

Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug

Ein Übersichtsbeitrag

Vor dem Hintergrund einer internationalen Entwicklung, die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung inhaftierter Menschen von den Justiz- auf die Gesundheitsministerien zu übertragen (zum Beispiel in England/Wales, Frankreich, Italien), ist auch für Deutschland zu prüfen, ob die hier bestehende parallele, intramurale Gesundheitsversorgung den spezifischen Herausforderungen der Versorgung gesundheitlich schwer belasteter Inhaftierter genügt. Ausgehend von der historischen Entwicklung der „Gefängnismedizin“ und der Analyse struktureller Probleme bei der Organisation der Gesundheitsversorgung im Justizvollzug, werden anhand ausgewählter Gesundheitsrisiken – Drogenkonsum/-abhängigkeit, Infektionskrankheiten (vor allem HIV, HBV, HCV), psychische und psychiatrische Probleme, Suizid und Selbstschädigung – gefängnispezifische Behandlungsprobleme beschrieben. Diese resultieren zum Teil aus der Organisationsform und dem besonderen System der gesundheitlichen Versorgung Gefangener, zum Teil aus der unzureichenden Reaktion auf ihre massiven Gesundheitsbelastungen. Kennzeichnend sind die geringen Ressourcen für die Versorgung überproportional gesundheitlich belasteter Gefangener sowie die unzureichende epidemiologische Datenlage, die sich im Zuge der Föderalisierung des Strafvoll-

zuges in Deutschland noch verschlechtert hat.

Es wird im Folgenden eine grundsätzliche Neuausrichtung der Organisation der Gesundheitsversorgung diskutiert, in der die öffentlichen Gesundheitsversorgungsträger auch die Versorgung der Menschen in Haft übernehmen können. Zudem erfolgt eine ausführliche Zusammenstellung internationaler und nationaler Forschungsergebnisse, um die Entwicklungen sowohl in den europäischen Nachbarländern als auch in den verschiedenen Bundesländern einzuordnen.

Medizinische Versorgung in Haft: Grundlagen

Internationale Grundsätze, Deklarationen und Empfehlungen

Obwohl die ersten Gefängnisse heutiger Art bereits im 16. Jahrhundert entstanden, hat eine Regelung der medizinischen Betreuung Gefangener erst spät begonnen. Während sich in England erste Spuren einer auf Gesundheitsförderung angelegten Behandlung Gefangener bereits im 18. Jahrhundert wahrnehmen lassen [2], veränderte sich die diesbezügliche Situation in Deutschland erst mit den Reichstragsgrundsätzen von 1923.

Übergeordnete Regeln für die gesundheitliche Versorgung Gefangener sind auf

politischer Ebene das Äquivalenzprinzip (aufgestellt durch die Vereinten Nationen, UN) [3] sowie die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze (Neufassung der Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen [4]) und auf fachlicher Ebene die Erklärungen der World Medical Association.

Das Äquivalenzprinzip

Die Äquivalenz der medizinischen Betreuung innerhalb und außerhalb der Gefängnisse ist sowohl ein allgemein medizinisch-ethisches Postulat im Sinne der Verpflichtung des Arztes auf das Wohl des Kranken („salus aegroti suprema lex“ und „primum nil nocere“) als auch ein rechtlich definierter Grundsatz, der sich über die oben genannten Richtlinien bis in die deutschen Strafvollzugsgesetze fortpflanzt [10, 11]. Äquivalenz bedeutet, dass die medizinische Betreuung innerhalb der Gefängnisse der im jeweiligen Land außerhalb vorgehaltenen gleichwertig zu sein hat. Dieser Maßstab gilt für alle Bereiche der Medizin (organisatorisch, technisch-apparativ, personell, Diagnostik, Therapie, Aufklärung et cetera). Das Äquivalenzprinzip wurde zuletzt 1982 in der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Principle 1) verankert: „Health personnel, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees, have a duty

to provide them with protection of their physical and mental health and treatment of disease of the same quality and standard as is afforded to those who are not imprisoned or detained“ [3].

Eine Kooperation der intramuralen mit externen medizinischen Gesundheitsdiensten wird auch von vielen anderen internationalen Gremien gefordert. In den „Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners“ (1955) heißt es bereits: „... The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation ...“ (Rule 22/1; vergleiche auch Vereinte Nationen 1990, Principle 9; vergleiche auch Penal Reform International 1995). Auch in der Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 24. Oktober 2003 in Moskau zum Thema „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, „... um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen“ [21]. Die Verschränkung der gefängnisinternen medizinischen und gesundheitsorientierten Leistungen mit denen außerhalb dient der Verbesserung der Gesundheit der Patienten.

Die europäischen Strafvollzugsgrundsätze

Im Jahre 2006 hat der Europarat die Empfehlung des Ministerkomitees über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsversorgung im Gefängnisbereich [Empfehlung R(98)7] aktualisiert fortgeschrieben [4]. Im Teil III der Empfehlung werden die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung Inhaftierter in den Punkten 39. bis 48.2 geregelt. Sie betreffen allgemeine Aspekte der Gesundheitsfürsorge (39.), die Organisation der Gesundheitsfürsorge (40.1 bis 40.5), die Anforderungen an ärztliches

und sonstiges medizinisches Personal (41.1 bis 41.5), die Pflichten des/der anerkannten Arztes/Ärztin für Allgemeinmedizin (42.1 bis 45.2). Sie definieren die Gesundheitsfürsorgeleistungen (46.1 bis 46.2), befassen sich mit der geistigen Gesundheit (47.1 bis 47.2) und regeln die Teilnahme von Gefangenen an Studien (48.1 bis 48.2). Die Äquivalenz wird auch hier explizit unter Punkt 40.2 festgeschrieben: „Das Gesundheitswesen im Vollzug ist in das staatliche Gesundheitssystem einzu binden und muss diesem entsprechen.“

Die Deklarationen der World Medical Association

Die World Medical Association (WMA) hat seit vielen Jahren in diversen Deklarationen Grundsätze für das Verhalten von Ärzten im Justizvollzug festgelegt (vergleiche zu den einzelnen Deklarationen umfassend J. Pont) [5].

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

Obwohl weder die Grundsätze der UN noch die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze noch die Erklärungen der WMA rechtlich verbindlich sind beziehungsweise für Gerichte bindenden Charakter besitzen, sind sie für die Kontrolleure des European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) [12] grundlegender Maßstab.

Regelungen in Deutschland

In Deutschland gilt seit 1977 das vom Bund erlassene „Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (Strafvollzugsgesetz, StVollzG) [6]. Im Rahmen der Föderalismusdebatte ging die diesbezügliche Gesetzgebungshoheit im Jahre 2007 auf die Bundesländer über. Neue Strafvollzugsgesetze erlassen haben bisher Hamburg und Niedersachsen (Ende 2007) sowie Bayern (zum 1.1.2008). In allen anderen Bundesländern besteht das StVollzG des Bundes weiter, das im siebten Titel in den §§ 56 bis 66 die Gesundheitsfürsorge regelt. In

Baden-Württemberg ist ein Strafvollzugsgesetzbuch in Planung. Es gibt aber bereits wieder Überlegungen, über die Justizminister-Konferenz der Länder ein einheitliches StVollzG zu erarbeiten.

