung

Entsprechend der Situation in Freiheit, vor allem in ländlichen Gebieten besteht auch in den JVAs ein gravierender Ärztemangel, was die Auswahlmöglichkeiten an qualifizierten BewerberInnen trotz gesicherter Beamtenlaufbahn und z.T. erheblichen Zuschlägen stark einschränkt. Der Landesrechnungshof NRW hat gerade festgestellt, dass viele Anstaltsärzte ihre Dienst- und Präsenzzeiten „häufig nicht einhalten". Dies hängt wahrscheinlich mit der Vielzahl von Nebentätigkeiten der JVA-Ärzte zusammen: „Im Durchschnitt übten sie mehr als drei, in Einzelfällen sogar bis zu acht Nebentätigkeiten aus, die teilweise auch während der normalen Dienstzeit wahrgenommen wurden", schreibt der LRH. Diese verbreitete Realität drückt nur aus, dass Gefängnisärzte offenbar schwer anzuwerben sind, weil aus Sicht der Ärzte die „normale" Bezahlung im öffentlichen Dienst zu gering sei angesichts der vergleichsweise schwierigen Klientel in den Haftanstalten.

Der Ärztemangel im Vollzug hängt natürlich auch mit dem Sonderstatus des Anstaltsarztes zusammen, Vorurteile von „Draußen" haben den Anstaltsärzten eine schlechte Reputation beschert (Fritsch 2009). Dies hat aber auch zu tun mit dem o.g. Parallelsystem der Gesundheitsversorgung: Auf dem Gleis des Anstaltsarztes fühlen sich viele Interessenten auf dem Abstellgleis, entkoppelt von den Fortschritten und Dynamiken der gesundheitlichen Versorgung in Freiheit.

Zusammenhängend damit muss gesagt werden, dass von wenigen Ausnahmen abgesehen, Gefängnisärzte auch nicht ‚gezwungen' sind Fortbildungspunkte zu erwerben, wie ihre KollegInnen ‚in Freiheit' – es bleibt also ihnen selbst überlassen, sich weiterzubilden, oder auch nicht.

4. Drogenabhängigkeit/ -konsum

Drogenabhängige Gefangene machen einen Anteil von etwa 30-40 Prozent an der Gesamtpopulation der Gefangenen in Deutschland aus. Auch andere substanzbezogene Störungen sind in Haft stark überrepräsentiert (v.a. bzgl. Alkohol- und Tabakabhängigkeit). Während in Freiheit in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte in der Suchtmedizin und den psycho-sozialen Interventionen gemacht worden sind, lassen sich diese Entwicklungen in Haft trotz weiter Verbreitung abhängiger und missbräuchlicher Konsummuster nicht in gleicher Weise wiederfinden. Während in Freiheit eine erhebliche Diversifizierung des Hilfesystems stattgefunden hat, setzt man im Strafvollzug immer noch vorwiegend auf die zentrale Strategie der Abstinenz. Insbesondere der Zugang zu bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich. Dies betrifft vor allem Pharmakotherapie (medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger) und die Infektionsprophylaxe (mit einer Abgabe von Schutzmitteln wie sterile Einwegspritzen). Vor allem evidenzbasierte Kernstrategien zur Behandlung der Opioidabhängigkeit werden in vielen Haftanstalten entweder erst mit einem Zeitverzug von vielen Jahren eingeführt, sind nicht flächendeckend, oder in manchen Bundesländern gar

Tabelle 1: Anteil der i.v.-Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

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

[1] Radun et al. 2007; [2] Schulte et al. 2009; [3] EMCDDA 2006; [4] UNAIDS 2007; HCV: Hepatitis-V-Virus, HIV: Human Immunodeficiency Virus

nicht existent (z.B. Bayern). Dies führt zu Behandlungsdiskontinuitäten mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft.

Zwei multizentrische epidemiologische Studien zur suchtmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug geben erstmals einen genauen Überblick über die Zahl aktueller/ehemaliger i.v.-Drogenkonsumenten und drogenassoziiert Infizierter in deutschen Haftanstalten. Radun et al. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie unter 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6 Prozent (n=464). 17,6 Prozent aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8 Prozent mit dem humanen Immundefizienz Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6 Prozent), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6 Prozent waren HIV-positiv.

In ihrer Befragung von Anstaltsärzten in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte et al. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil an aktuellen/ehemaligen i.v.-Drogenkonsumenten unter den Inhaftierten lag hier bei durchschnittlich 21,9 Prozent, die HCV-/HIV-Prävalenzraten bei 14,3 Prozent beziehungsweise 1,2 Prozent.

Beide Studien aus den Jahren 2007/8 unterstreichen: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind aktuelle/ehemalige i.v. Drogenkonsumenten, HCV- / HIV-Infizierte in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (Tabelle 1). Diese Zahlen werden bestätigt von der EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), deren Schätzungen darauf hinauslaufen, dass mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren" ist, viele davon mit einem problematischen und/oder intravenösen Konsum (s. EMCDDA 2006, S. 21).

Auf Basis der in Tabelle 1 genannten Werte muss man bei etwa 60.000 Strafgefangenen (Stand 31.3.2011) querschnittlich von ca. 15.000 (13.140-17.760) Opioidkonsumenten bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest) – im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so viel. Etwa jeder Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert (Stöver 2012, S. 75). Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen.

Während in den Gefängnissen der alten Bundesländer die Zahl an Opiatabhängigen deutlich überwiegt, finden sich in den Vollzugsanstalten der fünf ostdeutschen Bundesländer in etwa gleichem Maße Alkohol- und Drogenabhängige. Küfner (1998) geht davon aus, dass der Anteil Alkohol- und anderer Drogenabhängiger in deutschen Gefängnissen in der Summe etwa gleich hoch ist. Eine aktuellere Studie aus Westdeutschland (N=76) zeigt, dass alkoholbezogene Störungen (Abhängigkeit: 38,2 Prozent, Missbrauch: 21,1 Prozent) gegenüber Opiatabhängigkeit (28,9 Prozent) und –missbrauch (2,6 Prozent) sogar deutlich höher sind – trotz „beschützter Umgebung". Die Lebenszeitprävalenzen in Bezug auf Alkohol liegen bei 46,1 Prozent (Abhängigkeit) und 25 Prozent (Missbrauch) (Schröder 2005). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung sind damit die alkoholbezogenen Störungen in Haft 5 - 8 Mal häufiger verbreitet (Meyer et al. 2000, Jacobi et al. 2001). Darüber hinaus zeigt ein nicht unerheblicher Teil von mehr als 22 Prozent eine polyvalente Substanzabhängigkeit, d.h. einen gleichzeitigen Konsum von mehr als drei Substanzklassen, der die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllt. Schließlich sind 79 Prozent der Gefangenen aktuelle Raucher. Der Anteil der aktuell rauchenden Jugendlichen und der Frauen liegt über dem der männlichen Gefangenen (Buth et al. 2013).

Suchtmedizinische Versorgungssituation

Während sich in Freiheit in den letzten 30 Jahren eine Vielzahl verschiedenschwelliger Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Methoden entwickelt hat (Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie, suchtmedizinische Versorgung, v.a. Substitutionsbehandlung einschließlich Heroinvergabe etc.) (Jakob et al. 2013), ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug meist immer noch auf abstinenzorientierte Hilfen beschränkt. Dies geht einher mit der Setzung eines drogenfreien Gefängnisses und der Vorstellung, der Vollzug wäre ein geeigneter Ort, um die Drogenabhängigkeit erfolgreich zu überwinden. Gleichzeitig wird der Gesellschaft suggeriert, Gefängnisse seien drogenfrei, und ihr Sicherheitsauftrag werde erfolgreich erfüllt – eine Politik, die intra- und extramural eine große sozialpsychologische und politische Bedeutung erhält. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken kann in einer solchen Ausblendung von Ambivalenzen und Komplexitätsreduktion erfolgreich negiert werden.

Zugrunde liegt dieser Politik ein fehlendes oder falsches Verständnis von Abhängigkeit. Insbesondere Opioidabhängigkeit ist als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung zu verstehen. Rückfall (oder Beikonsum) sind zu erwarten und müssen in das Behandlungskonzept integriert werden. Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haftzeit reduziert oder sogar eingestellt wird, sind Rückfälle unmittelbar nach der Haftentlassung die Regel (Kompensationskonsum für die Zwangsabstinenz). Diese sind für Opioidkonsumenten sogar mit eindeutig erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden (Farrell/Marsden 2008). Insofern ist verstärkt daran zu arbeiten, das Verständnis für und den Umgang mit Suchterkrankungen bei Medizinern,

Krankenpflegern, Direktoren und den weiteren Mitarbeitern im Gefängnis zu verbessern und aktiv und offensiv Suchtprobleme und -folgeprobleme in Haft anzusprechen.

Die häufige Eindimensionalität der Ausrichtung der Hilfen auf abstinenzorientierte Angebote (weil sie scheinbar mit dem Vollzugsziel des § 2 StVollzG: „auf ein Leben ohne Straftaten vorbereiten zu wollen" identisch sind) blendet die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsnotwendigkeiten Gefangener mit langjährig fortgesetztem Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Gesundheitsbelastungen aus. Abstinenz ist für viele dieser Gefangenen oft keine realistische Option mehr. Suchtbegleitung als eine offensiv auf Schadensbegrenzung abzielende Strategie ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen nur ein Schattendasein (Keppler et al. 2011).

Die hohe Zahl an intravenös Drogenabhängigen in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Dies gilt insbesondere, da das Setting Gefängnis zum einen – aufgrund der hohen Durchlaufquote für kurzzeitig Inhaftierte – eine große Bedeutung für die Gesundheit der übrigen Gesellschaft hat. Zum anderen können die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effizienten Therapien ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen implementiert werden), insbesondere die Opioidsubstitutionsbehandlung. Larney (2010) arbeitet die risikominimierende Bedeutung der Substitutionsbehandlung heraus: Das Risiko‚intravenöser Drogengebrauch in Haft' wird bei Gefangenen in Substitutionsbehandlung je nach Studie um 55–75 Prozent gesenkt, das Risiko „Spritzentausch in Haft" um 47–73 Prozent.

Ein Vergleich zwischen der aktuellen intra- und extramuralen suchtmedizinischen Versorgungssituation fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patienten unter Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten fünf Jahren um 50 Prozent erhöht hat (auf 76.200 Patienten im Jahre 2011) und damit etwa 50 Prozent der geschätzten mind. 150.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich etwa 1.500 – 2.000 der geschätzten 15.000 -20.000 Opioidkonsumenten beziehungsweise -abhängigen in deutschen Haftanstalten befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2007; u. eig. Berechnungen). D.h. nur etwa jeder zehnte Gefangene profitiert von der Behandlung der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit. Schulte et al. (2009) konnten zeigen, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2 Prozent) überhaupt eine Opioidsubstitutionsbehandlung möglich ist. Als primäre Indikation steht dabei die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund.

Stöver (2011a) zeigt, dass bei 70 Prozent der Patienten bei Haftantritt die Behandlung abgebrochen wurde. Die Situation im Maßregelvollzug muss als noch prekärer eingestuft werden, was die Kontinuität der Substitutionsbehandlung anbelangt. Hier konzentriert sich die Diskussion noch erheblich um die Zulässigkeit dieser Behandlungsform (Stöver 2012a).

Die 2010 aktualisierten Bundesärztekammerrichtlinien (2010) weisen jedoch eindeutig den Weg in Richtung Behandlungskontinuität auch in Haft oder anderen Settings (z.B. Therapie). Doch dies wird erst in den nächsten Jahren eine Wirkung auf die Fortsetzung der in Freiheit begonnenen Substitutionstherapien entfalten können. Was allerdings im hierarchisch geprägten Haftbereich zu wirken scheint sind klare Orientierungen der Justizministerien. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise hat eine Expertengruppe Behandlungsempfehlungen erarbeitet (Justizministerium NRW 2010), die ärztliche Reaktionen auf alle denkbaren Szenarien eines Drogen(misch-)gebrauchs aufführen. Diese Empfehlungen berücksichtigen einerseits die Therapiefreiheit der Anstaltsärzte, andererseits sind sie so dicht und umfassend verfasst, dass Ärzte nur mit guter Begründung eine Fortsetzung der Substitutionsbehandlung ablehnen können. Eines ist allerdings immer noch weit verbreitet: die fehlende suchtmedizinische Fachkunde, die zwar jetzt gefördert, aber erst bei Neueinstellungen von Ärzten zur Voraussetzung gemacht werden kann. Wie schwierig die Einführung der Substitutionsbehandlung im intramuralen Setting ist, zeigt etwa die JVA Tegel in Berlin (lediglich etwa 59 von 1.700 Gefangenen werden substituiert, bei angenommenem weit höherem Bedarf). Es zeigt sich, dass das Aufbrechen einer ärztlich-pflegerischen Ablehnungs- und Widerstandskultur gegenüber der Substitutionsbehandlung oft jahrelang dauert. Es zeigt sich aber auch, dass die Gefangenen bei Bekanntwerden ihres Drogenstatus Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe befürchten. Dies deutet auf die Notwendigkeit angemessener Implementation dieser Behandlungsform hin.

Über Berlin hinaus zeigt eine bundesweite Übersicht, dass die Versorgungslage mit der Substitutionsbehandlung sehr heterogen ist, geprägt durch ein Nord-Süd-/West-Ost-Gefälle (Jakob et al. 2013). In Bayern mit etwa 9.000 Gefangenen und justizintern angenommenen 3.000 Drogenabhängigen beispielsweise gibt es so gut wie keine Behandlungsmöglichkeiten. Bayern sieht die Substitutionsbehandlung nicht als eine adäquate Therapie an (Süddeutsche Zeitung 2011) – dies führte dazu, dass zwei Gefangene gegen den Freistaat klagen, um eine Substitutionsbehandlung zu erhalten, bzw. fortzusetzen.

Die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind oft deutlich abstinenzorientiert. Entzugsbehandlungen allein führen jedoch in vielen Fällen zu Rückfällen und drogenkon-

sumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung. Opioidsubstitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung; dies drückt sich in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und der (anschließenden) Abstinenz von anderen illegalen Drogen aus (Pont et al. 2012).

Die Substitutionsbehandlung ist schließlich nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvollzugsinstitution: Sie bietet einen täglichen Kontakt zwischen Gefangenen und medizinischer Abteilung und fördert zugleich die Vermittlung anderer gesundheitsrelevanter Botschaften und Verhaltensweisen. Eine Erhöhung der Zahl an Substituierten in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und deren Ausbildung und Qualifizierung sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit (Stöver et al. 2008).

Die Suchtbehandlung spielt eine große Rolle in der Gefängnismedizin: Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug umfasst die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Diese gesundheitlichen Störungen der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen großen Teil der medizinischen Leistungen. Eine Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg zeigte, dass dort 76 Prozent aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt wurden (Tielking 2003).

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem öffentlichen Druck, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensiv Hilfen an: dies wird oft mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf die Undurchlässigkeit des Gefängnissystems gleichgesetzt. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Da „nicht sein kann, was nicht sein darf", ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen der Erwartung an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und zum Teil politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens. Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei unterschiedlichen Mustern; (i) intensivierte Abgrenzung des intra- und extramuralen Raums oder (ii) Entwicklung von realitätsadaptierten und bedürfnisgerechten Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung sowie medizinischem Versorgungsauftrag. Sofern mit dem ersten Ansatz Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel einer weitgehenden Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde diese Reaktion auch zu Lasten nicht betroffener Gefangener gehen. Der zweite Ansatz sollte pragmatische und realistische Ziele verfolgen, das heißt sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen machbar sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumenten im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Eine haftinterne Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz gegenüber dem Konsum: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang mit Drogen gebrauchenden Gefangenen.

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel nicht als „lockerungsgeeignet" betrachtet werden, das heißt, sie können ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil ihnen permanent eine Sucht- beziehungsweise Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

5. Mortalitätsprophylaxe

Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumenten von Opioiden ist die Phase nach Entlassung aus einem Haftaufenthalt. Speziell die erste Woche nach der Haftentlassung unterliegt nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4-7fach erhöht beschrieben (WHO 2010)). In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahre 2008 registrierten Drogentodesfälle in den zwei Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13 Prozent; (Heinemann/Stöver 2012)). In diesem Zusammenhang ist einerseits die Behandlungskontinuität mit einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor Haftentlassung für eine Mortalitäts-/Morbiditätsprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung von besonderer Wichtigkeit. Andererseits ergeben sich mit einer Naloxon[2]-Mitgabe und einem vorangegangenem Training neue – bisher völlig ungenutzte – Möglichkeiten einer wirksamen Mortalitätsprophylaxe (Wakeman et al. 2009).

6. Psychische Störungen und Erkrankungen

Nach einer Studie im Auftrag des Robert-Koch Instituts von 2012 über die Gesundheit Erwachsener in Deutschland leiden 31 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an einer behandlungsbedürftigen psychischen

Erkrankung. Untersuchungen von Strafgefangenen zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine weit darüber hinaus gehende Häufigkeit psychischer Störungen (Konrad 2009). Diese stehen meist mit Drogenabhängigkeit und Straffälligkeit in Zusammenhang und verschlechtern unbehandelt die Legalprognose vieler Betroffener.

Psychische Erkrankungen oder Störungen sind schwer von psychosomatischen Auffälligkeiten zu unterscheiden. Sie werden durch psychopathologische Merkmale definiert, die erst nach einer ausführlicheren Diagnostik und gegebenenfalls durch Hinzuziehung weiterer Befunde festgestellt werden können. Die Einweisung durch den Anstaltsarzt sollte unter zur Verfügungstellung der bisherigen Vorgeschichte und unter Mitteilung der Symptome und Verhaltensauffälligkeiten erfolgen (zur Lage der psychiatrischen Versorgung im Vollzug vgl. Konrad 2011). Eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus aus disziplinarischen Gründen ist ausgeschlossen. Stellt der Anstaltsarzt fest, dass der Vollzug oder ein Vollzugskrankenhaus bei einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung oder einer Störung mit Krankheitswert für einen Gefangenen keine geeignete therapeutische Maßnahme anbieten kann, so hat er bei der Anstaltsleitung darauf hinzuwirken, dass eine psychotherapeutische Behandlung – unabhängig von den anfallenden Kosten – auch außerhalb des Vollzuges zur Verfügung gestellt wird, damit eine Entlassung nicht erfolgt, ohne dass eine medizinisch indizierte Intervention stattgefunden hat.

Schwierigkeiten des Vollzuges im Umgang mit psychisch gestörten Personen sind der Öffentlichkeit besonders deutlich geworden am Beispiel psychisch gestörter Sexualstraftäter, die nach der Entlassung rückfällig geworden sind. Diese Beispiele zeigten die Überforderung des Vollzuges mit der Behandlungsbedürftigkeit bzw. -notwendigkeit dieser Gefangenen. Dies resultiert zum einen aus der Tatsache, dass psychisch gestörte Straftäter zu einer Freiheitsstrafe und nicht zu einer Unterbringung mit psychiatrischer Hilfe und Behandlung verurteilt werden, weil die Erkrankung vermeintlich nicht die Voraussetzungen einer Unterbringung erfüllt. Zum anderen werden die psychischen Erkrankungen nicht genügend berücksichtigt oder gar erkannt und sicher diagnostiziert. Schließlich zeigt sich zum Teil erst in der Strafhaft die psychische Störung, verschlimmert sich dort oder entsteht gar erst angesichts pathogener Haftbedingungen.

Diese psychischen Störungen in der Strafhaft sind für Bedienstete und Mitarbeiter des medizinischen Dienstes nicht immer klar erkennbar. In Haftanstalten ist es für die Verantwortlichen nicht immer einfach zwischen haft- und persönlichkeitsbedingten Störungen und entsprechenden vollzuglichen Auffälligkeiten durch unerklärliches Verhalten zu unterscheiden. Viele Gefangene weisen eine Drogenabhängigkeit und Komorbidität auf, und leiden massiv an den Folgen des Freiheitsentzuges. Zudem sind Gefangene oft belastet durch Persönlichkeitsstörungen und sind eigentlich behandlungsbedürftig. Diese psychiatrischen Auffälligkeiten werden oft eher als Sicherheitsproblem, als Störung eines geordneten Vollzuges, denn als Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung betrachtet. Krisensituationen unter Gefangenen können lediglich in einigen Bundesländern in den für psychisch kranke und auffällige Gefangene vorgesehenen Sonderabteilungen des Strafvollzuges untergebracht werden. Häufiger werden diese Auffälligkeiten jedoch zum Problem der Anstaltsmedizin, die oftmals mit der Verschreibung von Psychopharmaka reagiert.

Die Verlegungsmöglichkeiten in psychiatrische Kliniken scheitern oftmals einerseits an den Vorbehalten der psychiatrischen Einrichtungen, die den Krankenhauscharakter und ihren Ruf nicht durch die Aufnahme von Strafgefangenen gefährden wollen, andererseits an den rechtlichen Bedenken der konkreten Unterbringungspraxis. Lesting (1992) weist auf das „Abschiebespiel" zwischen Vollzug und psychiatrischen Kliniken (geschlossene psychiatrische Anstalt/Maßregelvollzug nach § 63 StGB, psychiatrisches Landeskrankenhaus nach PsychKG bzw. die jeweiligen Unterbringungsgesetze) hin, deren Interesse oft jeweils darin besteht, sich dieser Gefangenen möglichst schnell wieder zu entledigen. Er plädiert daher für eine Strafunterbrechung nach § 455 Abs. 4 StPO (Lesting 1992, S. 81 f. m. w. N.).

Ungeachtet aller rechtlichen und verfahrenstechnischen praktischen Schwierigkeiten mit psychisch kranken Gefangenen kann sich der Strafvollzug der Behandlungsbedürftigkeit dieser Gruppe nicht entziehen, weil § 56 Abs. 1 ausdrücklich die Verantwortung der Strafvollzugsbehörden für die „geistige Gesundheit" einschließt. Das Äquivalenzprinzip verlangt die Fürsorge für eine therapeutische Behandlung entsprechend den außerhalb des Vollzuges geltenden anerkannten Regeln und Standards für die jeweiligen Erkrankungen. Dies kann nur im engen Austausch mit den entwickelten professionellen Versorgungsstrukturen in der Kommune oder des jeweiligen Bundeslandes gelingen. Entscheidende Bedeutung kommt der Gefängnispsychiatrie zu, die mit der Behandlungsmöglichkeit außerhalb des Normalvollzuges/innovativen Wohn- und Behandlungsmöglichkeiten und der vorzeitigen Entlassung zumindest über einige Mittel verfügen.

7. Die Situation der Bediensteten

Die enormen Fehlzeiten der Bediensteten sind ein Alarmsignal. Strukturelle und systematische Anstrengungen müssen unternommen werden, um die Situation für Bedienstete zu verbessern. Betriebliche Gesundheitsförderung kann wesentlich dazu beitragen. Eigens geschaffene Zentren zur Stärkung der Gesundheit von Bediensteten, wie im Gesundheitszentrum für Bedienstete des Niedersächsischen Justizvollzuges[3], leisten einen erheblichen Beitrag dazu.

Schlussfolgerungen

Die gesundheitlichen Probleme der Gefangenen und Bediensteten sind immens und für die Gefangenen stellt sich die Frage, ob die international und auch Deutschland verpflichtenden Standards nach „Äquivalenz", d.h. medizinische/gesundheitliche Versorgung entsprechend des Standards in der Kommune/des Landes eingehalten werden können. Insbesondere anhand der genannten Beispiele werden die strukturellen Probleme und Schwierigkeiten deutlich, die vor allem aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Gesundheitsversorgung entstehen. Kernprobleme dieses Parallelsystems bleiben das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (mit erheblichen Problemen des Zeitverzugs wieder in die Krankenkasse aufgenommen zu werden), der Wegfall der freien Arztwahl, damit verbundene Probleme des Misstrauens gegenüber dem Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und der Vertraulichkeit des Umgangs mit sensiblen Daten und der erhebliche Zeitverzug in der Einführung von State-of-the-Art-Medizin[4]. Insbesondere der Zugang zu erprobten, bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen vor allem der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich. Dies führt zu Behandlungsdiskontinuitäten mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft. Modelle einer Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin mit dem strukturellen Problem dualer Loyalitäten und einer Umorganisation der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung vom Ministerium der Justiz zu den Gesundheitsministerien zur besseren Einhaltung des Äquivalenzprinzips, werden gerade stark diskutiert.

Literatur

AG Frauenvollzug (2013): „Wir fordern eine Strukturreform im Frauenvollzug". 10 Lebensnotwendigkeiten für inhaftierte Frauen. In: BAG-S (Hrsg.) Informationsdienst Straffälligenhilfe 21, Heft 1/2013, S. 43

Buth, S.; Stöver, H.; Ritter, C. (2013): Tabakprävention in Gefängnissen. Eine Befragung von Gefangenen zum Tabakgebrauch und zu Möglichkeiten und Hindernissen einer Reduktion des Rauchens in Haft. In: Suchttherapie (im Druck)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2006. Lisbon: EMCDDA

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

Fritsch, K.-J. (2009): Arzt im Strafvollzug – Kooperation und Widerspruch. In: Keppler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, S. 120-127

Heinemann A , Stöver H . „Risikosituation Toleranzbruch: Analyse von Drogentodesfällen nach Haftentlassung in Deutschland" – Vorstellung eines Studienkonzepts" 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft/Jahrestagung der Konferenz Schweizerische Gefängnisärzte/Jahrestagung des Forums der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs - 1. bis 3. Februar 2012 in Genf

Jacobi F, Wittchen H U , Hölting C et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) . Psychological Medicine 2001; 34: 597 – 611

Jakob, J.; Stöver, H., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: Sucht 1/2013

Justizministerium NRW. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Düsseldorf:

Keppler, K. (2009a): Organisation der medizinischen Versorgung. In: Keppler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, S. 85-89

Keppler, K. (2009b): Überlegungen zu einem Curiculum für die ärztliche Arbeit im Justizvollzug. In: Keppler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, S. 305-310

Keppler K , Knorr B , Stöver H . Substitutionsbehandlung in Haft . In: Hönekopp l. , Stöver H. , Hrsg . Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus; 2011; 79 – 97

Konrad, N. (2009): Psychiatrie. In: Keppler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, S. 208-223

Küfner H (1998): Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten. Sucht 1998; 44 406 – 408

Larney S . Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. Addiction 2010; 105: 216 – 223

Lesting W , Stöver H (2012): Gesundheitsfürsorge, §§56-66, 158 . In: Feest J , Hrsg . Kommentar zum Strafvollzugsgesetz . 6. Aufl . Köln : Carl Heymanns Verlag

Meyer C , Rumpf H J , Hapke U et al. (2000): Lebenszeitprävalenz Psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung . Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt 2000; 7: 535 – 542

Pont, J., Stöver, H., Wolff, H. (2012): Dual loyalty in prison health care: carry on or abolish? In: American Journal of Public Health, (online: 19 January 2012) March 2012, Vol. 102, No. 3, pp. 475-480. http://ajph.aphapublications.org/action/doSearch

Radun, D., Weilandt, C., Eckert, J., Schüttler, C. G., Weid, F. J., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2007, Oktober). Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes

about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany - Preliminary Results. Vortrag, European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm.
Schröder T. (2005): Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck
Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health, 5 (1), 39-44.
Stöver, H. (2000): Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag, 498 S.
Stöver, H. et al. (2008): Reduction of Drug-related Crime in Prison: The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners . Bremen (BISDRO)/Bonn (WIAD)
Stöver, H.; Keppler K. (2009): Diskontinuitäten in Behandlung und Betreuung. In: Keppler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, S. 151-158
Stöver, H. (2011): „Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern. Dokumentation der 5. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft „Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern". Hamburg, 16. und 17. September 2010. Berlin, S. 121-138
Stöver, H. (2011a): 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 2011;17:44-54
Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. In: Suchttherapie 13, S. 74-80
Stöver, H. (2012a): Nichts zu tun wäre das Teuerste – Prison Health is Public Health. In: Vitos Klinik (Hrsg.): Viren und Drogen bleiben nicht hinter Gittern. 1. Hadamarer Forensik-Tagung. Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Hadamar. S. 5-9
Süddeutsche Zeitung, 24. August 2011, S. 1
Tielking K , Becker S , Stöver H. (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: Bis-Verlag; 2003
UNAIDS (2007): Overview of the global AIDS epidemic . 2007; Retrieved 29. May 2013, from http://www.unaids.org/en/_
Wakeman S E , Bowman S E , McKenzie M et al. Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release. Journal of Addictive Diseases 2009; 28: 124 – 129
WHO (2010): Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen: WHO

1 Medizin, die sich an dem neusten Stand der Wissenschaft ausrichtet.
2 Naloxon wird in der Notfallmedizin als Antidot bei Opiatüberdosierung durch entsprechende Drogen bzw. Medikamente, wie Heroin und Methadon, verwendet.
3 http://www.bildungsinstitut-justizvollzug.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=24202&article_id=83426&_psmand=181&mode=print
4 Medizin, die sich an dem neusten Stand der Wissenschaft ausrichtet.

Prof. Dr. Heino Stöver
Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Bewährungshelfer-Tag: Spannungsfeld Bewährungshilfe – Sicherheits-(Angst-)management und/oder Resozialisierung?!

05. Dezember 2013
12:00 Holger Gebert, Bundesvorsitzender der ADBeV
Eröffnung
12:30 Dr. Schöneburg, Justizminister Brandenburg
Impulsreferat
13:15 Prof. Dr. Michael Lindenberg, Das Rauhe Haus Hamburg „Bewährungshilfe im gesellschaftlichen Kontext"
14:00 P A U S E
14:30 Prof. Dr. Rita Haverkamp, Eberhard-Karls Universität „Gefühlte Sicherheiten und Sicherheitsgefährdungen"
15:15 Marcus G. Feil, Leiter Fachambulanz für Sexualstraftäter München
19:00 gemeinsames Abendessen.

06. Dezember 2013
09:00 Peter Asprion, u.a. Bewährungshelfer in Baden-Württemberg „Bewährungshilfe im Risiko-Was tun?"
09:30 Renate Vosgerau, Niedersachsen, ver.di, Mitglied im Landesfachbereichsvorstand ASJD und Dirk Blume, Vorsitzender des Verbandes der Sozialarbeiter der niedersächsischen Strafrechtspflege (VDS) „Risiken und Nebenwirkungen der Qualitätsentwicklung in Niedersachsen"
10:00 P A U S E
10:30 Prof. Dr. Cornel, Präsident DBH-Fachverband „Resozialisierung und soziale Gerechtigkeit"
11:15 Karla Kniestedt, Rundfunk Berlin-Brandenburg (angefragt) Berufsperspektivische Aussprache
Abschluss und Verabschiedung Peter Reckling, DBH-Fachverband
12:30 Mittagessen

Tagungsort:
Landesvertretung Brandenburg, In den Ministergärten 3, 10117 Berlin

Tagungsgebühr:
voraussichtlich 50,- €.

E-Mail:
holger.gebert@sdj.brandenburg.de

Ist der „Anstaltsarzt“ noch zeitgemäß? Ärztliche Versorgung im Justizvollzug im Spannungsfeld

Marc Lehmann

Einleitung

Die medizinische Versorgung von Menschen in staatlicher Freiheitsentziehung gerät zunehmend in den Blickwinkel. Leider zu spät um durch Regelungen in den neuen Strafvollzugsgesetzen effektive Verbesserungen der Versorgung zu erreichen. Dabei bleibt offen, ob lediglich die Augen vor offensichtlichen Problemen verschlossen werden oder gar absichtlich eine Verbesserung nicht gewünscht ist. Ausschlaggebend für diese Einschätzung ist vor allem, dass die Qualität der Versorgung der Gefangenen trotz aller Bemühungen nicht das Niveau der Versorgungs- und insbesondere der Ergebnisqualität in Freiheit, gemessen an der Äquivalenz zum Sozialgesetzbuch 5, erreicht. Dabei ist gerade ein stabiler Gesundheitszustand eine elementare Voraussetzung für eine erfolgreiche Sozialisierung. Darüber hinaus ist eine effektive gesundheitliche Versorgung in unserem hoch entwickelten Land eine aus ethischer Sicht zur Einhaltung der Menschenrechte elementare Aufgabe. Diese umfasst insbesondere auch die Versorgung von Gefangenen. Zu beachten ist zudem, dass die gesundheitliche Ausgangslage von Menschen im Justizvollzug statistisch gesehen hoch signifikant von der Durchschnittsbevölkerung abweicht.

Anstaltsarzt, noch zeitgemäße Versorgung im Justizvollzug?

Bei der Betrachtung der Justizvollzugseinrichtung als Anstalt ist es zunächst naheliegend, den zugehörigen Arzt als Anstaltsarzt zu titulieren. Dieser Begriff ist auch in den neuen Strafvollzugsgesetzen vielfach fortgeführt worden. Diese Benennung beschreibt aber auch die Abhängigkeit des Arztes von der Anstalt, der Institution, dem Gefängnis. Gerade diese Abhängigkeit ist Teil des Problems. Nicht umsonst handelt es sich beim Arzt um einen typischerweise freien Beruf. Im ärztlichen Selbstverständnis ist der Arzt Diagnostiker, Therapeut, ja medizinischer Berater und ggf. Anwalt seines Patienten. Diese Aufgabenstellung steht in klarem Konflikt zu der abhängigen Rolle in der Vollzugsbehörde. Hier ist der Arzt, unabhängig ob Beamter, Angestellter oder im Honorarverhältnis abhängig von seinem Dienstherrn bzw. Auftraggeber. Dieser hat ganz andere Vorstellungen von der korrekten Aufgabenwahrnehmung. Da soll möglichst ressourcenschonend mit minimierten Eingriffen in den Vollzugsalltag eine hinreichende, regelkonforme medizinische Versorgung erfolgen. Da werden Versorgungszeiten an den Rand des Tagesablaufes gedrängt, weil die Rolle der Arbeitstätigkeit in den Mittelpunkt gestellt ist. Es werden Abläufe in der Anstalt an Schichtplänen orientiert und nicht an Bedürfnissen der betroffenen Patienten. Die Mahlzeiten werden dann ausgegeben, wenn es in den Ablauf passt, Sprechstunden sollen zu Unzeiten abgehalten werden, Nachtmedikationen wie Schlaftabletten werden weit vor der physiologischen Nachtruhe verabreicht. Wo gibt es denn außerhalb der Mauern eine medizinische Routine- oder Regelversorgung außerhalb von Krankenhäusern morgens um sechs, zum Teil noch davor, nur weil eben zu diesen Zeiten die Bediensteten eben präsent sind und die Insassen geweckt werden können. Ist es nicht an der Zeit, normale Versorgungszeiten auch in der medizinischen Versorgung Gefangener einzuführen. Warum sollen die Gefangenen nicht lernen, in nicht dringlichen Fällen auf Arztkontakte zu warten oder sich gar um Termine zu bemühen und pünktlich vorzustellen. Ist es sinnvoll durch Zwangsregelungen außerhalb üblicher Versorgung ein künstliches Umfeld zu schaffen, in dem die Versorgung so erfolgt, nur um vermeintlichen Missbrauch zu vermeiden. Alles soll effektiv und praktisch sein, ist damit aber fern von Physiologie und in Freiheit gelebten Lebensabläufen und widerspricht dem Ziel der Angleichung an die extramurale Welt.[1] Steigern wir die ohnehin bestehende Unselbstständigkeit nicht noch? Selbstverständlich sind gerade im Justizvollzug gehäuft Menschen mit dissozialen Verhaltensweisen untergebracht, die mit derartigen Freiheiten nicht in der gebotenen Weise umgehen können. Aber ist es dann nicht Aufgabe des Vollzugssystems durch geeignete Lernfelder Bedingungen zu schaffen, die auf die Realität nach der Haft vorbreiten. International sind gerade in hoch entwickelten europäischen Ländern zunehmend Bemühungen unternommen worden, diese Annäherung der medizinischen Versorgung an die Bedingungen in der Freiheit zu erreichen und gleichzeitig das Problem der dualen Loyalität des medizinischen Personals zu reduzieren.[2] Beispielhaft seien hier nur die Schweiz, Italien, Norwegen oder Großbritannien genannt. Ist es nicht Zeit, die Gefangenen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, die medizinische Versorgung nicht nur nach dem Äquivalenzprinzip durchführen zu lassen, sondern in Form der kassenärztlichen Versorgung durchzuführen. Dann könnten die Vollzugsärzte auch als medizinische Gutachter ohne die ständige Problematik der Verletzung der Schweigepflicht endlich ihren gutachterlichen und beratenden Aufgaben gegenüber der Vollzugsbehörde nachkommen ohne die Arzt-Patient-Beziehung zu belasten oder das Vertrauensverhältnis zum Patienten gar zu missbrauchen. Offenbarungsrechte und Pflichten[3], die diesen Konfliktbe-

reich regeln sollen könnten dann weitgehend entfallen und die Regelungen, wie sie nach Standesrecht und nationalem Recht für alle Ärzte gelten, könnten zur Anwendung kommen. Auch die weiteren immer wieder speziellen Rechtsregelungen wären hinfällig. Warum sollen für Gefangene spezielle Regeln über den Umfang der medizinischen Versorgung gelten. Beispielhaft seien hier nur die speziellen Regelungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln genannt. Exemplarisch am Beispiel der Brillenversorgung unterlegt mit Argumenten wie: „der Gefangene müsse um seine Verteidigung sicherzustellen ggf. mit einer Sehhilfe ausgestattet werden" oder „die Versorgung zu Lasten des Vollzuges ist wegen kurzer Haftzeiten unangemessen". Auch im Bereich der Regelungen zu der rechtswirksamen medizinischen Aufklärung könnte die Frage nach einem Organisationsverschulden und fehlender Rechtswirksamkeit einer Einwilligungserklärung wegen fehlendem Einsatz eines geeigneten Sprachmittlers bzw. vereidigten Dolmetschers entfallen. Diese Problematik wurde zuletzt durch das neue Patientenrechtegesetz[4] noch verschärft. Hier nimmt die Vollzugsbehörde in einem weiteren Feld die Aufgabe des Sozialamtes wahr. Wer in die Kassenarztpraxis kommt, darf auch nicht erwarten, dass der Arzt ihm den Dolmetscher organisiert. Auch in den Feldern von Disziplinarmaßnahmen und besonderen Sicherungsmaßnahmen sind in den Gesetzen zur Durchführungen des Vollzuges klare Vorgaben gemacht. Wenn prima vista eine Beteiligung des medizinischen Personals an der Durchführung der Sanktion oder Sicherung nicht erfolgt, so ist ein fundiertes ethisches Verständnis zu dieser Situation im Vollzugsalltag wenig ausgeprägt. Die Rolle des Arztes wäre, hier entsprechend der Erwartungshaltung des Vollzuges, das des Absicherns des Vollzuges dahingehend, dass durch den Vollzug kein vermeidbarer Schaden am Gefangenen entsteht und des Gutachters dahingehend, dass die vollzugliche Gewalt angemessen ausgeübt wurde und ein solcher Schaden nicht entstanden ist. Die Rolle als Berater und Hausarzt des Patienten, der seinem Patienten helfen, ihn beraten, behandeln und schützen soll, tritt dabei weit in den Hintergrund. Nicht selten vertreten die Vollzugsbediensteten sogar die Auffassung, dass mit dem Hören im Rahmen der Anordnung einer besonderen Sicherungsmaßnahmen gar eine Anordnungsbefugnis einhergeht. Dieser Auffassung ist durch die dienstlichen Vorgesetzten intensiv entgegenzuwirken. Die wichtige ärztliche Grundhaltung, sich niemals an Bestrafungen zu beteiligen[5 6], ist dabei bei den Vollzugsbediensteten zum Teil nicht präsent und muss immer wieder vermittelt werden. Nähern wir uns doch endlich weiter den Zielen der Genfer Erklärung zur Vollzugsmedizin[7].

