Gefängnismedizin

Herausforderungen der Gesundheitsfürsorge in Haft

Zum Thema Haft und Gesundheit wird in Fachzeitschriften für Sozialarbeit, Medizin, Psychologie und Recht publiziert. Um die verschiedenen Blickwinkel zusammenzubringen, veranstaltete der Paritätische Wohlfahrtverband Berlin 2012 eine Fachtagung, dessen Ergebnisse ein 612-Seiten-Handbuch zusammenfasst. Der Wälzer ist für Fachleute konzipiert, die sich über ihren speziellen Zugang hinaus mit verwandten Aspekten der Gefängnismedizin vertraut machen wollen. Insbesondere die mangelnden Übergänge bei Haftantritt und Entlassung sowie der „organisierte Beziehungsabbruch" werden kritisiert.

Nur ein Thema ist mal wieder unterbelichtet. Obwohl Klasse sowohl bei Gesundheit als auch bei Inhaftierung eine enorme Rolle spielt, findet sich im Stichwortverzeichnis nach „Kastration" gleich „Kokain". Wer im Justizvollzugssystem (Richter, Staatsanwälte, Ärzte, AVDler) zahlt überhaupt in die gesetzliche Krankenversicherung ein, auf die sich das Äquivalenzprinzip bezieht, wonach Inhaftierte den gleichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung haben wie Menschen draußen?

Es wird zwar angemerkt, dass der „Anteil von Personen unterer sozial-ökonomischer Schichten in den JVAs überrepräsentiert" ist (S. 82), doch werden die strukturellen Ursachen individualisiert. Das Buch beginnt mit einem Abschnitt zu Haftvermeidung, die häufig nur mithilfe anwaltlicher und psychosozialer Betreuung erreicht werden kann. Unerwähnt bleibt die wirksamste Haftvermeidung: Zugehörigkeit zur weißen Mittelschicht. Was die Gerichtsreporterin Peggy Parnass vor Jahrzehnten schon dokumentierte, hat heute noch Gültigkeit (siehe Gerichtsurteile zu Göring und Sal. Oppenheim-Manager). Es sind vor allem Ersatzfreiheitsstrafler, Süchtige und psychisch Kranke, die die deutschen Gefängnisse füllen, aber dort eigentlich nicht hingehören. Die meisten Autor_innen scheinen diese Realität als gegeben hinzunehmen und diskutieren, wie mit der Situation umgegangen werden kann. Um das Buch und dessen Thematik aus Sicht eines Mediziners und eines Psychologen zu erörtern, haben sich die Mitherausgeber Marc Lehmann und Marcus Behrens zu einem Gespräch bereit erklärt.

Sonja John: Was ist das Spezifische an der Gefängnismedizin?
Marc Lehmann: Gefangene sind statistisch viel kränker als die Durchschnittsbevölkerung. Viele kommen krank in Haft, und die soziale Isolation schädigt die Gesundheit weiter. Daher ist der Zustand von Häftlingen weitaus schlechter als von Gleichaltrigen draußen. Die Kernprobleme sind Sucht, psychiatrische Gesundheit und Infektionskrankheiten; diese treten häufig nicht alleine auf. Die Erwartung, im Rahmen der Resozialisierung, die neben der Strafe die Hauptaufgabe des Vollzuges ist, alle Probleme zu sanieren, lässt sich kaum erfüllen. Man muss Prioritäten setzen, und das wichtigste ist, das Überleben zu sichern.

SJ: Was passiert medizinisch bei Haftantritt?
ML: Jeder muss sofort untersucht werden, auch nach ansteckenden Erkrankungen. Dann ist wichtig, dass Kranke weiterbehandelt werden. Wir wünschen uns natürlich, dass alle Zugänge ihre wichtigen Unterlagen mitbringen: Ordnungsgemäße Substituierungsbescheinigung, Medikationsplan, Arztbrief mit Diagnosen und Impfpass. Doch häufig werden Menschen verhaftet und haben diese Unterlagen nicht dabei. Einige haben gar keine und sind auch nicht in ärztlicher Versorgung.