Das Strafvollzugsgesetz

Mit Blick auf die medizinische Versorgung sind die Abweichungen vom StVollzG-Bund in den neuen Landesgesetzen eher marginal und in der Praxis kaum relevant, da sie im Grunde nicht umsetzbar sind (zum Beispiel Versuche, die Zuzahlungsverpflichtungen für Gefangene analog zum SGB V zu regeln und so die Kostenerstattung gegenüber dem Justizvollzug wie bei den Gesetzlichen Krankenkassen zu erhöhen).

Auch wenn die Gesetzgebungskompetenz in die Hoheit der Länder übergeht, muss die medizinische Versorgung in Haft weiterhin mit der in Freiheit vergleichbar sein (Äquivalenzprinzip).

Auf der ärztlichen Ebene gibt es Bemühungen, dieser Zergliederung entgegenzuwirken. Verschiedene Ansätze könnten dazu beitragen, dieses Ziel zu erreichen. Genannt seien in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Standard setzenden Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaft zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen [7], die österreichischen Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen, aus dem Leitfaden für den Gefängnisarzt von J. Pont und R. Wool [8] oder deutsche Ansätze zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen Versorgung Gefangener [9].

Anstaltsmedizin weist einige Besonderheiten auf, die sich auch in neuen gesetzlichen Regelungen wiederfinden: Für die Gesundheit der Inhaftierten und die medizinische Versorgung im Justizvollzug ist allein der Anstaltsarzt zuständig und verantwortlich; ihm gegenüber ist die Anstaltsleitung nicht weisungsbefugt. Da Inhaftierte mit dem Zeitpunkt des Haftantritts aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herausfallen und keine freie Arztwahl mehr haben, werden Anstaltsärzte zu „Zwangsansprechpartnern“. Sie tragen damit eine besondere Verantwortung für die Qualität der medizinischen Versorgung. Natürlich können sie nicht alle erforderlichen medizi-

nischen Leistungen selbst erbringen, sie entscheiden daher auch über den Zugang zum ambulanten und stationären externen Gesundheitssystem (Überweisung). Ein Verbleib der Inhaftierten in der GKV wurde zwar vor mehr als 30 Jahren im Strafvollzugsgesetz verankert, aber nie in die Praxis umgesetzt [13].

Anstaltsärzte arbeiten grundsätzlich im Spannungsfeld zwischen ihrer ärztlichen Aufgabe – also der Orientierung an der Gesundheit der Patienten – und den Vorgaben und Zwängen des Vollzugs (Bifunktionalität) [14]. Einerseits müssen sie ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis herstellen, auf der anderen Seite steht der Umstand, Zwangsansprechpartner zu sein. Wünschenswert wäre eine emanzipierte, selbstbewusste Anstaltsmedizin, die ihre Entscheidungen primär an den Patienten und erst sekundär an Vollzugsbelangen orientiert (Primat der Medizin) [15].

Um ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht Rechnung zu tragen, stellt die Vollzugsbehörde die ärztliche Versorgung durch (in der Regel) hauptamtliche Anstaltsärzte sicher. Der Leistungsumfang der medizinischen Versorgung in Haft orientiert sich ausdrücklich an den Vorgaben der GKV beziehungsweise der Sozialgesetzbücher. Gesundheitsuntersuchungen und medizinische Vorsorgeleistungen sind daher Bestandteil der medizinischen Versorgung von Häftlingen.

Da die Zuständigkeit und Verantwortung für die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen allein bei den Anstaltsärzten liegt, müssen diese auch alle erforderlichen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit treffen oder veranlassen. Dabei haben sie einen Ermessensspielraum, der sich der Kontrolle durch die Anstaltsleitung (sie ist für den Vollzug, aber nicht für die Medizin zuständig) und auch durch die Gefangenen weitgehend entzieht. Ärztliche Anordnungen sind vom Vollzugspersonal grundsätzlich zu befolgen, auch wenn dies mit Schwierigkeiten oder Mehrbelastung verbunden ist.

Art und Umfang der genannten Leistungen richten sich nach den entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und den darauf basierenden Regelungen. Auch im Gefängnis muss die ge-

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:233–244 DOI 10.1007/s00103-009-1023-1
© Springer-Verlag 2010

K. Keppler · H. Stöver · B. Schulte · J. Reimer

Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag

Zusammenfassung

Auf Basis internationaler Standards orientiert sich die Gesundheitsversorgung Gefangener auch in Deutschland am „Äquivalenzprinzip“ (Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung innerhalb der Gefängnisse mit der im jeweiligen Land vorgehaltenen medizinischen Versorgung). Vor diesem Hintergrund werden anhand ausgewählter Gesundheitsprobleme nicht nur vereinzelte Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der Gesundheitsversorgung Gefangener verdeutlicht, sondern auch strukturelle Probleme be-

nannt, die aus dem von der GKV entkoppelten Parallelsystem der gefängniseigenen „Gesundheitsfürsorge“ resultieren. Die vorliegende Übersichtsarbeit dient als Grundlage für Vorschläge zum Umdenken und zur Reorganisation der intramuralen Gesundheitsdienste.

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung · Gefangene · HIV/AIDS · Hepatitis · Drogenabhängigkeit

Prison health is public health! Problems in adapting and implementing health services for prisoners in Germany. A review

Abstract

On the basis of international standards, health care in German prisons has been oriented along the principle of equivalence (equity of health care delivery for inmates compared with the health care delivery in the community). Against this background, selected health problems demonstrate not only isolated problems in adaptation and implementation of health care delivery, but also structural problems result-

ing from the parallel system of prison health care, which is separated from the general German health care insurance system. This review serves as a basis to present suggestions to rethink and reorganize prison-based health care services.

Keywords

Health care · Prisoners · HIV/AIDS · Hepatitis · Drug dependence

sundheitliche Versorgung grundsätzlich ausreichend und zweckmäßig sein und darf aus wirtschaftlichen Gründen das Notwendige nicht übersteigen. Als Maßstab gelten der schulmedizinische Wissensstand und der kassenärztliche Versorgungsumfang.

Die Vorschriften des siebten Titels des deutschen Strafvollzugsgesetzes regeln aber nicht die Rechtsstellung, den Aufgabenbereich, die Arbeitsbedingungen und die Kontrollstrukturen der Ärzte und ihrer Mitarbeiter (§ 158 StVollzG) im Vollzug.

Struktur der medizinischen Versorgung

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

Ambulante medizinische Versorgung. Der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin hält zu diesem Zweck regelmäßig Sprechstunden ab; der Zugang steht allen Gefangenen frei. In der Sprechstunde wird – wie in den Praxen niedergelassener Ärzte – diagnostiziert und behandelt.

Stationäre medizinische Versorgung. Sie erfolgt in Krankenabteilungen der Justizvollzugsanstalten. Hier werden Patienten untergebracht, wenn sie schwerer erkrankt sind, einer besonderen Pflege bedürfen oder wegen ihrer Erkrankung isoliert werden müssen (zum Beispiel bei infektiöser Hepatitis A oder Tuberkulose).

Verlegung in ein Anstaltskrankenhaus. Ist eine Anstalt mit der medizinischen Betreuung, Versorgung oder Diagnostik überfordert, kommt eine Verlegung infrage. Das Leistungsspektrum der Justizvollzugskrankenhäuser unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland; neben Einrichtungen mit einem ausgesprochen breiten Angebot und hohem Leistungsanspruch, die mit Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung vergleichbar sind, gibt es auch solche mit einem eher schmalen Angebot.