Die Erwartungshaltung sowohl der Patienten als auch des Vollzugspersonals an Aufgaben und Möglichkeiten sind häufig erheblich überzogen. Der Patient geht davon aus, dass ihm mit der Inhaftierung in Bezug auf die medizinische Versorgung ein „rundum sorglos" Paket geliefert wird. Darüber hinaus ist für den Gefangenen im medizinischen Dienst ein permanenter Ansprechpartner vorhanden, bei dem Bedürfnisse und Klagen angemeldet werden können, immer in der Erwartung der vollständigen Bedienung. Hierbei geht es jedoch häufig nicht um medizinische Problematiken sondern um durch den Vollzug verursachte Umstände, die es zu lindern gilt. Typisch sind veränderte Nahrungsmittel oder eine zweite Freistunde, s.u. zu sekundärem Krankheitsgewinn. Aber insbesondere im Bereich der stoffgebunden Sucht um Regulierung des durch die Haft veränderten Gleichgewichts der Neurotransmitter. Bisherige Versorgungsstrukturen mit Substanzen sind in der Haft zusammengebrochen, Nahrung steht jetzt in ausreichender Menge bereit, Stressoren haben sich verlagert, medizinische Ansprechpartner geändert, soziale Kontakte sind abgerissen. Der Insasse strebt nun nach einer Wiederherstellung seines inneren Gleichgewichts, nicht selten auch auf verändertem d.h. gesenktem Wachheitsniveau, am liebsten würde er ja den ganzen Vollzug verschlafen.

Sekundärer Krankheitsgewinn, ein Gefängnisproblem und Ressourcenkiller

In diesem Bereich sind auch Phänomene des sekundären Krankheitsgewinns einzuordnen. Dies bedeutet, dass durch das Bestehen von Krankheit mit allen zugehörigen negativen Folgen ein Vorteil in einem anderen Lebensbereich auftritt. Beispielhaft sind hier zu nennen: vermehrte Aufmerksamkeit, Zuwendung und Mitgefühl, aber auch anderes, subjektiv besseres Essen, bis hin zu wirtschaftlichen Vorteilen. Unbestritten ist, dass bei vielen Krankheitsprozessen derartige sekundäre Unterstützung elementar ist, um den Genesungsprozess zu unterstützen oder die negativen Folgen von Krankheit zu minimieren. Im Justizvollzug wird dem medizinischen Dienst nun das Recht zugestanden, derartige Verbesserungen für Kranke zu verordnen, oder wo dies nicht direkt möglich ist, zumindest zu initiieren. Dieses kann ein Einzelhaftraum sein, eine zusätzliche Freistunde, ein physikalisch-therapeutisches Angebot, eine angemessene bzw. angepasste Kost aber auch Kontakte mit Angehörigen, Kontakt zum Psychologen , zum Sozialarbeiter und vieles mehr. Alles in Allem Dinge, die für alle von der Deprivation des Gefängnisses betroffenen Insassen eine Vereinfachung oder Verbesserung der belastenden Lebensbedingungen darstellen. Somit sind diese Vorteile auch für die gesunden Insassen ein anzustrebender Zustand. Aus diesem Grund wird der medizinische Dienst nun umfangreich bedrängt, bei vorgetragenen Problemen sich mit dieser Situation auseinanderzusetzen und betreibt letztendlich einen permanenten Abwehrkampf gegen derartige medizinisch ungerechtfertigte Ansinnen. Voraussetzung für eine wirksame Ablehnung ist nun aber, dass ein berechtigter Anspruch nicht besteht. Um dies jedoch festzustellen, sind nicht selten umfang-

reiche fachliche Abklärungsprozesse mit erheblichem medizinischen Mitteleinsatz, z.T. sogar mit Ausführungen zur medizinischen Diagnostik erforderlich. Erschwerend kommt hinzu, dass das Rechtssystem ja die Wege für Eingaben und Beschwerden schon im Grundgesetz[8] weit geöffnet hat. Die Überprüfung derartiger Entscheidungen zu nicht erfolgtem Erteilen entsprechender Zugeständnisse ist somit an der Tagesordnung und es ist dann Aufgabe des Systems Vollzug die Rechtmäßigkeit dieses Versagens von vermeintlichen Bedarfen und Bedürfnissen zu belegen. Diese Aufgabe obliegt dann wieder dem medizinischen Dienst, denn nur dieser verfügt ja über den entsprechenden Sachverstand.

Nahrungsmittelversorgung, ein Fall für den Arzt?

Ein weiteres problembehaftetes Gebiet ist die angemessene Versorgung der Insassen mit geeigneten Nahrungsmitteln. Die Vollzugsbehörden lassen sich gern auf der Grundlage der von den Küchenleitern erstellten Nährwertberechnungen bescheinigen, dass die Nahrung ausgewogen und genügend ist. Demgegenüber weisen Untersuchungen jedoch nach, dass beispielsweise Vitamin D Mangel[9] ein beachtenswertes Problem ist. Auch Faktoren wie geschlechts- oder altersspezifische Ernährung sind im Vollzugsalltag eher unterrepräsentiert. Wenig beachtet sind Phänomene der soziokulturell geprägten Ernährungsgewohnheiten, die die Akzeptanz der angebotenen Speisen beeinträchtigen. Daneben sind häufig zur gesünderen oder angemessenen Lebensführung spezifische Diäten wie fettreduziert, laktosefrei oder gar an eine Diabeteserkrankung angepasst und manchmal medizinische Spezialdiäten wie phosphatarm, erforderlich. Schaut man sich dann die Kost, die beim Gefangenen ankommt einmal genauer an, ist Variabilität häufig entfallen und Ausgewogenheit nicht mehr nachvollziehbar, die Qualität teils fragwürdig. Geeignete Tablettsysteme, die eine individualisiertere Verpflegung erlauben würden, sind noch immer nicht flächendeckend eingeführt. Hier ist immenses Verbesserungspotential. Eine deutlich stärker individualisierte Ernährung ist erforderlich. Typischerweise gelingt dies Krankenhausküchen zumeist gut, Justizvollzugsanstalten jedoch kaum. Der medizinische Dienst ist hier viel zu oft als Mittler gefordert.

Umgang mit seelischen Krisen und Konflikten

Auch bei der Bewältigung psychosozialer Krisen spielt der medizinische Dienst eine elementare Rolle. In der Annahme einer sicher geschützten Umgebung gelingt es zumindest einem Teil der Gefangenen leichter derartige Problemlagen beim Arzt anzusprechen. Teilweise wird auch von den Gefangenen eine Zuständigkeit des medizinischen Dienstes angenommen. Die Schwierigkeit für den medizinischen Dienst besteht nun darin, die sich nicht selten aufdrängenden, praktischen Lösungsansätze mit der Hilfe des Systems Vollzug in Strategien zu bringen und einer Lösung bzw. Umsetzung zuzuführen. Hier wird dann der medizinische Dienst vom Vollzug, den Vollzugsbediensteten, als Bedarfsträger dieser Lösungen gesehen, auch wenn er nur die originären Bedürfnisse der Patienten, die diese an anderer Stelle nicht anbringen konnten in das System einspeist und kommuniziert, oft auch mit dem Ziel, die gesundheitliche und psychische Situation der Insassen zu verbessern. Diese vermeintliche Bedarfsträgerschaft führt dann zu Gegenwehr und unter Umständen Ablehnung des Bedarfs. Das Konfliktfeld ist eröffnet. Nicht zuletzt entstehen Interaktionsfelder, in denen Unmengen an Ressourcen verbraucht werden, wobei diese dann nicht selten der medizinischen Versorgung angerechnet werden. Die zumeist doch recht gut ausgestatteten medizinischen Dienste verbrennen so einen Großteil ihrer Möglichkeiten in der vollzugsalltäglichen Auseinandersetzung und reduzieren konsekutiv die präventive und kurative medizinische Aufgabenwahrnehmung der Kernaufgaben. Es entsteht eine faktische Unterversorgung und ein ständiger Kampf um Ressourcen, welche rein quantitativ in vielen Einrichtungen in ausreichender Menge vorhanden wären. Eine elementare Aufgabe der Leitung einer Vollzugseinrichtung muss darin bestehen, den aus diesen Kommunikationsstörungen resultierenden Ressourcenverbrauch zu reduzieren.

Der Vollzugsstörer, ein Fall für den Arzt?

In gleichartiger Weise wirkt das Phänomen der Medizinalisierung. Hierbei geht es darum, dass in der Vollstreckung auftretende Schwierigkeiten gern vom Vollzugspersonal als krankhaft angesehen werden und damit vom medizinischen Dienst die Lösung erwartet wird, insbesondere, wenn sie in der Person der „schwierigen" Gefangenen eingeordnet werden. Das Paradebeispiel ist der Gefangene mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Gekennzeichnet dadurch, dass er nicht bereit ist, auch nur elementare Regeln zu akzeptieren und einzuhalten. Ständig eckt er im streng regulierten System Vollzug an und verursacht stetig vollzugliche Probleme und die Situation eskaliert. Die allgemeine vollzugliche Erwartung ist nun, dass diese Störung durch medizinische Interventionen, gern mit „der Pille" vom Arzt verordnet beseitigt werden soll. Wesentlich wichtiger wären jedoch klare Grenzen, nachvollziehbare Reaktionen auf Regelverstöße und ein angemessen strukturierter Tagesablauf und gute vollzugliche und sozialarbeiterische Betreuung. Dies umzusetzen ist jedoch Aufgabe der Leitung und keine medizinische Problematik. Auch hier sind Kommunikationsstörungen vorprogrammiert.

Der psychisch kranke und abhängige Gefangene

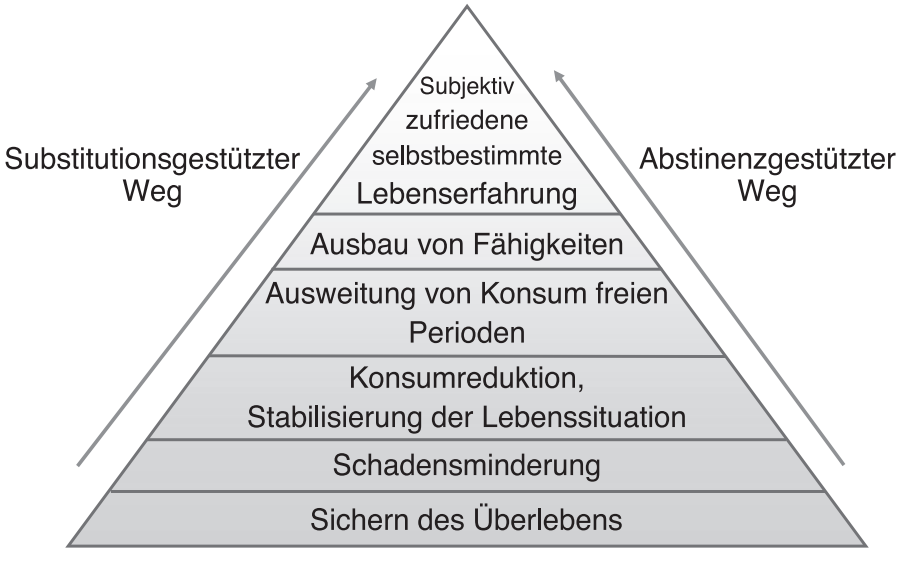
Psychische Störungen oder psychiatrisch Kranke einschließlich substanzabhängiger Insassen belasten das System massiv. Klassisch sind die Psychotiker, die eben ohne speziell ausgebildetes Begleitteam unter normalen Lebensbedingungen im starr regulierten Vollzug

nicht zu führen sind und deshalb häufig auch bei leichter Symptomausprägung in den medizinischen Versorgungseinrichtungen stranden oder deren durch erfolgreiche Behandlung stabilisiertes Symptombild sich unter der vollzuglichen Betreuung erheblich verschlechtert. Auch die allgegenwärtigen Entzugssyndrome belasten das System und die scheinbar querulierende unruhige Art dieser Gefangenen wird allzu oft nicht verstanden. Noch immer ist das Abstinenzziel, das als Fernziel natürlich auch im Justizvollzug berechtigt ist, dahin gehend in den Köpfen verankert, dass möglichst rasch eine substanzfreie Situation geschaffen werden muss. Die Situation der erzwungenen Abstinenz eskaliert bei dem Versuch den Entzug zu forcieren, wobei dann die Anspannung oft bis zur Entladung steigt. Sie steigert zudem die Infektionsrisiken durch illegalen intravenösen Konsum. Viel häufiger sollte in der Vollzugplanung eine Stabilisierung auf höherem Niveau der Pyramide der Suchtversorgung (Abbildung 1) erreicht werden als gleich auf sofortige Abstinenz zu setzen. Oft ist eben eine Teilentgiftung besser oder eine Substitution angezeigt. Noch immer verfügt der Strafvollzug über so gut wie keine rehabilitative Langzeitversorgung von Abhängigkeitserkrankungen, obwohl eben die typischerweise bekannten Möglichkeiten der Versorgung eben nicht für alle Insassen in Betracht kommen (§ 88 JGG, vorzeitige Entlassung mit Auflagen, § 35 BtMG etc.). Nur für etwa 10 Prozent der Abhängigkeitskranken ist aus derzeitiger fachlicher Sicht eine Abstinenz ein realistisches Ziel.

Priorisierung medizinischer Leistungen im Vergleich zu sonstigen vollzuglichen Aufgaben

Die Vollzugsbediensteten haben immer weiter gelernt, in effektiven Organisationsstrukturen zu denken, den Mangel zu verwalten und dem Konflikt mit dem Gefangenen aus dem Weg zu gehen. In einer Phase des allgegenwärtigen Personalabbaus und der hohen Krankenstände werden von den Bediensteten die Prioritäten gern in Richtung auf Sicherheitsaspekte und notwendige Grundversorgung reduziert und die Grundversorgung sichergestellt, wobei hier die medizinische Versorgung eher als Störfaktor und nicht als Teil derselben gesehen wird. Was soll der Stationsbedienstete denn tun, wenn während der Essenausgabezeit ein Gefangener zum Konsiliararzt gerufen wird, der nur in dieser Zeit verfügbar ist? Soll er die anderen Gefangenen ohne Essen lassen? Schon fällt der Termin aus und es entsteht eine Auseinandersetzung für den medizinischen Dienst mit dem Gefangenen, ggf. ein aufwendiges Beschwerdeverfahren und schlimmstenfalls eine medizinische Krise. In jedem Fall entsteht ein Mehrbedarf an medizinischen Ressourcen für neues Terminieren und Organisieren. Und auch der Gefangene legt die Schwerpunkte seiner medizinische Versorgung anders, als es fachlich geboten wäre, fest und entscheidet sich im Zweifel eben für die Durchführung eines Besuches anstelle des Arzttermins, auch weil dieser aus seine Sicht ja immer vom System zur Verfügung zu stellen ist, während Besuchszeiten limitiert sind. Die Auswirkungen sind ähnlich, der Aufwand steigt. Ein circulus vitiosus, ein Teufelskreis der Mehrarbeit entsteht.

Abbildung 1
Behandlungsziele in der suchtmedizinischen Versorgung, nach Hannes Strasser[13]



Qualität der medizinischen Versorgung im Vollzug

Betrachtet man die Qualität der vollzugsmedizinischen Versorgung, so ergeben sich sehr unterschiedliche Aspekte. Bei den Insassen kursieren herabwürdigende Einordnungen wie Veterinärmedizin und schlimmere. Bei den Bediensteten wird nicht selten eine Unfähigkeit des medizinischen Apparates gesehen, die Probleme zu lösen, für die er eigentlich gar nicht zuständig ist. Auf Grund knapper Ressourcen und Mangel an qualifiziertem Personal entsteht im medizinischen Dienst ein nicht seltenes Gefühl der Ohnmacht oder Überforderung. Demgegenüber steht ein komplexes Krankengut mit massiven gesundheitlichen Problemen. Studien wie die von Dudeck[10] weisen auf psychische Störungen bei bis zu 95 Prozent der Insassen hin. Die Prävalenzraten für einige ansteckende Krankheiten liegen um ein Vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Angaben von substanzgebundenen Problematiken bei 45 Prozent der Insassen sind keine Überbewertung. Auch für die nicht übertragbaren Erkrankungen wird angenommen, dass diese auch auf Grund des gesundheitsgefährden-

den Lebenswandels vieler Insassen (Rauchen, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel häufig auch außerhalb der Haft) deutlich im Vergleich mit der Normalbevölkerung überrepräsentiert sind und insbesondere auch in früheren Lebensjahren auftreten. Ergänzend zu all diesen echten gesundheitlichen Problematiken kommen die im Vorhergehenden dargestellten, vermeintlich durch die Medizin zu lösenden Aufgaben. Das vollzugsmedizinische System ist dabei darauf ausgelegt, in den Justizvollzugseinrichtungen fachärztlichen allgemeinmedizinischen Standard und Pflege durch medizinisches Fachpersonal vorzuhalten. Auf Grund von Personalmangel ist dies jedoch nicht überall möglich. Die weitergehende Versorgung soll dann im Interesse der vollzuglichen Sicherheit und um Ausführungsaufwände zu reduzieren möglichst ebenfalls intramural erfolgen. Dafür bedienen sich die Anstalten zumeist eines umfangreichen Konsiliararztsystems. Diese Ärzte werden zumeist intramural, jedoch nicht in ihrer gewohnten und für sie optimierten Arbeitsumgebung tätig, sondern müssen mit den Bedingungen zurechtkommen, wie sie diese in den Gefängnissen vorfinden. Defizite in der materiellen Strukturqualität sind vorprogrammiert. In Fachgebieten mit einem geringen Bedarf an apparativer Ausstattung gelingt dies natürlicherweise einfacher als in hochtechnisierten Fächern.

Das extramurale medizinische System und kurzzeitig beschäftigte Kräfte oder Honorarkräfte in der Vollzugsmedizin verfügen im Allgemeinen über wenig oder gar keine Kenntnis der vollzuglichen Rahmenbedingungen und der medizinischen Besonderheiten in Haft. Dieser Umstand erschwert eine effektive Versorgung und löst immer wieder Spannungen aus, welche dann nur mit hohem kommunikativen Aufwand zu nivellieren sind. Demgegenüber verfügen erfahrene (meist hauptamtliche) Anstaltsärzte über tiefgreifendes Systemverständnis, gepaart mit umfangreichem Fachwissen auch zu den juristischen Zusammenhängen und oft gar Expertenwissen für die typischen vollzugsmedizinischen Problematiken. Ach auf Grund umfangreicher Systemerfahrung bewahren sie den Vollzug häufig vor Eskalation, Kosten und Krisen und leisten hervorragende Arbeit sowohl als Hausarzt wie auch als Gutachter.

Betrachtet man nun die Qualität der vollzugsmedizinischen Versorgung aus wissenschaftlicher Sicht, stößt man gleich auf die Schwierigkeit, Qualität in der Medizin überhaupt zu messen. Für die Gebiete der Infektionserkrankungen, psychischen Störungen und Suchtproblematiken sind ausreichende Daten dar, die es erlauben die Dimension dieser Probleme im Vollzug zu erfassen. Die Datenlage für Interventionen ist schon deutlich dünner und beschränkt sich im Wesentlichen auf Substitutionszahlen und wenige spezielle Behandlungen. Schon für Impfungen oder Testungen auf Infektionskrankheiten gibt es nur sehr begrenzt aussagefähige Daten. Fragt man im Sinne der Ergebnisqualitätsabfrage schließlich nach Erfolgen medizinischer Maßnahmen, sind so gut wie keine vollzugsrelevanten Daten verfügbar. Eine vollzugsmedizinische Versorgungsforschung ist nicht etabliert. Eine Ausrichtung der Versorgung erfolgt allenfalls an Hand von Leitlinien der Fachgesellschaften. Wissenschaftliche Absicherung und Überprüfung sowie Abbildung der Vollzugmedizin in der Lehre sind in Deutschland nicht etabliert.

Abschließend soll auf die Problematik der Vergleichsgruppe bei der Beurteilung der medizinischen Leistungen eingegangen werden. Wenn wir beispielsweise feststellen, dass 66 % von allen nachgewiesenermaßen HIV-infizierten Gefangenen in einer großen Justizvollzugsanstalt mit HIV-Medikamenten[11], mit der antiretroviraler Medikation behandelt werden, so ist es a priori nicht klar, ob dies gut oder schlecht ist. Verglichen mit einer HIV-Schwerpunktpraxis wäre das Ergebnis wohl verbesserungswürdig, im Vergleich mit einer Substitutionspraxis wäre dies ein eher guter Wert. In Bezug zu anderen Justizvollzugeinrichtungen ist der Vergleich auch nicht einfach, da schon beispielweise die Art der Einrichtung (offen, geschlossen, Frauen, Jugendliche) eine unterschiedliche Einordnung erfordert. Bleibt noch die longitudinale (im Zeitverlauf wiederholte) Betrachtung, in wie weit dieser Anteil steigt oder fällt. Dann ist immer noch die Frage zu stellen, welche anderen Rahmenbedingungen sich in der Zwischenzeit ebenfalls verändert haben. Auch diese Vergleiche helfen nur bedingt. Somit eignet sich eher eine andere Herangehensweise: Es gilt mit Qualitätsmanagementverfahren[12] zu definieren, welche Gefangenen beispielsweise einer Behandlung bedürfen und zu prüfen, wie viele diese tatsächlich wie geplant erhalten. Diese Prüfungen sollten selbstverständlich auch internen und externen Audits standhalten. Es wäre ein Ansatz zu fragen, wie viele Bluthochdruckpatienten einen Zielblutdruck im Bereich der Norm und wie viele Diabetiker einen normalen Blutzuckerwert erreichen. Würde es dann gelingen, den Anteil der gut Eingestellten zu heben, spräche das für erfolgreiche Vollzugsmedizin. Strittig wird bleiben, welcher Anteil der Erkrankten „normalisiert" werden kann, da es immer auch der Mitarbeit des Patienten bedarf und die ist im Gefängnis anders als beim Hausarzt in Freiheit. In der Ressourcenplanung ist zudem zu berücksichtigen, dass auf Grund des Vertrauensdefizits und der systembedingten Umstände oft eine umfangreiche Motivationsarbeit in Hinblick auf die Durchführung geeigneter medizinischer Maßnahmen erforderlich ist.

Ein weiterer Ansatz der Einordnung ist durch die Beurteilung von Sekundärdaten möglich. Hier können zum Beispiel die verbrauchten Impfstoffmengen die präventiven Anstrengungen in den Einrichtungen belegen oder der Verbrauch von Substitut die Beurteilung der Substitutionsbehandlungen ergänzen. Durch den Verbrauch von Interferon lässt sich der Stand der Hepatitis C Behandlung abschätzen.

Auch durch Auswertung von Laboranforderungen oder Überweisungszahlen kann eine weitergehende Einordnung der Leistungen vorgenommen werden, wenn es hierbei nicht darum geht, den Ressourcenverbrauch durch Kontrolldruck zu minimieren. Darüber hinaus sollte es zwingender Standard sein, dass medizinische Diagnosen dokumentiert und klassifiziert werden. Dies erlaubt endlich eine Prävalenzstatistik und die Ressourcenplanung für therapeutische Leistungen und damit eine effektive Qualitätssicherung.

1 § 3 Abs. 1 StVollzG Bund bzw. analoge landesspezifische Regelungen
2 Pont J, Stöver H, Wolff H (2012) Dual loyalty in prison health care. American Journal of Public Health 102(3):475-480
3 Exemplarisch JVollzDSG Berlin, § § 52, 53
4 Patientenrechtegesetz: § § 630 a BGB ff
5 Weltärztebund, WMA Resolution on Physician Participation in Capital Punishment, http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c1/ Zugriff 03.08.2013
6 Weltärztebund: Handbuch der ärztlichen Ethik, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/WMA_aerztliche_Ethik.pdf; Zugrff 03.0.2013
7 Genfer Erklärung zur Gesundheitversorgung in Haft (2012): http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Genfer%20Erklaerung%202012%20D%20060312.pdf Zugriff 03.08.2013
8 § 17 Grundgesetz
9 Spitz J.; Vitamin D im Justizvollzug, Vortrag 30.04.13, JVK Berlin
10 Dudeck M., Kopp D., Kuwert P., Drenkhahn K., Orlob S., Lüth H.J., Freyberger HJ., Spitzer C.: Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt, Psychiat Prax 2009; 36: 219-224
11 eigene Daten, erhoben 2012 JVA Tgl, Berlin
12 KTQ: http://www.ktq.de; Zugriff 03.08.2013
13 Strasser H.; Opiatabhängigkeit: Aktuelle Behandlungsmethoden und Standards der Substitutionstherapie, Vortrag 24. Sept. 2009, 7. SGAMSP – Jahrestagung; veröffentlicht unter http://amsp.de/lib/exe/fetch.php?media=publikum:vortrag_h._strasser.pdf Zugriff 05.08.13 mit freundlicher Zustimmung des Autors

Dr. med. Marc Lehmann
Leitender Medizinaldirektor
Ärztlicher Direktor des Justizvollzugskrankenhaus Berlin in der JVA Plötzensee und Leiter des Anstaltsärztlichen Dienstes Berlin

Das Nds. Justizvollzugskrankenhaus in der JVA Lingen: Entwicklung und Veränderungsprozesse

Kerstin Ebbecke, Salomon Nadjiri, Roland Schauer

I. Die baulichen Entwicklungen der letzten 5 Jahre

Die Justizvollzugsanstalt Lingen ist eine Anstalt, die sich an fünf Standorten befindet. Es gibt 834 Haftplätze für Strafgefangene in Lingen (82) und Groß Hesepe (262), für Untersuchungsgefangene in Lingen (29) und Osnabrück (454), für den offenen Vollzug in Lingen Damaschke (258) und in Osnabrück Schinkelstraße (37) und für 46 Gefangene der Sozialtherapie. Das Nds. Justizvollzugskrankenhaus in der JVA Lingen hat 77 Betten für Gefangene aus den Bundesländern Niedersachsen und Bremen.

Das Nds. Justizvollzugskrankenhaus in der JVA Lingen befindet sich in einem Gebäude aus dem Jahre 1854. In dessen Dachgeschoss befindet sich der größte Teil der Verwaltung der JVA Lingen. Zum Krankenhaus in Lingen gehören neben zwei Operationsräumen weitere Behandlungsräume für fachärztliche Untersuchungen, eine chirurgische Station, eine Station für Inneres und Allgemeinmedizin, eine Langzeitbehandlungsstation, eine psychiatrische Abteilung, eine physiotherapeutische Abteilung, sowie ein Labor und eine Röntgenabteilung. Die letzten Sanierungsmaßnahmen wurden in den 70er Jahren vorgenommen. Alle Räumlichkeiten im Nds. Justizvollzugskrankenhaus waren daher, wen wundert es, in die Jahre gekommen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Justizvollzuges sind in der Regel sehr bescheiden in ihren Ansprüchen, weil insbesondere diejenigen, die schon etwas mehr an Dienstjahren hinter sich haben, Arbeits- und Unterbringungssituationen für Gefangene erlebt haben, die mit heutigen Augen betrachtet als unzulässig und auch als unwürdig angesehen werden müssen. Die These „Justizvollzug bei leeren Kassen" kennt wohl jeder. Diese Haltung führt dazu, dass man oft schlechte Bedingungen im Justizvollzug als normal empfindet. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht gleich bei Kenntnisnahme dieser Rahmenbedingungen von der Einstellung oder weiteren Beschäftigung Abstand nehmen, gewöhnen sich schnell an das Arbeitsumfeld und kommen dann bald zu dem Ergebnis, dass das wohl im Justizvollzug alles so sein müsste. Wenige äußern gelegentlich, insbesondere, wenn bei Besuchen die Arbeits- und Unterbringungsmöglichkeiten für Gefangene als peinlich empfunden werden, dass man eigentlich auch mal sanieren müsste. Aber im „Knast" ist das ja nicht so einfach …

Beim Bauen in der Nds. Landesverwaltung unterscheidet man zwischen einer Bauunterhaltung, dafür ist das Staatl. Baumanagement zuständig, kleinen Neu- Um- und Erweiterungsbauten (KNUE-Maßnahmen) und großen Baumaßnahmen. Für die beiden zuletzt genannten Maßnahmen ist das Nds. Justizministerium in Hannover zuständig.

Große Baumaßnahmen haben in der Regel einen Vorlauf von ca. 10 Jah-

ren. Sie werden in der mittelfristigen Finanzplanung der Landesregierung erfasst. Häufig gibt es Festlegungen der Landesregierung, dass wegen der angespannten Haushaltslage große Baumaßnahmen nicht angemeldet werden dürfen.

Die kleinen Neu- Um- und Erweiterungsbauten, die nicht mehr als 1 Millionen Euro kosten dürfen, sind auf wenige Maßnahmen pro Jahr beschränkt. Maßnahmen, die aus Sicherheitsgründen notwendig sind - besondere Vorkommnisse verändern hier ganz schnell die Priorität - Brandschutzmaßnahmen oder bauliche Zustände, die die Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Gefangenen gefährden, bestimmen die Reihenfolge dieser durch das Nds. Justizministerium Hannover finanzierten Baumaßnahmen. Bei besonders angespannten Haushaltssituationen werden auch diese Maßnahmen zurückgestellt.

Nur durch ein gutes, zielorientiertes und verständnisvolles Miteinander zwischen Staatlichem Baumanagement, Justizministerium und Justizvollzugsanstalt kann man trotz leerer Kassen in verschiedenen baulichen Abschnitten etwas erreichen.

Bei einem Besuch 2008 durch das Gewerbeaufsichtsamt in Oldenburg und

das Gesundheitsamt des Landkreises Emsland wurden im Bereich der Operations- und Behandlungsräume des Nds. Justizvollzugskrankenhauses aufgrund geänderter Hygienevorschriften Mängel festgestellt, die umgehend abzustellen waren. Die Situation wurde dem Justizministerium vorgetragen und es wurde abgewogen, ob Operationen der Gefangenen in dem bisherigen Leistungsumfang auch außerhalb der JVA wirtschaftlich und aus Sicherheitsgründen vertret- und leistbar wären. Vieles sprach für die Weiterführung der Operationen im Nds. Justizvollzugskrankenhaus der JVA Lingen. Daraufhin hat das Justizministerium die baufachliche Beratung beauftragt. Die Maßnahme durfte nicht mehr als 1 Million Euro kosten. Die Planung wurde dank der guten Beratung durch das Staatliche Baumanagement zeitgerecht und in dem vorgegebenen Kostenrahmen abgeschlossen. Schon im Jahr 2009 konnten die Operations- und Behandlungsräume als kleine Neu- Um- und Erweiterungsbaumaßnahme finanziert, saniert und zum Teil neu ausgestattet werden. Jetzt war der krasse Unterschied zwischen den neuen Operations- und Behandlungsräumen und den alten Stationsräumlichkeiten für jeden deutlich erkennbar. Es gab kein Zurück.

Die Unterbringungsstationen mussten ebenfalls saniert werden. Alle waren sich einig; es waren nur keine finanziellen Mittel vorhanden. Und: das Gebäude, in dem sich das Niedersächsische Justizvollzugskrankenhaus befindet, war nicht primär als Krankenhaus gedacht. Dementsprechend sind die räumlichen Aufteilungen nicht für ein Krankenhaus typisch. Nun sind bei einem Gebäude, das lange genutzt wurde, die Möglichkeiten beim Umbau häufig eingeschränkt. Mauerversetzen fällt oft schwer. Unkonventionelle Ideenentwicklungen und freies gestalterisches Denken sind aber gerade beim Umbau gefragt. Es wurde bei den Renovierungen des Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhauses in Lingen von Anfang an großen Wert auf ein kreatives Denken auf allen Ebenen und Stufen gelegt. Das Zusammenwirken von Krankenhausbauern, Krankenhauseinrichtern und Denkmalpflegern war von Anfang an optimal gegeben. Sehr hohe Bedeutung hatten die Anregungen und Hinweise der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Hier war die Idee, zunächst alle Ideen in einen Topf zu werfen, um sie später zu sortieren. Nicht zu unterschätzen waren auch die Hinweise von Patienten, denn es sind diese Menschen, die die meiste Zeit in den verschlossenen Krankenzimmern aushalten müssen. Kein geringerer als der berühmte Gefangene Nelson Mandela sagte: „Die Zelle ist der ideale Ort zur Selbstverwirklichung."

In vielen Gesprächen haben wir versucht, Politik, Justizministerium und Staatliches Baumanagement mit „ins Boot" zu holen. Die Unterstützung wurde von allen zugesagt; aber: es war kein Geld verfügbar.

Gemeinsam mit dem Staatlichen Baumanagement haben wir bei der jährlichen Priorisierung der Bauunterhaltung festgelegt, dass die Sanierung der damaligen Station Innere II erfolgen muss. Noch heute sind wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Staatlichen Baumanagements dankbar, dass sie diesen Weg mit uns gegangen sind.

Die Sanierung sollte und musste bei fast vollem Dienstbetrieb erfolgen. Glücklicherweise konnten die erforderlichen Mittel in der Bauunterhaltung zur Verfügung gestellt werden und die Sanierung konnte beginnen. Es gelang uns eine Sanierung, die keinen Vergleich mit Bedingungen öffentlicher Krankenhäuser scheuen musste. Wichtige Aspekte des Infektionsschutzgesetzes, die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. waren zu beachten. Grundsätzlich unterscheidet sich das Gebäude für ein Justizvollzugskrankenhaus nur unwesentlich von den Strukturen eines

normalen Krankenhauses, abgesehen von den berühmten„schwedischen Gardinen“ vor den Fenstern. Die Aufteilung in 2- und 3-Bett-Zimmer ist üblich. Einzel- und behindertengerechte Räume sind vorzuhalten mit entsprechenden Toiletten und Waschgelegenheiten. Alle Bäder sind zwischenzeitlich behindertengerecht angelegt. Selbst Sauberkeit und die Einhaltung von hygienischen Standards bekamen wie von selbst plötzlich eine andere Bedeutung. Die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch die Unterbringungsstandards für Gefangene waren so deutlich verbessert, dass es absolut als Verpflichtung angesehen werden musste, nun auch die übrigen Stationen zu sanieren.

Unsere weiteren Bemühungen wurden durch das Justizministerium und durch das Staatliche Baumanagement mit großem Engagement unterstützt. Gemeinsam konnten die weiteren Sanierungsschritte erreicht werden. Dabei ist noch deutlich in Erinnerung, dass um alle Finanzmittel für jeden Sanierungsabschnitt neu geworben werden musste, Haushaltssperren bzw. Veränderungen in der Priorisierung von Baumitteln mussten überwunden werden. Heute sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen. Sie sind stolz, ihr Krankenhaus zu präsentieren. Die Arbeit hat einen deutlichen Qualitätssprung nach vorne gemacht. Die Gefangenen haben eine gute stationäre Versorgung. Das Krankenhaus hat bei den Gefangenen mehr Vertrauen gewonnen. Die Zufriedenheit auch bei den Gefangenen ist deutlich höher als vor der Sanierung. Fachärzte, die von außerhalb in die Anstalt kommen, loben die Bedingungen im Nds. Justizvollzugskrankenhaus in der JVA Lingen. Wir konnten neue Ärzte gewinnen, die zufrieden sind. Unter den vorherigen Bedingungen wären sie nicht gekommen.