SJ: Im Buch wird Gefängnismedizin auch als Chance beschrieben.
ML: Die Inhaftierung bietet manchen Chancen der gesundheitlichen Versorgung. Sie sehen nach langer Zeit das erste Mal einen Arzt und werden diagnostiziert. Hepatitis C und Zahnsanierung sind große Themen. Diese Behandlungen brauchen oft länger als die Haft dauert.

SJ: Ist das Äquivalenzprinzip umsetzbar?
ML: Ziemlich gut, weil wir ein soziales und korrektes Aufgabenverständnis und die nötigen Mittel haben. Der Rechtsanspruch auf gesundheitliche Versorgung wird gedeckt. Zwingend notwendige Maßnahmen werden unternommen. Schwierig ist es, bei Insassen in desolatem Zustand die Konkurrenz der Aufgaben und die Interessen des Gefange-

Marc Lehmann ist seit sechs Jahren Ärztlicher Direktor des Justizvollzugskrankenhauses Berlin und Leiter des Anstaltsärztlichen Dienstes Berlin. Klinikleitung samt Management gehört zu seinen Hauptaufgaben.

nen – Freistunde, Besuch, Ausbildung, uvm. – unter einen Hut zu bringen. Es ist ein Kampf um Zeit und eine Frage der Priorisierung. Ein Freiheitsstreben von Gefangenen zulasten der Gesundheit ist für Mediziner frustrierend.

SJ: Welches sind die Hauptkonsultationen, abgesehen von Sucht und psychischen Problemen?
ML: Den Großteil der Konsultationen machen Infektionskrankheiten, Zahngesundheit und Zivilisationskrankheiten aus. Gefängnisspezifisch ist noch, dass persönliche Vorlieben medizinalisiert werden. Man versucht, sich was verschreiben zu lassen (z.B. Freistunde, Diät, Sport). Auch wenn keine Krankheit vorliegt, muss das erstmal korrekt abgeklärt werden. Das kostet Geld und Zeit. Und die Erwartungshaltung, bei Krankheit durch den Arzt freigelassen zu werden, ist stark ausgeprägt, aber zumeist unbegründet. Medizinische Haftuntauglichkeit ist an sehr enge Bedingungen geknüpft und findet heute fast nur bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen Anwendung.

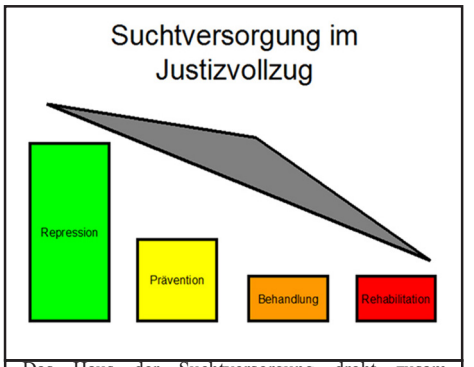
SJ: Sind Ärzt_innen und Fachdienste tatsächlich weisungsfrei und der Anstaltshierarchie nicht untergeordnet?
ML: Anstaltsärzte sind in ihren therapeutischen Entscheidungen weisungsfrei und durch die Anstaltsleitung nicht überprüfbar. Überprüft wird nur der organisatorische Ablauf. Damit ein Patient behandelbar ist, muss ein Behandlungsbündnis mit dem Arzt zustande kommen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis sollte möglichst kein Gefängniskontakt sein, sondern wie in einer Praxis. Teilweise finden Gefangene Vertrauen und können sich öffnen. Das ist ein wichtiger Beitrag zur Minderung von Gesundheitsstörungen, die sich durch die Haft manifestieren. Das geht, aber nicht mit jedem. Wer mit der Inhaftierung unzufrieden ist, projiziert die Frustration auf alle Bereiche, die das System ausmachen. Die Ärzte kriegen öfter einmal Strafanzeigen. Klassisch sind diese Strafanzeigen unbegründet, haben aber fatale Folgen, weil das Arzt-Patient-Verhältnis massiv gestört wird.