Rückgriff auf die Ressourcen der extramuralen Kassenmedizin. Dieser umfasst das Hinzuziehen von Fachärzten, die Überweisung an spezialisierte Am-

bulanzen (zum Beispiel HIV-Ambulanzen) oder die Verlegung in eine externe Klinik.

Psychiatrische Versorgung

Erste Ansprechpartner für eine psychiatrische Versorgung sind in aller Regel die Anstaltsärzte. Diese können in eigener Kompetenz mit der Diagnostik und Therapie beginnen oder, wenn sie auf diesem Gebiet nicht erfahren sind, auf das fachärztliche System zurückgreifen. Es gibt auch bei der Justiz beschäftigte Psychiater, die entweder ambulant tätig sind oder aber psychiatrische Krankenabteilungen/-stationen betreuen. Grundsätzlich ist es in allen Bundesländern möglich, erkrankte Häftlinge in die Landeskrankenhäuser beziehungsweise Bezirkskrankenhäuser einzuweisen.

Psychiatrisch erkrankte Patienten sind im Justizvollzug häufig [16, 17, 18]. Obwohl jährlich mehr als 200.000 Inhaftierte in über 200 Justizvollzugseinrichtungen mit zirka 70.000 Haftplätzen psychiatrisch versorgt werden müssen, gibt es nur in wenigen alten Bundesländern vollzugsinterne psychiatrische Krankenabteilungen oder -stationen. Allerdings zeigt sich eine Tendenz, diesem Missstand durch Einrichtung vollzugsinterner Psychiatrieabteilungen entgegenzuwirken.

Eine Alternative ist die enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit externen Psychiatrieeinrichtungen. Als Beispiel sei das Land Berlin genannt, das Mitte 1994 mit der Universitätsforensik der Charité Berlin eine Zusammenarbeit in Forschung, Lehre und ärztlicher Weiterbildung vereinbart hat.

Aufsicht über die medizinischen Dienste in den deutschen Justizvollzugsanstalten

Der Anstaltsleiter ist gegenüber dem Anstaltsarzt fachlich nicht weisungsbefugt. Der Arzt unterliegt einer Fachaufsicht, die wie folgt geregelt sein kann [19]:

- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium (Medizinalreferent) ist Arzt.
- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium ist kein Arzt (zum Beispiel Jurist, Psychologe). Er bedient sich bei medizinischen Fachfragen des Know-hows von Medizinern, die

nicht dem Justizministerium angehören (zum Beispiel Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums oder externe Ärzte ohne Bindung an eine öffentliche Institution).

- Die Aufsicht obliegt keinem Referenten (Mitarbeiter des Justizministeriums), sondern externen Ärzten (zum Beispiel erfahrenen Anstaltsärzten aus einem anderen Bundesland, Ärzten aus dem Gesundheitsministerium oder pensionierten Ärzten).

Strukturelle Probleme bei der Organisation der Gesundheitsversorgung im Justizvollzug

Es ist in Europa üblich, die Gesundheitsversorgung im Justizvollzug außerhalb der GKV zu regeln. Die meisten europäischen Länder haben ein Parallelsystem unter Aufsicht und in Verantwortung der Justizministerien/-administrationen entwickelt. Erhebliche Probleme bei der Umsetzung des Äquivalenzprinzips haben einige europäische Länder jedoch bewogen, die justizeigene Gesundheitsversorgung in ihre nationale Krankenversicherung zu integrieren. Neben Frankreich, Italien, Norwegen und einigen Schweizer Kantonen hat vor Kurzem auch England das System umgestellt. Nach einer sehr kritischen Bestandsaufnahme zur Qualität der Krankenversorgung/-pflege wurde hier die Empfehlung ausgesprochen, die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung Gefangener dem National Health Service (über sogenannte Primary Care Trust, PCT) zu übertragen. Diese Empfehlung wurde innerhalb von zirka zehn Jahren in die Praxis umgesetzt [20]. Dieses Vorgehen entspricht auch der oben genannten Moskauer-Deklaration der WHO: In ihr wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, „...um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu

erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen“ [21].

Eine solche intensive Verschränkung dient der Verbesserung der Gesundheit der Patient(inn)en. Auf diese Weise kann auch eine Behandlungskontinuität bei Haftantritt sowie nach der Haftentlassung sichergestellt werden. Bei einigen Krankheiten (zum Beispiel HIV/AIDS, Hepatitis C, Drogenabhängigkeit, psychische Störungen) bedarf es dringend einer intensiven Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen außerhalb der Haftanstalten, da Anstaltsärzte oder Vertragsärzte, die für einige Stunden pro Woche im Vollzug arbeiten, nicht in allen Bereichen auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts sein können. Gefangene haben wie alle Menschen ein Recht darauf, von medizinischen Fortschritten zu profitieren. Dass dies nicht immer der Fall ist, zeigt beispielsweise eine Untersuchung zur Substitutionsbehandlung. Diese selbst und eine erweiterte Substitutionsmittelgabe (zum Beispiel von Buprenorphin) wurde in den Haftanstalten vieler Bundesländer erst spät eingeführt [22].

Eine wirkliche Kooperation zwischen der Gefängnismedizin und den Institutionen der GKV gibt es bisher eigentlich nicht. Es sind lediglich punktuell trag- und belastungsfähige Verzahnungen erkennbar: So legt das SGB V § 75 (4) fest, dass die Kassenärzte die Versorgung inhaftierter Patienten außerhalb der regulären Dienstzeiten der Anstaltsärzte sicherstellen. Eine Verzahnung zeigt sich auch an den Überweisungen aus dem Gefängnis in das ambulante und stationäre GKV-System. Zudem gibt es in zwei Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg) in öffentlichen Krankenhäusern gesicherte Stationen zur Unterbringung stationär behandlungsbedürftiger Gefangener.

Es lassen sich weitere erhebliche Unterschiede zwischen der allgemeinen Gesundheitsversorgung und ihrer Organisation und Qualität in Gefängnissen ausmachen. Zu nennen sind hier:

- keine Sanktionen bei mangelnder Fortbildung der Ärzte,
- geringe Transparenz und Überprüfbarkeit der medizinischen Leistungen,
- Patient muss sich bei Klagen über die medizinische Versorgung an die

Strafvollstreckungskammern bei dem zuständigen Gericht wenden,

- geringer Grad an Dokumentation und Monitoring,
- keine Integration in die Gesundheitsberichterstattung der Kommunen/Länder.

Probleme der Qualitätssicherung werden am deutlichsten in den Justizvollzugskrankenhäusern, die – bis auf wenige Ausnahmen – den Standards öffentlicher Krankenhäuser nicht genügen können. Die Problembereiche sind hier:

- überproportional hohe Kosten durch nur selten benötigte Leistungen,
- Ärztemangel,
- Mangel an Krankenpflegekräften,
- Mangel an spezialisierten Ärzten (zum Beispiel Anästhesie),
- fehlende/ingeschränkte intensivmedizinische Betreuungsmöglichkeiten,
- schlechte bauliche Situation älterer Gefängniskrankenhäuser [23].

Eine echte Verzahnung zwischen intra- und extramuraler Krankenhausmedizin würde einen grundsätzlichen Umbau der Versorgungsstruktur erfordern.

Neben den oben genannten Qualitätsunterschieden ist die durch die Föderalisierung noch verstärkte mangelnde Einheitlichkeit der medizinischen Leistungen in den 16 Bundesländern ein großes Problem. Dies wird insbesondere bei der Verlegung Gefangener von einem Bundesland in ein anderes deutlich und betrifft in einem hohen Maße die Substitutionsbehandlung drogenabhängiger Personen. Es gibt aber auch in der infektiologischen und psychiatrischen Versorgung Gefangener große Unterschiede.