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 2011 in den 2045 Krankenhäusern 502.029 Betten (Angabe Statistisches Bundesamt (1)). Das entspricht einer Bettenkapazität von 6,14 Betten pro 1000 Einwohner. Für den Niedersächsischen Vollzug mit etwa 6.000 Gefangenen würde sich somit eine Bettenzahl von 36 errechnen lassen. Dass tatsächlich dem Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus 77 Betten zur Verfügung stehen, lässt sich durch die Besonderheit der medizinischen Behandlung im Vollzug erklären. So ist zum Beispiel die Entlassung der Patienten an besondere Transporttage gebunden, häufige ambulante Facharztvorstellungen außerhalb der Justiz lassen sich durch einen Aufenthalt im JVK vermeiden.

II. Personelles

Die Tätigkeit im Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus ist eine verantwortungsvolle Aufgabe. Eine gute fachliche Qualifikation ist daher eine unverzichtbare Grundlage. Das ärztliche und das Pflegepersonal im Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus Lingen arbeitet Hand in Hand. Das Pflegepersonal besteht aus examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen. Die Ärzte im JVK haben nach ihrer Facharztausbildung mehrere Jahre in öffentlichen Krankenhäusern gearbeitet und verfügen somit über große Erfahrungen in der klinischen Tätigkeit. Im Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus arbeiten 10

Ärzte hauptamtlich in Voll- oder Teilzeittätigkeit und 5 nebenamtliche Konsiliarärzte. Für spezielle Krankheitsbilder werden externe Fachärzte konsultiert. Es sind insgesamt 52 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger, 2 Röntgen-Technische Assistenten, 3 Medizinisch-Technische Assistentinnen, 2 Physiotherapeuten tätig. Außerdem sind eine Diabetesassistentin, 1 Zahnarzthelferin, 1 Anästhesieschwester sowie 3 OP-Schwestern beschäftigt. Des Weiteren wird in Kürze eine Hygienefachkraft ihre Arbeit im JVK aufnehmen.

Das Niedersächsische Justizvollzugskrankenhaus ist als Weiterbildungsstätte von der Ärztekammer Niedersachsen zugelassen. Wir können somit für den Nachwuchs im ärztlichen Bereich unseren Beitrag leisten.

III. Leistungsspektrum des Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhauses Lingen

Die Hauptaufgabe des Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhauses ist es, die medizinische Grundversorgung der Inhaftierten in Niedersachsen und im Bundesland Bremen zu gewährleisten. Hierbei erfolgte die Versorgung der Patienten in 3 Hauptabteilungen: Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Chirurgie und Psychiatrie. Eine Station für chronisch Kranke (5 Betten) und Frauen (5 Betten) wird interdisziplinär von der chirurgischen und der internistisch-allgemeinmedizinischen Abteilung belegt.

Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung des Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhauses übernimmt die operative stationäre Behandlung. Außerdem gehört die chirurgische ambulante Versorgung der Inhaftierten sowohl in der Hauptanstalt mit Nebenabteilungen als auch für die benachbarte Anstalt in Meppen dazu. Das gesamte chirurgische Spektrum der Behandlung ist in einer Broschüre im „Leistungskatalog des Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus“ erschienen.

In den letzten zwei Jahrzehnten ist das Leistungsspektrum der Chirurgischen Abteilung stetig erweitert worden. Die ambulante Behandlung umfasst die typischen Bagatellsportverletzungen, Verbrühungen oder Verbrennungen, Schnittverletzungen, Platzwunden bis hin zu Abszessinzisionen. Das operative Behandlungsspektrum umfasst die allgemein chirurgischen Eingriffe, bei denen eine intensive medizinische Nachbehandlung nicht vorgesehen ist. Eine Intensivstation steht nicht zur Verfügung. Dies ist sowohl aufgrund einer geringen Anzahl der hierfür in Frage kommenden Patienten als auch wirtschaftlich nicht angezeigt. Als OP-Verfahren steht nicht nur die offene Chirurgie sondern auch die moderne Minimalinvasiv-Chirurgie (MIC) zur Verfügung. Die laparoskopische Operation der Gallenblase gilt heute als Goldstandard. Nach dem Äquivalenzprinzip wird dieses moderne Behandlungsverfahren im Niedersächsischen Justizvollzugskrankenhaus angeboten. Auch die Kniegelenksspiegelung mit der entsprechenden Video- und Fotodokumentation ist eine Säule der chirurgischen Behandlung.

Die zahlreichen positiven Feedbacks der Patienten haben uns immer wieder bestätigt, dass unsere medizinische Behandlung von vielen Patienten gerne angenommen wird.

Im Rahmen der Resozialisierung äußern viele Patienten den Wunsch auf Entfernung von Tätowierungen mit abstoßenden oder menschenverachtenden Darstellungen. Soweit chirurgisch technisch möglich, werden im JVK

Tätowierungen am nicht mit Kleidung kaschierbaren Körperbereich (Gesicht und Hände) operativ entfernt. Hier steht die Chirurgie im Vollzug im Dienst der Gesellschaft.

Abteilung für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Verbunden mit der baulichen Sanierung und Umstrukturierung des Nds. JVK ist auch die Entwicklung der Inneren Abteilung vorangeschritten. Ziel der Veränderungen war und ist es hierbei immer, das Leistungsspektrum der Abteilung zu erweitern und dem landesweiten Bedarf anzupassen. Gleichzeitig sollen Qualitäts- und Hygienestandards dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

Von den maximal 32 belegbaren Betten befinden sich zwei im sogenannten Wachzimmer. Zwei Hafträume sind mit behindertengerechten Sanitärräumen ausgestattet. Ein Einzel- und ein Doppelhaftraum verfügen über eigene Duschen, so dass hier zu isolierende Patienten gemäß Hygienestandard untergebracht werden können. Die Aufnahme von Patienten mit Infektionskrankheiten wie beispielsweise Tuberkulose ist somit möglich. Früher immer wieder notwendige Sperrungen der übrigen Betten des jeweiligen Haftraums und täglich aufwendige Desinfektionsmaßnahmen in den Gemeinschaftsduschräumen entfallen dadurch. Das Infektionsrisiko von Mitpatienten und Bediensteten ist minimiert.

Das Leistungsspektrum hängt neben der räumlichen Ausstattung und Zusammenstellung der medizintechnischen Geräte im Wesentlichen von der Anzahl, der Qualifikation und Weiterbildung der beschäftigten Ärzte und des Pflegepersonals ab.

Es werden Patienten mit sämtlichen internistischen Krankheitsbildern behandelt, die keiner intensivmedizinischen Behandlung oder Überwachung bedürfen. Außerdem werden allgemeinmedizinische Patienten aufgenommen,

deren Behandlung aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes oder der Diagnostik, der Begleiterkrankungen oder der notwendigen Vorstellungen bei sonstigen Fachärzten die Kapazitäten der Justizvollzugsanstalten übersteigen würden. Hierfür nutzen wir die Konsiliararztsprechstunden der Fachdisziplinen Psychiatrie und Neurologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie und Urologie. Konventionelle Röntgenaufnahmen, teils auch mit Kontrastmittelgabe oder Durchleuchtung, werden durch einen Röntgenfacharzt beurteilt. Das hauseigene Labor führt die Basisdiagnostik hinsichtlich Serum-Chemie, Blutbild, Gerinnungsdiagnostik, Urinlabor und Drogenscreenings durch.

Die zur Verfügung stehenden medizintechnischen Geräte entsprechen durchweg modernem Standard. Es werden EKGs, Langzeit-EKGs und Belastungs-EKGs sowie Lungenfunktionsdiagnostik durchgeführt. Ultraschallgeräte mit Doppler-, Duplex-sonographie und Echokardiographie (Herzultraschall) sind vorhanden. Regelmäßig werden endoskopische Untersuchungen (Magen- und Darmspiegelungen) durchgeführt, wobei die Kapazitäten in den letzten Jahren erweitert wurden, so dass auch Vorsorge-Darmspiegelungen für alle über 55jährigen Gefangenen mit längeren Haftstrafen angeboten werden können (äquivalent zu Krebsvorsorgeuntersuchungen im öffentlichen Gesundheitssystem). Umfassende physio-therapeutische Maßnahmen können im Hause verordnet werden.

Nicht zuletzt durch die ansprechende Arbeitsumgebung nach der Sanierung konnten im Ärzteteam der Abteilung für Innere Medizin und Allgemeinmedizin mittlerweile alle Arztstellen (inkl. der Beschäftigung einer Weiterbildungsassistenzärztin) besetzt werden. Dadurch wurde auch das Angebot der ambulanten Versorgung ausgeweitet. In der Internistischen Ambulanz finden ca. 800 Patientenvorstellungen jährlich statt, daneben seien das Abhalten einer regelmäßigen Substitutionssprechstunde für die JVA Lingen und das Angebot zur Auswertung von Langzeit-EKGs auch für andere Anstalten genannt. Im stationären Bereich ist die Anzahl der Drogenentgiftungen deutlich zurückgegangen, da diese in den letzten Jahren zunehmend in den einzelnen Haftanstalten ambulant durchgeführt werden. Auch die Anzahl rein psychiatrisch erkrankter Gefangener auf der Station für Innere Medizin und Allgemeinmedizin ging durch die Einrichtung der psychiatrischen Station im JVK erheblich zurück. Eine Konzentration auf fachspezifische Erkrankungen wurde somit möglich. Hierdurch und durch die Vorhaltung behindertengerechter Hafträume können erkrankte Gefangene früher aus öffentlichen Krankenhäusern übernommen werden, Rehabilitationsmaßnahmen können durchgeführt werden, Diabetesschulungen finden regelmäßig statt, zunehmend ältere oder körperlich behinderte Straftäter werden als haftfähig beurteilt. Die Versorgung all dieser Patienten braucht aber nicht nur eine angemessene ärztliche Betreuung sondern auch ein gut ausgebildetes Krankenhausteam. Auf der Station arbeiten examinierte Krankenschwestern und -pfleger, die sich zusätzlich weiterbilden (z.B. zur Diabetesassistentin oder zum Wundmanager). Auch das Physiotherapeutenteam ist hochqualifiziert und verfügt über spezielle Kenntnisse z.B. in Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, Kardiotraining, Badetherapie etc. Pflegepersonal wie Physiotherapeuten und Röntgenassistenten arbeiten hier aber nicht nur in ihrem „Erstberuf" sondern sind gleichzeitig (anders als in Justizvollzugskrankenhäusern anderer Bundesländer) auch ausgebildete Justizvollzugsbeamte. Sie sorgen für die Sicherheit auf der Station, bewachen die Freistunde, begleiten bei Vorführungen in externen Krankenhäusern oder Arztpraxen etc. Für viele vollzugliche Probleme der Patienten gibt es somit ständig Ansprechpartner und oft unkomplizierte Lösungen. Die Ärzte werden aktiv in das Personalmanagement des JVKs einbezogen und führen die Korrespondenz mit den Justizbehörden in Fragen der medizinischen Haftfähigkeit. Sie sind aktiv bei Weiterbildungsfragen und im Team der Gesundheitsförderung der JVA. Des Weiteren vertreten sie zeitweise den Anstaltsarzt der JVA Lingen und der Abteilung Groß Hesepe.

IV. Ausblick

Der Ausblick in die nähere Zukunft des JVK lässt drei wichtige Trends erkennen:

1. **Die zunehmende Zahl der Gefangenen mit hohem Lebensalter**
   Entsprechend werden noch mehr Behinderten gerechte Hafträume in den nächsten Jahren benötigt. Auch eine zumindest zeitweise räumliche Trennung der Älteren von jungen Erwachsenen (z.B. mit Drogenproblematik oder Aggressivität) erscheint sinnvoll. Pläne zur Erweiterung des JVK haben wir schon im Kopf, allerdings dürfte ihre Umsetzung noch in fernerer Zukunft liegen. Personell ist die Pflege und Betreuung älterer Gefangener und körperlich Behinderter aufwendiger. Eine entsprechende Aufstockung des Pflegepersonals wäre wünschenswert.

2. **Der ständig bestehende und sich verschärfende Kostendruck**
   Die Kosten im Gesundheitswesen steigen ständig. Leistungen, die wir extern „einkaufen" müssen, erhöhen sich ebenso im Preis wie unsere Personalkosten. Anstrengungen bei der Kosteneindämmung bringen aber unter Umständen enorme Flexibilitäts- und/oder Qualitätseinbußen mit sich. Der Trend der Rentenversicherungen, Inhaftierten für eine notwendige Reha-Maßnahme im Sinne einer Anschlussheilbehandlung nach schwerer akuter Erkrankung (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt oder Bypass-Operation) aus der Akutklinik heraus keine Kostenzusage mehr zu gewähren, führt dazu, dass im JVK zunehmend qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen inklusive Ergotherapie, Logopädie und Ernährungsberatung etc. angeboten werden müssen, was unsere Kosten in die Höhe treibt, so lange entsprechende Fachkräfte aus externen Praxen hierfür ins JVK kommen müssen. Im Gegensatz dazu könnte durch geringe Personalaufstockung und räumliche Ausweitung inkl. Anschaffung entsprechender Geräte die Physiotherapieeinheit im JVK vergrößert werden. Pläne hierzu existieren ebenfalls bereits. Eine Optimierung der Bettenauslastung könnte dagegen die Effizienz des JVK steigern. Denkbar wäre die Aufnahme kranker Gefangener anderer Bundesländer. Die Entwicklung einer kostendeckenden Tagessatzberechnung zur möglichen Abrechnung mit anderen Bundesländern ist Thema einer Masterarbeit, die im Rahmen eines Studienganges BWL für Ärzte bearbeitet wird.

3. **Fortschreitende Computerisierung und Vernetzung**
   Viele der im JVK genutzten Medizintechnik-Geräte arbeiten digital und sind mit Schnittstellen zur Vernetzung versehen. Zum schnelleren Da-

tenaustausch und zur Optimierung der Abläufe fehlt derzeit noch ein sog. Krankenhausinformationssystem (KIS) als internes Netzwerk. Die bestehenden Datenschutzrichtlinien stellen hier eine große Hürde da. Außerdem entspricht ein 77-Betten-Krankenhaus nicht der allgemeinen Normgängige KIS öffentlicher Krankenhäuser sind meist überdimensioniert und teuer in Anschaffung wie Unterhaltung, Arztpraxis-Software ist meist nicht umfangreich genug und stellt andere Ansprüche als das JVK. Komplett unnötig für das JVK sind in allen entsprechenden Systemen die Abrechnungsmodule mit den Krankenkassen, die – und das ist der große Vorteil des JVK – bei uns nicht benötigt werden. Ein großes Anliegen für die Arbeit im Medizinsektor des Justizvollzuges wäre uns eine länderübergreifende Zusammenarbeit mit den übrigen Justizvollzugskrankenhäusern des Bundesgebietes. Kooperationsmöglichkeiten sehen wir zum Beispiel in der gemeinsamen Patientenversorgung und erleichterten Verlegung zwischen den Vollzugskrankenhäusern. Gleichzeitig sehen wir aber auch einen enormen Nutzen in gegenseitigen Hospitationen, gemeinsamen Fortbildungen bundesweit sowie Zusammenarbeit bei der Weiterbildung und Nachwuchssuche. Gemeinsames Nutzen von teuren apparativen Ausrüstungen, z. B. Lasergerät zur Entfernung von Tätowierungen, könnte die Kosteneffizienz erhöhen oder die Anschaffung solcher Geräte erst ermöglichen. Die Geräte können als sog. Sharing-Geräte in regelmäßigen Abständen den verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

V. Fazit

Im „Knast" krank zu werden, wird oft als doppelte Bestrafung betrachtet. Da die Patienten von Angehörigen und Freunden getrennt sind, wirkt oft die Behandlung in einem Vollzugskrankenhaus als sehr belastend. Die Situation wird zusätzlich erschwert, da der Patient keine freie Arztwahl hat und die Behandlung, soweit sie im Vollzugskrankenhaus durchführbar ist, dort erfolgen muss. Es gilt daher, die Skepsis und die Vorurteilte des Patienten abzubauen. Hierfür sind ein menschlich korrekter Umgang mit dem Patienten, saubere, den aktuellen hygienischen Erfordernissen entsprechende Räumlichkeiten von großer Bedeutung.

Veränderungen im Justizvollzug ,insbesondere bauliche Veränderungen, kann man nur mit sehr viel Geduld, überzeugender Argumentation, guter Zusammenarbeit aller Beteiligten und zielgerichteter Öffentlichkeitsarbeit erreichen.

Es ergeben sich auch nach Abschluss der baulichen Sanierung des JVK vielfältige Aufgaben und Entwicklungsmöglichkeiten für die nahe und etwas fernere Zukunft im JVK. Aber schon heute bleibt festzustellen: durch die hohe Qualifikation der Bediensteten aber auch durch das gelebte Leitbild der JVA Lingen und die ansprechende bauliche und raumgestalterische Ausstattung des JVK hat sich in den letzten Jahren ein ruhiges und gesundheitsförderndes Klima entwickelt, welches sich in vielerlei Hinsicht von der Situation des normalen Haftalltages unterscheidet.

1 https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahre.html

Roland Schauer
Leitender Regierungsdirektor
Dipl. Verwaltungswirt
Leiter der JVA Lingen seit 2007
Leiter der JVA Lingen Damaschke von 2003 bis 2007
Stellvertr. Leiter der JVA Lingen von 1990 bis 2002
Roland.schauer@justiz.niedersachsen.de

Dr. Salomon Nadjiri
Leitender Medizinaldirektor
Ärztlicher Direktor des Nds. Justizvollzugskrankenhauses seit 2007
Facharzt für Chirurgie in der JVA Lingen seit 1991
Salomon.Nadjiri@justiz.niedersachsen.de

Dr. Kerstin Ebbecke
Medizinaldirektorin
Fachärztin für Allgemeinmedizin in der JVA Lingen seit 2004
Kerstin.Ebbecke@justiz.niedersachsen.de

Von der königlich-bayerischen Irrenanstalt zur freistaatlichen psychiatrischen Abteilung

Anja Ellinger, Gregor Groß, Robert Steinhuber, Wolfgang Thalhofer

Die psychiatrische Abteilung der Justizvollzugsanstalt Straubing – ein Überblick.

In die Justizvollzugsanstalt Straubing ist eine eigene psychiatrische Abteilung integriert (Bild 1). Diese Abteilung, welche sich in einem eigenständigen Gebäudekomplex befindet, wurde bereits 1917 zum Zwecke eines spezialisierten Behandlungsangebotes innerhalb des Strafvollzuges eröffnet. Wie in Freiheit so kann auch bei in Haft befindlichen Menschen eine psychische Erkrankung oder eine krisenhafte Zuspitzung einer Belastungssituation auftreten.

Der Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Abteilung umfasst 25 Justizvollzugsanstalten in den vier Regierungsbezirken Oberpfalz, Niederbayern, Oberbayern und Schwaben. Stationäre Aufnahmen erfolgen aufgrund ärztlicher Überweisungen aus den betreffenden Justizvollzugsanstalten. Die vollzugliche Zuständigkeit der zuverlegenden Justizvollzugsanstalt dauert während der Behandlungszeit unverändert an. Der Aufenthalt in der hiesigen psychiatrischen Abteilung ist nicht zu verwechseln mit dem Status einer Unterbringung in einer Forensischen Klinik gemäß §§ 63 oder 64 StGB. Diesbezüglich wird angemerkt, dass sich eine solche Maßregelvollzugseinrichtung im Straubinger Stadtteil Lerchenhaid befindet.

Laut Vollstreckungsplan für den Freistaat Bayern ist die Abteilung zuständig für Gefangene, die vorübergehend einer stationären psychiatrischen oder neurologischen Behandlung bedürfen. Aufgabe der psychiatrischen Abteilung ist die Versorgung akut erkrankter Gefangener, die bereits eine Haftstrafe verbüßen oder die sich bereits in Untersuchungshaft befinden.

Mit Beginn der stationären Aufnahme in der hiesigen psychiatrischen Abteilung erfolgt eine fachärztliche Abklärung der aktuellen Beschwerden des Betroffenen. Die weitere stationäre Verweildauer richtet sich in Absprache mit dem Patienten nach dessen individuellem Krankheitsbild und den weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten in der für ihn zuständigen Justizvollzugsanstalt. Ziel ist eine baldige Stabilisierung und Gesundung des Patienten, sodass dieser wieder in den sogenannten Normalvollzug (Untersuchungshaft oder Strafhaft) zurückverlegt werden kann. Die stationäre Verweildauer liegt im Bereich von einer Woche bis zu mehreren Monaten, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einige Wochen beträgt. Die Behandlungsmöglichkeiten und die personelle Besetzung orientieren sich an zeitgemäßen und jeweils aktualisierten Maßstäben der Qualitätssicherung wie sie in vergleichbaren Abteilungen zur Behandlung psychisch Erkrankter außerhalb des Strafvollzuges üblich sind.

In der hiesigen psychiatrischen Abteilung stehen 36 stationäre Behandlungsplätze als Einzelhafträume oder Gemeinschaftsräume, je nach bereits erreichter sozialer Kompetenz des Patienten, zur Verfügung (Bild 5). Eine Fachärztin und zwei Fachärzte für die Gebiete Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, 14 Krankenpfleger, ein Beschäftigungstherapeut sowie ein Sozialpädagoge bilden das therapeutische Team. Das Behandlungsangebot beinhaltet neben der fachärztlichen Betreuung die Hilfe in sozialen Angelegenheiten (soziale Einzelfallhilfe). Mittels der Beschäftigungstherapie können auch praktisch-kreative Impulse und Angebote gegeben und genutzt werden (Bild 7). Die Gefangenen können sich aus der Bücherwand der Abteilung selbst bedienen oder die Bestellbibliothek der Anstalt mit knapp 14.000 Büchern nutzen (Bild 8). Außerdem ist die Inanspruchnahme der in der Justizvollzugsanstalt Straubing tätigen sogenannten Fachdienste wie Psychologen, Seelsorger und Suchtberater möglich.

Die Geschichte der psychiatrischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Straubing

Eine als wissenschaftlich zu bezeichnende Psychiatrie entstand in Deutschland zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Im Jahre 1811 wurde der erste deutsche Lehrstuhl für Psychiatrie in Leipzig eingerichtet. Im selben Jahr wurde im Schloss Sonnenstein bei Dresden das erste psychiatrische Krankenhaus eröffnet.

Links: Psychiatrische Abteilung mit Spazierhof, Juli 2013.

Facharzt für Psychiatrie im Gespräch mit einem Gefangenen, August 2013.

Im November 1837 wurde in Bayern ein Gesetz erlassen, das in den Kreisen (den heutigen Bezirken) die Bildung von sogenannten Kreisfonds festschrieb. Diese Kreisfonds hatten u. a. die Aufgabe, sog. Irrenhäuser zu errichten - im Vergleich zu anderen deutschsprachigen Ländern ein sehr fortschrittliches Gesetz. Zu diesem Zeitpunkt gab es in Bayern nur wenige Einrichtungen zur Aufnahme von sog. Geistesgestörten. Im Kreis Oberbayern gab es nur das 1803 eröffnete Tollhaus im Münchener Stadtteil Giesing, welches im ehemaligen Hofkrankenhaus untergebracht war. Dieses Tollhaus hatte Platz für 25 Geisteskranke. Oft waren dort aber mehr als 50 Patienten untergebracht. Wegen der extremen räumlichen Enge konnten weibliche und männliche Patienten nicht voneinander getrennt untergebracht werden. 1846 wurde die erste bayerische Kreisirrenanstalt in Erlangen eröffnet. 1849 eröffnete im ehemaligen Kloster Irsee die schwäbische Kreisirrenanstalt. 1852 folgten die Eröffnung in Karthaus bei Regensburg und 1855 die Inbetriebnahme der unterfränkischen Kreisirrenanstalt im Schloss Werneck. Dieses Schloss geht zurück auf den berühmten barocken Baumeister Balthasar Neumann.

Im Jahre 1859 konnte der Neubau der Kreisirrenanstalt in München seiner Bestimmung übergeben werden, nachdem bereits 1839 der für das Giesiniger Tollhaus zuständige Arzt Dr. Christlmüller den Bau einer größeren Irrenanstalt gefordert hatte. Der berühmte Dr. Bernhard v. Gudden, damals Ärztlicher Direktor von Schloss Werneck, nahm die Berufung nicht an, sodass Prof. Karl August von Solbrig der erste ärztliche Leiter dieser Münchener Anstalt wurde. 1898 fasste der oberbayerische Landrat den Beschluss, die völlig überfüllte Münchener Irrenanstalt aufzugeben und außerhalb der Stadt eine Anstalt zu bauen. Allerdings war die Eglfinger Anstalt bereits nach einigen Jahren ebenfalls überbelegt. Deshalb wurde im nahegelegenen Haar eine neue Einrichtung gebaut, welche ab 1912 Patienten aufnehmen konnte.

Anfang des 20. Jahrhunderts erkannte man, dass es bedenklich ist, psychisch kranke Verbrecher in Strafanstalten unterzubringen. Deshalb wurde in Bayern 1912 beschlossen, eine „Königlich Bayerische Irrenanstalt" auf dem Gelände des Zuchthauses zu Straubing zu bauen. Dr. Rüdin von der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilian-Universität München wurde vom Bayerischen Ministerium der Justiz damit beauftragt, einen Anforderungskatalog zu erstellen. Er schlug einen zweistöckigen Bau für 50 psychisch Kranke vor. Dieser sollte u. a. Isolierzellen, Einzelzellen und Schlafsäle sowie Räume für Arbeitstherapie und Dauerbäder enthalten. Daneben wurde die Anlage zweier Gartenbereiche mit Arbeitsmöglichkeiten im Bereich der Tierzucht und des Obstanbaues empfohlen.

Am 13.10.1913 wurde durch die Kammer der Abgeordneten in München die Bausumme von 360.000 RM zur Verfügung gestellt. Die Bauaufsicht wurde dem Königlichen Landbauamt Straubing übertragen. Im Frühjahr des Jahres 1915 konnte mit den Baumaßnahmen begonnen werden. Aufgrund der Wirren des 1. Weltkrieges kam es zu Bauverzögerungen. Die Inbetriebnahme konnte trotz aller Schwierigkeiten aber im Mai 1917 erfolgen. In den Arbeitsräumen wurden einfache Papierarbeiten erledigt. Die Fertigstellung der beiden Betsäle (ein katholischer und ein evangelischer) war allerdings erst 1920 abgeschlossen, da immer wieder Probleme mit der Finanzierung und der Materialbeschaffung aufgetreten waren.

1924 wurden das Bienenhaus und der Hasenstall errichtet. Daneben gab es eine Geflügel- und sogar eine Seidenraupenzucht. Die Pflege der Tiere wurde aus beschäftigungsthera-peutischen Gründen den Patienten übertragen. Anlässlich einer Besichtigung im Mai 1929 wurden 178 Legehühner, 170 Küken, 26 Bienenvölker und 37 Kaninchen gezählt.

Der erste Leiter der psychiatrischen Abteilung, Dr. Theodor Viernstein, wurde 1919 mit der Durchführung kriminalbiologischer Forschungen betraut. Im Februar 1924 wurde die Kriminalbiologische Sammelstelle in Straubing unter Viernsteins Leitung errichtet. Aus diesem Grund wurde auch eine mit verschiedenen Apparaten ausgestattete Lichtbildwerkstätte, auch als Kriminal-Fotoabteilung bezeichnet, installiert. Ab 1927 kam es zu einer intensiven Zusammenarbeit Dr. Viernsteins mit Wissenschaftlern der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie" in München. Diese Forschungsanstalt war 1917 von Emil Kraepelin gegründet worden. Im selben Jahr war Dr. Rüdin aus der Psychiatrischen Klinik ausgeschieden, um die Leitung der genealogisch-demographischen Abteilung dieser Forschungsanstalt zu übernehmen. Ende des Jahres 1928 wurde vom Bayerischen Justizminister die Verlegung der kriminalbiologischen Sammelstelle nach München angeregt. Dieses wurde 1930 in die Tat umgesetzt. Dr. Viernstein hatte nunmehr seinen neuen Amtssitz in München. Nach der national-sozialistischen Machtübernahme Ende Januar 1933 wurde Dr. Viernstein sogar in das Bayerische Staatsministerium des Inneren berufen. Im Dezember desselben Jahres erhielt er einen universitären Lehrauftrag für Kriminalbiologie.

Der Einzugsbereich der psychiatrischen Abteilung wurde 1935 von Bayern auf ganz Süddeutschland ausgedehnt. Mit Beginn des 2. Weltkrieges im Herbst

1939 wurde das „Krankenhaus für irre Verbrecher“ bis zum Kriegsende in zunehmendem Maße als Militärlazarett der Deutschen Wehrmacht genutzt. Aus diesem Grunde wurde 1941 ein Luftschutzraum für den Sanitätsdienst eingebaut. Bei einem Fliegerangriff der Alliierten im November 1944 wurde die nördliche Begrenzungsmauer in der Nähe des Bienenhauses stark beschädigt.

Im April 1945 wurde die Leitung des Zuchthauses Straubing von den US-Amerikanern übernommen und die sogenannte Irrenabteilung in Haus III umbenannt. Dieses wurde von den US-Amerikanern zwei Jahre lang als Gefängnis für deutsche Soldaten und SS-Angehörige genutzt. Im weiteren Verlauf war im Haus III von Herbst 1947 bis Februar 1953 eine Abteilung für an Tuberkulose erkrankte Gefangene untergebracht. In diesem Zeitraum befand sich nur eine kleine psychiatrische Behandlungsstation im Haus III, wobei die maximale Aufenthaltsdauer auf 6 Wochen begrenzt war.

Nach Verlegung der Tuberkulosekranken nach Bayreuth war das Haus III ab Frühjahr 1953 wieder eine ausschließlich psychiatrische Abteilung. Der zuständige Arzt Dr. Seibert beklagte in seinen folgenden Jahresberichten den katastrophalen baulichen Zustand und das Fehlen ausgebildeten Personals. 1958 war ein Höchststand von 70 Gefangenen erreicht. Laut Dr. Seibert war kaum Zeit für die Patienten, eine Arbeitstherapie wurde nicht durchgeführt und die Abteilung diente hauptsächlich der Absonderung von Gefangenen.

Ambulanz, April 2013.

1959 übernahm Herr Dr. Schildmayer die Leitung der psychiatrischen Abteilung, wobei es ihm im weiteren Verlauf gelang, die Zahl der Patienten zu halbieren. Er war fast zwei Jahrzehnte in alleiniger Verantwortung für die Abteilung zuständig.

Im Zwischenbericht über die allgemeine Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland von 1973 äußerte die Kommission, welche aus 200 Mitarbeitern aus allen Bereichen der Psychiatrie bestand, dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker in den stationären Einrichtungen unter elenden Umständen zu leben habe. Deshalb forderte die sogenannte Psychiatrie-Enquête 1975 u. a. eine bessere ärztliche Versorgung. Trotzdem waren die folgenden vier Fachärzte für Psychiatrie jeweils weiterhin allein für die Abteilung zuständig.

Erst Anfang der 90er Jahre waren zwei Psychiater, die Fachärztin Frau Dr. Dammer und der Leitende Medizinaldirektor Dr. Lang für die Behandlung der aus Südbayern kommenden Untersuchungs- und Strafgefangenen verantwortlich. Seit 1. April 2012 stehen drei Fachärzte für die Behandlung der psychiatrisch auffälligen Gefangenen zur Verfügung. Gleichzeitig konnte die therapeutische Situation durch die Einrichtung einer Beschäftigungstherapie und die Einstellung eines eigenen Sozialarbeiters im Sinne moderner Behandlungsaspekte verbessert werden.

Seit 1997 stehen 36 Therapieplätze zur Verfügung. In den folgenden Jahren lagen die stationären Aufnahmen bei 300-400 Patienten jährlich. Trotz Eröffnung einer weiteren psychiatrischen Abteilung in der Justizvollzugsanstalt Würzburg nahm die Beanspruchung der Straubinger Abteilung in den letzten Jahren stetig zu.

Derzeitige Situation in der psychiatrischen Abteilung

Stationäre Versorgung

Am 30.07.2013 befanden sich 35 Patienten in stationärer Behandlung der

Einzelhaftraum, August 2013.

hiesigen psychiatrischen Abteilung, wobei hiermit bereits die maximale Belegung erreicht wurde. 5 dieser Patienten (14,3%) stammten unmittelbar aus der Justizvollzugsanstalt Straubing, 3 von ihnen befinden sich aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung (möglicherweise wegen nicht ausreichender Prüfung einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB im Rahmen des Strafverfahrens) bereits seit mehreren Jahren in der Abteilung und gelten als langfristig nicht entlassungsfähig. Derzeit wird die Einrichtung einer Spezialabteilung für Gefangene mit schweren psychischen Störungen geplant, sodass einige dieser Patienten möglicherweise doch noch entlassen werden können.

Die psychiatrische Abteilung der Justizvollzugsanstalt Straubing bietet Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten in Süd- und Ostbayern die Möglichkeit einer stationär-psychiatrischen Versorgung. Zwischen dem 01.01.2012 und dem 30.07.2013 wurden insgesamt 339 Gefangene zur stationären Behandlung aufgenommen (Tabellen 1 und 2). 56 der aufgenommenen Patienten (16,5%) stammten entweder aus der Justizvollzugsanstalt Straubing oder der ihr angegliederten Justizvollzugsanstalt Passau (n=50 bzw. 14,7%). ¾ der Zugänge stammten aus anderen Justizvollzugsanstalten. Aus dem Maßregelvollzug wurden – wie im Vollstreckungsplan bei Zwischenvollzug vorgesehen - lediglich 2 Patienten (0,6%) übernommen. Aus psychiatrischen Kliniken wurden 18 Patienten (5,3%) übernommen,

da eine sofortige Übernahme aus der jeweiligen Justizvollzugsanstalt aus Kapazitätsgründen nicht möglich war. Oftmals wird bereits während einer solchen psychiatrischen Regelversorgung die Behandlung abgeschlossen, sodass eine Übernahme durch die psychiatrische Abteilung nicht mehr erforderlich ist. Besonders effizient erweist sich in manchen Fällen eine gute Kooperation zwischen Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen des Maßregelvollzuges, da hier bei einer Unterbringung der Gefangenen in der Regel von einer Bewachung durch Justizvollzugsbedienstete abgesehen werden kann.

Der Median der Aufenthaltsdauer von allen Patienten betrug 21 Tage, das arithmetische Mittel lag jedoch bei 80 Tagen (Tabelle 3). Grund für die große Differenz sind wenige Patienten mit zum Teil sehr langer Aufenthaltsdauer (in 3 Fällen über 1000 Tagen bzw. ein Fall, der sich bereits seit 15,4 Jahren in der Abteilung befindet). Mit einer Aufenthaltsdauer von über 1 Jahr wurden häufiger Patienten aus dem Regelvollzug der Justizvollzugsanstalt Straubing stationär-psychiatrisch versorgt. Es handelt sich hierbei um schwere Verlaufsformen von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. um einen Gefangenen mit einer ausgeprägten emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, in deren Verlauf es immer wieder zu psychotischen Episoden kam.

Diagnostisch (siehe auch Tabelle 4) verteilten sich die 372 Behandlungsfälle vor allem auf Suchterkrankungen (n= 82, 22%), Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (n= 109, 29%), affektive Störungen (n= 56, 15%) und Anpassungsstörungen (n= 66, 18%). Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom emotional-instabilen Typ (n= 30, 8%), waren seltener, dafür mit eher langen Aufenthaltsdauern und intensivem Betreuungsbedarf vertreten. Keine Diagnose konnte bei 15 Gefangenen gestellt werden (4%). Die meisten Patienten wurden wegen psychischer Auffälligkeiten (n= 207, 56%) zugewiesen. Suizidale Verhaltensweisen oder Äußerungen waren bei 99 Patienten Hauptgrund der Aufnahme (27%). Jeweils 24 Patienten wurden im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum, insbesondere zur Behandlung von Entzugserscheinungen aufgenommen (jeweils 6 %), 15 Gefangene wurden anlässlich einer strafrechtlichen Begutachtung stationär aufgenommen (4 %). Eine Epilepsie führte in drei Fällen zur stationären Aufnahme (1%).

Gefangene beim Tai Chi unter Anleitung eines Sozialpädagogen, Juli 2013.

Im Vordergrund steht nach einer Aufnahme zwar zunächst die Verhinderung von Suiziden oder Gewalttätigkeiten, im Weiteren ist eine sichere diagnostische Zuordnung geboten, welche mit Hilfe der vor Ort vorgehaltenen Verfahren (psychiatrische Exploration, testpsychologische Untersuchung, körperliche Untersuchung, Erhebung von Laborbefunden, EEG, EKG) vorgenommen werden kann. Im Bedarfsfall werden Patienten auch zur weiteren diagnostischen Abklärung in die Kliniken der näheren Umgebung ausgeführt, um weitere Untersuchungen (insbesondere eine zerebrale Bildgebung zum Ausschluss organischer Erkrankungen als Ursache einer psychischen Störung) vornehmen zu können.