SJ: Laut Buch sollten Anstaltsärzte in vielen Fachbereichen beflissen sein, sich mit schweren Persönlichkeitsstörungen auskennen, mehrere Sprachen können und ethnokulturell gebildet sein. Gibt es Ärzte, die dieses Profil erfüllen?
ML: Unsere Anstaltsärzte sind ziemlich gut, auch darin, Vollzugsbelange mitzudenken. Sie haben ihr Erfahrungswissen in Haft und in Einweisungsprozessen erworben, da es keine spezifische Vorbereitung gibt. Gefängnismedizin hat leider keinen universitären Lehrstuhl, der wissenschaftliche Untersuchungen bündeln kann. Ich plädiere auch für eine von der Ärztekammer anerkannte Fachkundeprüfung als Zusatzqualifikation.

SJ: Die JVA Moabit wird für den gelockerten Vollzug gelobt, der eine stressfreie, ruhige und kooperative Atmosphäre schafft.
ML: Man probiert, viel Kontakt mit Personal herzustellen, Angebote zu machen und möglichst früh zu lockern. Berlin hat die höchste Prozentzahl von Insassen im offenen Vollzug. Das hängt aber auch von der Mitarbeit ab. Nicht alle können mit dem Freiraum umgehen: sie unterdrücken, erpressen, dealen. Daher bin ich gegen unkritische Lockerungsgewährung. Die Leute sind in Haft, weil sie eine Straftat begangen haben.

SJ: Was kann verbessert werden, damit die Haftsysteme und gesundheitliche Versorger besser ineinandergreifen?
ML: Das Übergangsmanagement ist verbesserungsfähig. Die Mitgliedschaft in der Krankenkasse ruht während der Inhaftierung, doch Maßnahmen müssen oft schon vor Haftentlassung beantragt werden. Der Justizvollzug zahlt nur bis zum Zeitpunkt der Entlassung und zahlt keine Teilpauschalen. Menschen ohne Papiere oder ohne Versicherungsschutz haben Schwierigkeiten, die in Haft begonnenen Therapien fortzuführen.

SJ: Apropos Management. Wie stehen Sie zu dem New Public Management (NPM), das im Buch kritisiert wird?
ML: Ohne gute Prozesse kann keine gute Arbeit gemacht werden. Und ohne standardisierte und optimierte Prozesse kann man heute keine Medizin mehr machen.



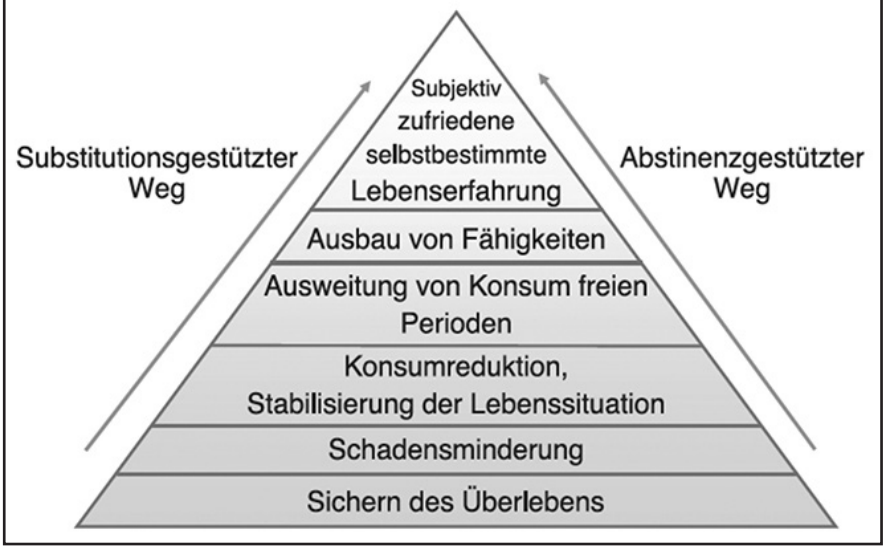
„Das Haus der Suchtversorgung droht zusammenzufallen. Gemäß dem vier Säulen-Modell der Suchtversorgung besteht innerhalb des Vollzuges ein deutliches Ungleichgewicht“ (Marc Lehmann).