In der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug hat sich also ein Parallelsystem zur staatlichen Krankenversorgung entwickelt, das stets Mühe hat, die gebotenen Vorgaben der Äquivalenz zu erfüllen [10, 11].

Ausgewählte Gesundheitsprobleme und ihre Behandlung

Auf viele Gefangene hat die medizinische Versorgung in Haft stabilisierende Effekte (etwa durch regelmäßige Mahlzeiten,

Zahnsanierung, Verbesserung der Hygiene). Einige erholen sich körperlich nach relativ kurzer Zeit, was an Parametern wie Gewichtszunahme, einem verbesserten Allgemeinzustand, Ansprachemöglichkeit und der Beteiligung an Arbeits- und Resozialisierungsprogrammen, Sportaktivitäten etc. sichtbar wird. Gelegentlich finden ernsthafte Krankheitssymptome erst nach der Inhaftierung Beachtung. Infektionskrankheiten und ein schlechter Allgemeinzustand als Folge der vorangegangenen Lebensbedingungen finden sich besonders bei Drogenkonsumenten und Alkoholikern. Für diese Gefangenen ist der Gang zum Arzt in der Haft leichter als in der Freiheit. Allerdings darf diese schnelle körperliche nicht mit einer psychischen Erholung gleichgesetzt werden. Die körperlichen Verbesserungen sind vielfach darauf zurückzuführen, dass in Haft eine regelmäßige Nahrungsaufnahme und die Einhaltung eines normalen Tag-Nacht-Rhythmus möglich wird [42].

Die gesundheitlichen Kernprobleme Gefangener werden in den meisten europäischen Gefängnissen seit den 1990er-Jahren ähnlich umrissen [24]:

- Drogenabhängigkeit,
- Infektionskrankheiten,
- psychische und psychiatrische Probleme,
- Suizid und Selbstschädigung.

Darüber hinaus sind zielgruppenspezifische Gesundheitsprobleme (ältere Gefangene, Migrantinnen, Frauen, die etwa 5% der Gefangenen stellen) adäquat anzugehen (zum Beispiel Versorgung chronisch Kranker) – und dies in allen Stadien der Haft (Polizeigewahrsam, U-Haft, Strafhäft, Maßregelvollzug).

Im Folgenden werden diese Problembereiche näher beleuchtet, um die strukturellen Schwierigkeiten der Gesundheitsversorgung in Haft zu verdeutlichen.

Drogenkonsum/-abhängigkeit und virale Infektionskrankheiten

Ein Großteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa) ist drogenerfahren beziehungsweise konsumiert illegale Drogen auch in Haft. Die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten lag 2008 laut Daten

Tab. 1 Anteil der i.v.-Drogenkonsumten (IDUs) und drogenassoziiierter Infektionskrankheiten in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	IDUs	HCV	HIV
Haftanstalten ^{a,b}	21,9–29,6%	14,3%–17,6%	0,8%–1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3% ^c	0,4%–0,7% ^d	0,05% ^e
Faktor	73- bis 98-fach	26- bis 32-fach	16- bis 24-fach

^aRadun et al. 2007 [29]; ^bSchulte et al. 2009 [30]; ^cEMCDDA 2006 [31]; ^dRKI 2007 [32]; ^eUNAIDS 2007 [33].
IDUs Intravenous Drug Users, HCV Hepatitis-C-Virus, HIV Human Immunodeficiency Virus.

des Statistischen Bundesamtes [25] bei 9540 (2007: 9665). Dies entspricht einem Anteil von 15,3% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt er bei 16,3%, bei den Frauen bei 18,9%.

Dies spiegelt jedoch nicht die Zahl der Drogenkonsumenten/-abhängigen wider. Experten gehen davon aus, dass etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind [26]. Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“ [27], jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss [28].

Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen zweier multizentrischer epidemiologischer Studien zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug. Sie geben erstmals einen genauen Überblick über die Zahl aktueller/ehemaliger i.v.-Drogenkonsumenten und drogenassoziiert Infizierter in deutschen Haftanstalten [29, 30]. Radun et al. [29] fanden in ihrer Querschnittstudie unter 1497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6% (n=464). 17,6% aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8% mit dem humanen Immundefizienz-Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6%), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6% waren HIV-positiv.

In ihrer Befragung von Anstaltsärzten in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte et al. [30] diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil an aktuellen/ehemaligen i.v.-Drogenkonsumten unter den Inhaftierten lag hier bei durchschnitt-

lich 21,9%, die HCV-/HIV-Prävalenzraten bei 14,3% beziehungsweise 1,2%.

Damit unterstreichen beide Studien: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind aktuelle/ehemalige i.v.-Drogenkonsumenten, HCV-Infizierte und HIV-Infizierte in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (■ **Tab. 1**).

Auf Basis der in ■ **Tab. 1** genannten Werte muss man bei etwa 75.000 Gefangenen (Stand 31.3.2007) von 16.500–22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise Abhängigen allein in den Haftanstalten Deutschlands ausgehen. Mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Gesamtzahl von 175.000 Drogenabhängigen ist inhaftiert [34]. Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen [35] befinden sich also mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis (1,5- bis zweimal mehr) 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 [36]. Küfner [37, 38] geht davon aus, dass der Anteil Alkohol- und anderer Drogenabhängiger in deutschen Gefängnissen in der Summe etwa gleich hoch ist.

Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen und Infektionen mit HIV und HCV

Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen wie Spritzen-/Nadeltausch, Tätowieren und Piercen sind in Gefängnissen weit verbreitet und Ursache für HBV-, HCV- und HIV-Infektionen [39, 40, 41, 42, 43]. Vescio et al. [44] fanden, dass intravenöser Drogenkonsum und Tätowieren Prädiktoren dafür sind, im Gefängnis HCV-positiv zu sein. In dieser Studie wurde auch festgestellt, dass intravenös Drogenabhän-

gige ungefähr 24-mal häufiger HCV-positiv sind als nicht-intravenös Drogenabhängige, tätowierte Gefangene dreimal mehr mit HCV-infiziert waren als nicht tätowierte. Inhaftierung selbst wurde als unabhängiger Risikofaktor für eine HCV-Infektion [43, 45, 46, 47] und eine HIV-Infektion beschrieben [46, 48, 49, 50]. Pontali und Ferrari [51] zeigten kürzlich extrem hohe Prävalenzdaten für HCV-Koinfektionen (90%) in einer HIV-positiven Stichprobe Gefangener.

In europäischen Gefängnissen variieren die HCV-Prävalenzen unter Gefangenen sehr stark (20–40%). Unter früheren oder gegenwärtigen intravenös Drogenabhängigen schwanken diese Zahlen sogar zwischen 32 und 79% [52]. Die HIV-Prävalenzen sind in Osteuropa generell höher (4%–12%); in den meisten westeuropäischen Ländern liegen diese Raten laut WHO unter 1% [53]. Allgemein sind weibliche Gefangene häufiger mit HCV (11–74%) und/oder HIV (3–62%) infiziert. Ursache hierfür ist die größere Verbreitung des intravenösen Drogenkonsums unter ihnen [44, 54, 55].