Neben einer Pharmakotherapie werden regelmäßig einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie Beschäftigungs- und Bewegungstherapie angeboten. Durch entsprechende Aufklärung und Informationsvermittlung gelingt es in der Regel, die Patienten zu motivieren, an den angebotenen Therapiemaßnahmen teilzunehmen. Lediglich bei fehlender Krankheitseinsicht, insbesondere bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, wird seitens der Patienten gelegentlich die Kooperation verweigert. Dann und in Fällen, in denen Zweifel besteht, ob die Patienten störungsbedingt Art und Schwere der Erkrankung, die Notwendigkeit zur Behandlung und die mit der Behandlung verbundenen Risiken adäquat beurteilen können, wird regelmäßig, sofern nicht bereits vorhanden, Antrag auf Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gestellt.

Seit 01.01.2012 wurde für 44 Patienten die Einrichtung einer vorübergehenden gesetzlichen Betreuung, welche regelmäßig den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung, gelegentlich aber auch weitere Aufgabenfelder umfasst, eingerichtet.

Bei Patienten in hochgradigen Erregungszuständen, mit denen eine sinnvolle Kommunikation nicht mehr möglich ist und von denen eine akute (schwerwiegende) Gefahr für das Leben und die Gesundheit anderer bzw. für sich ausgeht, ist eine Behandlung nach Art. 108 BayStVollzG ohne Zustimmung des Betreuungsgerichts möglich.

Während die meisten der hier behandelten Patienten bereits nach wenigen Wochen in die für sie zuständigen Vollzugsanstalten entlassen werden können, kommt es in manchen Fällen chronischer psychischer Störungen, insbesondere bei Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien zu erheblichen Schwierigkeiten, diese Patienten in ihre Stammanstalt zurückzuverlegen. Chronisches Wahnerleben, aufkommende Suizidalität in Überforderungssituationen bzw. bei Zusammenlegung mit anderen Mitgefangenen führen dazu, dass die Betroffenen ihre Haftzeit in der psychiatrischen Abteilung verbringen müssen. In diesen Fällen wurden ein geeigneter sozialer Empfangsraum oder entsprechende andere Betreuungsformen für die Zeit nach der Haftentlassung vorbereitet,

um eine entsprechende Nachsorge sicherstellen zu können.

Bei Untersuchungsgefangenen, welche eine Straftat in Zusammenhang mit einer psychischen Störung begangen haben und bei denen ggf. die Voraussetzungen zur Anwendung der §§ 20 oder 21 StGB vorliegen und von denen darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit weiterer erheblicher Straftaten besteht, wurde regelmäßig bei den zuständigen Ermittlungsbehörden angeregt, die Voraussetzung zur Unterbringung gemäß § 126 a StPO zu prüfen. In 10 Fällen konnten auf dieser Grundlage Patienten zur Weiterversorgung in den Maßregelvollzug überwiesen werden.

Von den 372 Patienten, die zwischen dem 01.01.2012 und dem 30.07.2013 stationär behandelt wurden, wurden die meisten in die für sie zuständige Justizvollzugsanstalt im Einzugsbereich (n= 215, 64%) bzw. in den Regelvollzug der Justizvollzugsanstalt Straubing zurückverlegt (20%), 13 Patienten wurden entlassen, weil das Ende der Haftstrafe erreicht war, 3 Patienten wurden aus Deutschland abgeschoben. 1 Patient wurde nach Abschluss der Behandlung in die neu eröffnete Einrichtung für Sicherungsverwahrung überführt.

Bei 22 Patienten bestand auch nach dem Ende des hiesigen Aufenthaltes stationär-psychiatrischer Behandlungsbedarf. 10 wurden gemäß §126 a StPO in für sie zuständige Einrichtung des Maßregelvollzugs verlegt, 6 wurden gemäß § 63 StGB und 3 gemäß § 64 StGB untergebracht. Weitere 3 Patienten wurden gemäß zivilrechtlicher Unterbringungsanordnung in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt. 35 Patienten befanden sich am 30.07.2013 noch in stationärer Behandlung (siehe auch Tabelle 5).

Eine Untersuchung (Gunn, Maden und Swinton, 1991[1]) an 406 jungen und 1478 erwachsenen Strafgefangenen in England und Wales ergab, dass von den untersuchten Gefangenen 3% auf eine stationär-psychiatrische Behandlung, 5% auf ein spezielles therapeutisches Setting und weitere 10% auf eine regelmäßige psychiatrische Versorgung innerhalb des Gefängnisses angewiesen sind. Übertragen auf 11.900 Haftplätze in Bayern würde sich ein Bedarf von 357 stationär-psychiatrischen Behandlungsplätzen errechnen. Die gegenwärtige Behandlungskapazität für etwa 72 Patienten in den Justizvollzugsanstalten Straubing und Würzburg ist derzeit noch als unzureichend zu erachten. Solange die Versorgungskapazität nicht ausgeweitet wird, müssen Bezirkskrankenhäuser der Regelversorgung, notfalls unter Inkaufnahme einer Bewachung, die stationäre Betreuung der kranken Gefangenen sicherstellen.

Ambulante Versorgung

Neben der Versorgung der stationären Patienten haben auch Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Straubing die Möglichkeit, sich ambulant von der hiesigen psychiatrischen Abteilung betreuen zu lassen. Im Jahre 2012 wurden von den etwa 850 Gefangenen 308 Patienten ambulant behandelt. Neben 877 ärztlichen Untersuchungen und Therapiegesprächen wurden 421 Befunde veranlasst und bewertet.

Bei ambulanten Patienten waren insbesondere Behandlungen im Zusammenhang mit neurotischen Störungsbildern, vor allem Anpassungsstörungen, erforderlich (25% der Fälle). Vergleichsweise groß war die Gruppe von Gefangenen, bei denen keine Diagnose gestellt werden konnte (10% der Fälle). 21% der ambulanten Fälle wiesen depressive Störungsbilder auf. 18% der hier vorstellig gewordenen Gefangenen litten primär unter einer Suchterkrankung, wobei mehrfach der Wunsch nach Substitution mit Opiaten vorgebracht wurde. Eine Substitution mit Opiaten ist bei langstrafigen Gefangenen allenfalls in extremen Ausnahmefällen vorstellbar. Die in der Justizvollzugsanstalt Straubing niedrige Suizid- und Sterberate bei Opiatabhängigen zeigt, dass auch ohne Substitution mit Opiaten das Ziel einer Gesunderhaltung dieser besonders gefährdeten Patientengruppe erreicht werden kann.

8% der ambulant vorstellig werdenden Gefangenen litten primär unter Schlafstörungen. In 6% der Fälle waren Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien zu behandeln, Persönlichkeitsstörungen waren mit etwa 5% vertreten und organische Persönlichkeitsstörungen und Demenzen mit nur 1% der ambulant vorstellig gewordenen Patienten. Störungen aus dem primär kinder- und jugendpsychiatrischem Spektrum waren nicht zu behandeln. 3% der vorstellig gewordenen Gefangenen litten unter primär neurologischen Erkrankungen und 2% unter primär nicht psychiatrischen Störungsbildern.

Nachdem eine Vielzahl von ambulant hier versorgten Gefangenen gleichzeitig auch im Rahmen einer sozialtherapeutischen Maßnahme oder im Rahmen der Sicherungsverwahrung psychotherapeutisch betreut werden, ist ein enger interdisziplinärer Austausch mit den jeweiligen Fachdisziplinen erforderlich geworden. Hierzu dienen regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen und Weiterbildungsveranstaltungen, im Rahmen derer ein für die Versorgung der Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Straubing optimales Behandlungskonzept erarbeitet werden kann. Exemplarisch kann hierfür die Behandlung von Sexualstraftätern der Sozialtherapie oder Sicherungsverwahrung mit Antiandrogenen aufgeführt werden, die in besonderem Maße von der engen Kooperation und Abstimmung der jeweiligen Fachdienste abhängt.

Kapelle der psychatrischen Abteilung, Juli 2013.

Tabelle 1

Herkunft	Summe	%
JVA Aichach	3	0,9%
JVA Amberg	25	7,4%
JVA Augsburg	7	2,1%
JVA Bamberg	1	0,3%
JVA Bayreuth	2	0,6%
JVA Bernau	9	2,7%
JVA Eichstätt	2	0,6%
JVA Kaisheim	9	2,7%
JVA Kempten	8	2,4%
JVA Köln	1	0,3%
JVA Landsberg	10	2,9%
JVA Landshut	34	10,0%
JVA Leipzig	1	0,3%
JVA Memmingen	3	0,9%
JVA Mühldorf	7	2,1%
JVA München	35	10,3%
JVA Neuburg	1	0,3%
JVA Neuburg-Herrenwörth	2	0,6%
JVA Niederschönenfeld	8	2,4%
JVA Nürnberg	1	0,3%
JVA Passau	50	14,7%
JVA Regensburg	23	6,8%
JVA Traunstein	3	0,9%
JVA Weiden	4	1,2%
JVA Würzburg	5	1,5%
MRV	2	0,6%
NVZ JVA SR	56	16,5%
Polizei	7	2,1%
Psych. Klinik	18	5,3%
Selbststeller	2	0,6%

Tabelle 2

Woher	Anzahl	%
Andere JVAs	254	74,93%
Maßregelvollzug	2	0,59%
Regelvollzug JVA SR	56	16,52%
Polizei	7	2,06%
Psych. Klinik	18	5,31%
Selbststeller	2	0,59%
Gesamtergebnis	**339**	**100,00%**

Tabelle 3

< 8 Tage	8-30 Tage	31-90 Tage	91-365 Tage	>365 Tage
80	150	86	45	11

Tabelle 4

Diagnoseguppe lt. ICD 10	Anzahl	%
F 0	5	1,3%
F 1	82	22,0%
F 2	109	29,3%
F 3	56	15,1%
F 4	65	17,5%
F 5	1	0,3%
F 6	30	8,1%
F 7	3	0,8%
F 9	1	0,3%
F10	1	0,3%
G 4	4	1,1%
Keine Diagnose	15	4,0%
Gesamtergebnis	**372**	**100,0%**

Tabelle 5

Entlassungsart	Anzahl	%
§ 126 a StPO	10	3,0
§ 63 StGB	6	1,8
§ 64 StGB	3	0,9
Abschiebung	3	0,9
Zivilrechtl. Unterbringung	3	0,9
Begutachtung	1	0,3
Haftende	13	3,9
JVA andere Bundesländer	3	0,9
JVA Bayern nicht Einzugsbereich	10	3,0
JVA Einzugsbereich	215	64,0
JVA Straubing	68	20,2
Sicherungsverwahrung	1	0,3
Gesamtergebnis	**336**	**100,0**

Fotos: Christoph Paukner.
Luftbild: Peter Ruff.

1 Gunn, Maden, Swinton; 1991; BMJ Vol. 303; 338-340.

Anja Ellinger
Regierungsdirektorin, seit 2010 stellvertretende Leiterin der Justizvollzugsanstalten Straubing und Passau, zuvor Abteilungsleiterin an den Justizvollzugsanstalten Kaisheim, Nürnberg und St. Georgen-Bayreuth, anja.ellinger@jva-sr.bayern.de

Medizinaldirektor Dr. med. Gregor Groß
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der psychiatrischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Straubing

Medizinaldirektor Dr. med. Robert Steinhuber
ist seit 2000 als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der hiesigen Psychiatrischen Abteilung tätig, zuvor war er am Bezirkskrankenhaus Mainkofen und am Klinikum Rechts der Isar der TU München beschäftigt

Dipl.-Soz.Päd. (FH) Wolfgang Thalhofer
ist seit 1984 im bayerischen Strafvollzug und seit 1991 in der Psychiatrischen Abteilung der JVA Straubing tätig

Besonderheiten der medizinischen Versorgung weiblicher Inhaftierter

Nicola Lang

Ich arbeite seit mehr als 13 Jahren als Ärztin im Berliner Strafvollzug sowohl stationär im Krankenhaus der Berliner Vollzugsanstalten, als auch im ambulanten Bereich in der Untersuchungshaftanstalt in Berlin Moabit, welche ausschließlich männliche Inhaftierte beherbergt. Seit einem Jahr bin ich als Fachärztin für Allgemeinmedizin verantwortlich für die medizinische Versorgung der Frauen in den Berliner Haftanstalten.

Der Anteil inhaftierter Frauen an allen Gefangenen lag 2012 in Berlin im Jahresdurchschnitt bei 5,14 Prozent (www.berlin.de/sen/justiz) Es gibt für diese Frauen 266 Haftplätze in Berlin davon 116 im offenen Vollzug. Diese Haftplätze sind auf vier Standorte verteilt. Berlin Lichtenberg als Aufnahmeanstalt, für die Unterbringung der Jugendlichen und von drogenabhängigen Inhaftierten. Weiterhin gibt es den geschlossenen Vollzug in Pankow, den offenen Vollzug in Reinickendorf und die sozialtherapeutische Anstalt in Neukölln. Somit sind alle Haftformen direkt in Berlin vollstreckbar. Es bestehen sechs Haftplätze für die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind. Jeweils zwei im geschlossene und im offenen Bereich und in der Sozialtherapeutischen Anstalt (SotA) .

Meine Tätigkeit übe ich an vier Tagen in der Woche in Berlin Lichtenberg und an einem Tag in Berlin Pankow aus. Die Frauen aus dem offenen Vollzug oder aus der SotA müssen zur Sprechstunde nach Lichtenberg kommen. Wobei sie entweder selbständig fahren, wenn entsprechende Vollzugslockerungen dies zulassen, oder durch den Fahrbereitschaftsdienst des Berliner Vollzuges transportiert werden.

Frauenvollzug und Medizin im Frauenvollzug kann Frauen nur dann gerecht werden, wenn er sich nicht an Männern orientiert. Frauen sind als Inhaftierte im Vergleich zu Männern unterrepräsentiert. Das führt zu einer gemeinsamen Unterbringung von Frauen aller Altersstufen. Junge pubertierende Mädchen sind gemeinsam mit alten Frauen im gleichen Bereich. Dies führt zu Konflikten zwischen den Inhaftierten, welche auf verschiedenen Lebenseinstellungen beruhen. Manche älteren Frauen fühlen sich zum Beispiel durch die Lautstärke der Jugendlichen gestört.

Auf Grund der kleinen Inhaftiertenzahlen können medizinische Diagnostik oder Behandlungen wie z.B. Physiotherapie nicht in allen Haftbereichen direkt vor Ort durchgeführt werden. Dadurch sind viele Transporte zu den entsprechenden Einrichtungen notwendig. Das wiederum hat zur Folge, dass notwendige Untersuchungen manchmal auch wegen der fehlenden Transportkapazitäten nicht wünschenswert zeitnah stattfinden können.

Viele Frauen verzichten auf diese Untersuchungen oder Therapien, da sie wegen dieser Transporte und damit verbundenen Wartezeiten Arbeitszeit verlieren und somit weniger Geld bekommen. Auch kann eine physiotherapeutische Behandlung wg. eines Rückenleidens von dreißig Minuten reiner Behandlungszeit sich durchaus zu einem Tagesausflug ausdehnen, den die Frau dann überwiegend im Fahrzeug oder im Warteraum verbringt. Der Nutzen der Behandlung ist dann eventuell schon wieder aufgehoben, wenn die Patientin wieder in ihrer Zelle ankommt.

Häufig sind zusätzliche ärztliche Konsultationen notwendig, um zusätzliche Medikamente vor diesen Transporten zu verabreichen, da über Kinetosen und Klaustrophobien geklagt wird. Auch kollidieren diese externen Termine oftmals mit Besuchsterminen von Freunden und Verwandten, weswegen notwendige Untersuchungen oder Behandlungen von den Frauen abgesagt werden. Was dann zu weiteren zusätzlichen ärztlichen Gesprächen der führt.

Andererseits kann es vorkommen, dass man sich als Ärztin in der Sprechstunde genötigt sieht, das Gespräch in plötzlicher Eile zu beenden, da der Transportwagen nicht mehr warten kann. Was dann wiederum zu erneuten Terminen führt, um eventuell offengebliebene Fragen zu erläutern.

Für den Vollzugsdienst ergibt sich durch die häufigen Transporte die Problematik der Begleitung, da bei einigen Einsätzen zumindest eine weibliche begleitende Beamtin anwesend sein sollte. Das Personal besteht in den Bereichen für Frauen auch aus solchen Gründen großenteils aus weiblichen Beamten. Im Vollzug allgemein stellen Frauen allerdings auch ein deutlich geringeres Sicherheitsrisiko dar; spektakuläre Vorkommnisse sind eher die Ausnahme. Gewalttätige Übergriffe auf Beamte oder anderes Personal kommen selten vor, sind aber trotz allem nicht auszuschließen.

Eine weitere Schwierigkeit in der Versorgung der Frauen, welche sich aus den kleinen Inhaftiertenzahlen ergibt, ist die Tatsache, dass trotz eines deutlichen Anteils an nicht deutsch sprechenden Insassen, keine entsprechenden Sprachmittler regelmäßig zur Verfügung stehen, sondern jeweils für die einzelne Patientin angefordert werden müssen. Ein Anamnesegespräch kann dann oftmals erst nach einigen Tagen geführt werden. Bis dahin muss man sich im Allgemeinen durch eine Verständigung mit Hilfe von Gestikulation und Phantasie behelfen. Das stellt insbesondere bei weinenden, depressiv oder schmerzgeplagt wirkenden Patientinnen eine besondere Herausforderung dar.

Auffallend sind die Unterschiede der Delikte zwischen in Haft befindlichen Frauen und Männern; so ist der Anteil an Gewaltdelikten bei Frauen gering und Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung können eher vernachlässigt werden.

Dagegen sind viele der inhaftierten Frauen in ihrem Leben bereits Opfer von Gewalt gewesen. Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und die daraus resultierenden Traumatisierungen stehen häufig in direktem Zusammenhang mit der kriminellen Entwicklung dieser Frauen. Es sind enge Zusammenhänge zwischen Viktimisierung und Suchterkrankungen zu beobachten, wobei der Drogenkonsum oftmals als Selbstmedikation des Traumas verstanden werden kann. (Der Anteil von Suchtmittelkranken ist unter den Frauen im Vergleich zu Männern wesentlich erhöht.)

Der Unterschied in den Delikten zeigt sich auch in der Länge der Strafen und somit in der Länge und Vielzahl der Aufenthalte. Gerade die drogenabhängigen Frauen neigen zu immer wiederkehrenden Aufenthalten in Haft. Bei den oft kurzen Haftstrafen reicht die Zeit oft nicht für grundlegende gesundheitliche Sanierungen aus.Auf Grund der oben erwähnten häufigen Gewalterfahrungen sieht man sich bei den inhaftierten Frauen oftmals mit Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis konfrontiert.

Dem gegenüber stehen mangelnde Therapiemöglichkeiten für Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen. Eine stationäre Versorgung von erkrankten weiblichen Inhaftierten in einer Psychiatrischen Abteilung ist zumindest im Berliner Vollzug nicht vorgesehen.

Der hohe Anteil an Suchtmittelerkrankten unter den weiblichen Inhaftierten zieht auch einen entsprechenden Anteil an drogensubstituierten Patientinnen nach sich. Suchtmittelerkrankte sind im Vollzug, so wie überall sonst auch, sehr personal –und zeitintensiv in ihrer Betreuung. Sie benötigen eine hohe Frequenz an Arztbesuchen, um ihren sehr vielfältigen Erkrankungen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Am Beginn des Haftaufenthaltes werden Entgiftungen durchgeführt, sowohl stationär als auch ambulant. Die Patientinnen leben danach in der Haftanstalt abstinent oder unter Substitution. Eine spezifische Therapie bei Abhängigkeits- erkrankungen steht hier für Frauen im Vollzug nicht zur Verfügung, so dass diese erst nach Beendigung der Haftzeit oder mit Hilfe des § 35 StVollzG (Therapie statt Strafe) durchgeführt werden kann. Bei Therapie nach der Haft besteht oft die Problematik, dass ein direkter Anschluss nicht erreicht werden kann und die Frauen dann einige Tage ohne Anbindung und Betreuung sind. Diese Situationen führen leider oftmals zu erneutem Suchtmittelgebrauch, so dass die Frauen dann nicht mehr in den entsprechenden Therapieeinrichtungen aufgenommen werden. Es besteht ein dringender Bedarf solche rückfallträchtigen Situationen zu vermeiden, was eine engere Koordination der einzelnen beteiligten Einrichtungen notwendig machen würde.

Im Gesundheitsbereich zeigen sich große Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die gesundheitlichen Probleme und die Bewältigung dieser sind meist sehr verschieden. Frauen suchen generell häufiger den Arzt auf. Für viele Frauen ist die Inhaftierung ein traumatisches Ereignis, auf das sie mit körperlichen oder psychischen Störungen reagieren. Weiterhin kommt es auch zu einer verstärkten Wahrnehmung von eigentlich leichten Beschwerden ohne Krankheitswert. Vielfach suchen sie die Sprechstunde mit wenig konkreten Befindlichkeitsstörungen auf und erwarten, dass die Ärztin sich die nötige Zeit nimmt alle anstehenden Probleme zu besprechen, einschließlich jener, welche eher nicht medizinischer Natur sind.

Sie klagen in der Sprechstunde in großer Zahl über allgemeine Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Muskelverspannungen oder Kopfschmerz, was oft aus psychischen Belastungen resultiert. In der Folge kommt es zu einem erhöhten Konsum von Schmerzmitteln u. Psychopharmaka.

Bei inhaftierten Frauen konnte ich ein größeres Interesse an medizinischen und gesundheitlichen Fragen feststellen als bei männlichen Insassen. Sie entwickeln ein in Freiheit z. T. nicht vorhandenes Gesundheitsbewusstsein. Nach jahrelanger Arztenthaltsamkeit kommt es jetzt erstmals wieder zu Sprechstundenbesuchen.

Es kommen z.B. Patientinnen mit fortgeschrittener Schwangerschaft in Haft, welche nicht einmal eine einzige Vorsorgeuntersuchung absolviert haben, oder Frauen, welche seit der Schulzeit keinen Zahnarzt mehr aufgesucht haben. Im Allgemeinen sind sie in der Haft empfänglicher für Vorsorgeempfehlungen und gesundheitliche Aufklärung. So dass sich daraus für die Vollzugsmediziner die Möglichkeit ergibt, entsprechende Versäumnisse z. B. durch Impfauffrischungen oder gynäkologische Vorstellungen nachzuholen. Hier besteht die Change gesundheitliche Aufklärung in Hinsicht auf gesunde Lebensweise durchzuführen und damit einen Personenkreis zu erreichen, welcher in Freiheit nicht für ein gesundheitsbewusstes Denken zugänglich wäre.

Wenn die Frauen im geregelten Alltag des Strafvollzugs mehr Zeit haben ein Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, treten häufig Bedürfnisse nach sog. Lifestylprodukten auf, in den Sprechstunden werden Nahrungsergänzungsmittel und Hautpflegemittel erbeten. Weitere frauentypische Wünsche bestehen nach Kostzulagen in Form von Obst oder Milchprodukten. Naturheilkundliche Therapien sind gefragter als im Männervollzug.

Diese vermehrten Bedürfnisse ziehen dann auch wieder eine häufigere Dichte der Arztbesuche nach sich. Da in den überwiegenden Fällen keine

medizinische Indikation für diese Zusatzprodukte besteht, kommt es in der Sprechstunde in diesem Zusammenhang häufig zu langwierigen, oft unerfreulich verlaufenden Diskussionen.

Frauen im Vollzug haben ein höheres Maß an Strafempfindlichkeit, sie leiden stärker an der Trennung von Familie und Kindern. Das zieht einige Besonderheiten in der medizinischen Versorgung im Frauenvollzug nach sich. Ein großer Teil der ärztlichen Tätigkeit geht in den sozialmedizinischen Bereich. Inhaftierte Frauen sind oftmals in ein größeres Sozialgefüge eingebunden .Dieses lassen sie bei Inhaftierung zurück. Viele Gefängnisaufenthalte gehen auf Verhaftungen wegen nicht bezahlter Strafen zurück. In solchen Situationen konnte nichts geplant oder vorbereitet werden. Die inhaftierten Frauen können abrupt allen ihren verschiedenen Aufgaben nicht mehr nachkommen. Dabei handelt es sich zum Beispiel um die Arbeit in vertraglich nicht abgesicherten Arbeitsverhältnissen, oder um die Pflege von erkrankten Angehörigen, welche überwiegend von Frauen übernommen wird.

Das weitaus größte Problem haben die Inhaftierten jedoch mit einer Trennung von den Kindern. Nach wie vor wird Kinderversorgung und Erziehung in der Familie vorrangig von Frauen übernommen, wenn diese nicht sowieso schon nur aus Mutter und Kindern besteht.

Das bedeutet für die Frauen rund um die Uhr Sorge, ob es den Kindern in der Pflegefamilie oder im Heim gut geht, ob sie warm angezogen sind, wie es dem kranken Vater in der Pflegestelle jetzt geht. Ob der Ehemann sich vielleicht schon mit einer anderen Frau getröstet hat. Ob alle gut versorgt werden. Oft kommen die Frauen in die Sprechstunde mit ganz konkreten Sorgen. Wie z.B. ob der Sohn die anstehende Mathearbeit auch ohne das regelmäßige Üben mit Mama irgendwie meistern wird, oder was man bei dem Gespräch mit dem Lehrer sagen sollte.

Inhaftierte Frauen haben ihre Mutterpflichten u. -sorgen nicht an der Gefängnispforte abgegeben. Sie quälen sich täglich mit dem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit, da sie ihren Aufgaben nicht nachkommen können und sie leiden unter einem permanent schlechten Gewissen, da sie die Situation selbst herbeigeführt haben. Sie schämen sich, weil sie irgendwann wieder zu Lehrern und Erziehern gehen müssen, welche darum wissen, dass sie im Gefängnis waren. Es ist ihnen unangenehm der Kinder wegen.

Aber das Schlimmste ist der Trennungsschmerz, die Sehnsucht nach den Kindern, die oft als körperlicher Schmerz empfunden wird. Hinzu kommt das Bewusstsein, das die Kinder ähnliches Leid erfahren müssen durch die Inhaftierung der Mutter.

All diese Faktoren bewirken eine zusätzliche Belastung, welche im Männervollzug in der Art äußerst selten zu verzeichnen ist. Diese Mischung aus Sorge, Angst und Traurigkeit fördert, wie man sich leicht vorstellen kann, nicht das Wohlbefinden und die Gesundheit. Es besteht ein großer psychischer Druck, welcher sich in psychosomatischen Symptomen, Somatisierungsstörungen und natürlich reaktiven Depressionen äußert. Die Häufigkeit solcher Störungen führt zu einer deutlich erhöhten Zahl der Arztkonsultationen.

Auf Grund dieser besonderen Probleme haben die Patientinnen im Frauenvollzug ein sehr großes Kommunikationsbedürfnis, welches sie in die Sprechstunde mitbringen. Sie erwarten, das die Ärztin zuhört und zum Teil auch Lösungen für ihre einzelnen Probleme vorschlägt. Da kommt es vor, dass ich gefragt werde, ob ich die Formulierung im Brief an die Jugendfürsorge verfeinern könnte. Oder mal eben schnell beim Ausfüllen der Formulare für irgendein Amt behilflich sein könne. Oder wie man dieses oder jenes Problem mit der Pflegefamilie lösen könnte. Oder ob die betreuende Oma mit dem Kind bei der geschilderten Symptomatik schon zum Arzt gehen sollte, oder noch abwarten könne. All solche Problematiken wurden im Männervollzug nicht an mich herangetragen. Man kann durchaus feststellen, dass die medizinische Arbeit im Frauenvollzug neben der reinen somatischen Versorgung, einen großen Anteil sozialer und psychologischer Komponenten beinhaltet, um den inhaftierten Frauen eine adäquate Versorgung zukommen zu lassen.

Weibliche Gefangene bedürfen eines größeren Maßes an Gemeinschaft als männliche Gefangene, wobei versucht wird ihnen dieses in Form von gemeinsamen Veranstaltungen und Unternehmungen zu ermöglichen. So gibt es zum Beispiel Gemeinschaftsküchen in denen die Frauen zusammen kochen können. Solche Einrichtungen und andere gemeinsame Freizeitgestaltungsmöglichkeiten tragen wesentlich zur psychischen und damit letztendlich auch zur körperlichen Gesundheit der inhaftierten Frauen bei. Allerdings kommt es durch den zunehmenden Mangel an Vollzugspersonal zu einem stetigen Abbau dieser besonders förderlichen Bedingungen im Frauenvollzug. So kann der ursprüngliche Wohngruppenvollzug mit offenen Türen oftmals nicht durchgeführt werden, da das dafür notwendige Personal nicht vorhanden ist. Bei der weiteren Reduzierung von Personal im Bereich der Justiz werden die Anstalten immer weniger Möglichkeiten haben speziell auf Frauen zugeschnitten Angebote zu machen. Solche auf die Gemeinsamkeit ausgelegten Bedürfnisse zu erfüllen, bedarf einer entsprechenden personellen Ausstattung.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Besuchsregelungen, welche den speziellen Bedürfnissen von Frauen und deren Familien angepasst werden müssen. So haben in Strafhaft befindliche Frauen nur viermal im Monat die Möglichkeit für jeweils eine Stunde Besuch zu empfangen. Eine Langzeitbesuchsregelung, wie sie vom Männervollzug bekannt ist gibt es für die weiblichen Inhaftierten

in Berlin nicht. In dieser wenigen Zeit ist es den Frauen nicht möglich eine Art Familienleben zu herzustellen. So dass die eigenen Erwartungen an die Besuchsstunde zwangsläufig enttäuscht werden. Was dann wiederum zu Frustrationen und körperlichen Befindlichkeitsstörungen führen kann.

Insgesamt ist festzustellen, dass die medizinische Betreuung von inhaftierten Frauen, durch sehr vielschichtige äußere Umstände beeinflusst wird. Um eine bestmögliche Frauengesundheit unter Haftbedingungen zu erreichen, müssen die spezifischen Bedürfnisse von Frauen noch stärker berücksichtigt werden.

Nicola Lang
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Anstaltsärztin der JVA für Frauen, Berlin
Email: Nicola.Lang@jvaf.berlin.de

Modulare Organisation der stationären Krankenversorgung in Brandenburg

Thomas Menn

Rahmenbedingungen im Land Brandenburg

Betrachtet man die Fläche, liegt das Land Brandenburg an der fünften Stelle der Bundesländer, von der Bevölkerungsdichte gesehen allerdings an vorletzter Stelle.Diese demographische Besonderheit hat auch Auswirkungen auf die medizinische Versorgung im Justizvollzug des Landes. Die Gewinnung von Fachpersonal, besonders auch von Ärzten gestaltet sich äußerst schwierig, zumal die fünf Justizvollzugsanstalten des Landes überwiegend in den dünner besiedelten Gebieten in der Peripherie des Landes betrieben werden. Diese sind mit Ablauf des Jahres 2013 die JVA Luckau-Duben mit einer Außenstelle in Spremberg , JVA Cottbus-Dissenchen, JVA Neuruppin-Wulkow, JVA Brandenburg an der Havel, JVA Wriezen - für Jugendliche-, und die Jugendarrestanstalt Königs Wusterhausen. Die weiteste Entfernung beträgt z. B. von der JVA Brandenburg a. d. H. bis zur Außenstelle Spremberg mehr als 200 km.

Haftplätze für weibliche Gefangene sind ausschließlich in der JVA Luckau-Duben vorhanden. Mitte 2013 sind nach den Vorgaben des Vollzugsgesetzes des Landes Brandenburg ca. 1.850 Haftplätze ausgewiesen. Für weibliche Gefangene des Landes Sachsen-Anhalt sind im Rahmen einer Länderkooperation 80 Haftplätze im Vollzug der JVA Luckau vorgesehen.

Nur in zwei der fünf Justizvollzugsanstalten sind hauptamtliche Anstaltsärzte tätig, in den drei anderen Anstalten sowie in der Jugendarrestanstalt betreuen stundenweise Ärzte nebenberuflich die Gefangenen bzw. Arrestanten. Trotz vorhandener Planstellen war es auf Grund des strukturellen Ärztemangels im Land Brandenburg bisher nicht möglich, weitere Ärzte einzustellen.

Examiniertes Krankenpflegepersonal ist in allen Anstalten tätig, allerdings mit Ausnahme der JVA Brandenburg a. d. H. nicht im Drei-Schicht-Betrieb, sondern nur tagsüber mit eingeschränkten Dienstzeiten an Wochenenden und Feiertagen.

Die Notwendigkeit, ein eigenständiges Justizvollzugskrankenhaus für den Vollzug des Landes Brandenburg vorzuhalten, stand nie in Frage, allerdings mussten auf Grund der eingangs geschilderten Schwierigkeit , Ärzte für den Vollzug zu gewinnen, völlig neue Modelle für die stationäre Versorgung Gefangener implementiert werden. Allen Entscheidungsträgern war spätestens zu Beginn der 2000er Jahre klar, dass man auf absehbare Zeit die für einen ordnungsgemäßen Betrieb eines Vollzugskrankenhauses notwendige Mindestzahl an Ärzten nicht würde gewinnen können. Deshalb wird im Justizvollzug des Landes Brandenburg kein Vollzugskrankenhaus im eigentlichen Sinne betrieben, sondern es wird am Standort der Justizvollzugsanstalt Brandenburg a. d. H. eine einem Krankenhaus vergleichbare Einrichtung unterhalten, die offiziell Krankenabteilung bei der JVA Brandenburg a. d. H. benannt ist und von ihrer Funktionsweise modular aufgebaut ist.

Historie und Infrastruktur

Um die Struktur der Krankenabteilung in ihrer Arbeitsweise und räumlichen Lage deutlich zu machen ist es notwendig, hier kurz auf die Historie der Liegenschaft einzugehen. Die heutige Justizvollzugsanstalt Brandenburg an der Havel wurde in den Jahren 1928 bis 1931 gebaut und wurde dann bis zum

Jahr 1989 auf eine Gesamtfläche von ca. 48 Hektar vergrößert. Im Jahre 1989 waren in der damaligen Strafvollzugseinrichtung Brandenburg/Havel bis zu 3.000 Gefangene untergebracht. Bereits zu dieser Zeit befand sich auf dem Gelände der Vollzugseinrichtung eine Krankenstation zur stationären Versorgung von bis zu 35 Patienten.

Im Zuge der Gründung des Landes Brandenburg wurde im Jahre 1990 die Krankenstation in der JVA Brandenburg zur einzigen stationären Einrichtung für den Vollzug des Landes mit der entsprechenden Personal-, aber auch infrastrukturellen Ausstattung ausgebaut. Allerdings hatte die Landesärztekammer Brandenburg untersagt, diese stationäre Einrichtung Krankenhaus zu nennen, weil eine Rund-um die-Uhr Anwesenheit von Ärzten schon damals nicht sichergestellt war. Aus diesem Grund ist es bis heute bei der offiziellen Benennung „Krankenabteilung bei der JVA Brandenburg a. d. H." geblieben.

Zu Beginn der 1990er Jahre waren fünf hauptamtliche Anstaltsärzte, ein Zahnarzt sowie das entsprechende Krankenpflegepersonal in der Krankenabteilung beschäftigt. Bis zum Jahre 1997 wurden alle Operationen, bei denen auf eine Vollnarkose verzichtet werden konnte, dort durchgeführt. Andere notwendige Operationen wurden entweder im Klinikum Brandenburg an der Havel bzw. vor Ort in einer entsprechenden Klinik im Land Brandenburg als Ausführung und deshalb mit Begleitung von mindestens zwei Personen aus dem Allgemeinen Vollzugsdienst durchgeführt. Auf der Krankenstation in der JVA Brandenburg a. d. H. wurden weiterhin kranke Gefangene stationär versorgt, allerdings waren dies letztlich in der überwiegenden Zahl Pflegefälle und nicht Patienten, die akut erkrankt waren bzw. unter Vollnarkose operiert werden mussten. Im eigentlichen Sinne konnte man zum damaligen Zeitpunkt von einer Ambulanz mit stationärer Komponente sprechen.

Im Jahre 1997 musste die Krankenabteilung für längere Zeit nach einem Brand im Hauptgebäude geschlossen werden. Das Ausweichquartier war bis zur Wiedereröffnung ein Container auf dem Gelände der JVA Brandenburg a. d. H. mit einer Station und 17 Betten und einer anstaltsärztlichen Ambulanz. Seit dem Auszug der Krankenabteilung ist dort bis heute die Anstaltsverwaltung untergebracht. Das Land Brandenburg entschied sich nach dem Brand, bei der notwendigen Sanierung das damals 70 Jahre alte Hauptgebäude innen komplett zu sanieren und durch einen mit dem Haupthaus verbundenen Neubau zu ergänzen.

So entstanden ein neuer Operationstrakt mit zwei Sälen und entsprechender Ausstattung einschließlich Raumluft-Technik, eine Zentralsterilisation, eine Bettenstation mit 28 Betten, einem Überwachungsraum, und zwei Kriseninterventionsräumen. Zur gleichzeitigen ambulanten und stationären Nutzung entstand eine Physiotherapeutische Abteilung mit allen Möglichkeiten zur Therapie einschließlich Wasser- und Elektrotherapie und einem großen Außenbereich, der für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen genutzt wird. Die Krankenabteilung verfügt über entsprechende Untersuchungs- und Behandlungsräume für Hals- Nasen-Ohren, Augen- und Zahnarzt. Ein digitales Röntgengerät, Sonographiegerät sowie entsprechende Geräte für die Audiometrie und Ergometrie sind ebenfalls vorhanden.

