

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg**

Studiengang Gesundheit

Fakultät Life Sciences

**Diplomarbeit:**

## **Gesundheitsverständnis von Gefängnisinsassen**

Theoretische Grundlagen für eine qualitative Untersuchung

Hamburg, 18.07.2006

vorgelegt von:

David Schreiber (Matr.-Nr. 1647898)

Dorfgang 10

20535 Hamburg

E-Mail: [webmaster@filmzirkus.de](mailto:webmaster@filmzirkus.de)

Referenten:

Prof. Jürgen Hille

Dr. Regine Krohn

# Inhalt

	Seite
1 Einleitung.....	5
2 Begriffsklärungen .....	6
2.1 Definition des Begriffs ‚Gesundheit‘.....	6
2.2 ‚Prison Health‘ und ‚Public Health‘.....	11
3 Forschung und Literatur zur Gesundheit im Strafvollzug .....	15
3.1 Der Mangel an empirischer Forschung und Grundlagenliteratur.....	15
3.2 Forschung und Literatur aus Deutschland .....	19
3.2.1 Literatur aus dem Umfeld von Heino Stöver und der Deutschen AIDS-Hilfe .....	19
3.2.2 Aspekte zur Gefangenengesundheit in rechtswissenschaftlichen Quellen .....	20
3.2.3 Deprivationsforschung und haftkritische Literatur (mit Exkursen: Einzelhaft, Isolationshaft und Untersuchungshaft) .....	22
3.3 Internationale Studien und Literatur.....	28
3.3.1 Der Studienbericht von Katarina Tomasevski (1992) .....	28
3.3.2 Die australische ‚Butler-Studie‘ (1996, 2001) .....	30
3.3.3 Befragung von Gefängnisinsassen in der Schweiz (1993) .....	32
3.3.4 American Journal of Public Health (Oktober 2005) .....	34

3.4	Das <i>Health in Prisons Project (HIPP)</i> der WHO in Europa .....	38
3.5	Zusammenfassung – Bedarf an qualitativer und quantitativer Forschung ..	41
4	Gesundheit in Haft: Risiko- und Schutzfaktoren .....	45
4.1	Gesundheitsrisiken durch Freiheitsstrafe .....	45
4.1.1	Vielfältige Formen von Entzug .....	45
4.1.2	Freiheitsstrafe als Stigma und kritisches Lebensereignis .....	50
4.1.3	Gesundheitsgefährdungen durch Stressbelastung .....	51
4.1.4	Gesundheitliches Risikoverhalten .....	56
4.1.5	Infektionsrisiken .....	60
4.2	Die Rolle von Schutzfaktoren (Ressourcen) .....	61
4.2.1	Begriffsklärungen: Bewältigung und Ressourcen .....	61
4.2.2	Ressourcen als persönlicher Schutzschild gegen Belastungen .....	63
4.2.2.1	<i>Personale Ressourcen</i> .....	63
4.2.2.2	<i>Soziale Ressourcen</i> .....	66
4.2.3	Förderung Ressourcenstärkender Verhältnisse und Verhaltensweisen im Strafvollzug .....	68
4.3	Zusammenfassung mit Ausblick auf die qualitative Untersuchung .....	72
5	Einflüsse auf das Gesundheitsverständnis der Insassen .....	74
5.1	Der Geschlechter-Aspekt: Frauen oder Männer als Interviewpartner/innen .....	74

5.2	Interviewpartner/innen mit Migrationshintergrund .....	80
5.3	Der Einflussfaktor ‚Vollzugsform‘ .....	82
6	Anmerkungen zur Methodik qualitativer Interviews .....	85
7	Schlussbemerkung .....	90
	Literatur .....	91