Suchtmedizinische Versorgungssituation

Während sich in Freiheit in den letzten 20 Jahren eine Vielzahl unterschiedlichschwelliger Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen entwickelt hat (Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung et cetera) [56], 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 ignoriert 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 [57]. 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 [58, 59, 60]. 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 Begleitung ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen nur ein Schattendasein [61].

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 [62].

Ein Vergleich zwischen der derzeitigen intramuralen suchtmedizinischen Versorgungssituation und der extramuralen fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patienten unter Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten fünf Jahren um 50% erhöht hat (auf über 72.000 Patienten) und etwa 40% der geschätzten 175.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich etwa 500–700 der geschätzten 16.500–22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise -abhängigen in deutschen Haftanstalten befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung [61]. Schulte et al. [63] konnten zeigen, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2%, das heißt 23 Justizvollzugsanstalten) überhaupt eine Opioidsubstitutionsbehandlung möglich ist. Als primäre Indikation steht dabei die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund [22]. Die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind deutlich abstinenzorientiert [63]. Entzugsbehandlungen allein führen jedoch in vielen Fällen zu Rückfällen und drogenkonsumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung [64]. Opioidsubstitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung; dies drückt sich in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und der (anschließend) Abstinenz von anderen illegalen Drogen aus [65].

Die BISDRO/WIAD-Studie [66] zeigte, dass diese Behandlungsform weiterhin nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvollzugsinstitution ist: 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 dessen Ausbildung und Qualifizierung sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit.

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% aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt wurden [67].

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 Gefängnisystems 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) intensiviertere 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 zulasten 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 metho-

dischen 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 „lockerungsgerecht“ betrachtet werden, das heißt, sie können ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil ihnen permanent eine Suchtbeziehungsweise Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

Infektiologische Versorgungssituation

Die antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin beziehungsweise die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) entspricht dem gegenwärtigen medizinischen Standard zur Behandlung chronischer HCV- beziehungsweise HIV-Infektionen. Wie in der Suchtmedizin zeigen sich auch Probleme bei der Behandlung von HCV-/HIV-Infektionen in Haft. Die Versorgungsleistung besteht hier – bis auf wenige Ausnahmen – vornehmlich in der Therapieerweiterung außerhalb von Haftanstalten begonnener HAART- beziehungsweise anderer antiviraler Behandlungen.

Die Justizvollzugsanstalten arbeiten in der Regel mit Schwerpunktpraxen zusammen. Da Gefängnisse jedoch oft weit außerhalb der Städte liegen (oder außerhalb von Städten mit Schwerpunktpraxen), macht dies (bewachte) Transporte erforderlich, was oftmals schwierig zu organisieren ist und erhebliche Kosten verursacht (ähnliche Probleme stellen sich im Maßregelvollzug) [68]. Diskontinuitäten in der Medikamentenverschreibung und -einnahme in der Haftsituation resultieren oftmals aus Verlegungen von einer Haftanstalt in die nächste.

Gefängnisse sind wichtige Orte, um Tests auf HCV-/HIV-Infektionen anzubieten und durchzuführen. Ein generelles Screening findet jedoch in Haft trotz günstiger Umstände nicht statt. Dies wäre aber Voraussetzung für Interventi-

onen wie Beratungen und Behandlungen [69]. Obwohl die diesbezügliche Ansprache von intravenös Drogenabhängigen in Gefängnissen effektiv und kostengünstig ist [70], zeigten Schulte et al. [71], dass eine Testung lediglich anhand individueller Kriterien durchgeführt wurde. Strategische und übergreifende Konzepte wurden nicht vorgefunden.

Obwohl bekannt ist, dass eine HCV-/HIV-Infektion bei substituierten Drogenabhängigen effektiv behandelt werden kann [72, 73], wurde in der Studie von Schulte et al. [71] eine unterstellte schlechte Compliance dieser Personengruppe als wesentliche Zugangsbarriere für eine solche Behandlung gefunden. Aktuelle medizinische Leitlinien schließen Drogenkonsumenten als für eine antivirale HCV-Behandlung geeignet ein. Ein Ergebnis dieser Analyse ist, dass substanzielle Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Zugang intravenös Drogenabhängiger zu HCV- und HIV-Therapien in Haft zu verbessern.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Zugangshürden zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden und -zielen in der intramuralen Sucht- und Infektionsmedizin erheblich höher sind als in Freiheit. Diese unterschiedlichen Behandlungsstandards innerhalb und außerhalb von Haftanstalten sind nicht nur aufgrund des Gleichstellungsgebots rechtlich und ethisch bedenklich, sondern auch aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Perspektive kontraproduktiv. Therapieabbrüche und Therapieaufschübe innerhalb von Haftanstalten führen zu Mehrkosten und Fehlallokation öffentlicher monetärer Ressourcen. So werden die auch von politischer Seite unbestrittenen Erfolge in der suchtmedizinischen und infektiologischen Versorgung Opioidabhängiger durch eine restriktive medizinische Versorgung innerhalb der Haftanstalten in diesen nicht effizient erreicht. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, um bestehende Versorgungsunterschiede schnellstmöglich zu beseitigen. Maßgebend sind dabei die aktuellen medizinischen Standards, repräsentiert durch die aktuellen Richt- und Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Opiatabhängigen. Zudem müssen endlich die Standards der öffentlichen

Gesundheitsberichterstattung als Analyseinstrument zur Beschreibung der Ausgangslage und als Prognoseinstrument zur Steuerung von Versorgungsleistungen in deutschen Haftanstalten regelhaft eingesetzt werden.

Mentale Gesundheit und Suizidverhalten

Etwa 50–75% der Gefangenen leiden unter psychischen Störungen (vor allem an Psychosen, Affekt- und Angststörungen). Diese sind im Sinne der ICD-Klassifikation diagnostizierbar, das heißt, prinzipiell ist ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapiebedarf gegeben.

Psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen in Haft sind unterdiagnostiziert. Mehrere Studien [74] zeigen, dass in Haftanstalten diagnostische Qualifikationen oftmals nicht verfügbar sind und folglich die Zahl der Störungen und Erkrankungen nicht adäquat erhoben wird. Dadurch finden auch weniger Behandlungen statt.

Es besteht internationaler Konsens, dass sich eine stationär-psychiatrische Behandlung innerhalb des Justizvollzuges nicht auf die Vergabe von Medikamenten an Gefangene, die ansonsten in ihren Krankenzimmern eingeschlossen sind, beschränken darf: „Unter organisatorischen Aspekten ist zu beachten, dass klare Regeln im Umgang mit psychisch auffälligen Inhaftierten existieren müssen, welche Versorgungszuständigkeiten definieren und verhindern, dass insbesondere ‚schwierige‘ und/oder suizidgefährdete Patienten zwischen anstaltsärztlichen, fachpsychiatrischen und fachpsychologischen Diensten hin- und hergeschoben werden.“ [74, 75]