Zum Zeitpunkt der Neueröffnung der Krankenstation im Jahre 2003 war allerdings nur noch eine hauptamtliche Anstaltsärztin, eine Fachärztin für Innere Medizin, in der JVA Brandenburg beschäftigt. Sie musste allein den kompletten ambulanten Bereich für die Gefangenen der JVA Brandenburg a. d. H. und die Funktion der ärztlichen Leitung für die Krankenabteilung übernehmen.

Externe Bettenstation (Modul 1)

Wie eingangs geschildert, war es zu diesem Zeitpunkt offensichtlich, dass auf Grund der fehlenden Ärzte die volle Funktionalität des Hauses langfristig nicht genutzt werden konnte. Deshalb begann das Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg mit Planungen, ob und wie man mit stationären Einrichtungen in der Region kooperieren konnte.

Die Überlegung, die ärztliche Versorgung durch ein regionales Krankenhaus innerhalb der Liegenschaften der JVA Brandenburg a. d. H. sicher zu stellen, musste aus Kostengründen bald verworfen werden. Andererseits bestand aber die Notwendigkeit, so weit wie möglich die stationäre medizinische Versorgung der Gefangenen weitestgehend im Vollzug sicher zu stellen gerade unter dem Aspekt, landesweit Ausführungen in externe Krankenhäuser auf das absolut Notwendige zu reduzieren.

Aus diesem Grund entschloss man sich, in einem örtlichen Krankenhaus eine Bettenstation extern einzurichten, die allen vollzuglichen und medizinischen Erfordernissen entspricht.

Als leistungsfähiger Partner bot sich die Städtische Klinikum Brandenburg GmbH, Lehrklinik der Charité, an. Nach längeren Verhandlungen zwischen dem Städtischen Klinikum Brandenburg und dem Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg wurde ein Vertrag zur Kooperation zur ärztlichen und medizinischen Betreuung der Gefangenen im Vollzug des Landes Brandenburg geschlossen. Die praktische Kooperation begann im Jahre 2007.

Die Städtische Klinikum Brandenburg GmbH ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 466 Planbetten und liegt ca. 5 km von der JVA Brandenburg entfernt. Das therapeutische Spektrum des Klinikums Brandenburg umfasst zurzeit folgende Bereiche:

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Anästhesiologie und Intensivtherapie

- Augenheilkunde
- HNO; Gesichts- und Halschirurgie
- Gefäßchirurgie
- Frauenheilkunde- und Geburtshilfe
- Innere Medizin
- Neurochirurgie
- Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie

Zusätzlich sind diagnostische und therapeutische Möglichkeiten wie MRT, CT, Mundkiefer- und Gesichtschirurgie sowie onkologische Therapien im Verbund mit externen Praxen bzw. dem Klinikum Brandenburg angegliederten Medizinischen Versorgungszentren vorhanden.

Die Kooperationsvereinbarung mit dem Städtischen Klinikum Brandenburg hat folgende Eckpunkte:

- Das Land Brandenburg mietet in den Liegenschaften des Städtischen Klinikums Brandenburg eine Krankenstation mit einer Gesamtfläche von knapp 300 m^2.
- Diese „externe Bettenstation" ist mit sechs Betten und zwei Notfallbetten in vier Krankenzimmern, die von der Ausstattung her den Sicherheitsansprüchen von Krankenzimmern in einer JVA entsprechen, ausgestattet.
- Die Bettenstation ist nur durch eine Sicherheitsschleuse zu betreten, die durch Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes der JVA Brandenburg a. d. H. bedient wird.
- Die examinierten Krankenschwestern und Krankenpfleger auf dieser externen Bettenstation sind Beamte bzw. Beschäftigte des Landes Brandenburg und unterstehen dienstrechtlich dem Leiter der JVA Brandenburg a. d. H. und fachlich den Ärzten des Klinikums Brandenburg an der Havel.

Die externe Bettenstation wird im durchgehenden Drei-Schicht-System betrieben. Dabei wird im Früh-, Spät- und Nachtdienst je eine Schwester bzw. Pfleger, sowie werktäglich ein Stationspfleger im Tagesdienst eingesetzt.

Die Hauptaufgabe des Pflegepersonals besteht in der Durchführung ärztlicher Weisungen. Dabei untersteht das Pflegepersonal fachlich dem behandelnden Arzt des Klinikums und ist verpflichtet, dessen Vorgaben hinsichtlich des Ortes, der Zeit und der Art der Behandlung umzusetzen. Dienstrechtlich sind sie der Leitung der JVA Brandenburg zugeordnet.

Der Allgemeine Vollzugsdienst besetzt zwei Dienstposten à 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr. Die betreffenden Bediensteten arbeiten generell im Drei-Schicht-System.

Die Verfahrensweise zur Verlegung in die externe Bettenstation ist folgendermaßen geregelt:

- Geplante Verlegungen aus den Anstalten des Landes Brandenburg zum Zwecke der Diagnostik oder der Therapie werden über die Krankenabteilung der JVA Brandenburg mit einem angeordneten Einweisungstermin abgestimmt.
- Der Ambulanzleiter in der JVA Brandenburg und der Stationspfleger der externen Bettenstation stimmen die Bettenbelegung sowie die Transport- und Therapietermine mit dem Vollzug ab, um einen möglichst kurzen Aufenthalt im Klinikum zu gewährleisten.
- Die Gefangenen kommen in der Regel mit dem normalen Umlauf in die Bettenstation der JVA Brandenburg zur Aufnahme, werden umgekleidet, für die Behandlung vorbereitet und dann zum Termin - unter Beachtung der vollzuglichen Festlegungen - in die externe Bettenstation verlegt.

In besonderen Fällen, z. B. bei einer akuten Erkrankung, die eine ständige ärztliche Präsenz erfordert, kann ein Gefangener auch direkt in die externe Bettenstation verlegt werden, vorausgesetzt der einweisende Arzt bescheinigt die Transportfähigkeit. Dies wird während der regulären Geschäftszeiten zwischen dem einweisenden Arzt und dem Leitenden Anstaltsarzt der JVA Brandenburg geklärt. Außerhalb dieser Zeiten, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen ist die Stationsleitung der internen Bettenstation erster Ansprechpartner.

Die Gefangenen müssen jeweils über die Rettungsstelle des Klinikums aufgenommen werden. Der aufnehmende Arzt der Rettungsstelle im Klinikum entscheidet darüber, ob eine Unterbringung auf der externen Bettenstation, die interdisziplinär betrieben wird, medizinisch möglich ist und welcher Fachklinik des Klinikums der Patient bzw. die Patientin zugeordnet wird. Nach Aufnahme des Gefangenen durch einen Arzt des Klinikums und Zuweisung zu einer Fachabteilung des Klinikums erfolgt die Aufnahme in die externe Bettenstation. Ab diesem Zeitpunkt liegt die Verantwortung für die medizinische Versorgung ausschließlich beim Klinikum.

Der Stationspfleger organisiert lediglich den Ablauf des Stationsbetriebes, die Planungen und die Teilnahme an Fachvisiten, die Terminabstimmung für Therapien außerhalb der externen Bettenstation, Bestellung von Essen, Medikamenten und Verbrauchsmitteln, Stationsreinigung, die Wäsche, Müllentsorgung u. Ä. Das in der externen Bettenstation tätige medizinische Personal der JVA Brandenburg ist dafür verantwortlich, dass bei der Umsetzung die Vorgaben der Klinikärzte und die vollzuglichen Erfordernisse Beachtung finden.

Sobald der Gesundheitszustand eines Gefangenen eine ständige ärztliche Präsenz nicht mehr erfordert, erfolgt - in Absprache des behandelnden Klinikarztes mit dem Leitenden Anstaltsarzt der JVA Brandenburg - die Rückverlegung in die Krankenabteilung der JVA Brandenburg. Hier soll der Gefangene vollständig genesen bzw. seine Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Notwendige Reha-Maßnahmen nach chirurgischen bzw. orthopädischen Operationen werden in der Krankenstation der JVA Brandenburg durchgeführt. Für diese

Aufgabe ist eine hauptamtliche Physiotherapeutin beschäftigt. Nach Abschluss der Therapie bzw. Rehabilitation wird mit Entscheidung des Leitenden Anstaltsarztes der Gefangene in seine zuständige Anstalt zurückverlegt.

Die betriebsärztliche Versorgung der Mitarbeiter der externen Bettenstation geschieht durch den vom Land Brandenburg beauftragten Betriebsärztlichen Dienst, der auch für die JVA Brandenburg zuständig ist.

Das Hygienemanagement entsprechend den gesetzlichen bzw. fachlichen Vorgaben wird durch das Klinikum Brandenburg an der Havel sichergestellt. Die externe Bettenstation nimmt regelmäßig an den notwendigen Zertifizierungen im Klinikum Brandenburg teil und ist aus diesem Grunde seit dem Jahr 2009 zertifiziert nach ISO 9001: 2008.

Die Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger haben Zusatzausbildungen in Schmerztherapie, Diabetologie, Wundversorgung, Suchttherapie. Pro Jahr werden ca. 350 Patienten auf der externen Bettenstation therapiert. Die externe Bettenstation hat eine durchschnittliche Auslastung von ca. 80 % bei einer durchschnittlichen Liegezeit von 9 Tagen.

Die Kostenabrechnung mit dem Städtischen Klinikum Brandenburg an der Havel erfolgt für jeden Gefangenen einzeln. Rechnungsgrundlagen sind bei diesen stationären Behandlungen die diagnosebezogenen Fallgruppen, so wie sie auch bei gesetzlich versicherten (Kassen-)Patienten entsprechend den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V angewendet werden müssen. In der Rechnungsstellung ist ein entsprechender Abschlag vorgesehen, da die pflegerische Betreuung durch das Land Brandenburg sichergestellt wird.

Stationäre psychiatrische Versorgung (Modul 2)

Der Bereich der stationären psychiatrischen Therapie kann allerdings durch die Kooperation mit dem Städtischen Klinikum nicht abgedeckt werden, da das Klinikum keine fachärztliche Abteilung für diesen Bereich besitzt. Eine stationäre psychiatrische Therapie ohne fachärztliche Kompetenz war auch auf der Bettenstation der Krankenabteilung in der JVA Brandenburg a. d. H. nicht möglich. Deshalb bestand ebenso ein dringender Handlungsbedarf, um innerhalb des Vollzuges die stationäre Versorgung psychisch kranker Gefangener zu ermöglichen.

Die Erfahrungen mit der Kooperation mit dem Städtischen Klinikum hatten gezeigt, dass eine solche Zusammenarbeit gut möglich und für alle Partner sinnvoll ist. Aus diesen Gründen wurde mit dem Asklepios-Fachklinikum Brandenburg im Jahr 2009 eine Kooperationsvereinbarung zur stationären psychiatrischen Versorgung erkrankter Gefangener geschlossen. Das Asklepios-Fachklinikum Brandenburg ist ein Fachkrankenhaus und mit über 650 Betten das größte psychiatrisch-neurologische Krankenhaus im Land Brandenburg. Es liegt in direkter Nachbarschaft zur JVA Brandenburg a. d. H.

Diese Vereinbarung zur vollstationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Gefangenen im Land Brandenburg beinhaltet folgende Eckpunkte:

- Die Justizvollzugsanstalt Brandenburg stellt in den Räumen ihrer Krankenabteilung sechs Betten, entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal und sowie die verordnete Medikation für die psychiatrische Behandlung von Gefangenen zur Verfügung.
- Die Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Labor, Medikamente, Verbandsstoffe, Fremduntersuchungen usw.) trägt die JVA bzw. das Land Brandenburg.
- Die ärztliche und therapeutische Behandlung erfolgt durch Fachärzte für Psychiatrie, Psychologen, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten des Asklepios-Fachklinikums.

Über die grundsätzliche Aufnahme zur stationären psychiatrischen Behandlung unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und der vorhandenen Bettenkapazität entscheidet der Leitende Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt Brandenburg a. d. H. Der zuständige Facharzt für Psychiatrie des Asklepios-Fachklinikums entscheidet dann – aus seiner fachlichen Sicht- unverzüglich, ob der Patient in den stationären psychiatrischen Bereich der Krankenabteilung aufgenommen werden soll.

Grundlage der Aufnahme eines Patienten in den psychiatrischen Bereich der Krankenabteilung in der JVA Brandenburg ist immer eine ärztliche Überweisung bzw. eine ärztliche Bescheinigung. Bei einer Überweisung aus einer Anstalt außerhalb der JVA Brandenburg muss zusätzlich durch eine ärztliche Bescheinigung die Transportfähigkeit des Patienten bescheinigt werden.

Gleichzeitig muss in der Überweisung zumindest eine Verdachtsdiagnose entsprechend ICD 10-F (d. h. eine psychische Erkrankung, die die Notwendigkeit einer psychiatrischen Therapie erfordert) gestellt werden.

Die Bescheinigung eines Facharztes für Psychiatrie ist nicht notwendig. Es reicht aus, wenn entweder der Anstaltsarzt oder außerhalb der Anwesenheitszeiten der Anstaltsarztes der nach SGB V zuständige kassenärztliche Notdienst die Überweisungsnotwendigkeit attestiert. Überweisungen bzw. Verdachtsdiagnosen, die nicht durch einen Arzt bescheinigt wurden (z. B. durch Psychologen), werden nicht akzeptiert, um die Unabhängigkeit der ärztlichen Diagnostik und Therapie zu wahren.

Dieser auf den ersten Blick komplizierte Überweisung- bzw. Zuweisungsweg hat sich seit 2009 in der Praxis bewährt. Es konnte so generell vermieden werden, sogenannte„Vollzugsstörer“ als psychiatrische Patienten zur stationären Therapie Krankenabteilung der JVA Brandenburg zu einzuweisen.

Auf Grund der begrenzten Betten- und Personalkapazität ist die psychiatrische Station grundsätzlich als eine Kriseninterventionsstation konzipiert und deshalb sind die Behandlungsindikationen für die psychiatrische Station begrenzt.

Generell behandelt werden hirnorganische psychische Störungen, die in einer Justizvollzugsanstalt immer wieder relevant sind und die von der psychiatrischen Station mitbehandelt oder diagnostiziert werden können. Dazu kommen akute Entzugssyndrome, die nach der sogenannten Alkohol-Entzugs-Skala bewertet werden. Ebenfalls werden behandelt akute Exazerbationen von psychiatrischen Erkrankungen, wie bipolare Störungen, Schizophrenien und vergleichbare Krankheitsbilder sowie hartnäckige Schlafstörungen, die in einer Justizvollzugsanstalt relativ häufig auftreten. Es ist festgelegt, dass diese Krankheitsgruppen nur im Sinne einer Krisenintervention kurzfristig auf der psychiatrischen Station behandelt werden. Hier steht immer die Krisenintervention im Vordergrund.

Längerfristige stationäre Psychotherapien können nicht durchgeführt werden, weil diese mit der personellen Ausstattung und unter den Umständen im geschlossenen Vollzug nach den anerkannten ärztlichen Standards nicht leistbar sind.

Die psychiatrischen Patienten werden in vier eigenen Krankenzimmern auf der Krankenabteilung der JVA Brandenburg behandelt. Im Jahre 2013 werden diese vier Krankenzimmer speziell umgebaut, um den Erfordernissen einer psychiatrischen Krankenversorgung Rechnung zu tragen. Dazu gehört eine gegen Vandalismus gesicherte Ausstattung und ein entsprechendes Mobiliar, das mögliche Suizidversuche an Heizungen, Duschköpfen, Waschbecken, Fenstergriffen weitestgehend verhindern soll.

In der Krankenabteilung sind von den insgesamt 18 Krankenhafträumen zwei mit Videoüberwachung ausgestattet. Diese Räume dienen explizit nicht als besonders gesicherte Hafträume, sondern als Kriseninterventionsräume.

Werktäglich findet eine Visite der Fachärzte für Psychiatrie des Asklepios- Fachklinikums statt. Diagnostik und Therapie werden in eigenständiger ärztlicher Verantwortung durch das Asklepios-Fachklinikum sichergestellt. Weiterhin ist vertraglich festgelegt, dass bei psychiatrischen Notfällen jederzeit ein Facharzt des Asklepios-Fachklinikums in die Justizvollzugsanstalt kommt. Diese Art der Kooperation ist allerdings nur möglich, weil das Asklepios-Fachklinikum in enger räumlicher Nähe zur Liegenschaft der Justizvollzugsanstalt Brandenburg a. d. H. liegt. Generell ist der Arzt aus dem Asklepios-Fachklinikum innerhalb von 15 Minuten auf der Station.

Dreimal wöchentlich wird eine Ergotherapie mit den Patienten der psychiatrischen Station durchgeführt. Um den speziellen Bedürfnissen psychisch kranker Gefangener Rechnung zu tragen, werden auch - wenn ärztlich erlaubt und die vollzuglichen Rahmenbedingungen es zulassen - in dem für die Ergotherapie speziell hergerichteten Raum Gruppentherapien, gemeinsame Mahlzeiten, gemeinsame Spiele und gemeinsames Fernsehen durchgeführt.

Die psychiatrische Station hat eine Auslastung von knapp 90 % bei einer durchschnittlichen Liegezeit von 28 Tagen. Die Abrechnung mit dem Asklepios-Fachklinikum erfolgt auf einem vereinbarten Tagessatz pro Bett und Patient, wobei eine fiktive Mindestbelegung Bestandteil der Vereinbarung ist.

Bei einer Stichprobenanalyse in allen Justizvollzugsanstalten des Landes Brandenburg im Jahre 2011 war festzustellen, dass ca. 30 % der Gefangenen mit einer psychiatrischen Diagnose in Haft gekommen sind. Bei den übrigen 70 % wurde die psychiatrische Diagnose erst während der Haft gestellt. Von allen ärztlich diagnostizierten psychisch kranken Gefangenen mussten 29 % sofort ärztlich therapiert werden und davon ein Viertel wurde stationär in der psychiatrischen Abteilung der Krankenabteilung der Justizvollzugsanstalt Brandenburg behandelt. Dies entspricht im Wesentlichen den zu erwartenden Zahlen im Justizvollzug. Auch werden psychisch kranke Gefangene des Landes Schleswig-Holstein regelmäßig in Brandenburg stationär behandelt.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass das Psychisch-Krankengesetz des Landes Brandenburg nicht für den Justizvollzug gilt, sondern die anstaltsärztliche Versorgung sich nach dem Vollzugsgesetz des Landes Brandenburg vom 01.06.2013 richtet.

Stationäre somatische Versorgung und Reha in der JVA (Modul 3)

Die dritte Komponente der stationären Versorgung Gefangener innerhalb des Vollzuges des Landes Brandenburg besteht aus dem somatischen Bereich der Bettenstation der Krankenabteilung. Hier sind 22 Betten belegbar. Die Betten verteilen sich auf insgesamt 18 Krankenhafträume.

Die somatische Station hat eine durchschnittliche Belegungskapazität von 75 % bei einer durchschnittlichen Liegezeit von 12 Tagen. Ärztlich geleitet wird diese Station durch eine hauptamtlich tätige Fachärztin für Innere Medizin, unterstützt durch den ebenfalls hauptamtlich tätigen Anstaltsarzt, einen Facharzt für Chirurgie.

Die Krankenabteilung bei der JVA Brandenburg a. d. H. wird fachlich geleitet durch den Leitenden Anstaltsarzt, der die Funktion eines Ärztlichen Direktors bzw. Chefarztes wahrnimmt. Er ist direkter Ansprechpartner für die Ärztlichen Direktoren des Städtischen Klinikums Brandenburg und des Asklepios Fachklinikums.

Alle weiteren fachärztlichen Disziplinen werden durch Vertragsärzte abgedeckt, die regelmäßig in die Anstalt kommen bzw. speziell angefordert werden.

Die Krankenabteilung wird grundsätzlich im Drei-Schicht-Betrieb mit jeweils zwei examinierten Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern betrieben. Zugesichert sind dabei dem Asklepios-Fachkrankenhaus zwei Fachpfleger für Psychiatrie, wobei zum jetzigen Zeitpunkt ein Fachpfleger für Psychiatrie im Dienst in der JVA Brandenburg ist.

Der Pflegedienstleiter der Krankenabteilung ist Vorgesetzter des Pflegepersonals und ist fachlich und dienstlich dem Leitenden Anstaltsarzt zugeordnet.

Zusammenfassung und Perspektiven

Die„Krankenabteilung bei der JVA Brandenburg a. d. H." besteht somit aus drei Modulen:

1. Somatische stationäre Versorgung in der Krankenabteilung, überwiegend durch hauptamtliche Anstaltsärzte
2. Psychiatrische stationäre Versorgung in der Krankenabteilung durch Fachärzte des Asklepios-Fachklinikums
3. Somatische stationäre Versorgung in der externen Bettenstation im Städtischen Klinikum Brandenburg für alle Patienten, bei denen eine Rund-Um-die-Uhr-Anwesenheit eines Arztes erforderlich ist.

Durch diese modulare Organisation kann eine stationäre Versorgung von Gefangenen für fast alle Krankheitsbilder einschließlich fast aller Operationstherapien und entsprechender Nachsorge innerhalb des Vollzuges durchgeführt werden.

Einige wenige Ausnahmen sind u. a. die stationäre neurologische Versorgung (z. B. Erstversorgung nach Schlaganfall) und aus dem psychiatrischen Bereich die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen.

Zusammenfassend lässt sich mit der mehrjährigen Erfahrung sagen, dass sich die Kooperationen des Landes Brandenburg im Bereich der stationären Therapie, einerseits mit dem Klinikum Brandenburg GmbH für den somatischen Bereich und andererseits mit dem Asklepios-Fachklinikum Brandenburg für den psychiatrischen Bereich bewährt haben und ein sehr großes Spektrum aller Krankheitsbilder abdecken.

Dieses Modell einer institutionalisierten Kooperation mit regionalen Krankenhäusern ist unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten bei weiter andauernden Ärztemangel und einer insgesamt gesehen relativ kleinen Patientenzahl mit unterschiedlichen Krankheitsbildern für das Land Brandenburg als zukunftsweisend und ausbaufähig anzusehen.

So ist z. B. mittelfristig geplant, stationäre Therapien für psychisch kranke Gefangene, die jünger als 18 Jahre sind, anzubieten und die Rehabilitationsmöglichkeiten weiter auszubauen. Weiter soll im Laufe der nächsten Jahre die Krankenstation um einen Bereich für pflegebedürftige Gefangene erweitert werden.

Dr. med. Thomas Menn, MPH
Leitender Medizinaldirektor
Leitender Anstaltsarzt
JVA Brandenburg a. d. H.
Anton-Saefkow-Allee 22
14772 Brandenburg a. d. H.
Tel.: 03381/761-1200
dr.thomas.menn@justizvollzug.brandenburg.de

Medizin im Vollzug

Aspekte der Praxis eines Vollzugskrankenhauses am Beispiel Hamburg

Claudia Dreyer,
Manfred Papenhagen

Haft kann Leben retten!

Eine plötzliche Inhaftierung bedeutet für die meisten den Sturz ins Bodenlose. Manchmal kommt aber die Festnahme zur Verbüßung einer Ersatzfreiheitsstrafe genau zum richtigen Zeitpunkt. Wieder einmal haben die Pflegekräfte und Ärzte des hamburgischen Zentralkrankenhauses (ZKH) behutsam von der Polizei das Wenige übernommen was die Erosion der „Platte" von einem Menschen übrig gelassen hat. „Nur bis Dezember?" Der Wundmentor im ZKH hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen Teil der Folgen der Obdachlosigkeit zu beseitigen. Allein schon die offenen Beine werden lange brauchen. „Das kriegen wir schon wieder hin!" Zumindest das Allerschlimmste.

Nebenan wälzt sich Radoslaw mühselig aus dem Bett. Wann er nach Deutschland gekommen ist, weiß er selbst nicht mehr genau. Radoslaw hatte irgendwann aufgehört, die Flaschen Wodka zu zählen. Er zählte nur das Geld, um irgendwie klar zu kommen. Eines Tages war da auf einmal die Polizei.

Die ersten Tage waren schlimm. Ständige Überwachung, besondere Sicherungsmaßnahmen, Visiten, er selbst im Entzug, zwischen Schlafen und diffusem Wachsein. Jetzt sagt er, dass er klarer im Kopf sei. Er liegt im Patientenzimmer, Sonne fällt durch die Gitter auf den rosa Haftbefehl. Was drauf steht, weiß er von der Ausländerberaterin. Sie hatte beim Zugangsgespräch mit der für das ZKH zuständigen Vollzugs-

abteilungsleiterin übersetzt. Auch eine polnische Hausordnung hat er bekommen. Er weiß jetzt, wie er Taschengeld beantragen kann und dass er noch im Krankenhaus bleiben sollte. Er weiß auch, dass der Haftbefehl jederzeit aufgehoben werden kann. Wie es dann vor allem mit einer Krankenversicherung weitergehen soll, weiß er aber nicht.

Wer ein festes Strafende hat, ist hier manchmal besser dran. Je länger die Strafe, desto mehr Zeit verbleibt zum Aufpäppeln, mehr Zeit für die vollzuglichen und medizinischen Fachkräfte, um sich um das „Später" zu kümmern. Man kümmert sich natürlich auch um die Untersuchungsgefangenen. Aber eine spontane Entlassung bedeutet oft den Sturz zurück ins Bodenlose.

Per GTW nach Hamburg – unters Messer!

Behandlungen von Gefangenen außerhalb der Anstalt sind riskant, binden viel Personal. Trotz Bewachung kommt es zu Entweichungen. Daher bedeutet jeder Eingriff, der in einem vollzugseigenen Krankenhaus vorgenommen wird, einen Zuwachs an Sicherheit und bindet nicht Personal, das in den Anstalten für Kernaufgaben gebraucht wird. Und im ZKH stehen vollzugliche Leistungen und Betreuungsangebote zur Verfügung.

Mit Schleswig-Holstein wurde ein Staatsvertrag für die Übernahme von kranken Gefangenen abgeschlossen, auch andere Bundesländer machen von dem Leistungsangebot des ZKH Gebrauch. (http://www.hamburg.de/justizbehoerde/uha/)

„Sicherheitsrisiko Krankenschwester?"

In der langen Geschichte des Zentralkrankenhauses hat es viele Modelle des Personaleinsatzes und der Organisation gegeben.

Bis in die 1990er Jahre kamen fast ausschließlich männliche Krankenpfleger mit einer Ausbildung zum Allgemeinen Vollzugsdienst zum Einsatz. Es gab eine justizeigene Krankenpflegeschule, aber auch zunehmend Kritik an den medizinischen und baulichen Verhältnissen.

Einige Zeit lang war das ZKH organisatorisch nicht an die angrenzende Untersuchungshaftanstalt, sondern an das Allgemeine Krankenhaus Barmbek angegliedert. Keine glückliche Lösung: Die räumliche Nähe zur Anstalt und die Doppelorientierung für die verbeamteten Krankenpfleger brachten Probleme mit sich. Mit der Privatisierung der Öffentlichen Krankenhäuser wurde das ZKH wieder der Justiz zugeordnet und es wurden zahlreiche, zunehmend weibliche Krankenpflegekräfte ohne Vollzugsausbildung übernommen. 1995 zog das ZKH in einen modernen Neubau um. In der Folge wurden noch mehr Krankenpflegekräfte aus den ehemals öffentlichen Krankenhäusern übernommen, was bei manchen „gestandenen" Vollzugsmitarbeitern zu Kritik und Skepsis führte. Was kann man schon von „Nichtvollzuglern" anderes erwarten, als täglich die Sicherheit aufs Neue zu gefährden? Tatsächlich ist die bunte Mischung aus beschäftigten und verbeamteten Krankenpflegekräften, Ärzten und vollzuglichen Entscheidungsträgern zwar nicht homogen und konfliktfrei, aber zweifelsfrei eben deswegen konstruktiv, innovativ und sich gegenseitig ergänzend. Insgesamt besteht eine hohe Kompetenz in allen Fachbereichen. Das ZKH und die Untersuchungshaftanstalt sind mit Erfolg „blau-weiß" und werden sich auch künftigen Herausforderungen stellen können.

Lasst mich rein, lasst mich raus!

Der Ruf des ZKH unter den Gefangenen ist gut. Dankesbriefe füllen Ordner. Dennoch gibt es Unterschiede: Die einen möchten bleiben, auch wenn eine stationäre Unterbringung nicht nötig ist – „blutige Entlassungen" gibt es ohnehin nicht. Andere können es kaum abwarten, in das gewohnte Umfeld ihrer JVA zurückzukehren.

Vollzugskrankenhäuser sind aus der Vollzugslandschaft nicht wegzudenken. Immer wieder erwägen Entscheidungsträger Sparvorgaben durch Leistungseinschränkungen, Outsourcing oder gar Schließungen umzusetzen. Unter Einbeziehung aller Faktoren erweisen sich radikale Änderungsvorhaben als teuer und unsicher. Einzig eine noch bessere Vernetzung der Länder kann weitere Synergien nutzbar machen und Kosten sparen.

Claudia Dreyer
Leitende Regierungsdirektorin
Leiterin der Untersuchungshaftanstalt Hamburg
claudia.dreyer@justiz.hamburg.de

Dr. med. Manfred Papenhagen
Chefarzt des Zentralkrankenhauses
Leiter der medizinischen Gesamtabteilung
manfred.papenhagen@justiz.hamburg.de

Besonders gesicherte Krankenräume in öffentlichen Krankenhäusern statt Anstaltskrankenhäuser?

Maximilian Köckritz

Grundsätzlich kann ein Gefangener in ein Anstaltskrankenhaus oder in eine für die Behandlung seiner Krankheit besser geeignete Vollzugsanstalt verlegt werden. Kann die Krankheit eines Gefangenen in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden oder ist es nicht möglich, den Gefangenen rechtzeitig in ein Anstaltskrankenhaus zu verlegen, ist dieser in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs zu bringen (§ 65 StVollzG).

Im bayerischen Justizvollzug wird kein Anstaltskrankenhaus betrieben. Bereits 1989 wurde geprüft, ob die bestehende Krankenabteilung in der Justizvollzugsanstalt München durch Sanierungs-, Umbau-, und Erweiterungsmaßnahmen zu einem Anstaltskrankenhaus ausgebaut werden kann. Die damalige Prüfung hat ergeben, dass für diesen Zweck ein sehr hoher Einsatz von Haushaltsmitteln erforderlich ist.

Üblicherweise halten die Anstaltskrankenhäuser zumindest grundsätzlich die beiden großen Grunddisziplinen „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ vor. Stehen für die anderen Disziplinen keine eigenen Ärzte zur Verfügung, so werden sie durch externe Konsiliarärzte abgedeckt, die das Anstaltskrankenhaus aufsuchen. Dadurch entfallen zwar einerseits Transporte zwischen externen öffentlichen Krankenhäusern und dem Justizvollzug, andererseits stehen permanent hohe Kosten für den Betrieb und Unterhalt des Anstaltskrankenhauses gegenüber. Diese entstehen auch dann, wenn Abteilungen infolge geringer Fallzahlen nicht ausgelastet sind. Naturgemäß können in Anstaltskrankenhäusern in der Regel weder seltene und spezielle Operationen durchgeführt werden, noch sind sie in der Lage, sich den steigenden Ansprüchen insbesondere von Patienten (Gefangenen), Rechtsprechung im medizinischen Bereich, Hygiene, Qualitätssicherung usw. anzupassen. Hygienefachkräfte und Qualitätsbeauftragte sind hochqualifizierte und hoch spezialisierte Beispiele.

Vermutlich aus diesen Gründen gibt es mittlerweile kaum noch ein Anstaltskrankenhaus mit z.B.„großer Chirurgie“. Selbst das vorbildliche Anstaltskrankenhaus in Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg baute in der Vergangenheit Chirurgiebetten ab und Psychatriebetten auf. Diesem Trend folgend, wurde in dem im März 2007 in Betrieb genommene Krankenhaus des Berliner Justizvollzugs eine„leistungsfähige Chirurgie“ gar nicht erst gebaut.

Unter anderem aus diesen Erwägungen heraus wurde in Bayern beschlossen, in geeigneten öffentlichen Krankenhäusern sog. besonders gesicherte Krankenräume für die zeitweise Unterbringung von kranken Gefangenen einzurichten. Die Räumlichkeiten befinden sich in der Regel im chirurgischen oder internistischen Bereich. Fenster und Türen sind gegen Ausbruchsvorhaben abgesichert. Den Krankenräumen ist ein unmittelbar angrenzender Raum für die Aufsicht führenden Bediensteten mit optischer Verbindung zu den Krankenräumen zugeordnet. Dieser Raum ist an die Telekommunikationsanlage und die Lichtrufanlage des Krankenhauses angeschlossen. Von der Justizverwaltung werden Kosten für die aus vollzuglichen Gründen notwendigen baulichen Sonderausstattungen übernommen. Mit den Krankenhausträgern wurden entsprechende Nutzungsverträge abgeschlossen.

Damit wird eine optimale medizinische Akutversorgung der Gefangenen unter Beachtung der vollzuglichen Belange gewährleistet. Die medizinische Nachsorge erfolgt soweit und so bald wie möglich in den Krankenabteilungen der Justizvollzugsanstalten. Die bayerischen Justizvollzugsanstalten unterhalten lediglich Räume zur ambulanten und stationären Behandlung, die zu einer Krankenabteilung innerhalb der Anstalt zusammengefasst werden. In einigen bayerischen Justizvollzugsanstalten sind außerdem Abteilungen für besondere Krankheitsfälle eingerichtet. Über Fachabteilungen verfügen z.B. die Justizvollzugsanstalten St. Georgen-Bayreuth (Behandlung von Diabetes und Lungentuberkulose) sowie Straubing und Würzburg (Vollzugspsychiatrie). Um die Zahl an Ausführungen weiter gering zu halten, werden ferner Behandlungsräume für konsiliarärztliche Behandlungen vorgehalten.

Bis jetzt sind in 16 öffentlichen Krankenhäusern insgesamt 51 besonders gesicherte Krankenräume eingerichtet worden. Mit den Trägern dieser Einrichtungen wird jeweils ein entsprechender Nutzungsvertrag abgeschlossen. Die bisherigen finanziellen Aufwendungen belaufen sich hierfür auf nur ca. 500.000,-- €.

Ein weiterer entscheidender Vorteil ist die örtliche Nähe der öffentlichen Krankenhäuser mit besonders gesicherten Krankenräumen zu den nach dem bayerischen Vollstreckungsplan zuständigen Justizvollzugsanstalten. Insbesondere die zeitnahe Einbeziehung von Angehörigen in kritischen Situationen ist so möglich.

Ferner könnten die Justizvollzugsanstalten den Bezirkskrankenhäusern

ein Mitbenutzungsrecht an den bereits eingerichteten besonders gesicherten Krankenräumen in den Krankenhäusern einräumen und so die Kosten für beiden Institutionen reduzieren.

Maximilian Köckritz
Mitarbeiter im Bereich Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug, Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Maximilian.Koeckritz@stmjv.bayern.de

Baden-Württemberg

Neuer Generalstaatsanwalt

Nach zwölf Jahren als Generalstaatsanwalt in Stuttgart ist Klaus Pflieger mit einer Feierstunde am 16. September 2013 offiziell verabschiedet worden. Zugleich wurde Achim Brauneisen offiziell in das Amt als neuer Generalstaatsanwalt eingeführt. Der 55-Jährige Brauneisen hatte zuvor die Abteilung „Strafrecht und Gnadenrecht" im Justizministerium geleitet. Bei der Generalstaatsanwaltschaft folgt er auf Klaus Pflieger, der Ende Juni in den Ruhestand getreten war.

Achim Brauneisen ist 1958 in Kirchheim / Teck geboren. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Tübingen trat er im Februar 1987 in den höheren Justizdienst des Landes ein. Während seiner Assesorenzeit war er zunächst bei der Staatsanwaltschaft Stuttgart, beim Amtsgericht Nürtingen sowie beim Landgericht Stuttgart tätig. 1990 wurde er zum Staatsanwalt bei der Staatsanwaltschaft Stuttgart ernannt, wo er der Abteilung für die Bekämpfung der organisierten Kriminalität angehörte. In der Folge war Brauneisen zunächst als Referent im Justizministerium tätig, absolvierte sodann seine Erprobungsabordnung bei der Generalstaatsanwaltschaft Stuttgart und wurde dort im November 1997 zum Oberstaatsanwalt ernannt. Ein Jahr später übernahm er im Justizministerium die Leitung des Personalreferats für den höheren Dienst im württembergischen Landesteil. Im Jahr 2004 wurde er zum Leitenden Oberstaatsanwalt bei der Staatsanwaltschaft Tübingen ernannt. Von 2006 bis zu seinem Amtsantritt bei der Generalstaatsanwaltschaft Stuttgart leitete er als Ministerialdirigent die Abteilung für Strafrecht und Gnadenrecht im Ministerium.

[Justizministerium Baden-Württemberg, Pressemitteilungen vom 16.09.2013]

Zentralstelle zur Aufklärung nationalsozialistischer Verbrechen: 7.500 Vorermittlungen

Als historische Verpflichtung sieht Justizminister Rainer Stickelberger die Arbeit der Zentralen Stelle der Landesjustizverwaltungen zur Aufklärung nationalsozialistischer Verbrechen in Ludwigsburg. Das gelte rund 55 Jahre nach deren Gründung unverändert. „Selbst wenn die Strafverfolgung von NS-Verbrechen mit jedem Jahr schwieriger wird, sollte die Zentrale Stelle weiterhin bestehen bleiben und die erfolgreiche Ermittlungstätigkeit fortsetzen können", sagte der Minister während eines Besuchs in der Zentralen Stelle am 3. September 2013: „Wir haben aus unserer Geschichte heraus eine große Verantwortung: Wir dürfen die Erinnerung an die schrecklichen Taten der Nationalsozialisten nicht verblassen lassen, sondern müssen uns damit auseinandersetzen - auch strafrechtlich."