SJ: Und was halten Sie vom NPM, Herr Behrens?
Marcus Behrens: Ich sage: Papier ist geduldig. In Haft ist die Beziehungsarbeit das A und O. Die kommt durch das NPM zu kurz. Die Männer sind ausgesprochen ansprechbar, man muss sich aber die Zeit nehmen. Die sind auch ziemlich anstrengend, aber das ist halt so.
SJ: In dem Buch tauschen sich Experten über den Umgang mit Inhaftierten aus. Wird der Insasse als der Andere gesehen?
MB: Nein. Inhaftierte sind Mitglieder der Gesellschaft, die für eine vorübergehende Zeit in einer bestimmten Institution untergebracht sind, die derzeit gesellschaftlich gewollt ist. Sie kehren anschließend zu ihren Familien und Freunden zurück. Institution und Inhaftierte müssen dafür sorgen, dass sie gesundheitlich so fit bleiben, dass sie physisch und psychisch stabil raus gehen. Das ist auch unsere Definition von Gesundheit: nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern dass es einem gut geht. ►

Der Psychologe Marcus Behrens arbeitet u.a. für die Vermittlungsstelle externe Psychotherapie im Berliner Vollzug, leitet die AG Haft des schwulen Informations- und Beratungszentrums Mann-o-Meter und ist Mitglied des Berliner Vollzugsbeirats.

SJ: Wie können die Psychologen da positiv einwirken?
MB: Indem geholfen wird, sich mit Ursachen zu beschäftigen, die zur Straftat beigetragen haben und sich persönlich zu verändern, dass man durchs Leben kommt, ohne straffällig zu werden. Wir wissen, das reine Bestrafen hilft nicht. Wir müssen mehr unterstützen und Perspektiven zeigen.
SJ: Inwieweit unterscheiden sich Konfliktlagen ihrer Patienten in Haft von denen draußen?
MB: Der Strafvollzug ist ein sehr stressiges Setting, weil er sehr männlich, gewalt- und konkurrenzgeprägt ist. Viele haben Anpassungsstörungen, weil sie aus ihrem gewohnten Umfeld rausgerissen werden und in diesem Milieu zurechtkommen müssen; sie können nicht einfach weggehen. Drinnen hängen viele einem überholten Männerleitbild an: möglichst groß und stark sein! Und immer mit dem Kopf durch die Wand. Mann kann nicht gut einräumen, dass ihm manche Dinge nicht gelingen. Immerhin werden diese Männer in Haft erreicht. Außerhalb würden sie nicht zum Psychologen gehen.
SJ: Das Buch macht den Eindruck, als hätten die meisten Inhaftierten psychische und Suchtprobleme.
MB: 85% verfügen über Persönlichkeitsstörungen oder haben Züge in ihrer Persönlichkeit, die schwierig sind.
SJ: Wie stellt sich der Strafvollzug darauf ein?
MB: Das ist keine neue Thematik. In den vergangenen Jahrzehnten wurden langsam Behandlungsmethoden aufgenommen. Der Strafvollzug ist ein großes, dahingleitendes Schiff, und Wendungen muss man lange vorher ankündigen. Vor ein paar Jahren wurde Substitution noch abgelehnt, aber mittlerweile ist die Behandlung Standard. Kürzlich sprachen wir seitens des Berliner Vollzugsbeirats mit Inhaftierten der Substituierungsstation in Tegel. Sie sagten, es ist eine totale Erleichterung. Einige werden in Haft das erste Mal behandelt. Draußen sind Drogengebraucher in Zeitnot und kümmern sich selten um ihre Gesundheit. Einer sagte, wenn er nicht in Tegel sitzen und behandelt würde, dann wäre er heute wahrscheinlich tot.
SJ: Im Buch heißt es, psychisch kranke und vulnerable Gefangene gehören nicht in den Strafvollzug. Was braucht es an adäquaten Unterbringungsmöglichkeiten?
ML: Es gibt spezielle Einrichtungen. Wenn Sie zum Tatzeitpunkt manifest psychotisch krank sind, sind Sie schuldunfähig und landen im Maßregelvollzug. Dann gibt es die Abteilung für Psychotherapie und Psychiatrie. Jemand, der manifest psychotisch wird, wird seinen Weg dahin finden. Für neurotische Geschichten im Vollzug gibt es immer mal punktuelle Angebote, aber nicht durchgängig.
SJ: SothA1 und SothA2 in Tegel nimmt auch nur Patienten auf, die nicht psychotisch sind.
MB: Ja, alle, die manifest den Kontakt zur Realität verloren, bspw. durch Wahnvorstellung oder Halluzinationen in ihrem eigenen Kopfuniversum gefangen und im Gespräch nicht erreichbar sind, werden gesondert in der APP behandelt.
SJ: Anscheinend sind viele Menschen mit psychischen und Suchtproblemen aus diesen Gründen überhaupt erst in Haft.
MB: Ja, das ist so. Das ist ein gewisser Teufelskreis bzw. Drehtüreffekt. Die Frage ist: Sind die da richtig aufgehoben? Eigentlich müssten sie therapiert werden. Eine Möglichkeit bildet Therapie statt Strafe. Dafür braucht man eine Kostenübernahme der Kasse und einen Träger, der einen aufnimmt. Synanon macht das unkompliziert. In Moabit kümmert sich eine Ansprechpartnerin um die Antragstellung. Wenn das Gericht das genehmigt, kann man den Strafvollzug verlassen und die Therapie außerhalb erledigen.
SJ: Eine Basis von Gesundheit bildet ausgewogene Ernährung. Im Buch steht dazu nichts.
MB: Weil das Essen nach den geltenden Richtlinien angemessen zusammengestellt wird. Trotzdem ist das Essen ein Dauerthema; mindestens die Hälfte ist unzufrieden. Das Essen aus der Großküche ist nicht immer super heiß, wenn es auf der Zelle ankommt. Viele sind unzufrieden, weil sie nicht jeden Tag drei Stücke Fleisch kriegen. Die Essgewohnheiten der Männer sind durchaus verbesserungswürdig. Salat