Die vollzuglichen Belastungen wie Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung sowie der Versorgungscharakter der Gefängnisse tragen zur Ausprägung von Symptomen wie Unselbstständigkeit, Lethargie, Depression, Passivität, Interessen- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Alltagsgeschehens in der Anstalt führen zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit, das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht an-

gemessen behandelt zu werden oder im Notfall lange auf Hilfe warten zu müssen. Die erzwungene körperliche und soziale Inaktivität behindert den Abbau von Spannungszuständen, was eine wesentliche Ursache von Stresserkrankungen ist. Das heißt, es findet insgesamt eine Depavierung wie nach längeren Krankenhaus- beziehungsweise anderen Anstaltsaufenthalten statt, die letztlich abhängkeitsfördernden Charakter hat und keine Erweiterung von Handlungs- und Sozialkompetenzen zulässt [76]. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychosomatischer Symptome steigt, die Abwehrkräfte gegen Infektionen und organische Beeinträchtigungen verringern sich. Hinzu kommen weitere strukturelle Gesundheitsrisiken für die Inhaftierten: Das Zusammenleben mit Problemgruppen mit spezifischen Krankheitsbildern (aufgrund vorangehender Obdachlosigkeit und körperlicher Verelendung durch massive Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen), Überbelegung, Schmutz, deprimierende Umgebungen, oftmals kritisiertes Essen, Bedrohungen, Erpressungen und Aggressionen (nicht nur körperlicher sondern auch verbaler, sexueller oder rassistischer Art) sowie der Verlust von Privatheit und Intimsphäre tragen letztlich dazu bei, dass die seelische Gesundheit der Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist [77]. Zwar liegen diese Störungen zum Teil bereits vor Haftantritt vor, sie werden aber im Vollzug nicht immer adäquat behandelt beziehungsweise verschlimmern sich dort oft noch.

Daten: Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitswesen

Angesichts der dargestellten Gesundheitsprobleme im Justizvollzug ist es mehr als wichtig, vergleichbare Daten über die Gesundheit und die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Inhaftierten sowie über ihre medizinischen Probleme und Krankheiten zu erheben. Hierfür ist ein Monitoring- und Informationssystem erforderlich, das qualitativ hochwertige, spezifische und aktuelle Daten liefert, um die Entscheidungsfindungen im Bereich der Gefängnismedizin (und der öffent-

lichen Gesundheit) auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene zu unterstützen (Übersicht 1).

Zu den relevanten Gesundheitsdaten zählen demografische/soziodemografische Daten sowie Informationen zum Gesundheitszustand, zu Gesundheitsfaktoren und medizinischen Interventionen beziehungsweise Gesundheitsdienstleistungen. In den Haftanstalten müssen die gleichen Gesundheitsindikatoren verwendet werden wie außerhalb, sie müssen entsprechend regelhaft und zeitgleich eingesetzt werden, um eine Vergleichbarkeit zwischen der allgemeinen Bevölkerung und Menschen in Haft zu garantieren.

Als strategisches Steuerungsinstrument ist in jedem medizinischen System, somit auch innerhalb des Strafvollzugs, ein Gesundheitsinformationssystem zwingend erforderlich. Neben den insassen- und patientenbezogenen Daten muss auch die Entwicklung des Versorgungssystems (zum Beispiel Versorgungsbedarf, Zugang zur und Qualität der medizinischen Versorgung, Verfügbarkeit von medizinischem Personal, Entwicklung des finanziellen Bedarfs im haftinternen Gesundheitssystem) regelhaft erfasst werden. Um ein solches System in das deutsche Strafvollzugssystem effizient zu implementieren, können und müssen vorhandene Strukturen und Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitssystems genutzt werden. Die gesammelten Daten müssen dann – in Anlehnung an die Standards der öffentlichen Gesundheit – in die kommunale, regionale und nationale Gesundheitsberichterstattung einfließen, um Bedarfe und Schnittmengen identifizieren zu können [78].

Daten als Grundlage für settingbezogene Maßnahmen

Nur auf Grundlage evidenter Daten können spezifische Maßnahmen zur Prävention, Schulung, Risiko- und Schadensminimierung sowie Behandlung und Rehabilitation innerhalb von Haftanstalten exemplarisch umgesetzt und evaluiert werden. Für diese Überprüfungen stehen verschiedene bereits angewandte Evaluationskonzepte (zum Beispiel Ergebnis-, Prozessevaluation) zur Verfügung. Die daraus gewonnenen Daten lassen wissen-

Übersicht 1 Arbeitsschritte eines Gesundheitsinformationssystems

- Analyse des Datenbedarfs
- Definition von Gesundheitsindikatoren
- Qualitätssicherung
- Datenerhebung
- Analyse
- Gesundheitsberichterstattung bzw. Bekanntmachung der Ergebnisse

schaftlich begründbare Entscheidungen zur standardisierten Implementierung einer Maßnahme zu.

Daten als Grundlage für settingbezogene Leitlinien

Aufgrund der begrenzten ökonomischen Ressourcen für die medizinische Versorgung von Häftlingen müssten die außerhalb von Haftanstalten erfolgreich implementierten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Vermeidung von Fehlallokationen von erhöhter Relevanz sein. Während Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung seit Mitte der 1990er-Jahre allgemein angewendet werden, fehlen bislang entsprechende haftspezifische medizinische Leitlinien.

Auf Basis medizinischer Daten werden Leitlinien als evidenzbasierte Handlungsempfehlung zum angemessenen ärztlichen Vorgehen entwickelt. Sie sind heute in nahezu jedem medizinischen Fachgebiet und darüber hinaus präsent. Insbesondere bei Komorbiditäten können spezifische Leitlinien von Bedeutung sein. So besteht für die oben dargelegten medizinischen Probleme eine Vielzahl von Richt- und/oder Leitlinien, die sich – auf Basis haftspezifischer Prävalenz und Versorgungsdaten – leicht für das Haftsystem adaptieren ließen.

Diskussion: Prison Health is Public Health!

Die dargestellten Ergebnisse zeigen die Probleme und Schwierigkeiten, die aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Krankenversorgung entstehen. Die Beispiele aus der Suchtmedizin, Infektiologie und Psychiatrie veranschaulichen, dass die derzeitige medizinische Versorgung in deutschen Haftanstalten

qualitativ hinter den Standards der öffentlichen Gesundheitsversorgung zurückbleibt. Hinzu kommt eine inkonsistente Datenlage über die Prävalenz der dargelegten medizinischen Probleme aufgrund eines fehlenden beziehungsweise unsystematischen Monitorings. Damit wird einer der grundlegendsten Standards für eine effektive Planung und Koordinierung der medizinischen Leistungen und für die effiziente Allokation finanzieller Ressourcen in Haftanstalten nicht umgesetzt.

Von der staatlichen „Gesundheitsfürsorge“ zur „Gesundheitsförderung“ in Haft ist noch ein weiter Weg. Das Konzept der „Gesundheitsförderung“ in Haft ist lediglich in Ansätzen im Sinne der Entwicklung einer „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ [79] entwickelt, was aber nur die gesundheitlichen Interessen der Bediensteten widerspiegelt.

Für die Gruppe der Gefangenen gilt immer noch das traditionelle Konzept der „Gesundheitsfürsorge“, auch weil es mit den entsprechenden Abschnitten des Strafvollzugsgesetzes kompatibel ist (gemäß §§ 56–66 Strafvollzugsgesetz). Strukturelle Defizite in der Versorgung schwerer Erkrankungen wie der Opioidabhängigkeit, der HIV-/HBV-/HCV-Infektionen und von psychischen Störungen beziehungsweise Erkrankungen zeigen die Notwendigkeit für eine verstärkte Verschränkung zwischen intramuralen und extramuralen Gesundheitsdiensten. In Freiheit entwickelte, bewährte und evidenzbasierte Behandlungsmethoden werden noch immer zu spät in die intramurale Gesundheitsversorgung integriert (vor allem in der Suchtmedizin). Ob und wie dies im und mit dem bestehenden Parallelsystem zu ändern ist, bleibt fraglich. Eine größere finanzielle Ausstattung der Gesundheitsbudgets in den Gefängnissen wäre zwar wünschenswert, würde strukturelle Hemmnisse aber nicht beseitigen. Überlegungen zur Reorganisation, das heißt zur Integration der gefängnispezifischen Gesundheitsdienste in die Gesetzliche Krankenversicherung, sind sehr lohnenswert.