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Zentrale Stelle knapp 7500 Vorermittlungsverfahren eingeleitet, erledigt und an die regional zuständige Staatsanwaltschaft abgegeben. Aktuell werden 30 Verfahren an Staatsanwaltschaften abgegeben. „Dies zeigt, dass auch 68 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs noch kein Schlussstrich unter die juristische Aufarbeitung gezogen werden darf", erklärte der Justizminister.

Die Zentrale Stelle ist eine Einrichtung der Justizverwaltungen der Länder, die gemeinsam die Kosten tragen und das Personal stellen. Derzeit sind neben dem Leiter, dem Leitenden Oberstaatsanwalt Kurt Schrimm, 17 Personen dort tätig - darunter drei Staatsanwälte und zwei Kriminalbeamte. Sie kooperieren eng mit ausländischen Behörden. Die Sichtung von Unterlagen aus Archiven

beispielsweise in Osteuropa und Südamerika gehört ebenfalls zu ihrer Arbeit.

Die Organisation, die Zuständigkeit und die Aufgaben der Zentralen Stelle sind in einer Verwaltungsvereinbarung festgelegt, die im Dezember 1958 zwischen den Ländern vereinbart und 1967 erweitert wurde. Seither sind die Vorermittlungen nicht mehr auf Verbrechen beschränkt, die in Konzentrationslagern, Zwangsarbeiterlagern und Ghettos sowie durch Einsatzkommandos, Einsatzgruppen der Sicherheitspolizei und des SD außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland begangen wurden. Auch NS-Taten innerhalb des Bundesgebiets können aufgrund der erweiterten Zuständigkeit verfolgt werden.

[JM Baden-Württemberg, Pressemitteilung v. 03.09.2013]

Bayern

Ambulante Therapie für Gewalttäter in München

Im Juli hat die bayernweit erste Fachambulanz für Gewaltstraftäter ihre Arbeit in München aufgenommen. Nach den neuen Regelungen zur Sicherungsverwahrung will Bayern das Therapieangebot ausweiten. Bayern will mit der Einrichtung die Rückfallgefahr senken und damit den Schutz für Opfer verbessern. Die Einrichtung weiterer ähnlicher Ambulanzen sind in Nürnberg und Würzburg geplant. Die Ambulanz wird vom Staat finanziert - Träger ist das Evangelische Hilfswerk. Ein Psychotherapeut und eine Sozialpädagogin sollen sich vor allem um die Probanden kümmern, die aus der Sicherungsverwahrung entlassen werden oder nach langjähriger Haft unter Führungsaufsicht stehen. Der Besuch der Therapie wird vom Gericht angeordnet.

[Augsburger Allgemeine v. 04.07.2013 / DBH-Newsletter Nr. 10 / 2013 vom 17.07.2013]

Strafentlassenenhilfe: Mehr Hilfe in Augsburg

Nach einer Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz soll die Hilfe für strafentlassene Männer und Frauen in der Region Augsburg deutlich ausgebaut werden. Das Justizministerium arbeitet dabei mit Augsburger Wohlfahrtsverbänden, der Stadt Augsburg, den Landkreisen Augsburg und Aichach-Friedberg, der Agentur für Arbeit in Augsburg und den dortigen Jobcentern zusammen. „Wir stellen immer wieder fest: Der Schritt aus dem strukturierten Alltag in einer Justizvollzugsanstalt in häufig genug unsichere Lebensverhältnisse in Freiheit bereitet den Entlassenen Schwierigkeiten", so Justizministerin Merk. Weil gerade in den ersten sechs Monaten nach der Entlassung besonders hohe Rückfallrisiken bestünden, sei es wichtig, die bereits vorhandenen Einzelmaßnahmen zur Unterstützung der Freigelassenen besser zu verzahnen, um ihnen bei der Wiedereingliederung noch mehr zu helfen.

Seit dem 9. September 2013 ist eine zusätzliche Diplom Sozialpädagogin (FH) bei der Justizvollzugsanstalt Augsburg angestellt, die zusammen mit Kollegen der Diakonie Augsburg und des katholischen Verbandes für soziale Dienste e.V. (SkM) Augsburg unter einem Dach in den Räumen der Diakonie Augsburg mit der Beratung und Betreuung der Strafentlassenen befasst ist. Eine weitere Beratungsstelle für Frauen befindet sich beim Sozialdienst Katholischer Frauen e.V. (SkF) Augsburg.

Die Kooperationsvereinbarung, in deren Rahmen die Berater zunächst noch ihre Tätigkeit verrichten, soll baldmöglichst in eine neue „Augsburger Beratungsstelle für Strafentlassene" münden, die erstmals alle bereits bewährten Kräfte bündelt, Wege verkürzt, Synergieeffekte nutzt und so entscheidend zur Resozialisierung von straffällig gewordenen Männern und Frauen beitragen wird.

[Bayerisches Staatsministerium der Justiz, Pressemitteilung 243/2013 13.09.2013]

Familienseminare für Gefangene

Bayern hat wieder Familienseminare für Strafgefangene aus bayerischen Justizvollzugsanstalten veranstaltet. Im Mittelpunkt der Seminare steht das Bemühen, Familie und Partnerschaft wieder für alle Teilnehmer (er-) lebbar zu machen. Dazu gibt es u. a. verschiedene sozial- und gruppenpädagogische Angebote. Familienseminare seien wichtig, um Gefangenen und ihren Familien dabei zu helfen, die schwierige Situation, die ein Gefängnisaufenthalt mit sich bringt, zu meistern. Jeder Strafgefangene, auf den am Tag seiner Entlassung eine intakte Familie am Gefängnistor warte, habe einen Anker in der Welt jenseits der Mauern, festeren Stand und einen Grund mehr, in Zukunft ein Leben ohne Straftaten zu führen. Die Familienseminare für Strafgefangene aus bayerischen Vollzugsanstalten und ihre Angehörigen fanden im August und September statt und werden vom Arbeitskreis Resozialisierung in der Rechtsträgerschaft der evangelischen Stadtmission Nürnberg e. V. bzw. vom Diakonischen Werk Rosenheim durchgeführt. Teilnehmen können geeignete Gefangene mit ihren Ehepartnern und Kindern.

[Bayerisches Staatsministerium der Justiz, Pressemitteilung 191/2013 v. 19.07.2013]

Berlin

Online-Beteiligung zum Vollzugsrecht

Der Senator für Justiz und Verbraucherschutz, Thomas Heilmann, hat am 11. September 2013 den Startschuss für eine neue Form der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens gegeben. Erstmals soll auf diese Weise der Sachverstand aller im und für den Vollzug Tätigen zu einem sehr frühen Zeitpunkt in die Erarbeitung der Strafvollzugsgesetze einbezogen werden. Rund 3000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Berliner Justizvollzuges und der Sozialen Dienste der Justiz, externe Beteiligte wie Freie Träger und Interessenverbände sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind dazu aufgerufen, die Entwürfe für ein Berliner Strafvollzugsgesetz und ein geändertes Jugendstrafvollzugsgesetz auf einer eigens hierfür erstellten Online-Plattform zu kommentieren und zu diskutieren. Basis der Entwürfe ist der Musterentwurf für ein Strafvollzugsgesetz, den eine länderübergreifende Arbeitsgruppe unter Federführung Berlins und Thüringens erarbeitet hatte. Die Beiträge und Stellungnahmen stellen nicht nur wertvolle Hinweise für den weiteren Gang der Gesetzesberatungen dar. Die Online-Plattform ermöglicht insbesondere die direkte Diskussion zwischen den verschiedenen im Strafvollzug tätigen Akteuren. Die Plattform ist noch bis zum 31. Oktober 2013 online.

Niedersachsen

Privatisierung im Justizvollzug

Justizministerin Antje Niewisch-Lennartz beantwortet namens der Landesregierung die Mündliche Anfrage der Abgeordneten Marco Brunotte, Kathrin Rühl, Andrea Schröder-Ehlers (SPD) und Belit Onay (Grüne).

Die Abgeordneten hatten gefragt:
„Am 31. Januar 2013 hat die teilprivatisierte JVA Bremervörde die ersten Gefangenen aufgenommen. Noch befindet sich die Anstalt in einer vertraglich vereinbarten Probephase, die zum 30. Juni 2013 endet und danach in den „Normalbetrieb“ übergeht. Justizministerin Niewisch-Lennartz hat in der Sitzung des Rechtsausschusses am 10. April 2013 im Rahmen der Vorstellung ihrer justizpolitischen Schwerpunkte u. a. mitgeteilt, dass sie zur kritischen Begleitung und Bewertung des Betriebs der teilprivatisierten JVA Bremervörde ein Finanz- und Qualitätscontrolling aufbauen wird.

Wir fragen die Landesregierung:
1. Auf welcher Grundlage wird die Landesregierung die in der JVA Bremervörde erbrachten Leistungen mit denen der anderen niedersächsischen Justizvollzugsanstalten vergleichen? Sind Kostenvergleiche möglich und vorgesehen?
2. Wie stellen sich die Ausstiegsoptionen für den Fall dar, dass vertraglich vereinbarte Leistungen nicht erbracht bzw. Qualitätsstandards des niedersächsischen Justizvollzuges nicht eingehalten werden?
3. Wie wird die Landesregierung den Landtag über die Ergebnisse des Finanz- und Qualitätscontrollings unterrichten?“

Ministerin Niewisch-Lennartz beantwortet die Anfrage im Namen der Landesregierung:

„Die JVA Bremervörde ist seit dem 3. Februar 2013 im sog. Echtbetrieb und mittlerweile mit rund 240 Gefangenen belegt. 84 Bedienstete des Justizvollzugs und 61 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Privaten Partners haben für eine gute Startphase gesorgt. Die Übergabepunkte zwischen hoheitlichen Aufgaben und Bereichen, die in der Zuständigkeit externer Träger liegen, sind bereits in der Planungsphase detailliert vorbereitet und in der Probephase eingeübt worden. Deshalb kann in der Ablauforganisation eine bislang weitgehend reibungslose Zusammenarbeit festgestellt werden. Allerdings entspricht die Beschäftigungssituation der Gefangenen gegenwärtig noch nicht den vertraglichen Vereinbarungen. Die Landesregierung wird insbesondere die Schnittstellen staatlicher und privater Verantwortlichkeiten kritisch beobachten und die Leistungen der JVA Bremervörde an den Ergebnissen und Standards der anderen Justizvollzugseinrichtungen messen.

Dies vorausgeschickt, beantworte ich die Kleine Anfrage namens der Landesregierung wie folgt:

Zu 1.: Das Justizministerium wird im Rahmen eines Wirtschaftlichkeits- und Qualitätscontrollings überprüfen, ob die finanziellen Annahmen aus der Wirtschaftlichkeitsrechnung zu den Personal- und Sachkosten zutreffen. Grundlagen dafür sind die Nominalkosten für den beauftragten Teilbetrieb sowie Volumen und Struktur des Personals und die Nominalkosten für beim Land verbleibende hoheitliche Aufgaben. Wie alle anderen Justizvollzugseinrichtungen des Landes wird auch die JVA Bremervörde in einer Kosten- und Leistungsrechnung Produktkosten ermitteln und über ein Kennzahlencontrolling die vollzuglichen Leistungen abbilden. Auf dieser Grundlage können die Qualitätsstandards der JVA Bremervörde mit denen ausschließlich hoheitlich betriebener Justizvollzugseinrichtungen verglichen werden. Dies gilt beispielsweise für die Beschäftigungs-

quote der Gefangenen, die Vollzugsplanung, Behandlungsangebote und Leistungen in der Entlassungsvorbereitung. Absolute Vergleiche zwischen der JVA Bremervörde und hoheitlich betriebenen Anstalten für einzelne Kostenstellen oder Teilbereiche der Anstalt werden jedoch voraussichtlich nicht bzw. nur eingeschränkt möglich sein, da der private Betreiber nicht verpflichtet ist, seine Entgeltkalkulationen offenzulegen.

Die JVA Bremervörde wird vom Justizministerium in gleicher Weise beaufsichtigt wie alle anderen niedersächsischen Justizvollzugsanstalten, die einmal im Jahr von einem dreiköpfigen Aufsichtsteam anhand einer landesweit einheitlichen Checkliste geprüft werden. Auch mit Hilfe dieses Instrumentariums können Leistungen und Qualitäten verglichen werden.

Zu 2.: Im Oktober 2010 hat die Landesregierung mit der BAM-JVA-Bremervörde Projektgesellschaft mbH diverse Verträge über die Planung, die Finanzierung, den Bau und über die Beauftragung der Wahrnehmung bestimmter nicht hoheitlicher Betriebsdienstleistungen für das Land geschlossen.

Dauer des Projektvertrags (Bauleistungen, Betriebsunterhaltungs- und Erhaltungsleistungen) ist die Betriebsphase. Sie beträgt 25 Kalenderjahre ab Übergabe der Anstalt am 1. Januar 2013. Der Projektvertrag kann außerordentlich nur bei nicht vertragsgemäßem Verhalten oder gravierenden längerfristigen Schlechtleistungen des privaten Partners vom Land gekündigt werden. Reinigungsvertrag, Verwaltungshilfsdienstevertrag, Verpflegungs- und Versorgungsvertrag, Gesundheitsfürsorgevertrag, Sozialfürsorgevertrag und Sicherheitshilfsdienstevertrag können erstmals nach zehn Jahren ordentlich gekündigt werden, danach alle fünf Jahre.

Der Gefangenenbeschäftigungsvertrag ist bereits nach 42 Betriebsmonaten kündbar, und zwar vom Land ohne Begründung und vom privaten Partner bei mangelnder Kostendeckung des Bereichs „Beschäftigung der Gefangenen".

Zu 3.: Wenn erste valide Ergebnisse vorliegen – voraussichtlich Mitte 2014 –, wird die Landesregierung diese in den Fachausschüssen des Landtags vorstellen."

[Niedersächsisches Justizministerium, Pressemitteilung Nr. 25/13 v. 21.06.2013]

Sachsen-Anhalt

Malgalerie: Gefangene zeigen Bilder

Magdeburg (MJ). 74 Bilder haben Inhaftierte aus Sachsen-Anhalts Justizvollzugsanstalten für den Wettbewerb zur 15. Malgalerie eingereicht, der gemeinsam vom Landesverband für Straffälligen- und Bewährungshilfe Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt ausgerichtet wird. Von heute an sind die Arbeiten in der Geschäftsstelle des Landesverbandes für Straffälligen- und Bewährungshilfe Sachsen-Anhalt e.V. in der Keplerstraße 9/9a in Magdeburg zu sehen.

Justiz-Staatssekretär Thomas Wünsch sprach von einem „wichtigen Jubiläum": „Die Idee, Gefangenen über die Malerei die Möglichkeit zu eröffnen, sich kreativ mit ihren Gefühlen auseinander zu setzen, hat gute Früchte getragen. Denn die Auseinandersetzung mit der Kunst hilft ihnen dabei, die eigene Straftat aufzuarbeiten." Staatsminister Rainer Robra, Vorsitzender des Landesverbandes für Straffälligen- und Bewährungshilfe, betonte: „Mit dem landesweiten Malwettbewerb verfolgt der Landesverband auch das Ziel, Voraussetzungen dafür zu bieten, dass frühzeitig in den Haftanstalten mit einer individuellen Reintegrationsarbeit begonnen werden kann, damit Inhaftierte nach ihrer Haftentlassung nicht orientierungslos vor den Gefängnissen stehen."

Den ersten Preis vergab die Jury an einen Gefangenen der JVA Burg für ein Bild mit dem Titel „Schwarzes Mädchen", der zweite Preis geht in die JVA Halle („Punker"), der dritte in die Jugendanstalt Raßnitz („Mann auf Tretmühle"). Zudem wurden zehn Anerkennungen ausgesprochen.

Der Jury gehörten die Bewährungshelferin Edith Gehrmann vom Sozialen Dienst der Justiz Halberstadt, der Leiter des Kriminologischen Dienstes Sachsen-Anhalt, Frieder Samtleben, sowie der ehemalige Mitarbeiter der Galerie Himmelreich, Walter Schmidt, an.

Interessierte können die Ausstellung nach vorheriger Terminvereinbarung mit dem Landesverband besuchen. Terminabsprachen sind unter 0391/541 45 88 möglich.

Ministerium für Justiz und Gleichstellung - Pressemitteilung Nr.: 059/2013
Magdeburg, den 18. September 2013

Rheinland-Pfalz

Erste Realschulabschlüsse im Jugendvollzug

Jens Gudel

Am 04.07.2013 wurde in der Jugendstrafanstalt Schifferstadt in puncto schulische Bildungsmaßnahmen Geschichte geschrieben: Neun Schüler nahmen stolz ihren Realschulabschluss

(offiziell: Zeugnis über den qualifizierten Sekundarabschluss I) in Empfang, nachdem sie zuvor die entsprechenden Abschlussprüfungen erfolgreich bestanden hatten. Hierauf hatten sie sich zehn Monate lang im Vollzeitunterricht des Realschulabschlusskurses vorbereitet, der von den LehrerInnen des Pädagogischen Dienstes erstmals zum Schuljahresbeginn 12/13 angeboten worden war. Begonnen hatte der Kurs mit zwölf Teilnehmern; drei Schüler schieden vor Kursende aus unterschiedlichen Gründen aus (Überforderung, Entlassung, vollzugliche Gründe).

Da die Nachfrage nach über den Hauptschulabschluss hinausgehenden Bildungsabschlüssen stetig gestiegen war[1], hatte sich der Pädagogische Dienst zu diesem Angebot entschlossen. Auch im Schuljahr 13/14 wird in der Jugendstrafanstalt Schifferstadt wiederum ein Realschulabschlusskurs angeboten werden.

Damit ist es im rheinland-pfälzischen Strafvollzug wieder möglich, über die Teilnahme an einer schulischen Bildungsmaßnahme den qualifizierten Sekundarabschluss I zu erlangen. Zuletzt konnte dieser Schulabschluss im Erwachsenenvollzug der JVA Zweibrücken mit dem Besuch der Berufsaufbauschule erworben werden, bis dieser Bildungsgang in Rheinland-Pfalz aufgrund geänderter Bestimmungen zur Gleichwertigkeit von Berufsschulabschlusszeugnissen (vgl. Landesverordnung über den Erwerb des qualifizierten Sekundarabschlusses I an Berufsschulen; RP GVBl. 1996, 368) vor 15 Jahren schulpolitisch abgeschafft wurde. In Anbetracht der Tatsache, dass aufgrund der zunehmenden Entwertung ein Hauptschulabschluss heutzutage mit einer Geringqualifikation und folglich sozioökonomischer Exklusion gleichgesetzt werden muss, bleibt zu hoffen, dass es den Realschulabsolventen gelingt, ihren erworbenen mittleren Schulabschluss am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt adäquat zu verwerten, um künftig ein straffreies Leben zu führen.

1 Zum Vorbildungsstand der Jugendstrafgefangenen bei Haftantritt vgl.:
Susann Reinheckel: Geringqualifikation bei männlichen Strafgefangenen im geschlossenen Jugendstrafvollzug der Bundesrepublik Deutschland – eine empirische Untersuchung, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-349418.
Jens Gudel: Schule im Jugendstrafvollzug: Überlegungen und Untersuchungen zu ihrer Ausrichtung als Instrument im Rahmen der Prävention, in: Neue Kriminalpolitik (NK) 3/2013 (im Druck).

Jens Gudel M.A.
Master of Criminology and Police Science
Oberlehrer Jugendstrafanstalt Schifferstadt

Fachwoche Straffälligenhilfe 2013

Der Preis des Geldes - Von Anspruch und Realität in Strafvollzug und Straffälligenhilfe

Montag, 25. 11. 2013
15:00 Begrüßung: Prof. Karl Heinrich Schäfer
15:15 Grußworte
Dr. Wolfgang Gern, Vorstandsvorsitzender des Diakonisches Werkes Hessen-Nassau
Dr. Rudolph Kriszeleit, Staatssekretär für Justiz und Integration im Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa
Ulrike Scherf, Stellvertreterin des Kirchenpräsidenten der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau
15:30 Vortrag
Geld, Gier und Betrug - Gedanken eines Psychoanalytikers
Dr. Tilmann Moser
17:15 Vortrag
Geldfrei glücklich
Raphael Fellmer
20:00 Theater hinter Gittern
Maja Wolff

Dienstag, 26.11.2013
08:15 Andacht: Thomas Gotthilf
09:15 Vortrag
Privatisiertes Einsperren und Gefangenenarbeit
Prof. Dr. Karl Heinrich Schäfer
11:15 Vortrag
Ohne Schuldenregulierung keine Resozialisierung
Prof. Dr. Dieter Zimmermann
12:30 Mittagessen
14:30 Uhr Foren I + II
16:30 Uhr Foren III + IV

Mittwoch, 27.11.2013
09:00 Vortrag
Petition Rentenbeiträge für Strafgefangene
Martin Singe
10:45 Vortrag
Privatisierung und Wettbewerb in der Straffälligenhilfe
Gisela Kubon-Gilke
12:00 Ende der Tagung
Tagungsort: Wilhelm-Kempf-Haus, Wiesbaden www.wilhelm-kempf-haus.de/
Weitere Informationen und

Anmeldung:
www.fachwoche.de

Termin:
25.11.-27.11.2013,

Ort:
Wiesbaden

Programm, Mitwirkende, Online-Anmeldung, Informationen (Stand August 2013)

Bericht über die 117. Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder

Torsten Kunze

Die Frühjahrstagung des Strafvollzugsausschusses fand unter dem Vorsitz Hessens vom 15. bis 17. Mai 2013 in Wiesbaden statt. Das Gremium setzt sich aus den 16 Leiterinnen und Leitern der Vollzugsabteilungen der Länder zusammen sowie – als ständige Gäste - dem Vertreter der Generalbundesanwaltschaft, Herrn Bundesanwalt Hemberger, und der Vertreterin des Bundesministeriums der Justiz (BMJ), Frau Ministerialrätin Kubicki-Halskov. Der Ausschuss beriet über insgesamt 21 Tagesordnungspunkte. Zu den Schwerpunkten kann wie nachfolgend ersichtlich berichtet werden. Soweit zu den Punkten Beschlussempfehlungen an die Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister (Justizministerkonferenz) für deren Sitzung am 12. und 13. Juni 2013 in Perl-Nenning herangetragen wurden, ist die dortige Beschlussfassung jeweils vermerkt.

Schwerpunktthema

Als Schwerpunktthema befasste sich der Ausschuss mit „Islam im Vollzug". Hierbei wurden durch Fachvorträge der Referenten Dr. Marwan Abou-Taam vom Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz, des Stellvertretenden Generalbundesanwalts Rainer Griesbaum und von Herrn Dr. Gunter Fleck, Vollzugsabteilungsleiter in der JVA Hünfeld, sowohl der Themenbereich religiöse Betreuung von Muslimen als auch der Bereich islamistischer Extremismus vertiefend behandelt. An den zweiten Teil dieses Schwerpunktthemas schlossen sich Erörterungen zum Vorgehen gegen rechtsextremistische Tendenzen von Gefangenen in Vollzugsanstalten an. Ausgangspunkt war ein auch von den Medien bundesweit aufgegriffenes Vorkommnis in einer hessischen Vollzugsanstalt, in der ein rechtsgerichteter Gefangener aufgrund einer Zeitungsannonce Kontakt zu Gefangenen in verschiedenen Bundesländern gesucht hatte. Der Strafvollzugsausschuss kam dabei zu der Einschätzung, dass nach den vorliegenden Erkenntnissen von der Bildung eines Netzwerkes nicht ausgegangen werden kann. Gleichwohl empfahl er im Wesentlichen, den Informationsaustausch zwischen den Ermittlungs- und Vollzugsbehörden sowie den Landesämtern für Verfassungsschutz auszubauen und in den Fällen eines Extremismusverdachts die in den Justizvollzugsgesetzen vorgesehenen Möglichkeiten zur Beobachtung und Überwachung auszuschöpfen. Außerdem hat sich der Ausschuss dafür ausgesprochen, das Angebot von Deradikalisierungsprogrammen und -maßnahmen für die Zielgruppen des politischen und religiösen Extremismus innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs, insbesondere nach der Entlassung, zu verstetigen und in Zusammenarbeit mit der Innenministerkonferenz eine gemeinsame dauerhafte Lösung der Finanzierung solcher Programme sicherzustellen. Diesen Empfehlungen ist die Justizministerkonferenz durch eine entsprechende Beschlussfassung gefolgt.

Mitgliedschaft EuroPris

Der Strafvollzugsausschuss war sich darüber einig, dass aufgrund der Europäisierung in einigen Bereichen des Justizvollzugs eine Vertretung des Justizvollzugs auf europäischer Ebene notwendig ist. Er hat dazu das BMJ gebeten, eine Mitgliedschaft bei der Organisation EuroPris anzustreben. Dabei soll das jeweilige Vorsitzland des Strafvollzugsausschusses vom BMJ im Rahmen der anzustrebenden Mitgliedschaft beteiligt werden. Die Justizministerkonferenz ist einer entsprechenden Empfehlung gefolgt. EuroPris ist eine Nichtregierungsorganisation, die 2011 in den Niederlanden gegründet wurde. Ziel der Organisation ist es, den Austausch von Informationen zum Strafvollzug auf europäischer Ebene zu verbessern. Außerdem will EuroPris die in den Mitgliedsstaaten vorhandene Expertise auf dem Gebiet des Justizvollzugs für die Europäische Kommission zugänglich machen und insoweit beratend tätig werden. Viele europäische Länder sind bereits Mitglied bei EuroPris, Deutschland bislang jedoch noch nicht. Der Strafvollzugsausschuss sah das Bedürfnis, einen Austausch über Ländergrenzen hinweg im Sinne eines „best practise" zu ermöglichen und fürchtet zudem, ohne Mitgliedschaft bei EuroPris vom Informationsfluss auf europäischer Ebene abgeschnitten zu werden. EuroPris ist zur Zeit die einzige Organisation, die diese Aufgabe erfüllen kann.

Gesetzgebungsangelegenheiten

Durch eine Änderung des Therapieunterbringungsgesetzes des Bundes (ThUG) wurde in einem neu geschaffenen § 2 Abs. 2 ThUG die Möglichkeit eröffnet, ab dem 1. Juni 2013 Therapieuntergebrachte auch in Einrichtungen für Sicherungsverwahrte unterzubringen. Der Strafvollzugsausschuss der Länder hatte in der 115. Tagung vom 9. bis 11. Mai 2012 in Wörlitz eine Arbeitsgruppe unter der Federführung Bayerns mit dem Auftrag eingesetzt, die Grundlagen für den Vollzug der Therapieunterbringung in Einrichtungen für Sicherungsverwahrung nach § 2 Abs. 2 ThUG zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe, an der 13 Länder teilnahmen, hat ihre Arbeit abgeschlossen und einen Entwurf für „Gesetzliche Grundlagen zum Vollzug der Therapieunterbringung (in Einrichtungen für Sicherungsverwahrung)" vorgelegt. Dieser wurde vom Strafvollzugsausschuss zustimmend zur Kenntnis genommen und als eine geeignete Grundlage für den Vollzug der Therapieunterbringung in Einrichtungen nach § 2 Abs. 2 des Therapieunterbringungsgesetzes angesehen.

Der Strafvollzugsausschuss hat sich zudem dafür ausgesprochen, die länderübergreifende Arbeitsgruppe zur Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen für ein Jugendarrestvollzugsgesetz unter der Federführung von Hessen fortzuführen. Erste 23 Eckpunkte für eine Neuregelung hatte die Arbeitsgruppe im Auftrag des Ausschusses bereits im Jahre 2010 vorgelegt (vgl. Roos, Helmut: Eckpunkte zum Jugendarrest, in Forum Strafvollzug 2011, S. 100). Mit Rücksicht auf die teilweise noch laufenden Gesetzgebungsprojekte einzelner Länder wird Hessen in der zweiten Jahreshälfte 2013 auf die teilnehmenden Länder zugehen und das weitere Vorgehen abstimmen.

Ausstattung der Länderkommission der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter

Auf Einladung des Strafvollzugsausschusses berichtete der Vorsitzende der Länderkommission zur Verhütung von Folter, Herr Staatssekretär a.D. Rainer Dopp, über die Arbeit und Ausstattung der Kommission. Die Länderkommission, die Teil der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter ist, wurde in Umsetzung einer internationalen Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland (Fakultativprotokoll vom 18. Dezember 2002 zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe) im Jahre 2010 eingerichtet und hat ihren Sitz in Wiesbaden. Zu ihren Aufgaben gehört es, Einrichtungen aufzusuchen, in denen Personen aufgrund einer Entscheidung eines Gerichts oder einer Behörde die Freiheit entzogen ist, auf Missstände aufmerksam zu machen und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Solche Einrichtungen sind im Bereich der Länder beispielsweise die Justizvollzugsanstalten, die geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser, Polizeidienststellen, freiheitsentziehende Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Einrichtungen der Alten- und Pflegeheime. Der Strafvollzugsausschuss hat sich nach eingehender Erörterung dafür ausgesprochen, die bisher aus vier Mitgliedern bestehende Kommission mit zusätzlichem Sachverstand aus den Bereichen des Freiheitsentzugs auszustatten, die nicht in der Verantwortung der Justiz stehen, und insoweit die Anzahl der Mitglieder auf insgesamt acht zu erhöhen. Zur Finanzierung der Aufstockung bat er die Justizministerkonferenz in Kontakt mit der Innenministerkonferenz und der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister zu treten und eine finanzielle Beteiligung dieser Ressorts zu verhandeln. Die Justizministerkonferenz hat sich dem angeschlossen und hinsichtlich Ausstattung und Finanzierung einen entsprechenden Beschluss gefasst.

Weitere Schwerpunkte in Kürze

Zur Verbesserung der Vergleichbarkeit des **Tageshaftkostensatzes** zwischen den Ländern hat der Strafvollzugsausschuss den von einer Arbeitsgruppe unter der Federführung Hamburgs erarbeiteten modifizierten Festlegungen zu den Berechnungsgrundlagen für den Tageshaftkostensatz zugestimmt und sich für eine Verwendung des daraus resultierenden Berechnungsbogens ab dem Jahr 2014 ausgesprochen.

Mit Bedauern hat der Ausschuss zur Kenntnis genommen, dass das Bundesministerin für Arbeit und Soziales sein Anliegen, die neuen Vorgaben zur Berechnung der Versicherungszeiten für Gefangene in der **Arbeitslosenversicherung** zu überprüfen und eine Schlechterstellung von Gefangenen zu vermeiden, mit Schreiben vom 19. Februar 2013 abschlägig beschieden hat. Der Strafvollzugsausschuss hält gleichwohl an seiner Auffassung fest, dass es für die Ungleichbehandlung der Gefangenen an einem sachlichen Grund fehlt.

Außerdem hat sich der Ausschuss dafür ausgesprochen, die länderübergreifende **Evaluation des Jugendvollzugs**, an der die Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen teilnehmen, fortzusetzen. Hierzu soll die Einrichtung eines zentralen Projektsekretariats mit Anbindung an den Kriminologischen Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen erfolgen.

Torsten Kunze
Leitender Ministerialrat
Stellvertretender Leiter der Abteilung Justizvollzug im Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa
torsten.kunze@hmdj.hessen.de

Wie weiter mit einem Modellprojekt?

Jens Borchert, Jörg Timme, Malte Boll

Statt eines Anfangs

Das im Folgenden vorgestellte Projekt „werk4" ist ein kleines Sozialunternehmen, das seine Arbeit nach verhältnismäßig kurzer Zeit (vorerst) wieder einstellte. Es arbeitet mit einigen zentralen Prämissen, die an dieser Stelle vorgestellt werden sollen.

Das Projekt hat in seinem bisherigen Verlauf fünf Jugendliche betreut, die aus der Haft entlassen worden sind und mit ca. dreißig anderen Inhaftierten wurden Kontakte aufgenommen und ein Projekteinstieg vorbereitet. Im Gegensatz zu anderen Projekten wurde bewusst ein engmaschiger Betreuungsschlüssel gewählt und auf hohe „Fallzahlen" verzichtet. Die Jugendstrafgefangenen sollen eine positive pädagogische Beziehung zu ihrem Begleiter aufbauen können. Zugleich werden sie in ihrer Individualität wahrgenommen und kann Hilfe genau den speziellen Erfordernissen angepasst werden. Damit ist dieses Projekt kostenintensiv und könnte auch im Erfolgsfalle keine beeindruckenden Zahlen von erfolgreich integrierten Jugendlichen liefern. Es ist ein kleines Projekt mit einer kleinen Zielgruppe.

Das Projekt war langfristig auf ein wirtschaftliches Arbeiten angelegt und darauf, auf das Nutzen von Fördertöpfen perspektivisch zu verzichten. Stattdessen sollten die Jugendlichen in "echten" Lebenssituationen arbeiten und handeln. Die Produkte der Arbeit wurden zu marktüblichen Preisen verkauft. Als Lebensvorbereitung soll in einem solchen Projekt den Jugendlichen eine Alternative außerhalb von staatlichen Transferleistungen angeboten werden.

Der Artikel ist eine Darstellung einer fehlgeschlagenen Idee, die nach unserer Auffassung es dennoch verdient, vorgestellt zu werden. Die Projektidee beinhaltet einige reformpädagogische Ideen, die für die Arbeit mit Straftätern und Haftentlassenen bedeutsam werden können:
Zunächst liegt der Schwerpunkt nicht in der Erziehung, sondern in der Beziehung. Das Herstellen einer engeren Beziehung aufgrund der geringen Fallzahlen und der intensiven Zusammenarbeit bringen die Jugendlichen in Kontakt mit „signifikanten Anderen", die wir im Projekt als „Mentoren" bezeichnen. Dann wird Selbstwirksamkeit hergestellt, da die Jugendlichen wertschöpfend tätig sind und die Produkte ihrer Arbeit zu kostendeckenden Preisen anbieten. Schließlich wird damit ein Bezug zur Lebenswelt außerhalb krimineller Bezüge geschaffen, der für viele Jugendliche neu ist. Sie sind nicht Teil einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen, die sich nach der Haft in einem nun anderen Kontext – eben einem Projekt – wiederfinden und ansonsten die gleichen Wertvorstellungen teilen. Vielmehr sind sie Teil einer kleinen Erzeugergemeinschaft, in der ganz alltäglich gewirtschaftet und gelebt wird, ohne dabei strafbare Handlungen zu begehen.

Der Artikel wurde in seiner ersten Fassung vor etwa einem Jahr geschrieben. Wir sind zu dieser Zeit davon ausgegangen, dass wir durch die Teilnahme an Fachtagungen, durch das Anschreiben potentieller Investoren und durch das Gewinnen von mehreren Preisen das Projekt etablieren können. Doch zwischenzeitlich zeigte sich, dass die Idee immense Ressourcen bindet, die ohne adäquate Refinanzierung nicht über längere Zeit vorhanden sind.

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland befanden sich am 31.03.2012 insgesamt 5.603 Menschen im Jugendstrafvollzug. Seit Jahren wird eine sehr hohe Rückfallrate beklagt. Der folgende Artikel geht von einer kurzen Darstellung der Lage in Deutschland aus und stellt dann ein Projekt vor, das einen spezifischen Ansatz der Betreuung Haftentlassener vertritt. Im Projekt werk4 werden haftentlassene Jugendliche und Heranwachsende in einem Sozialunternehmen eingesetzt und sozialpädagogisch betreut, das aus Reststoffen hochwertige Möbel und Gebrauchsgegenstände herstellt.

1. Voraussetzung für ein Übergangsmanagement

Wie geht es einem Menschen, wenn er aus der Haft entlassen wird? Je nach Alter, Haftzeit und einer Vielzahl weiterer variabler Merkmale fallen viele in ein „Entlassungsloch" (Belz 2008: 14). Die Phase der „labilen Übergänge" (Bereswill/Koesling/Neuber 2008: 13) ist gekennzeichnet durch die Erfahrung der Inhaftierung und den Wechsel aus einem geschlossenen System nach draußen. Dabei weisen viele Inhaftierte ähnliche (Multi-) Problemlagen auf: Kennzeichnend sind biographische Diskontinuität, unterschiedliche Beziehungsqualitäten und ein ständiger Wechsel von zuständigen Institutionen und Personen. (Ebd.: 14) Häufig fehlt den Heranwachsenden eine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, viele sind verschuldet, arbeitslos und weisen Suchtprobleme auf. (Vgl.: u.a. Borchert 2007: 147ff.; Grosser/Maelicke 2008: 183f.) Alte Beziehungen sind zerstört worden, neue müssen aufgebaut werden. (Belz 2008: 14)

Die Situation wird verschärft, da die Maßnahmen des Übergangsmanagements in berufliche Ausbildungsmaßnahmen seit Jahren ein „stabiles Provisorium" sind (Bertelsmann Stiftung 2007: 16), die zu unterschiedlichen Bereichen und Handlungslogiken gehören: So sind Berufsvorbereitungsjahre (BVJs) Teil des schulischen Angebots, die Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BVBs) Teil der Angebote der Arbeitsmarktpolitik. (Ebd.: 15) Zudem existiert eine Vielzahl von Trägern, Professionen und damit von zu überwindenden Schnittstellen. (Maelicke 2009: 598f.) Nach den hochstrukturierten und meist begleiteten

Abläufen innerhalb der Vollzugsanstalt sehen sich die Haftentlassenen einer selbst für Experten kaum zu überblickenden Angebotsvielfalt gegenüber.