# 1 Einleitung

In der vorliegenden Diplomarbeit befasste ich mich mit dem individuellen Gesundheitsverständnis von Gefängnisinsassen. Ursprünglich war eine qualitative Befragung zu diesem Thema geplant. Die Hamburger Justizbehörde wollte keine Genehmigung dafür erteilen. Begründet wurde die Ablehnung mit dem Aufwand, den eine qualitative Untersuchung mit sich brächte; man würde damit zu stark in den „Alltag“ und die Arbeitsabläufe der Haftanstalten eingreifen. Zudem befände sich im Hamburger Justizvollzug einiges im Umbruch, weshalb eine Befragung zeitlich nicht passend sei. Nach dieser Mitteilung habe ich mich an die Justizvollzugsanstalt Lübeck als die größte Strafanstalt Schleswig-Holsteins gewandt. Dort zeigte man sich wesentlich kooperativer als in Hamburg. Insbesondere Frau Dr. Hilde van den Boogaart, Leiterin der Sozialtherapeutischen Abteilung in Lübeck, schien an einer Untersuchung zu dem Thema sehr interessiert. Leider verzögerte sich das Zustandekommen der Interviews bzw. ihre Genehmigung immer weiter, so dass ich beschloss, mich dem Thema theoretisch zu nähern und damit eine später durchzuführende qualitative Befragung von Gefangenen quasi vorzubereiten. Während ich an dem Text saß, gab das Justizministerium in Kiel schließlich grünes Licht für eine Befragung in der JVA Lübeck, jedoch ließen mein Zeitplan und die fortgeschrittene Arbeit dann keine qualitativen Interviews mehr zu.

Im folgenden Text definiere ich zunächst den Begriff ‚Gesundheit‘ als Gegenstand der Untersuchung. Da dieser innerhalb eines typischen ‚Settings‘, nämlich einer Haftanstalt untersucht werden soll, wird auch der Setting-Begriff kurz erläutert. Im selben Kapitel grenze ich das Forschungsfeld *Prison Health* ein und erläutere, warum es als Teilbereich von *Public Health* betrachtet werden kann. Anschließend folgt in einem längeren Kapitel eine ‚Literaturschau‘ zur Gefangenengesundheit. Ich möchte aufzeigen, welche bedeutsamen Quellen es – international und in Deutschland – zu diesem Thema gibt und warum weiterer Forschungsbedarf besteht, insbesondere an qualitativer Forschung zur persönlichen Gesundheitsdefinition und -wahrnehmung von Gefangenen. Welche gesundheitlichen Belastungen/Risiken und Ressourcen Gefangene in einer Interview-situation ansprechen könnten, wird ausführlich in Kapitel 4 erläutert. Schließlich gehe ich auf Faktoren ein, die nach der hier verwendeten Gesundheitsdefinition wesentlichen Einfluss auf das Gesundheitsverständnis von Gefangenen haben könnten, bevor ich dann im sechsten Kapitel Vorschläge für die Methodik qualitativer Interviews unterbreite.

## 2 Begriffsklärungen

Um eine qualitative Untersuchung zum individuellen Gesundheitsverhalten und -erleben von Gefängnisinsassen vorbereiten zu können, müssen zunächst einige grundlegende Begriffe geklärt werden. An erster Stelle ist dies der Begriff ‚Gesundheit‘ als eigentlicher Forschungsgegenstand. Im Zusammenhang mit der Gesundheitsdefinition soll auch der Begriff ‚Setting‘ kurz beleuchtet werden, da es sich bei den Menschen, deren Gesundheitsverständnis und -situation erforscht werden soll, hier um Vertreter aus einer typischen Setting-Population (Insassen einer Haftanstalt) handelt. Im zweiten Teil des Kapitels möchte ich ‚Prison Health‘ und ‚Public Health‘ als feststehende Begriffe erläutern und damit einhergehend begründen, warum Prison Health nach Ansicht vieler Experten ein wichtiger Bestandteil von Public Health ist.

### 2.1 Definition des Begriffs ‚Gesundheit‘

Schwartz et al. bemerken, dass es bisher keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit gibt.<sup>1</sup> Die Autoren weisen zugleich auf die Schwierigkeit hin, einen allgemein akzeptierten Begriff von Gesundheit, aber auch von Krankheit zu entwickeln, da es zwischen beiden viele Zwischenstufen gebe.<sup>2</sup> Im traditionell biomedizinischen Sinne wurde Gesundheit stets aus dem Blickwinkel ihres Gegenbegriffs ‚Krankheit‘ erklärt und meist als Abwesenheit derselben verstanden.<sup>3</sup> Gewissermaßen als Erweiterung und Alternative dazu formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Präambel ihrer Verfassung von 1948: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen [...].“<sup>4</sup> Hier wird Gesundheit als umfassendes menschliches Wohlbefinden definiert, das außer der körperlichen und psychischen auch eine soziale Komponente hat. Im zweiten Satz wird mit der Deklaration von Gesundheit als allgemein geltendes Grundrecht auch eine politische Dimension markiert.