Die Gesundheit der Gefangenen muss mehr und mehr als wichtiger Teil des Resozialisierungsprozesses begriffen werden. Unbehandelte oder sogar in der Haft erworbene Erkrankungen sind ei-

ne große Hürde für Versuche, sich wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Behandlungen gesundheitlicher Störungen in Haft stärken das Selbstvertrauen der Gefangenen, da ein Kontrollgewinn erzielt wird. Die Haftzeit kann genutzt werden, um Kenntnisse über präventives Verhalten, Gesundheitsprozesse und -zusammenhänge zu vermitteln. Gesundheitspädagogische Maßnahmen bieten sich vor allem in den Bereichen Suchtprävention (safer use), Infektionsprophylaxe (vor allem HIV/AIDS und Hepatitis, safer sex), sexuelle Gesundheit/Sexualpädagogik, Schwangerschaft, Bewegung/Sport und Ernährung an.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Haft kann nicht eindimensional erklärt und verändert werden, etwa durch Appelle an individuelle Verhaltensänderung (zum Beispiel Reduktion eines Risikoverhaltens). Gesundheit und das innovative Konzept der Gesundheitsförderung schließen verschiedene Zielgruppen (Gefangene und Bedienstete/Leitung) und andere Einflussfaktoren (Zellgröße, Licht, Ventilation, Wärme, Ausstattung, Sanitäreinrichtungen et cetera) mit ein. In der Gesundheit der Gefangenen und Bediensteten spiegeln sich die Haftrealitäten wider [zum Beispiel Depressionen, Ängste, Infektionskrankheiten, Suizid, (sexuelle) Gewalt bei den Gefangenen; hoher Krankenstand aufseiten der Bediensteten]. Deshalb kann Gesundheit nur durch Beeinflussung der übrigen Haftbedingungen (die durch zum Beispiel Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, Versorgungscharakter der Gefängnisse, Überbelegung, Belegungsdichte tendenziell pathogen sind) erhalten, hergestellt und verbessert werden.

Geschlossene Institutionen mit gesundheitlich stark belasteten Patienten stehen vor großen Herausforderungen, auf die Antworten zu suchen sind. Bemühungen, strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung zu beheben, können zwar den Konflikt zwischen Hilfe und Kontrolle in Haft nicht beseitigen, aber zur besseren Bewältigung gesundheitlicher Probleme und Notlagen beitragen. Über die Einführung der in Freiheit bewährten Behandlungs- und Prophylaxeansätze hinaus muss in den Gefängnissen aber auch ein Angleichungsprozess

grundsätzlicherer Art eingeleitet werden: Zunehmend setzt sich im Rahmen der Public-Health-Debatten die Erkenntnis durch, dass es erforderlich ist, individuelles Verhalten nicht nur krankheits- und defizitorientiert zu untersuchen. Vielmehr sind auch die sozialen Verhältnisse und spezifischen Systeme in ihrer Interdependenz und inneren Dynamik auf ihr Gesundheitspotenzial hin zu analysieren. Das heißt: Wichtig ist nicht nur, reaktiv die Krankheit des Einzelnen zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(-untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen, sondern darüber hinaus eine die individuellen Ressourcen aktivierende, auf Partizipation und Befähigung gerichtete Gesundheitsförderung zu betreiben, die alle Akteure in ein auf gesündere Lebensverhältnisse ausgerichtetes Setting zu integrieren versucht. Schließlich muss eine grundsätzliche Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Haft diskutiert werden, in der die öffentlichen Gesundheitsversorgungsträger auch die Versorgung inhaftierter Menschen übernehmen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Stöver

Institut für Suchtforschung, Fachbereich 4:
Soziale Arbeit und Gesundheit,
Fachhochschule Frankfurt/Main (ISFF)
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Prof. Dr. Heino Stöver: Es besteht kein Interessenkonflikt; Bernd Schulte: Es besteht kein Interessenkonflikt; Dr. Karlheinz Keppler: Es besteht kein Interessenkonflikt; Jens Reimer erhielt Vortragshonorare und Forschungsunterstützung von Essex Pharma und Roche Pharma.

Literatur

1. Bammann K, Feest J (2009) Geschichte des Strafvollzuges und der Gefängnisse. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 6–9
2. Stöver H (2006) Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: akzept/DAH/WIAD (Hrsg) Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Wien, S 19–44
3. Vereinte Nationen (1982) Principles of medical ethics (37/194) <http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r194.htm> (zugriffen am 19.8.09)