Inzwischen sind zahlreiche Projekte entstanden, die den Übergang aus der Haft in die Freiheit mitgestalten. Das Nachsorgeprojekt Chance sieht die Zusammenarbeit von vollzuglichen Sozialarbeiter/innen mit externen Fallmanager/innen vor. (Belz 2008: 21f.) Alle Maßnahmen werden in einem „Nachsorgeheft" dokumentiert. (Ebd.) Die Fallmanager/innen wirken unterstützend u.a. bei der Wohnungssuche, Schuldenberatung, Vermittlung in andere Maßnahmen und Familienarbeit. (Mast 2008: 67) Im Projekt BASIS in der JVA Adelsheim werden auf Grundlage von standardisierten Anamneseverfahren Integrationspläne erstellt und Kontakte zu Unternehmen hergestellt. (Pruin 2011: 160) Im Berliner Projekt idA werden in der Nachsorge u.a. Beratungsgespräche, Gruppenveranstaltungen, Ämterbegleitung angeboten. (Dirr/Balint 2008: 312) Merkmale dieser Projekte ist wie bei MABIS und EQUAL, dass ein individueller Hilfeplan existiert, die Betreuung in der Haft beginnt, Brüche möglichst vermieden werden sollen und die Beteiligten miteinander kooperieren. (Henke/Schmitt-Wenkebach 2008: 148f.)

Die systematische Wiedereingliederung und das Schaffen eines möglichst nahtlosen Übergangs (Matt/Siewert 2008: 161) setzt ein planvolles Handeln der Akteure voraus. Dazu gehört, dass alle relevanten Partner ausgewählt, feste Kooperationsstrukturen aufgebaut und operative und strukturelle Arbeitsfelder miteinander verknüpft werden. (Braun/Reißig/Richter 2011: 7) Relevante professionelle Beteiligte am Übergangsmanagement sind neben den Sozialarbeiter/innen in den Haftanstalten und den jeweiligen Projektträgern die örtlichen Arbeitsagenturen, kommunale Ämter, die Kammern, Träger der Grundsicherung und entsprechend des Falls weitere Handelnde wie Schulaufsicht oder Integrationsbeauftragte. (Ebd.: 13)

Problematisch wird die Wiedereingliederung durch mehrere Umstände, die an dieser Stelle lediglich angerissen werden sollen. Zunächst befinden sich viele Inhaftierte in einer Multiproblemlage mit einer Vielzahl von Bedarfen. Ihr Lebensumfeld war häufig vor der Haft defizitär und daran hat sich oft auch während der Inhaftierung wenig geändert. Arbeitslosigkeit, Schulden und Sucht stellen weiterhin Risikofaktoren für eine erfolgreiche Eingliederung dar. (Borchert 2007: 144-148) Insbesondere längere Haftstrafen führen zudem zu einer Prisonisierung, die mit der Übernahme einer Sträflingsidentität einhergeht. (Goffman 1973: 30)

Die Datenbank **Sintegra** der DBH listet deutschlandweit 38 Projekte auf, in denen funktionierende Konzepte zur Integration Haftentlassener praktiziert werden. Peter Reckling benannte im Zusammenhang mit der Darstellung des DBH-Projekts 20 Faktoren für ein gelingendes Übergangsmanagement. Auf der Basis der Auswertung von Experteninterviews werden u.a. genannt: Die professionelle Kooperation der Akteure (Bewährungshilfe, Jugend(gerichts)hilfe, freie Träger, Agentur für Arbeit/Jobcenter, Bildungsträger etc.), die Sicherstellung der Kontinuität der Qualifizierung, die Betreuung nach der Entlassung trotz Wechsel der Zuständigkeit der Agentur für Arbeit/Jobcenter oder die allumfassende individuelle Betreuung und Begleitung der Haftinsassen/ Strafentlassenen durch persönliche Ansprechpartner/innen in möglichst geringer Anzahl. (Reckling 2012: 7-11) Zudem listet Reckling zahlreiche Faktoren aus der Sicht der beteiligten Akteure auf, die als Problemfaktoren eine gelingende Wiedereingliederung erschweren. So beklagen die Beteiligten aus jeweils unterschiedlicher Perspektive (der Jugendgerichtshilfe, der Bewährungshilfe, der Anstalten und der Ministerien) beispielsweise mangelnde Kommunikationsstrukturen und fehlende Netzwerke. (Ebd.)

Zudem erschwert ein Faktor die gelingende Wiedereingliederung, der in einem Spezifikum der vollzuglichen Sozialarbeit entspricht und der aus Sicht von befragten Sozialarbeiter/innen in einer qualitativen Studie als die „Spontaneität" des Arbeitsbereiches bezeichnet wurde. (Borchert 2007: 253) Kennzeichen eines „spontanen Arbeitsbereiches" sind die hohen individuellen Fallzahlen der Sozialarbeiter/innen und die heterogenen Problemlagen der Klienten. Demnach liegt ein Wesensmerkmal darin, dass sich der Arbeitsbereich in weiten Teilen einem ordnenden Zugriff durch die professionell Handelnden entzieht und sich Strukturen begründen, die auf Grundlage der individuellen Problemlagen der Inhaftierten zu reaktiven Handlungen seitens der Sozialarbeiter/innen führen. Der Arbeitsbereich wird durch das Attribut „spontan" als unerwartbar und sich selbst strukturierend gekennzeichnet. Ursprünglich bedeutet „spontan" frei oder freiwillig. Sind Handlungen „spontan", fehlt eine Steuerung von außen. Sie folgen einem inneren Antrieb. (Borchert 2008: 194) Die Arbeit ist – wenn es zu unvorhersehbaren Ereignissen kommt – nicht planbar. Das im Folgenden vorgestellte Projekt versucht – neben anderen – auch dieser Eigenschaft intramuraler Sozialarbeit zu begegnen.

2. Vorstellung des Projekts

werk4 versteht sich als ein Sozialunternehmen. Es wurde 2011 gegründet und ist seit dem 1.1.2012 eine gemeinnützige GmbH. werk4 veredelt Reststoffe zu qualitativ hochwertigen Produkten – dieser Prozess wird Upcycling genannt. Altmaterialien werden überarbeitet, dadurch aufgewertet und als neue Produkte zurück in den Wirtschaftskreislauf geführt. Zudem ist werk4 sozial-integrativ ausgerichtet. Das Sozialunternehmen bietet innerhalb der SEKTION PERSPEKTIVE ehemaligen Strafgefangenen im Alter von 18 bis 27 Jahren eine Beschäftigung und unterstützt diese bei der Integration in Arbeit und die Gesellschaft.

Haftentlassene lassen sich dabei zu der Risikogruppe der „Drop-Outs“ (Stamm 2012) zählen. Der Lebenslauf dieser Menschen ist häufig durch eine Vielzahl von Brüchen und Abbrüchen gekennzeichnet, oft wurden die Schule und die Berufsausbildung abgebrochen. Ihre Chancen auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt sind schlecht. Es handelt sich um eine Gruppe, die ohne besondere Integrationsmaßnahmen kaum in der Lage ist, sich ein eigenständiges und straffreies Leben aufzubauen. Trotz einer großen Angebotsvielfalt für Haftentlassene erwartet der Jugendstrafvollzug knapp 69% „Rückkehrer“ (Jehle/Albrecht/Hohmann-Fricke 2010: 60). Ein wirkungsvolles Übergangsmanagement mit nahtlosem Übergang zwischen Strafvollzug und Wiedereingliederungsmaßnahmen hat in Modellprojekten diese Quote um mehr als 50% vermindern können (vgl. u.a. Wirth 2007: 258ff). Den erfolgreichen Resozialisierungsmaßnahmen ist dabei gemein, dass die Jugendlichen in ein möglichst realitätsnahes und sicheres Arbeitsumfeld eingebettet sind, mit dem Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt.

Eben hier setzt werk4 an.

werk4 vertritt einen niederschwelligen pädagogischen Ansatz. Primär geht es darum, männlichen Haftentlassenen in überschaubaren Strukturen eine Beschäftigung zu geben, um allgemeine Arbeitsfähigkeit, Soft Skills und Handlungskompetenz zu vermitteln und zu fördern.

werk4 ist dabei nicht als„temporäres Provisorium“ konzipiert, sondern mit dem Ziel ausgerichtet, dass die Beschäftigten nur„entlassen“ werden, wenn sie auf höherem Niveau einen Anschluss erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen bietet werk4 Unterstützung bei individuellen Problemlagen an.

Dabei wird die soziale Arbeit als „spontanen Arbeitsbereich“ verstanden (s.o). Die soziale Arbeit muss flexibel und schnell handlungsfähig sein. Zugleich gelingt es, durch einen sehr günstigen Betreuungsschlüssel (1:1 oder 1:2) die dargestellten negativen Einflussfaktoren des „spontanen Arbeitsbereiches“ zu minimieren.

Diese Kombination von Arbeit und intensiver Einzelbetreuung aus einer Hand sehen wir als besondere Stärke und wirkungsvolle Möglichkeit zur Unterstützung einer eigenverantwortlichen Lebensführung. Neben der Beschäftigung von Haftentlassenen in einem realen Unternehmen fungieren wir als„Mentoren“ und verstehen uns in diesem Sinne als Vertrauenspersonen, Ratgeber und Fürsprecher.

Die Stärke dieses Ansatzes liegt in den überschaubaren Strukturen, dem kontinuierlichen und intensiven Kontakt sowie der personellen Kontinuität.

3. Prozessverlauf

werk4 ist mit monatlichen Sprechstunden in zwei Gefängnissen vertreten, der JSA Regis-Breitingen und der JVA Leipzig mit Krankenhaus. Es entsteht noch während der Haftzeit ein erster persönlicher Kontakt. Hemmschwellen werden abgebaut und eine formlose Bewerbung wird gefordert. Nach Erhalt der Bewerbung wird der Kontakt zu den beteiligten Akteuren aufgebaut und das weitere Vorgehen abgestimmt. Derzeit liegt der Rücklauf bei ca. 95%.

Das Zweitgespräch dient der Festigung des Kontaktes und organisatorischen Vorbereitung des Übergangs, es findet ebenfalls im Vollzug statt.

Haftentlassung und Kontakt: Die individuelle Verarbeitung des abrupten Wechsels von Zwang und vorgegebenen Strukturen, hin zur Freiheit und relativen Regellosigkeit scheint mitentscheidend für den weiteren Werdegang zu sein.

Eine zügige, im Idealfall nahtlose Einbindung in Beschäftigung wird daher angestrebt. Es obliegt jedoch dem Entlassenen, bei werk4 vorstellig zu werden. Sollte es nicht innerhalb einer Woche nach Entlassung geschehen, versuchen wir mit ihm in einen direkten oder indirekten Kontakt zu treten.

Einbindung/Beschäftigung: Mit der erfolgreichen Kontaktaufnahme und einem Besuch der Produktionsstätte wird gemeinsam über die Aufnahme entschieden. Die Einbindung erfolgt momentan über das Ableisten von Arbeitsstunden, ehrenamtlich, geringfügig beschäftigt oder als Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (sog. 1-Euro-Maßnahme).

Innerhalb der oben genannten SEKTION PERSPEKTIVE durchläuft die aus bis zu vier Jugendlichen bestehende Projektgruppe gemeinsam mit uns und unseren ehrenamtlichen Mitarbeitern einen kompletten Entwicklungs- und Produktionszyklus. Die Jugendlichen sind sowohl in alle während der Fertigung unserer Produkte anfallenden handwerklichen Tätigkeiten eingebunden, als auch in die organisatorisch-schöpferischen Arbeiten, wie das Entwerfen neuer Produkte und Präsentationen, die Recherche und Akquise von geeigneten Reststoffen oder das Verfassen von Produkt- und Werbetexten.

4. Zusammenfassung:

Soweit unsere Planung und die Durchführung der Maßnahme im ersten Jahr ihres Bestehens. Trotz aller Bemühungen, die für unserer Unternehmung notwendige Startfinanzierung einzuwerben, ist uns dies nicht gelungen. Für wirtschaftliche Förderung ist werk4 zu sozial und für Förderung im sozialen Kontext zu wirtschaftlich. Das ist der Grund, warum werk4 nun erst mal das operative Geschäft einstellt, da es bis dato nicht möglich war die geleistete Arbeit zu vergüten. Für alleine auf Ehrenamt basierendes Engagement, ist der Umfang und die Verantwortung zu groß.

Der dringende Bedarf an Maßnahmen wie werk4 wurde uns von verschiedenen Seiten bestätigt (Jobcenter, Jugendamt,

etc), Rückmeldungen gerade hinsichtlich unseres pädagogischen Konzeptes sind durchweg positiv, jedoch fehlt es bei dem zu bedienenden Klientel noch immer an gesellschaftlicher Anerkennung, was nach unserer Einschätzung mit einer der Gründe für die Probleme in der Finanzierung darstellt. Die Qualität von werk4 kann ebenfalls durch folgende Auszeichnungen belegt werden: IQ Innovationspreis 2012, Ausgezeichnet als „Werkstatt N Projekt 2013" durch den Nachhaltigkeitsrat, NAWI Award 2013.

Nach unserer Meinung kann sich ein Projekt wie das vorgestellte etablieren, wenn die nötige Anschubfinanzierung vorhanden ist, um die innovative Idee umzusetzen.

Literatur

Baabe-Meijer, Sabine/Kuhlmeier, Werner/Meyser, Johannes [Hg.] (2011): Ergebnisse der Fachtagung Bau, Holz, Farbe und Raumgestaltung 2011. Norderstedt: Books on Demand.

Baumann, Kai/Bührs, Ralf/Hansen, Bernd/Matt, Eduard [Hg.] (2008): Bildung und Qualifizierung im Gefängnis. Oldenburg: RVS.

Belz, Horst (2008): Das Netzwerk Straffälligenhilfe in Baden-Württemberg – Beschreibung des Nachsorgeprojekts Chance. In: Nachsorgeprojekt Chance (2008), 9-33.

Bereswill, Mechthild/Koesling, Almut/Neuber, Anke (2008): Umwege in Arbeit. Baden-Baden: Nomos.

Bertelsmann Stiftung [Hg.] (2007): Leitfaden lokales Übergangsmanagement. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Borchert, Jens (2007): Schule und Sozialarbeit im sächsischen Strafvollzug. Leipzig: Universitätsverlag.

Borchert, Jens (2008): Pädagogik und sozialpädagogisches Handeln im Strafvollzug. In: Kruze, Aida/Schulz, Dieter/von Wolffersdorff, Christian, 191-204.

Borchert, Jens/Böttcher, Sabine/Schweder, Marcel (2011): Berufliche Bildungsmaßnahmen im Strafvollzug – Eine weitere Station im Übergangsmanagement? In: Baabe-Meijer/Kuhlmeier/Meyser [Hg.] (2011), 261-283.

Braun, Frank/Reißig, Birgit/Richter, Ulrike (2011): Regionales Übergangsmanagement Schule – Berufsausbildung: Handlungsempfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung. München: DJI.

Cornel, Heinz/Kawamura-Reindl, Gabriele/Maelicke, Bernd/Sonnen, Bernd Rüdeger [Hg.] (2009): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Dessecker, Axel (2007): Jugendarbeitslosigkeit und Kriminalität. Wiesbaden: KrimZ.

Diemer, Herbert/Schatz, Holger/Sonnen, Bernd Rüdeger (2011): Jugendgerichtsgesetz mit Jugendstrafvollzugsgesetzen. 6. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Müller.

Dirr, Florian/Balint, Monika (2008): Das Berliner Projekt IdA – Integration durch Arbeit. In: Baumann/Bührs/Hansen/Matt [Hg.] (2008), 123-136.

Goffman, Erving (1973): Asyle. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Grosser, Rudolf/Maelicke, Bernd (2009): Bewährungshilfe. In: Cornel/Kawamura-Reindl/Maelicke/Sonnen [Hg.] (2009), 180-191.

Henke, Georg/Schmidt-Wenkebach, Anneke (2008): Berufliche Eingliederung von Strafgefangenen – Anspruch und Wirklichkeit der Arbeitsmarktpolitik. In: Baumann/Bührs/Hansen/Matt [Hg.] (2008), 147-160.

Jehle, Jörg-Martin/Albrecht, Hans-Jörg/Hohmann-Fricke, Sabine [u.a.] (2010): Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Mönchengladbach: Forum-Verlag.

Kruze, Aida/Schulz, Dieter/von Wolffersdorff, Christian [Hg.] (2008): Gefährdete Jugendliche. Leipzig: Universitätsverlag.

Landeshauptstadt Dresden, Jugendamt [Hg.] in Kooperation mit dem Verein für soziale Rechtspflege Dresden e. V.: Projektbericht „Neuanfang". Ein wichtiger Baustein der „Durchgehenden Betreuung im Jugendstrafverfahren Dresden". 2010.

Maelicke, Bernd (2009): Perspektiven einer „Integrierten Resozialisierung". In: Cornel/Kawamura-Reindl/Maelicke/Sonnen [Hg.] (2009), 598-604.

Matt,Eduard/Siewert, Sandra (2008): Übergangsmanagement: Die Arbeit der Pilotprojekte. In: Baumann/Bührs/Hansen/Matt [Hg.] (2008), 161-177.

Mast, Peter (2008): Das Projekt aus der Sicht eines Fallmanagers. In: Nachsorgeprojekt Chance (2008), 67-71.

Mollik, Rainer (2009): Das Projekt „Neuanfang": Durchgehende Betreuung im Jugendstrafverfahren Dresden. In: ZJJ – Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (Forum Praxis) Heft 2/09, 143–146.

Mollik, Rainer (2010): Übergangsmanagement im Jugendstrafverfahren. In: Forum Strafvollzug, Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 272–278.

Nachsorgeprojekt Chance. Kein „Entlassungsloch" für junge Strafgefangene. Köln: DBH-Materialien 2008.

Sonnen, Bernd Rüdeger (2009): Jugendstrafe. In: Cornel/Kawamura-Reindl/Maelicke/Sonnen [Hg.] (2009), 163-172.

Pruin, Ineke (2011): Die Evaluation des Projekts BASIS in der JVA Adelsheim. In: Stelly/Thomas [Hg.] (2011), 159-172.

Reckling, Peter (2012): Welche Bedingungen braucht gelingendes Übergangsmanagement? Online verfügbar unter: http://www.dbh-online.de/uebergm/Reckling_geling-Uebergm_Erfurt_07-11-12.pdf (aufgerufen am 22.11.2012)

Stamm, Margrit (2012): Schulabbrecher unserem Schulsystem. Wiesbaden: Springer.

Stelly, Wolfgang/Thomas, Jürgen [Hg.] (2011): Erziehung und Strafe. Godesberg: Forum.

Wirth, Wolfgang (2007): Ausbildungs- und Beschäftigungsintegration für Haftentlassene: die Entwicklungspartnerschaft MABiS.NeT. In: Dessecker, Axel (2007): Jugendarbeitslosigkeit und Kriminalität. Wiesbaden: KrimZ, 258-275.

Prof. Dr. Jens Borchert
Georg-Simon-Ohm-Hochschule Nürnberg. Von 1999 bis 2010 im Strafvollzug tätig. Ehrenamtliche wissenschaftliche Beratung des Projekts werk4. Jens.Borchert@ohm-hochschule.de.

Jörg Thimme
M.A. Soziologie/Erziehungswissenschaft. Pädagogische Leitung werk4; joerg@werk4.org

Malte Boll
Tischlermeister und staatl. gepr. Objektdesigner. Handwerkliche und betriebswirtschaftliche Leitung werk4; malte@werk4.org

Rezension:

Elisabeth Pfister – Wenn Frauen Verbrecher lieben.

Ch. Links Verlag, Berlin 2013, Broschur, 237 Seiten
ISBN 978-3-86153-744-1
Preis 16,90 €

Die freie Fernsehjournalistin Elisabeth Pfister (Jahrgang 1952) für ARD und ARTE hat sich mit ihrer neuesten Publikation unter dem Titel „Wenn Frauen Verbrecher lieben" - erschienen 2013 im Ch. Links Verlag - einem Thema gewidmet, das sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Fachleuten im Strafvollzug stets auf weitgehendes Unverständnis stößt. Es geht um das Phänomen, wonach Rechtsbrecher nach Verurteilung von zum Teil schlimmsten Straftaten regelrecht mit Liebesbriefen in den Justizvollzugsanstalten überschüttet werden und oft entwickeln sich daraus Liebesbeziehungen. Die Autorin Elisabeth Pfister geht mit diesem sensiblen Thema behutsam um und ihre Recherchen und Fragestellungen zu diesem Themenkomplex orientieren sich eben nicht am medialen Hype, der mitunter bei Bekanntwerden solcher Beziehung auf dem Fuße folgt. Profunde Befragungen aufgeschlossener Frauen, die sich auf eine solche Beziehung hinter Gittern eingelassen haben, sowie Gespräche mit Gefängnispsychologen, Gutachtern und Sozialarbeitern geben den Blick frei auf ein Wechselspiel von bewussten und unbewussten Motivlagen. Die Autorin stellt fest, dass solche Beziehungen nicht allein mit dem Phänomen der Attraktivität des Bösen, dem Kokettieren mit der Andersartigkeit oder mit erotischen Parametern zu erklären sind. Oftmals verbinden ähnliche Biografien (z.B. frühkindliche Gewalterfahrungen) solche Beziehungen zwischen Frauen und Verbrechern im Strafvollzug. Der vorliegende Band von Elisabeth Pfister ist keine wissenschaftliche Studie, dazu sind die empirischen Grundlagen nicht ausreichend, aber dennoch zeigen ihre Befragungen eines deutlich: Die meisten dieser Beziehungen die im Strafvollzug auf diesem Weg geschlossen wurden, halten der Realität nach der Entlassung - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht stand. Die Erkenntnisse von Elisabeth Pfister beschreiben hochemotionale und konfliktbeladene Beziehungen und die Lektüre dieses Bandes ist geeignet, die Diskussion (sowie Vorbehalte und Vorurteile gegen solche Beziehungen) zu versachlichen und daher kann ich dieses Buch allen Strafvollzugsmitarbeitern nur empfehlen.

Willi Wilhelm
Dipl. Sozialarbeiter
Referent für Öffentlichkeitsarbeit
Badischer Landesverband für soziale Rechtspflege und geschäftsführender Sozialarbeiter bei der Justizvollzugsanstalt Karlsruhe
willi.wilhelm@jvakarlsruhe.justiz.bwl.de

Rezension:

Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie.

Stompe, Thomas, Laubichler, Werner & Schanda, Hans (Hrsg.).
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Berlin: 2013, 330 Seiten
Preis: 54,95€
ISBN: 978-3-941468-72-6

Wissenschaftliche Neutralität im Angesicht der gesellschaftlichen Ächtung wird gewissermaßen als Motto des in diesem Jahr erschienen Sammelbandes „Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie" formuliert. Das Buch, das in der Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie erschienen ist, versammelt einen großen Teil der Beiträge der unter dem gleichnamigen Thema stattgefundenen 5. Wiener Frühjahrstagung in schriftlicher und ergänzter Form. Der wissenschaftliche Anspruch der Neutralität wird lobenswert sehr konsequent verfolgt: Weder werden Institutionen (etwa die Kirche) noch die Täter oder Opfer einfach angeklagt oder stigmatisiert und gleichzeitig auch kontroverse Thesen angesprochen. Auch daran wird erkennbar, dass der Band vor allem eine Sammlung von Beiträgen ausgewiesener Experten ist.

Bemerkenswert ist die große inhaltliche Vielfalt der Beiträge. Diese reicht in 20 Kapiteln von historisch-kulturellen Betrachtungen und (neuro-)biologischen Besonderheiten über Indikatoren für eine erfolgreiche Therapie der Täter und Aspekte der Viktimisierung bis hin zur Glaubwürdigkeitsbegutachtung und dem „False-Memories"-Phänomen. Dabei ist es nicht verwunderlich, dass einige Themen kürzer kommen als andere. Die Beiträge sind größtenteils in einer nachvollziehbaren Reihenfolge geschrieben, können aber auch problemlos unabhängig voneinander gelesen werden. Insoweit lässt sich das Buch durchaus auch als Nachschlagewerk nutzen. Gleichzeitig wünscht man sich an einigen Stellen etwas mehr Konsistenz oder Systematik, etwas mehr „roten Faden", sei es in Form einer längeren Einleitung oder einer thematischen Ordnung. hier wird deutlich, dass es sich weder um ein erschöpfendes Handbuch, noch um ein Lehrbuch handelt. Dafür bietet der Band aktuelle Beiträge, die in dieser Form und Sammlung sonst wahrscheinlich nicht erschienen wären, was den Überblick wiederum besonders interessant macht.

Jedes Kapitel zeichnet sich durch einen kurzen Überblick am Beginn aus. Zum Teil finden sich im Text Hervorhebungen zentraler Sätze und gesonderte stichpunktartige Zusammenfassungen am Ende des jeweiligen Kapitels. Eine Vielzahl von Tabellen und Grafiken ergänzt fast alle Texte sinnvoll.

Einen nicht unwesentlichen Teil machen auch Beiträge zu rechtlichen Aspekten des Themas aus. Der Leser mit vorrangigem Interesse an der deutschen Rechtslage sei hier gewarnt: im Vordergrund steht vor allem die österreichische Rechtsprechung, auch wenn an vielen Stellen gleichzeitig oder ergänzend die deutsche Rechtslage geschildert wird. Der Einblick in die österreichische Rechtslage muss natürlich kein Nachteil sein.

Zum Teil leitet auch der Klappentext, der die angesprochene Vielfalt hervorhebt, etwas in die Irre: „Neueste Ansätze in Behandlung und Prävention" werden - bis auf die medikamentöse Behandlung - tatsächlich kaum angesprochen oder beschränken sich wie in den Beiträgen von Briken und Ritter auf sehr allgemeine Überblicke, deutlich weniger auf konkrete Maßnahmen oder Befunde.

Für einen Einstieg in das Thema sexueller Missbrauch und Pädophilie bietet das Buch recht viel und versammelt dabei umfassendes Expertenwissen. Auch wenn bestimmte Themen möglicherweise für den einen oder anderen, mit dem Thema schon vertrauten Leser zu kurz kommen, ist der Band sicher für Wissenschaftler wie interessierte Praktiker empfehlenswert. Gerade die breite thematische Vielfalt dürfte den Sammelband für eine Reihe von Berufsgruppen interessant machen, die mit den Themen in Kontakt stehen. Auch wer bisher nur wenig Kontakt zum Thema hatte, wird in den meisten Kapiteln sehr gut eingeführt. Wer also eine wissenschaftlich fundierte Übersicht zum Bereich sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie sucht, wird in diesem Buch eine gut fundierte und vor allem aktuelle Anlaufstelle finden, die das Thema angenehm sachlich und unaufgeregt aufarbeitet.

Marcel Guéridon
Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs

Rezension:

Strafvollzugsgesetz Bund und Länder

Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal (Hrsg.)
6. Aufl. 2013, 1586 S, € 149,95

Gegenüber der Vorauflage hat nicht nur der Umfang des Buches um ca. 200 Seiten zugenommen, sondern auch der Inhalt um die neuen Ländergesetze aus Hessen und Baden-Württemberg. Der Kommentar ist damit auf dem Stand von Anfang 2013. Zwischenzeitlich sind zwar weitere Landesgesetze zum Strafvollzug hinzugekommen (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen; Fundstellen FS 2013, 175). Diese Gesetze beruhen aber weitgehend auf einem Musterentwurf, den eine Arbeitsgruppe aus zehn Ländern, darunter die genannten, 2011 erarbeitet hat und der auch in die Kommentierungen zu den einzelnen Vorschriften des StVollzG Eingang gefunden hat.

Die sechste Auflage orientiert sich also wiederum an dem StVollzG des Bundes (zur Voraufl. vgl. Besprechung GA 2010, 479). Die Ländergesetze von Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und Niedersachsen sowie der Musterentwurf wurden in der Weise eingearbeitet, dass der Kommentierung jeder einzelnen Vorschrift des StVollzG ein zusätzlicher Abschnitt der vorher genannten Landesgesetze angefügt wurde. Dort wird dann auf die Übereinstimmungen mit bzw. auf die Abweichungen von dem StVollzG aufmerksam gemacht. Meist wird dabei aus den amtlichen Gesetzesbegründungen zitiert, bisweilen aber auch ansatzweise die Vorschrift kommentiert. Bisweilen werden auch in der Kommentierung selbst die Ländervorschriften angesprochen, wenn diese für das Verständnis und die Auslegung der Bundesregelung von Bedeutung sind. Und schließlich sind die vorher genannten Ländergesetze und der Musterentwurf am Ende des Bandes abgedruckt, wobei jede Landesvorschrift mit einem Verweis auf die entsprechende Kommentierung im StVollzG versehen ist.

Der „Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal" stellt seine Stellung als ein Standardwerk des Strafvollzugsrechts eindrucksvoll unter Beweis. Wissenschaftliches Niveau ist ebenso gewährleistet wie praktische Brauchbarkeit. Das Werk gehört in jede Bibliothek zum Strafvollzug.

Prof. Dr. Frank Arloth
ist Leiter der Abteilung Justizvollzug im Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Täter-Opfer-Ausgleich zwischen Härte und Milde im Strafverfahren

In der Öffentlichkeit entfachen immer wieder Diskussionen über ein Strafmaß. Und immer wieder wird die Frage gestellt, ob hohe Strafen die Menschen davon abhalten, die Gesetze zu brechen. Im Strafverfahren ist die Staatsanwaltschaft die Herrin des Strafverfahrens. Die Staatsanwaltschaften sind auch diejenige Institutionen, die eine Vielzahl an Verfahren zur Durchführung eines Täter-Opfer- Ausgleichs an die Fachstellen senden. Nicht selten wird erwartet, dass die MediatorInnen mit dem Täter oder der Täterin „ein ernsthaftes Wort reden", damit er oder sie endlich die Verantwortung für sein/ihr Fehlverhalten übernimmt. Gleichzeitig gibt es aber auch Stimmen, die sagen, dass der Täter-Opfer-Ausgleich dem Täter oder der Täterin hilft, sich der strafrechtlichen Verantwortung zu entziehen. Wir möchten mit Ihnen über die Rolle des Täter-Opfer-Ausgleichs im Strafverfahren diskutieren.

PROGRAMM

11.00 Eröffnung und Begrüßung
11.15 Einführungsreferat von Herrn Prof. Dr. Helmut Kury
12.30 Mittagsimbiss
13.00 Podiumsdiskussion:
Täter-Opfer-Ausgleich zwischen Härte und Milde im Strafverfahren
Annegret Evers, Oberamtsanwältin bei der Staatsanwaltschaft Hannover
Edgar Guleritsch, Jugendrichter, Leiter der Jugendarrestanstalt in Worms
Prof. Dr. Helmut Kury, Wissenschaftler
Christian Richter, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Täter-Opfer-Ausgleich e.V.
Karl-Heinz Weber, Landesvorsitzender des Weißen Rings in Rheinland-Pfalz und der Polizeipräsident in Mainz
14.30 Ende des Fachtages

Anmeldung per Email an Christian Richter unter: c.richter@bag-toa.de

Veranstaltungsort:
Opfer- und Täterhilfe e.V.,
Konferenzraum 2. Stock,
Erthalstrasse 2, 55118 Mainz

Termin:
08.11.2013

Ort:
Mainz

Rezension:

Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit

Alexander Dietz und Stefan Gillich (Hrsg.)
Evangelische Verlagsanstalt,
Leipzig 2013, 284 Seiten, broschiert, 19,80 €.

Die Evangelische Verlagsanstalt Leipzig hat ein bemerkenswertes Fachbuch mit dem Titel „Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit" herausgebracht. Den Herausgebern Alexander Dietz und Stefan Gillich ist es gelungen, die Aspekte Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für soziale Arbeit und Verbände kritisch herauszuarbeiten und praxisnah darzustellen. Zahlreiche namhafte Autoren nehmen in ihren Beiträgen dieses Fachbuches zu brennenden Fragen der aktuellen Sozialarbeit Stellung. Diese ist derzeit reduziert und gekennzeichnet - so das Fazit der Autoren - durch reaktives Handeln auf soziale Probleme und sie versucht, gemeinsam mit Betroffenen, die Notlage zu beheben. Hier setzt die Kritik der Autoren an, indem sie daran erinnern, dass Sozialarbeit auch einen präventiven Charakter hat, was mit dem Auftrag verbunden ist, Gefährdungen der Lebenslagen Betroffener zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Die Rolle der sozialen Arbeit erfordert neben der Klientenorientierung auch eine Ebene, die sich mit der Ausgrenzung und Benachteiligung der Klienten auseinandersetzt. Die Forderung an die sozialen Verbände für die Klientel geht in Richtung Einflussnahme gegenüber Entscheidungsträger und Parteien, um u.a. folgende Inhalte zu transportieren:

- Verwirklichung des Anspruchs auf soziale Gerechtigkeit,
- Chancengleichheit und Partizipationsmöglichkeiten sowie
- Vermeidung der krassen Ungleichheit in der Einkommens- und Vermögensverteilung.

Immer dann, wenn marginalisierte Gruppen wie Obdachlose, Straffällige oder Drogenabhängige ect. nicht mehr als autonome Subjekte der Gerechtigkeit repräsentiert sind und keine Partizipationsmöglichkeiten vorfinden, dann gehen solche Entfremdungserscheinungen in eine fatale Richtung, die einer Demokratie nicht würdig ist. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege stehen mithin vor einem Glaubwürdigkeitsproblem. Die Frage nach mehr als nur Klienten orientierter Sozialarbeit ist durchaus opportun und die Forderung nach Anwaltschaft, Beteiligung und Lobbyarbeit von Sozialverbänden in der Sozialarbeit werden an Bedeutung gewinnen müssen.

Das vorliegende Fachbuch ist für Verbände der Wohlfahrtspflege und der freien Straffälligenhilfe gerade wegen der praktischen Beispiele aus der Praxis zum Thema Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit sehr empfehlenswert. In der Vergangenheit ist zu diesem Themenkomplex nichts Vergleichbares erschienen und ich gehe so weit, dass ich diesen Band unbedingt zur Pflichtlektüre für künftige Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen empfehle.

Willi Wilhelm
Dipl. Sozialarbeiter
Referent für Öffentlichkeitsarbeit
Badischer Landesverband für soziale Rechtspflege und geschäftsführender Sozialarbeiter bei der Justizvollzugsanstalt Karlsruhe
willi.wilhelm@jvakarlsruhe.justiz.bwl.de

§ 40 StVollzG

(Ausstellung von Arbeitszeugnissen)

Im Falle der Beschäftigung in einem Unternehmerbetrieb hat der Gefangene keinen Anspruch auf Ausstellung eines neutralen, die Justizvollzugsanstalt nicht als Ausstellerin ausweisendes Arbeitszeugnis.

Oberlandesgericht Frankfurt a.M., Beschluss vom 21. März 2013 - 3 Ws 1258/11 (StVollz)

Gründe:

Die Rechtsbeschwerde ist zulässig. Sie ist insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden. Auch die Zulässigkeitsvoraussetzungen des § 116 Abs.1 StVollzG sind erfüllt. Die Nachprüfung der angefochtenen Entscheidung ist zur Fortbildung des Rechts geboten. Soweit ersichtlich ist bisher obergerichtlich nicht geklärt, ob ein ehemaliger Strafgefangener, der in einem Unternehmerbetrieb (Fremdbetrieb), d.h. in einem in der Anstalt von einem privaten Unternehmen geführten Betrieb gearbeitet hat, unter Berufung auf eine analoge Anwendung des § 27 Abs. 8 HStVollzG ein neutrales, die Justizvollzugsanstalt nicht als Ausstellerin ausweisendes Arbeitszeugnis verlangen kann.

Die Rechtsbeschwerde ist jedoch unbegründet. Die angefochtene Entscheidung des Landgerichts beruht nicht auf einer Verletzung des Gesetzes.

Gemäß § 27 Abs.2, Abs.3 HessStVollzG sind Gefangene, die noch nicht das 65. Lebensjahr überschritten haben, zur Arbeit verpflichtet, wobei die Anstalt ihnen förderliche Arbeit zuzuweisen und dabei ihrer Fähigkeiten, Neigungen und Fertigkeiten zu berücksichtigen hat.

Hierzu sind in den Anstalten die notwendigen Arbeitsbetriebe gemäß § 73 Abs.1 HStVollzG, der stark verkürzt den

bis zum 31. Oktober 2011 geltenden Organisationsvorschriften der §§ 148, 149 StVollzG entspricht, vorzusehen. Arbeit oder arbeitstherapeutische Beschäftigung von Gefangenen kann danach zunächst in den von der Anstalt selbst unterhaltenen Eigenbetrieben stattfinden, wozu die Anstalt selbst arbeitstechnische Einheiten mit der räumlichen und technischen Ausstattung sowie einem festen Personalstamm zur Verfügung stellt.