Behandlungsziele in der suchtmedizinischen Versorgung, nach Hannes Strasser



und Obst wird aus dem Fenster geschmissen. Immerhin lernen viele im Strafvollzug Kochen und Backen und kommen so mit neuen Fähigkeiten raus.

SJ: Was ist bei Haftantritt abgesehen von der Eingangsuntersuchung zu beachten?

MB: Die Habe-Sicherung. Vor der Haft ist nach der Haft. Wenn jemand aus seiner Wohnung gerupft wird, kann es sein, dass er alles verliert. Seine persönlichen Unterlagen, alles, was er im Laufe seines Lebens erworben hat, ist dann weg. Da muss eine Struktur her, wenn es wirklich um Integration geht. Das kostet Geld, aber eine Grundvoraussetzung dafür ist, bei Entlassung alles beisammen zu haben.

SJ: Und bei der Entlassung?

MB: Das große Stichwort ist derzeit Übergangsmanagement. D.h. das Anbinden der Männer an eine Versorgungsstruktur außerhalb der Haft. Gerade hat man ein Behandlungskonzept für Kurzstrafler entwickelt, die über 50% der Inhaftierten ausmachen. Da wird mit externen freien Trägern zusammengearbeitet, die außerhalb soziale Arbeit leisten, damit diese Männer Ansprechpartner haben. Das ist sehr detailliert auf die Problemlagen abgestimmt: Schulden, Sucht, Beziehungen, Arbeit. Das Problem ist das Finanzielle. Wenn sie aus der Haft entlassen werden, ist der Justizvollzug nicht mehr zuständig, sondern der Senat für Soziales, der sich nicht zuständig fühlt. Wichtig bei der Entlassung ist auch ein detaillierter Arztbrief; das macht Berlin gut.

SJ: Der Alltag in Haft ist total geregelt und die freie Entscheidung ist minimiert.Wie wirkt sich das bei der Entlassung aus?

MB: Die Deprivation macht den Übergang schwierig. Wenn sie rauskommen, ist da keiner mehr, der alles regelt. Für Süchtige bergen die ersten Wochen die größten Risiken, weil sie sich überdosieren. Freiheit, hurra, ich ballere mir erstmal was rein! In Holland werden sie vom freien Träger an der Pforte abgeholt und zu ihrer Einrichtung gebracht. Eine Begleitung, die nicht verpflichtend ist, aber kontinuierlich angeboten wird.