4. Deutschland, Österreich, Schweiz (Hrsg) (2006) Freiheitsentzug. Die Empfehlungen des Europarates Rec (2006) 2. Europäische Strafvollzugsgrundsätze 2006. Forum Godesberg. Mönchengladbach 2007
5. Pont J (2009) Ethische Grundlagen. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 20–28
6. Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung – Strafvollzugsgesetz (St-VollzG) <http://www.gesetze-im-internet.de>
7. Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft: Medizinisch-ethische Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. SAMW Richtlinien
8. Pont J, Wool R (2006) Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt – Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen. Österreichischen Bundesministerium für Justiz (Hrsg) Wien, Mai 2006. Gedruckt und gebunden in der Justizanstalt Stein. http://www.fbz-strafvollzug.at/aktuell/Leitfaden_fuer_den_Gefangnisarzt.pdf
9. Keppler K, Stöver H (Hrsg) (o J) Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Thieme, Stuttgart
10. Meier B-D (2005) Ärztliche Versorgung im Strafvollzug: Äquivalenzprinzip und Ressourcenknappheit. In: Hillenkamp T Tag B (Hrsg) Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Springer, Berlin Heidelberg, S 35–55
11. Meier B-D (2009) Äquivalenzprinzip. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 76–84
12. CPT <http://www.cpt.coe.int/german.htm>
13. Boetticher A, Stöver H (2006) Gesundheitsfürsorge. In: Feest J (Hrsg) Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, 5. Aufl. Luchterhand, Neuwied §§ 56–66, 158, S 309–366, 732–734
14. Hillenkamp T (2005) Der Arzt im Strafvollzug – Rechtliche Stellung und medizinischer Auftrag. In: Hillenkamp T, Tag B (Hrsg) Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Springer, Berlin Heidelberg, S 11–30
15. Keppler K (2008) Besonderheiten der Anstaltsmedizin. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg) Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. DAH, Berlin, S 46–70
16. Konrad N (2009) Psychiatrie. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 208–222
17. Witzel JG (2009) Psychiatrischer Konsiliardienst. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 223–227
18. Fritsch KJ (2009) Psychotherapie. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 230–233
19. Rex R (2009) Aufsichtsstrukturen, Beschwerde- und Klagewege. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 96–99
20. McNerney S (2008) Veränderungen in der Krankenpflegepolitik und -praxis in Gefängnissen in England und Wales – Zusammenfassung. akzept/DAH/WIAD, 3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Berlin, S 41–44
21. WHO (2003) Erklärung, Moskau, 24. Oktober 2003: Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit
22. Keppler K, Fritsch KJ, Stöver H (2009) Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler J, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme, Stuttgart, S 193–207
23. Keppler K (2009) Versorgung in Krankenhäusern des Justizvollzugs. In: Keppler J, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme, Stuttgart, S 246–251
24. Tomasevski K (1992) Prison health. International standards and national practices in Europe. Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations. Publication Series No. 21
25. Statistisches Bundesamt (2009) Rechtspflege – Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. 2008. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
26. Stöver H (2002) DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. Suchttherapie, 3. Jahrgang, S 135–145
27. Justizministerium NRW (1992) AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, Düsseldorf
28. Dolde G (2002) Therapie in Untersuchungs- und Straftaft. In: Gassmann R (Hrsg) Suchtprobleme hinter Mauern. Lambertus, Freiburg, S 131–144
29. Radun D et al (2007) Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany – preliminary results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE
30. Schulte B, Stöver H, Thane K et al (2009) Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. Int J Prisoner Health 5(1):39–44
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006) Statistical Bulletin
32. Robert-Koch-Institut (2007) Virushepatitis B, C und D: Situationsbericht Deutschland 2006. Epid Bull, http://www.rki.de/cln_100/nn_468106/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/49_07.html
33. UNAIDS (2007) Overview of the global AIDS epidemic. Retrieved 5. June 2008, from http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf
34. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007) Sucht- und Drogenbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
35. Leune J (2009) Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. In: DHS (Hrsg) Jahrbuch Sucht 09. Neuland, Geesthacht, S 173–187
36. Preusker H (2002) Suchtprobleme im Justizvollzug. In: Gassmann R (Hrsg) Suchtprobleme hinter Mauern. Lambertus, Freiburg, S 123–130
37. Küfner H (1998) Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten. Sucht 44:406–408
38. Küfner H, Beloch E (2001) Externe Beratung für Gefangene mit Drogenproblemen im bayerischen Justizvollzug. In: Jacob J, Keppler K, Stöver H (Hrsg) LebHaft – Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug: AIDS-Forum; Bd. 42, Teil 1 u. 2
39. Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M (2005) Prison health in Russia: the larger picture. J Public Health Policy 26(1):30–59
40. Goldberg D, Taylor A, McGregor J et al (1998) A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? Int J STD AIDS 9(1):25–30
41. Taylor A, Goldberg D, Emslie J et al (1995) Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. BMJ 310(6975):289–292
42. Keppler K, Nolte F, Stöver H (1996) Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. Sucht 2/96:98–107
43. Hellard ME, Aitken CK, Hocking JS (2007) Tattooing in prisons – not such a pretty picture. Am J Infect Control 35(7):477–480
44. Vescio MF, Longo B, Babudieri S et al (2008) Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health 62(4):305–313
45. Backmund M, Meyer K, Wachtler M, Eichenlaub D (2003) Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. Eur J Epidemiol 18(6):563–568
46. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M (2007) Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities. Enferm Infecc Microbiol Clin 25(2):91–97
47. Stark K, Bienze U, Vonk R, Guggenmoos-Holzmann I (1997) History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. Int J Epidemiol 26(6):1359–1366
48. Hagan H (2003) The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. Aids 17:911–913
49. Tyndall MW, Currie S, Spittal P et al (2003) Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. Aids 17(6):887–893
50. Werb D, Kerr T, Marsh D et al (2008) Effect of methadone treatment on incarceration rates among injection drug users. Eur Addict Res 14(3):143–149
51. Pontali E, Ferrari F (2008) Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the human immunodeficiency virus. Int J Prison Health 4(2):77–82
52. Donoghoe MC (2006) Prisons and public health: the next ten years blood-borne viruses. Paper presented at the WHO. International Conference on Prison and Health, London
53. WHO (2005) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Eigenverlag, Kopenhagen
54. Skoretz S, Zaniewski G, Goedhuis NJ (2004) Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population. Can Commun Dis Rep 30(16):141–148

55. Zurhold H, Haasen C, Stöver H (2005) Female drug users in European prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives. Bis-Verlag, Oldenburg
56. Böllinger L, Stöver H (Hrsg) (2002) Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Bd. 12, 640 S., 5. vollständig überarbeitete Aufl. Fachhochschulverlag, Frankfurt/M.
57. Michels II, Sander G, Stöver H (2009) Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 52:111–121
58. Heinemann A, Bohlen K, Püschel K (2002) Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener – Eine katamnestiche Analyse von Haftbefahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. Suchttherapie 3:162–167
59. Singleton N, Pendry E, Taylor C et al (2003) Drug-related mortality among newly released offenders. Home Office, London. Findings 187. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r187.pdf>
60. Farrell M, Marsden J (2008) Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 103:251–255
61. Stöver H (2007) Substitution in Haft. AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin, Bd. 52. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/forum-52substitution-in-haft.pdf>
62. Stöver H, Weilandt C, Zurhold H et al (2007) Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. European Commission, Directorate – General for Health and Consumers. Drug Policy and Harm Reduction. SANCO/2006/C4/02. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf
63. Schulte B, Stöver H, Thane K et al (2009) Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. *Int J Prisoner Health* 5(1):39–44
64. Crowley D (1999) The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. *J Health Gain* 3(3):17–19
65. Kastelic A, Pont J, Stöver H (2008) Substitution treatment in custodial settings. A practical guide. bis, Oldenburg
66. BISDRO & WIAD (2008) Reduction of drug-related crime in prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Bremen, Bonn: BISDRO, WIAD; Bezug: Universität Bremen, BISDRO, FB 6, 28334 Bremen
67. Tielking K, Becker S, Stöver H (2003) Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. bis, Oldenburg
68. Pollähne H, Stöver H (2005) Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg) 20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Lambertus, Freiburg, S 140–151
69. McGovern B, Fiore J, Wurcel A et al (2005) Delivering therapy for hepatitis C virus infection to incarcerated HIV-seropositive patients. *Clin Infect Dis* 41 (Suppl 1):56–62
70. Sutton AJ, Edmunds WJ, Gill ON (2006) Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health* 6:170
71. Schulte B, Schreiter C, Schnackenberg K et al (2007) Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung zur HCV/HIV in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten – Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten (Poster auf dem 8. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker (1.–3. Juli 2007 in München)
72. Morris ZS, McKeganey N (2007) Client perceptions of drug treatment services in Scotland. *Drugs Education Prev Policy* 14(1):49–60
73. Robaey G, Mathei C, Van Ranst M, Buntinx F (2005) Substance use in Belgium: prevalence and management. *Acta Gastroenterol Belg* 68(1):46–49
74. Konrad N (2009) Psychiatrie. In: Keppler J, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, Thieme, S 208–222
75. WHO (2008) Trencin statement on prisons and mental health. Eigenverlag, Kopenhagen
76. Hillenkamp T (2008) Intramurale Medizin in Deutschland. In: Tag B, Hillenkamp T (Hrsg) Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Springer, Berlin Heidelberg, S 73–160
77. Møller L, Stöver H, Jürgens R et al (2007) Health in prison settings. A WHO guide to the essentials in prison health. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1
78. Weilandt C, Stöver H (2008) Current approaches to monitor/analyse drug use among prisoners. In: Drug policy and harm reduction. Directorate General for health and consumers (SANCO/2006/C4/02) Final Report Work Package 5. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf
79. Bögemann H (2009) Betriebliche Gesundheitsförderung in Gefängnissen. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg) Gefängnismedizin. Thieme, Stuttgart, S 293–300