Daneben kann, da die Vollzugsanstalten nicht in der Lage sind, für jeden Gefangenen einen Arbeitsplatz im Rahmen eines sogenannten Eigenbetriebes des Staates zu schaffen, die Beschäftigung auch in geeigneten Einrichtungen privater Unternehmen erfolgen, die entweder innerhalb oder außerhalb der Anstalten vorhanden sind (sog. interne oder externe Unternehmerbetriebe). Anstaltsinterne Unternehmerbetriebe errichten zumeist in von der Anstalt zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten eine Fabrikation. Die zustimmungsbedürftige Beschäftigung in externen Unternehmerbetrieben kommt hingegen nur für Gefangene in Betracht, die für Vollzugslockerungen (Freigang gemäß § 13 Abs.3 Nr.2 HStVollzG) geeignet sind und denen sich trotz Bemühungen der Anstaltsleitung keine Beschäftigung in einem freien Beschäftigungsverhältnis bietet. Die Möglichkeit einer Arbeit im Rahmen eines freien Beschäftigungsverhältnisses außerhalb der Anstalt nachzugehen (§ 27 Abs.7 HStvollzG), ist diesen Gefangenen vorzugsweise zu gestatten (vgl. hierzu Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal StVollG 5. Aufl. 2009 § 149 Rdnr. 7).

Wesentliches Merkmal für ein freies Beschäftigungsverhältnis ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen Gefangenen und seinem Arbeitgeber, mit den üblichen Rechten und Pflichten, so auch eines unmittelbaren vertraglichen Anspruchs auf Erteilung eines qualifizierten Zeugnisses unter dem üblichen Firmenkopfbogen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses (§ 630 BGB).

An einem solchen direkten dienst- oder arbeitsvertraglichen Verhältnis fehlt es bei der Beschäftigung in einem externen oder internen Unternehmerbetrieb. In diesem Fall bleibt der Gefangene, auch wenn er zugewiesene Arbeit in einem privat unterhaltenen Betrieb unterrichtet, unbeschadet einer möglichen technischen und fachlichen Betriebsleitung durch Unternehmensangehörige unter der alleinigen öffentlich-rechtlichen Verantwortung der Vollzugsbehörden, nicht anders als bei einem Einsatz im Eigenbetrieb der Anstalt oder bei Befassung mit sonstigen Beschäftigungen oder Hilfsdiensten innerhalb oder außerhalb der Anstalt.

Die Anstalt bleibt diejenige, welche den Gefangenen beschäftigt. Zum Unternehmerbetrieb unterhält allein die Anstalt privatrechtliche Beziehungen. So liegt auch der vorliegende Fall. Der Antragssteller wurde während seiner Haftzeit von der JVA beschäftigt und hierbei in einem internen Unternehmerbetrieb - der Fa. X - eingesetzt. Die Fa. X lässt vertraglich festgelegte Auftragsarbeiten in der JVA ausführen.

Das Begehren des Antragsstellers, die Justizvollzugsanstalt zu verpflichten, ihm ein Zeugnis auszustellen, welches keinen Hinweis auf sie selbst enthält, kann daher keinen Erfolg haben, weil die Justizvollzugsanstalt diejenige ist, die ihn beschäftigt hat und es ansonsten an einem Aussteller fehlen würde.

Eine vertragliche Grundlage dafür, dass ein Arbeitszeugnis ausschließlich von der Fa. X als Arbeitgeberin und ohne Hinweis auf seine Tätigkeit als Gefangener der Justizvollzugsanstalt erstellt werden könnte, ist - anders als der Antragssteller offensichtlich meint - nicht ersichtlich. Weder steht dem Antragssteller noch der Justizvollzugsbehörde ein diesbezüglich durchsetzbarer vertraglicher Anspruch gegen die Fa. X zu. Die Fa. X war - anders als dies im Falle eines freien Beschäftigungsverhältnisses gewesen wäre - nicht Arbeitgeberin des Antragsstellers. Zu einem-wahrheitsgemäßen Arbeitszeugnis und nur Ausstellung eines solchen wäre die Fa. X verpflichtet, gehört aber neben der richtigen Angabe des Arbeitgebers auch die Beschreibung der ausgeführten Tätigkeit, was bei zugewiesener Arbeit die Offenbarung der Gefangeneneigenschaft unumgänglich macht (vgl. hierzu Arloth StVollzG 3. Aufl. 2011 § 40 StVollzG Rdnr. 1). Es bestand daher für die Strafvollstreckungskammer keine Rechtsgrundlage eine für die Justizvollzugsanstalt nicht durchsetzbare Verpflichtung auszusprechen. Die vom Antragssteller geforderte Heranziehung des § 27 Abs.8 StVollzG ändert daran nicht.

Zwar vermag der Senat die Argumentation, dass durch die Angabe der JVA als Ausstellerin eines Arbeitszeugnisses möglicherweise die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz behindert wird und deswegen der Reintegration und Resozialisierung des ehemaligen Gefangenen hinderlich sein könnte, nachzuvollziehen. Als Begründung für eine weitreichende analoge Anwendung der Vorschrift, die sich von ihrem Wortlaut lediglich auf Bildungsmaßnahmen bezieht, reicht diese Argumentation jedoch nicht aus (so auch Arloth a.a.O, Schwind/Böhm/Jehle/Laubenthal a.a.O. § 40 StVollz Rdnr. 3; a.A. Feest-Lesting-Däubler/Galli StVollzG 6. Aufl. 2012 § 40 Rdnr. 1). Soweit Schulen, Bildungswerke etc. gemäß § 27 Abs.8 HStVollzG Nachweise oder Zeugnisse über Bildungsmaßnahmen ohne Hinweis auf die Inhaftierung auszustellen haben, stehen die Interessen der Bildungsträger dem nicht entgegen. Diese sind tatsächlich Träger der-Einrichtung, in der die Maßnahme absolviert wurde. Von privaten Dritten indes kann nicht verlangt werden, fälschlicherweise im Rechtsverkehr als „Arbeitgeber“ von Gefangenen aufzutreten und Arbeitszeugnisse ohne den Hinweis auf deren betriebliche Tätigkeit in einem anstaltsintern oder -extern betriebenen Unternehmerbetrieb auszustellen. Die Argumentation von Däubler/Galli, die praktische Umsetzung würde bei einer analogen Anwendung des § 40 StVollz im Hinblick auf in Unternehmerbetrie-

ben tätige Gefangene keine praktischen Probleme aufwerfen, kann daher vom Senat nicht nachvollzogen werden.

Der Senat schließt sich daher der von Arloth vertretenen Rechtsauffassung an, dass eine analoge Anwendung des § 27 Abs.8 HessStVollzG auf Arbeitszeugnisse auf Grundlage der bisherigen rechtlichen Regelung im Hinblick auf die Notwendigkeit der Wahrheitsgemäßheit von Arbeitszeugnissen ausscheidet. Als Mittel zur Verhinderung von Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt, erscheint die Ausstellung sog. „neutraler" Zeugnisse ohnehin nicht zwingend erfolgversprechend, da die Arbeitgeber nach derzeitiger Rechtslage zumindest berechtigt sind, vor der Einstellung nach „einschlägigen" Vorstrafen zu fragen.

Die Rechtsbeschwerde hat aus diesen Erwägungen keinen Erfolg.

§§ 454 ff StPO

(Weisung der Strafvollstreckungskammer im Aussetzungsverfahren)

Die Strafvollstreckungskammer ist im Aussetzungsverfahren nach §§ 454 ff StPO nicht berechtigt, bindende Weisungen an die Justizvollzugsbehörden hinsichtlich der Gewährung von vollzugsöffnenden Maßnahmen erteilen.

Oberlandesgericht Frankfurt a.M., Beschluss vom 6. Juni 2013 – 3 Ws 343/13

Gründe:

I.

Der Verurteilte ist ein Sexualstraftäter, der wegen Serienvergewaltigungen und Mordes erheblich strafrechtlich in Erscheinung getreten ist. Durch Urteil des Landgerichts wurde er wegen Mordes und sexuellen Missbrauchs eines Kindes zu lebenslanger Freiheitsstrafe als Gesamtstrafe verurteilt. Weiterhin wurde die Aussetzung der Restfreiheitsstrafe aus dem Urteil des Landgerichts widerrufen.

Als vollzugsöffnende Maßnahme wurden dem Verurteilten seitens der JVA Ausführungen und begleitete Ausgänge gewährt. Die Gewährung unbegleiteter Ausgänge lehnt die JVA, obwohl die Strafvollstreckungskammer seit 9/2009 entsprechende Hinweise erteilt und im Vollzugsverfahren mehrere ablehnende Entscheidungen der JVA aufgehoben hat, weiterhin strikt ab. Durch Beschluss vom 25. Februar 2013 hat die Strafvollstreckungskammer den Antrag des Verurteilten, auf Aussetzung des Restes der lebenslangen Freiheitsstrafe zurückgewiesen. Weiterhin hat sie in Nr. II folgendes beschlossen:
„Die Justizvollzugsbehörde wird angewiesen,

1. dem Verurteilten ab Rechtskraft dieses Beschlusses unbegleitete Ausgänge zu gewähren, soweit sie dazu dienten, die bei der Forensisch-psychiatrischen Ambulanz X mit ihm durchgeführten Einzel- und/oder Gruppentherapien wahrzunehmen;
2. dem Verurteilten sechs Monate nach Rechtskraft des vorliegenden Beschlusses in regelmäßigen Abständen mindestens jedoch monatlich drei Tage Freistellung aus der Haft zu gewähren.
3. den Verurteilten spätestens ein Jahr nach Rechtskraft des vorliegenden Beschlusses in den offenen Vollzug zu überstellen."

Gegen den am 6. März 2013 zugestellten Beschluss hat die Staatsanwaltschaft am 11. März 2013 sofortige Beschwerde eingelegt und diese am 14. März 2013 damit begründet, für die in Nr. II 1 bis 3 enthaltenen „Anweisungen" gebe es keine rechtliche Grundlage, diese könne auch in einer Argumentation „a maiore ad minus" nicht dem § 454a Abs. 2 StPO und der hierzu ergangenen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entnommen werden.

Gegen den ihr formlos mitgeteilten Beschluss hat sich überdies die JVA mit einer am 13. März 2013 eingegangenen sofortigen, hilfsweise einer einfachen Beschwerde, hilfsweise dem zulässigen Rechtsmittel gewandt.

Der Verurteilte hat den Beschluss hingegen nicht angefochten.

II.

Die sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft, die sich nach dem Inhalt der Beschwerdebegründung vom 13. März 2013 ausschließlich gegen die im Beschluss vom 25. Februar 2013 in Nr. II 1 bis 3 getroffenen Weisungen an die Justizvollzugsbehörde richtet, ist statthaft und auch im Übrigen zulässig, da sie form-und fristgerecht eingelegt worden ist (§ 454 Abs. 1, Abs. 3, § 311 Abs. 2 StPO).

Für die Teilanfechtung von Beschlüssen mit der Beschwerde gelten die gleichen Grundsätze, wie für die Rechtsmittelbeschränkung bei der Berufung und der

Revision (§§ 318 S. 1, 344 Abs. 1 StPO). Danach hängt die Wirksamkeit der Beschränkung des Rechtsmittels davon ab, ob der angefochtene Teil der Entscheidung gegenüber dem nicht angefochtenen derart selbständig ist, dass er eine gesonderte (isolierte) Nachprüfung und Beurteilung erlaubt (vgl. hierzu Meyer-Goßner StPO 55. Aufl. 2012 § 304 Rdnr. 4 m. w. Nachw.) An dieser Selbstständigkeit fehlt es u.a. dann, wenn der angefochtene und der nicht angefochtene Teil der Entscheidung derart miteinander verknüpft sind, das die Auflösung einer solchen Verknüpfung nicht möglich ist, ohne dass damit auch dem nichtangefochtenen Teil der Entscheidung die Grundlage entzogen wird. Dies wurde z. B. dann angenommen, wenn eine Restfreiheitstrafe nach 2/3 Verbüßung und eine Maßregel ausgesetzt und lediglich die Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung in einer Entziehungsanstalt isoliert angefochten wurde, weil beide Entscheidungen nur einheitlich ausfallen können (vgl. hierzu OLG Frankfurt MDR 1980, 777-778; Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht, Entscheidung vom 13. September 1982 — 1 Ws 254/82) oder in ein Fall, in dem eine prinzipiell isoliert anfechtbare Weisung, in einem Pflegeheim Wohnsitz zu nehmen, tragende und daher ausschlaggebende Grundlage für die Entscheidung der Aussetzung einer Maßregel war (so LG Stralsund NStZ-RR 2008, 58-59). Ist hiernach eine isolierte Überprüfung und Entscheidung des Beschwerdegerichts nicht möglich, erfolgt eine umfassende Nachprüfung der Entscheidung über den Beschwerdepunkt hinaus im Rahmen der §§ 308, 309 StPO, ähnlich wie bei 318 StPO (vgl. hierzu LG Stralsund a.a.O.).

Im vorliegenden Fall besteht nach Auffassung des Senats eine derartige Verknüpfung nicht. Die Entscheidungen der, Strafvollstreckungskammer, den. Rest der lebenslangen Freiheitsstrafe derzeit nicht zur Bewährung auszusetzen und ihre sodann erteilten „Weisungen“ an die Justizvollzugsbehörde zur weiteren Vollzugsgestaltung, insbesondere zur Gewährung weiterer vollzugsöffnender Maßnahmen bestehen selbständig nebeneinander, so dass eine gesonderte Nachprüfung und Beurteilung erfolgen kann. Dies ergibt sich aus der Beschlussbegründung., in der in einem gesondert gefassten Teil Nr. II die für und gegen die Strafaussetzung sprechenden Gründe von der Strafvollstreckungskammer ausführlich und überzeugend gegenübergestellt und abgewogen worden sind, ohne dass insoweit auf die nicht gewährten weiteren vollzugsöffnende Maßnahme, etwa in Form von unbegleiteten Ausgängen, und ein hierdurch entstandenes, von der Exekutive verschuldetes Prognosedefizit eingegangen worden wäre. Die Frage der weiteren Vollzugsgestaltung wird vielmehr erst in.einem gesonderten Teil Nr. III des Beschlusses in der erkennbaren Intension abgehandelt, dem langfristig Inhaftierten insoweit gesicherte Perspektiven zu eröffnen. Es gibt somit keinen Anhaltspunkt dafür, dass dies auch tragende Grundlage für die Ablehnung der Aussetzung der lebenslangen Freiheitsstrafe durch die Strafvollstreckungskammer gewesen ist.

Auch die einfache Beschwerde der Justizvollzugsanstalt hält der Senat im vorliegenden Fall ausnahmsweise für zulässig (§ 304 Abs.1, Abs.2 StPO), da sie durch die an sie gerichtete Verpflichtung zur Gewährung vollzugsöffnender Maßnahmen unmittelbar betroffen bzw. beschwert ist.

Die zulässig beschränkte sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft und die einfache Beschwerde der Justizvollzugsanstalt haben auch in der Sache Erfolg und führt zur Aufhebung der in Nr. III 1 bis 3 getroffenen Weisungen.
Eine rechtliche Grundlage für derartige Weisungen vermag der Senat - anders als die Strafvollstreckungskammer - nicht zu erkennen. Eine solche ergibt sich weder aus § 454 a StPO noch in einer Argumentation„a maiore ad minus“ aus der hierzu ergangenen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (NJW 2009, 1941-1947; StV 2012, 543-546), worauf Staatsanwaltschaft und Generalstaatsanwaltschaft zu Recht hinweisen.

Die Anwendung des § 454a Abs.1 StPO setzt zunächst voraus, dass bereits im Zeitpunkt der Entscheidung eine günstige Legal- und Sozialprognose des Verurteilten gesichert ist (vgl. hierzu Meyer/Goßner StPO 55. Aufl. 2012 § 454a Rdnr. 1; OLG Frankfurt NStZ-RR 2001, 311). Fehlt es daran, scheidet eine Aussetzung des Strafrestes, auch unter Festsetzung eines erst zukünftigen Entlassungszeitpunktes grundsätzlich aus. Die Anwendung des § 454a Abs.1 StPO auf Fälle ohne gesicherte Prognose bleibt auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts absoluten Ausnahmefällen vorbehalten, in denen eine positive Legalprognose nur noch von der Bewährung des Gefangenen im Rahmen vollzugsöffnender Maßnahmen abhängt und ihm diese zu Unrecht durch die Justizvollzugsbehörden verweigert werden (vgl. hierzu Senat Beschluss vom 13.12.2012 - 3 Ws 922/12).

Nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ergeben sich die verfassungsrechtlichen Grenzen des Vollzugs einer lebenslangen Freiheitsstrafe aus dem Übermaßverbot. Mit zunehmender Dauer des Freiheitsentzuges begründet dieses neben immer strengeren materiell-rechtlichen Anforderungen an die Prognoseentscheidung auch. steigende verfahrensrechtliche Anforderungen an die Tatsachenfeststellung und Wahrheitserforschung zur Feststellung der der Aussetzungsentscheidung zugrundeliegenden .Prognosebasis. Vollzugslockerungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da das Verhalten des Gefangenen bei sog. Belastungserprobungen einen geeigneten Indikator für künftige Legalbewährung darstellt. Die die Aussetzungsentscheidung treffenden Fachgerichte, die die fehlende Aussetzung (auch) auf die fehlende Erprobung in Lockerungen stützen wollen, dürfen sich daher nicht mit einer, durch ggf. fehlerhafte Entscheidungen der Vollzugsbehörde entstandenen, be-

grenzten Tatsachengrundlage abfinden und das hieraus entstandene Prognosedefizit zum Nachteil des Inhaftierten werten. Sie haben vielmehr eigenständig zu prüfen, ob die Versagung von Lockerungen hinreichend begründet ist, wobei der Prüfungsmaßstab im Hinblick auf den der Vollzugsbehörde zustehenden prognostischen Beurteilungsspielraum bei der Prüfung einer Flucht- und Missbrauchsgefahr eingeschränkt ist. Maßstab der Prüfung ist, ob die Vollzugsbehörde bei der Versagung von Lockerungen die unbestimmten Rechtsbegriffe der Befürchtung der Flucht- und Missbrauchsgefahr richtig ausgelegt, alle relevanten Tatsachen zutreffend angenommen und den Sachverhalt vollständig ermittelt hat. Kommt das Gericht insoweit zu dem Ergebnis einer unberechtigten Lockerungsverweigerung und damit einhergehendem Prognosedefizit, ist Konsequenz i.d.R. nicht die Notwendigkeit der Anordnung der sofortigen Entlassung des unerprobten Gefangenen mi dem verbundenen hohen Risiko eines Rückfalls in die Straffälligkeit, weil dem das Sicherungsbedürfnis der Allgemeinheit entgegensteht. Vielmehr hat das Gericht auf die Vollzugsbehörde einzuwirken, wobei auch das Bundesverfassungsgericht darauf hinweist, dass gerichtliche Hinweise, selbst wenn sie in ihrer Intensität im Hinblick auf die Präzisierung der gebotenen Lockerungsmaßnahmen und im Hinblick auf einen Hinweis auf eine „Ermessensreduzierung auf Null" zunehmen können, nicht von nachhaltiger praktischer Wirksamkeit sein können, wenn die Justizvollzugsanstalt und das ihr übergeordnete Ministerium der Justiz dennoch auf ihrer starren Haltung beharren. Im Hinblick auf die von Verfassung gebotene effektive Durchsetzung des Freiheitsgrundrechts des Gefangenen, obliegt es dann der Strafvollstreckungskammer im Aussetzungsverfahren, ihre bestehenden prozessualen Möglichkeiten auszuschöpfen, wenn es darum geht der Vollzugsbehörde das Gebotensein von Lockerungen deutlich zu machen. Zu diesen prozessualen Möglichkeiten gehört ein Vorgehen auf der Grundlage des § 454a Abs.1 StPO, der es erlaubt, einen zukünftigen Entlassungszeitpunkt so festzusetzen, dass der Vollzugsbehörde eine angemessene Erprobung in Lockerungen möglich bleibt. Durch die Festsetzung des konkreten Entlassungszeitpunktes wird dann dem Freiheitsrecht des Inhaftierten praktisch und effektiv Geltung verliehen. Anders als dies die Strafvollstreckungskammer meint, ist der Inhaftierte - bei unveränderter Sachlage - zu. diesem Zeitpunkt zu entlassen, auch wenn er wegen der fortlaufenden Weigerung der Vollzugsbehörde zwischenzeitlich nicht in Lockerungen erprobt wurde und sich die Prognosebasis daher nicht verändert hat. Für eine Aufhebungsentscheidung nach § 454a Abs.2 StPO fehlt es dann an einer Grundlage. Die mit einer unerprobten und unvorbereiteten Entlassung verbundenen (erheblichen) Risiken sind dann von der Justizvollzugsanstalt und dem übergeordneten Ministerium der Justiz zu verantworten.

Vorliegend hat die Strafvollstreckungskammer selbst ausgeführt, dass sie die Voraussetzungen für eine Anwendung des § 454 a Abs.1 StPO nach den Grundsätzen des Bundesverfassungsgerichts im Falle des Verurteilten derzeit nicht als gegeben ansieht. Ihre Argumentation, sie könne daher im Hinblick auf diese Rechtsprechung im Aussetzungsverfahren als Weniger zur Anordnung eines zukünftigen Entlassungszeitpunktes (arg. a maiore ad minus) bindende Weisungen an die Justizvollzugsbehörden hinsichtlich der Gewährung von vollzugsöffnenden Maßnahmen erteilen, ist bereits deshalb nicht tragfähig.

Zudem hat auch das Bundesverfassungsgericht lediglich auf die bestehenden prozessualen Möglichkeiten hingewiesen und daher neben der Erteilung von Hinweisen ausschließlich die Festsetzung eines zukünftigen Entlassungszeitpunktes nach § 454a Abs.1 StPO erörtert. Die Möglichkeit der Erteilung bindender Weisungen an die Justizvollzugsbehörde sieht die StPO im Aussetzungsverfahren nicht vor und wird auch vom Bundesverfassungsgericht nicht in Erwägung gezogen, zumal dies in unzulässiger Weise in die Kompetenzen der Exekutive eingreifen würde. bindende Weisungen an die Justizvollzugsbehörden hinsichtlich der Gewährung von vollzugsöffnenden Maßnahmen erteilen Ob die Entscheidung der Strafvollstreckungskammer - wie es die Generalstaatsanwaltschaft meint - als „aliud" eingeordnet werden kann, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls entbehrt sie einer gesetzlichen Grundlage. bindende Weisungen an die Justizvollzugsbehörden hinsichtlich der Gewährung von vollzugsöffnenden Maßnahmen erteilen

Ein Bedürfnis für eine derartige richterliche Rechtsfortbildung besteht auch nicht. Ein betroffener Gefangener kann die Rechtmäßigkeit der Ablehnung vollzugsöffnender Maßnahmen in dem dafür vorgesehenen Strafvollzugsverfahren (§ 109 ff StVollzG) durch den hierfür zuständigen, gesetzlich vorgesehenen Einzelrichter und sodann im Wege der Rechtsbeschwerde gerichtlich überprüft lassen. Im Falle einer „Ermessensreduzierung auf Null", von der die Strafvollstreckungskammer im Falle des Verurteilten vorliegend wohl ausgeht, kann die Durchführung unbegleiteter Ausgänge und weiterer Lockerungen unmittelbar gerichtlich angeordnet werden. Ob die Rechtsauffassung der Strafkammer hinsichtlich einer Ermessensreduzierung im Falle des Verurteilten tragfähig ist, braucht vorliegend vom Senat nicht entschieden zu werden. Rein vorsorglich soll allerdings angemerkt werden, dass die unzureichende konkrete Tataufarbeitung seitens des Verurteilten eklatant ist, worauf die Justizvollzugsanstalt nicht zu Unrecht hinweist.

Jugendanstalt Neustrelitz

Die neuerbaute Jugendanstalt Neustrelitz wurde am 01.04.2001 eröffnet.

Fünf Hafthäuser im geschlossenen Vollzug und ein Hafthaus außerhalb der Mauer als offener Vollzug bieten Platz für 282 Insassen und eine intensive Differenzierung.

Vollstreckt wird Jugendstrafe an jungen Männern und Frauen. Auf der Mutter Kind Station können 2 Mütter mit bis zu jeweils 2 Kindern untergebracht werden.

Die Teilanstalt für Jugendarrest weist 15 Plätze aus.

Behandlungsmaßnahmen

- Sozialtherapie
- Antiaggressivitätstraining®
- Antigewalttraining
- Reasoning & Rehabilitation Programm (R & R)
- Tiefenpsychologisch / analytisch orientierte Einzelpsychotherapie
- Soziales Training nach Otto
- Soziales Kompetenztraining
- Suchtberatung
- Therapievorbereitung
- Schuldnerberatung
- Denkzeit-Training

Schulische Bildungsangebote

- Berufsreife mit Leistungsfeststellung
- Mittlere Reife
- Grundbildung für LRS - Schwache
- Allgemeinbildung (Schulpflicht)

Ausbildungsmöglichkeiten

Berufsvorbereitungsjahr und Ausbildung in den Bereichen

- Gerätezusammensetzer
- Teilezurichter
- Metallbauer
- Schweißer
- Bauten- und Objektbeschichter
- Bau- und Metallmaler
- Koch und Beikoch
- Hauswirtschaft
- Gartenlandschaftsbauhelfer
- Gärtner
- Holzbearbeiter
- Holzmechaniker
- Tischler

Das Bildungsinstitut für Umweltschutz und Wasserwirtschaft Neubrandenburg e.V. und das Ausbildungs- und Förderungszentrum Friedland e.V. zeichnen für die berufliche Bildung verantwortlich.

Die Anstalt selbst koordiniert die Berufsvorbereitung im Bereich der Tierpflege.

Freizeit und Sport

- Fußball (Kreisliga)
- Football
- Volleyball
- Laufgruppe
- Tischtennis
- Dart
- Fitness
- KEIN Kraftsport

Personal

Die Jugendanstalt verfügt über 175 Mitarbeiter, darunter 132 Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes, 5 Psychologen, 2 Lehrer und 8 Sozialpädagogen. Für die berufliche Bildung der Gefangenen sorgen Beschäftigte eines Bildungsträgers und der örtlichen Beruflichen Schule.

Anstaltsleiter
Bernd Eggert
Leitender Regierungsdirektor
Am Kaulksee 3
17235 Neustrelitz
bernd.eggert@ja-neustrelitz.mv-justiz.de

Beamten- und Angestellten-Darlehen

Partner der Nürnberger Versicherung

TOP-
ZINSSÄTZE

- für Beamte und Tarifbeschäftige des öffentl. Dienstes
- auch für Pensionäre bis 58 Jahre
- Darlehenshöhe ab 10.000,00 € bis 80.000,00 €
- Festzinsgarantie, Laufzeiten 12, 15 und 20 Jahre
- Sondertilgung und Laufzeitverkürzung möglich
- auch ohne Ehepartner
- für jeden Zweck: Anschaffungen, Ausgleich Girokonto, Ablösung andere Kredite
- Kostenlose Beratung Mo. – Fr. von 8.00 – 20.00 Uhr

Info-Büro: 0800 / 77 88 000
Vermittelt: Jürgen Jäckel, Am Husalsberg 3, 30900 Wedemark
Fax: 05130 / 97 57 2-30, jaeckel@beamtendarlehen-center.de
www.beamtendarlehen-center.de

Strafvollzug von A-Z, Band 1

19,00 €
zzgl. Versand

Alle Jahrgänge von 1950 bis 2010 komplett

NEU

Auf DVD
Alle Ausgaben
Forum Strafvollzug
Zeitschrift für Strafvollzug
und Straffälligenhilfe
von 1950 bis 2010

49,90 €
zzgl. Versand

Zu bestellen bei der Versandgeschäftsstelle
Justizvollzugsanstalt Heimsheim
Telefon 07033/3001-410
druckerei-h@jvaheimsheim.justiz.bwl.de

Zertifikat

Die MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH bescheinigt hiermit, dass der Lebensmittel-Kleinbetrieb

Massak Logistik GmbH
Logistikzentrum Memmelsdorf
Josef-Fösel-Str. 1 96117 Memmelsdorf

nach dem
Gütenachweis für Lebensmittel-Kleinbetriebe
Version 4
zertifiziert wurde.

Der erforderliche Nachweis der Einhaltung der lebensmittelhygienischen Vorgaben des „Gütenachweises für Lebensmittel-Kleinbetriebe" wurde im Rahmen eines Audits erbracht und im Bericht **J000256** dokumentiert. Dieses Zertifikat ist nur in Verbindung mit der erfolgreichen Durchführung der Überwachungsaudits gültig.

Der Geltungsbereich des Zertifikats **MIC-2012000256** umfasst:

Lagerung, Transport und Logistik von Lebensmitteln

Folgende Bereiche wurden dabei beurteilt:

- Allgemeine Anforderungen
- Durchführung einer Gefahrenanalyse nach den HACCP Grundsätzen
- Personalhygiene
- Produktionshygiene
- Reinigung und Desinfektion
- Raumhygiene
- Gerätehygiene

Datum des Zertifizierungsaudits: 03.08.2012
Gültigkeitsdatum des Zertifikates: 02.08.2013
Datum des nächsten Audits (spätestens): 02.07.2013

Bamberg, 03.08.2012

Geschäftsführer

Dieses Zertifikat wurde elektronisch erstellt. Es bleibt Eigentum der MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH und ist an die Vertragsbedingungen gebunden. Kopien dieses Zertifikates können telefonisch unter +49 (0) 951 – 30 90 74 20 validiert werden.

MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH, Kronacher Straße 92, D - 96052 Bamberg

Zertifikat

Hiermit wird bestätigt, dass die

Massak Logistik GmbH
Josef-Fösel-Straße 1
96117 Memmelsdorf
Deutschland

Inhaber des Zertifikates Nr. **MIC-2012000256**

ein HACCP System basierend auf den Grundsätzen der EU VO 178/2002, EU VO 852/2004 sowie der Codex Alimentarius Kommission CAC/RCP 1-1969 (Rev. 4-2003) zur Sicherstellung einer guten Lebensmittelhygienepraxis für den folgenden Geltungsbereich anwendet

Lagerung, Transport und Logistik von Lebensmitteln, Logistikzentrum Memmelsdorf.ein

Für und im Namen der MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH

Christian Reinfelder, Geschäftsführer

Der Nachweis wurde im Rahmen eines Audits erbracht und im Bericht **J000256** dokumentiert. Dieses Zertifikat ist nur in Verbindung mit der erfolgreichen Durchführung der Überwachungsaudits gültig.

Datum der Erstzertifizierung 01.07.2011
Datum der letzten Rezertifizierung 03.08.2012
Gültigkeit des Zertifikates 02.08.2013

Dieses Zertifikat wurde elektronisch erstellt und bleibt Eigentum der MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH und ist an die Vertragsbedingungen gebunden. Kopien dieses Zertifikates können telefonisch unter +49 (0) 951 – 30 90 74 20 validiert werden.

MI-CERT Zertifizierungsgesellschaft mbH, Kronacher Straße 92, D - 96052 Bamberg

Der Anstaltskaufmann:
Massak Logistik GmbH

1. Bestelleinkauf

2. supermarktähnlicher Sichteinkauf

Unserer Serviceleistungen, das zeichnet uns aus:

- Individuelle Sortimentsliste für jede Anstalt
- Kompetente Ansprechpartner vor Ort
- Große Auswahl an Obst und Gemüse
- Große Frischeauswahl
- Katalogbestellung
- CDs/DVDs/Spiele
- Armbanduhren und Batteriewechsel
- Spezialsortiment für ausländische Kunden (Halal,..)
- Eigener großer Fuhrpark
- Seit Übernahme der ersten JVA keine Vertragsauflösungen
- Ausbildungsbetrieb
- Persönliche Übergabe an den Kunden

Massak Logistik GmbH
Josef-Fösel-Straße 1
96117 Memmelsdorf
Tel.: 0951 - 299 466 0
Fax : 0951 - 299 466 16
www.massak.de
info@massak.de

Forum Strafvollzug

Verlag
Herausgeber
Gesellschaft für Fortbildung der Strafvollzugsbediensteten e.V., Sitz: Wiesbaden

Nassauische Sparkasse Wiesbaden
BLZ 510 500 15/Kto. Nr. 100 216 140
IBAN: DE63 5105 0015 0100 2161 40
SWIFT-BIC: NASSDE55XXX
Als gemeinnützig unter Steuernummer 40 250 6302 5-XII/3 beim Finanzamt Wiesbaden anerkannt

Geschäftsstelle
Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa
Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden
Regierungsrat Lutwin Weilbächer
Telefon 06 11/32 26 69

Versandgeschäftsstelle
Mittelberg 1, 71296 Heimsheim

Vorstand
Vorsitzender
Ministerialdirigent a. D. Dr. Helmut Roos
Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa

Stellvertretender Vorsitzender
Ministerialdirigent Gerhard Meiborg
Ministerium der Justiz und für Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz

Ministerialdirigent Ulrich Futter
Justizministerium Baden-Württemberg

Ministerialdirigent Prof. Dr. Frank Arloth
Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Ministerialdirigent a. D. Dr. h. c. Harald Preusker

Redaktion
Redaktionsleitung, Internationales, Rechtsprechung
Prof. Dr. Frank Arloth
Telefon 089/5597-3600
frank.arloth@stmjv.bayern.de

Geschäftsführender Redakteur, Magazin, Aus den Ländern
Jochen Goerdeler
Telefon 0431/9883727
jochen.goerdeler@jumi.landsh.de

Redaktionsanschrift
Forum Strafvollzug
Ministerium für Justiz, Kultur und Europa des Landes Schleswig-Holstein
z.Hd. Karin Roth
Lorentzendamm 35
24103 Kiel

Aus der Praxis
Gerd Koop
Telefon 0441/4859-100
Gerd.Koop@justiz.niedersachsen.de

Gesa Lürßen
Telefon 0421/361-14160
Gesa.Luerssen@justiz.bremen.de

Forschung und Entwicklung
Wolfgang Wirth
Telefon 0211/60251119
wolfgang.wirth@krimd.nrw.de

Jochen Goerdeler (s.o.)

Medien/Buchbesprechungen
Gesa Lürßen
Telefon 0421/361-14160
Gesa.Luerssen@justiz.bremen.de

Prof. Dr. Philipp Walkenhorst
Telefon 0221/470-2089
philipp.walkenhorst@uni-koelnn.de

Wolfgang Wirth (s.o.)

Steckbriefe
Karin Roth
Telefon 0431/9883887
karin.roth@jumi.landsh.de

Straffälligenhilfe
Susanne Gerlach
Telefon 030/9013-3341
susanne.gerlach@senjust.berlin.de

Gerd Koop (s.o.)

Wolfgang Wirth (s.o.)

Strafvollzug von A bis Z
Stephanie Pfalzer
Telefon 089/69922213
stephanie.pfalzer@jva-m.bayern.de

Günter Schroven
Telefon 05331/96383-26
Guenter.Schroven@bi-jv.niedersachsen.de

Homepage www.forum-strafvollzug.de
Lennart Bublies

Layout und Satz
hansadruck und Verlags-GmbH & Co KG
Hansastr. 48, 24118 Kiel
www.hansadruck.de, service@hansadruck.de

Druck, Versand, Versandgeschäftsstelle
Justizvollzugsanstalt Heimsheim
Mittelberg 1, 71296 Heimsheim
Telefon 0 70 33/30 01-410
druckerei-h@jvaheimsheim.justiz.bwl.de

Druckunterlagen
Grafiken/Schaubilder können nur dann veröffentlicht werden, wenn sie als Datei zur Verfügung gestellt werden. Datenträger vom PC können weiterverarbeitet werden.

Erscheinungsweise
alle 2 Monate

Mitteilungen, die sich auf den Bezug der Zeitschrift beziehen (Bestellungen, Abbestellungen, Anschriftenänderung usw.) sind an die Versandgeschäftsstelle zu richten.
Mitteilungen oder Einsendungen, die sich auf den Inhalt der Zeitschrift beziehen, sind an die Redaktionsadresse zu richten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen, sie können nur zurückgegeben werden, wenn Rückporto beigefügt ist.

Die Redaktion übernimmt für die Anzeigen keine inhaltliche Verantwortung.

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Nutzen Sie das Online-Bestellformular auf unserer Homepage:
www.forum-strafvollzug.de

Bezugspreise:

Einzelbesteller/in
Inland

Einzelbezug	8,10 EUR
Jahresabonnement	25,10 EUR

Einzelbesteller/in
Ausland

Einzelbezug	8,50 EUR
Jahresabonnement	26,50 EUR

Sammelbezug
(Mindestens 5 Hefte einer Ausgabe an eine Versandadresse)
Inland

Jahresabonnement	16,70 EUR

Sammelbezug
(Mindestens 5 Hefte einer Ausgabe an eine Versandadresse)
Ausland

Jahresabonnement	18,70 EUR

Sämtliche Preise sind incl. 7% Mehrwertsteuer sowie Versandkosten. Die Kündigungsfrist für den Bezug der Zeitschrift beträgt drei Monate. Eine Kündigung ist nur zum Jahresende möglich.

Sammel-DVD	49,90 EUR (zzgl. Verpackung und Porto)
Einbanddecke	8,00 EUR (zzgl. Verpackung und Porto)
Ordner A-Z	6,50 EUR (zzgl. Verpackung und Porto)
Ordner A-Z komplett	19,00 EUR (zzgl. Verpackung und Porto)
Einlage A-Z pro Ausgabe	1,50 EUR (zzgl. Verpackung und Porto)

Der Bezugszeitraum für das Jahresabo beginnt mit der 1. Ausgabe des Kalenderjahres. Ein Abobeginn während des laufenden Kalenderjahres kann aus organisatorischen Gründen nicht erfolgen und wird automatisch rückwirkend mit der Ausgabe 1 des laufenden Jahres gestartet.

Vorschau Heft 6/2013:
Jugendstrafvollzug auf dem Prüfstand