---

<sup>1</sup> Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 24

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 27

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 26 und Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 52

<sup>4</sup> WHO zitiert bei Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S.53

Obwohl gerade der erste Satz der WHO-Definition in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften umstritten ist, wird er bis heute in fast allen Quellen, die sich mit dem Gesundheitsbegriff auseinandersetzen, zitiert. Das ist ein Hinweis darauf, wie schwierig die Eingrenzung des Begriffs tatsächlich ist. Was an der WHO-Formulierung vor allem kritisch gesehen wird, sind die Begriffe „Zustand“ und „vollständig“<sup>1</sup>: Während die Vorstellung von einem „vollständigen Wohlbefinden“ der Definition einen geradezu utopischen Charakter verleihe (vor allem angesichts der wirklichen Lebenssituation vieler Menschen), mache die Wahl des Wortes „Zustand“ Gesundheit zu etwas Statischem, obwohl der Begriff eigentlich einen stetigen Veränderungsprozess meine.<sup>2</sup> Der von Gesundheits- und Sozialwissenschaftlern oft betonte ‚Prozesscharakter‘ der Gesundheit wird auf einer Internetseite des DGB<sup>3</sup> zum Gesundheitsbegriff folgendermaßen kommentiert: „Die Fachwelt spricht von einem dynamischen oder Balancezustand. [...] Dieser Balancezustand muss zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut wiederhergestellt werden und ist von persönlichen und Umweltfaktoren abhängig.“<sup>4</sup>

Ganz im Sinne dieser dynamischen Auffassung von Gesundheit entwerfen Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak in ihrem Beitrag zur BZgA-Broschüre *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* einen eigenen Gesundheitsbegriff. Sie verstehen Gesundheit darin als „Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist [außerdem] ein Stadium, das einem Menschen Freude und Wohlbefinden vermittelt.“<sup>5</sup>

Die Autoren vermeiden hier die Formulierung eines Zustands wie etwa den eines „vollständigen Wohlbefindens“. Stattdessen sprechen sie von einem Gleichgewicht bzw. einer Balance, die vom Betreffenden als Gesundheit erlebt wird. Die Definition basiert auf vier Leitvorstellungen, die Hurrelmann aus einer breiten Analyse verschiedener wissenschaftlicher Theorien abgeleitet hat.<sup>6</sup> Gemäß dieser Herleitung lässt sich der Gesundheitsbegriff nach folgenden Gesichtspunkten unterteilen:

- 1) Gesundheit als gelungene Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen,

---

<sup>1</sup> Ebd.

<sup>2</sup> Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 26

<sup>3</sup> Deutscher Gewerkschaftsbund

<sup>4</sup> DGB-BWT Thüringen (o. J.)

<sup>5</sup> Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 54

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S.53 mit Verweis auf Hurrelmann (2000). Für die Entwicklung der Leitvorstellungen hat Hurrelmann nach eigener Aussage Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisations-, Interaktions- und Public-Health-Theorien abgefragt.

- 2) Gesundheit als Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren (körperlich, psychisch, sozial),
- 3) ‚relative‘ Gesundheit (oder Krankheit) nach objektiven und subjektiven Kriterien,
- 4) Gesundheit (und Krankheit) als Reaktion auf gesellschaftliche Gegebenheiten.<sup>1</sup>

Zu 1):

Unter *inneren Anforderungen* versteht Hurrelmann die genetische Veranlagung und körperliche Konstitution eines Menschen, sein Immun-, Nerven- und Hormonsystem, die individuelle Persönlichkeitsstruktur sowie persönliches Temperament und Belastbarkeit. Zu den *äußeren Anforderungen* gehören die sozioökonomische Lage, in der sich ein Mensch befindet, sein ökologisches Umfeld, die Wohnbedingungen und hygienischen Verhältnisse, Bildungsangebote und Arbeitsbedingungen sowie private Lebensform und soziale Einbindung. Hurrelmann und Franzkowiak bezeichnen die inneren Anforderungen auch als „Grundausstattung“, mit der ein Mensch den äußeren Anforderungen begegnet.<sup>2</sup>