SJ: Sind die freien Träger nicht schon eingebunden?

MB: Ihnen muss mehr Raum gegeben werden, gerade für die Anbindung von Menschen kurz vor der Entlassung. Nach zehn Jahren Haft hat man draußen erstmal Stress. Betreutes Einzelwohnen kann Sinn machen, aber manche sagen: Ich bin doch nicht bescheuert. Sind sie auch nicht, aber möglicherweise brauchen sie Unterstützung. Männer und Annehmen von Hilfe ist eher schwierig. Zumindest kommen mittlerweile Leute vom Arbeitsamt und sprechen mit den Inhaftierten darüber, was sie machen können.

SJ: Die Inhaftierten sind Teil der Gesellschaft, aber nachweislich nicht aus deren Mitte.

MB: Sie kommen häufig aus Familien mit viel Gewalt und wenig Zugang zu Bildung. Gefängnis ist kein Verwahrvollzug mehr wie vor 20 Jahren. Im neuen Strafvollzuggesetz wird auf Behandlung gesetzt. Behandlung bedeutet, das Potential der Straffälligkeit zu minimieren. Und was der Hintergrund für Straffälligkeit ist, das weiß man ja in der Regel auch: Entweder ist es blanke materielle Not oder es sind Persönlichkeitsveränderungen, die dazu führen, dass ich gar nicht erkenne, dass ich Opfer produziere.

SJ: Heißt das, es gibt in Deutschland eine Kriminalisierung von Menschen in Armut und mit psychischen Problemen?

MB: Das fände ich jetzt sehr pointiert ausgedrückt. Armut führt nicht automatisch in Kriminalität. Teilhabe drückt sich in Kleidung und Statussymbolen aus. Gerade unter Männern geht es massiv um Statussymbole. Wenn ich wenig habe und mich damit schlecht arrangieren kann, weil ich denke, ich habe Anspruch auf das neueste I-Phone, dann kriege ich intern ein ernsthaftes Problem.

SJ: Wenn viele Inhaftierte aus der Armut kommen und schlechtere Chancen haben, teilzuhaben und Fähigkeiten zu erwerben, inwieweit ist die Bringschuld alleine bei ihnen oder auch bei der Gesellschaft?

MB: Sowohl als auch. Es ist ein gesellschaftliches Phänomen. Bei der Chancenungleichheit muss man eigentlich was unternehmen.

SJ: Es gibt Anti-Gewalttraining für Inhaftierte. Gibt es Training gegen strukturelle Gewalt der Gesellschaft?

MB: *(lacht)* Gegenfrage: Wie soll das aussehen? Die strukturelle Gewalt, die bei uns herrscht, trifft jeden mehr oder weniger. Die Frage ist: Welches Pro-Fertigkeiten-Training hilft mir persönlich damit so umzugehen, dass ich nicht ausflippe und dem eine reinsemmel?

SJ: Wie sieht es mit der Lobby für Inhaftierte aus?

MB: Es gibt schon ein paar engagierte Menschen im Hintergrund und auch im Senat. Dieses irrationale, öffentliche Bedürfnis, Menschen zu bestrafen, die Fehler begangen haben, sitzt sehr tief. Das merke ich auch als Professioneller, der sich dafür rechtfertigen muss, meine Arbeit im Strafvollzug zu machen.

SJ: Und, wieso machen Sie das?

MB: Weil ich glaube, wenn man Menschen die Freiheit nimmt, dann hat man als Gesellschaft eine Verantwortung. Man kann nicht Leute wegsperren, extrem an ihrer Menschenwürde kratzen und dann sagen: Jetzt bleibt da mal und fertig. Zudem glaube ich als Psychologe an die Veränderung. ■

Marc Lehmann/Marcus Behrens/Heike Drees (Hrsg.): Gesundheit und Haft. Handbuch für Justiz, Psychologie und Sozialarbeit. Pabst-Verlag, Lengerich 2014; 612 Seiten, 60,- €.