Zu 2):

Alle Anforderungen – innere wie äußere – können einerseits belastend auf einen Menschen einwirken und stellen dann ein gewisses Risiko für dessen Verfassung dar (Risikofaktoren). Andererseits liegen in ihnen positive Potentiale bzw. Ressourcen, die dem Individuum bei der Bewältigung von Problemen helfen und es so in seiner Konstitution und seinem Wohlbefinden stärken (Schutzfaktoren).<sup>3</sup>

Zu 3):

Mit dem Begriff „relativer“ oder auch „bedingter“ Gesundheit möchten die hier zitierten Autoren (Hurrelmann/Franzkowiak und Schwartz et al.) den Gesundheitsbegriff einerseits auf Menschen mit chronischen Erkrankungen anwendbar machen.<sup>4</sup> Menschen, die zeitlebens von einer Gesundheitsbeeinträchtigung betroffen sind, können nach Ansicht der Wissenschaftler durch entsprechendes Handeln und mit Hilfe persönlicher Einstellungen weitgehende „Autonomie“ gegenüber dieser Beeinträchtigung wahren. Mit anderen Worten: chronisch Kranke können sich trotz ihrer Beschwerden gewissermaßen ‚gesund‘ fühlen. Schwartz et al. verwenden den Autonomiebegriff sogar in ihrer Gesundheitsdefinition: Gesundheit ist „die Fähigkeit eines Individuums, Beschränkungen und Belastungen

---

<sup>1</sup> Ebd.

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S.54 und Hurrelmann (2000), S. 88

<sup>3</sup> Vgl. Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 54

<sup>4</sup> Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 26 und Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 53 f.

gegenüber relativ autonom zu bleiben“<sup>1</sup>. Der Autonomiegedanke steht hier sozusagen an Stelle der bei Hurrelmann und Franzkowiak zentralen Vorstellung von einem Gleichgewicht.

Was andererseits mit der Einschränkung „relativ“ betont werden soll, ist die Subjektivität des Gesundheitsempfindens. Ausschlaggebend für die individuelle Wahrnehmung und Deutung von Gesundheit und Krankheit sind laut Schwartz et al. die Lebenssituation und der persönliche Hintergrund eines Menschen. Dazu zählen vielfältige Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Berufszugehörigkeit sowie der Kulturkreis, in dem ein Mensch aufwächst bzw. lebt, oder seine Religion.<sup>2</sup> Diese Tatsache ist im Hinblick auf meine Fragestellung insofern bedeutend, als mit einer qualitativen Befragung von Gefängnisinsassen ja gerade deren *subjektiver* Blick auf das Phänomen Gesundheit erforscht werden soll. Das Gesundheitsempfinden und -verhalten von Gefangenen ist gemäß der hier vertretenen These maßgeblich vom Leben dieser Menschen *vor* ihrer Inhaftierung geprägt (s. auch Kapitel 5.1 und 5.2), auch wenn der Haftaufenthalt ihre Wahrnehmung vermutlich stark beeinflusst und verändert (Kap. 4.1). Daher sollten in Interviews zumindest ein paar Daten zur allgemeinen Lebenssituation bzw. zum ethnischen oder soziokulturellen Hintergrund der Befragten erfasst werden, etwa in Form von geschlossenen Fragen zu Beginn des Gesprächs.

Zu 4):

Die vierte von Hurrelmann formulierte Leitvorstellung – Gesundheit sei eine Reaktion auf gesellschaftliche Gegebenheiten – möchte ich anhand des Settings Strafvollzug erläutern. In meiner Untersuchung werden nämlich die gesellschaftlichen Gegebenheiten durch das Lebensumfeld Gefängnis repräsentiert. Als ‚totale Institution‘<sup>3</sup> ist die Haftanstalt eine Art Mikrokosmos für die Gefangenen, die dort alle Tätigkeiten des täglichen Lebens verrichten: Schlafen, Essen, Trinken, Arbeiten, Freizeit verbringen, soziale Kontakte pflegen, Sexualität ausleben usw.<sup>4</sup> Während des Haftaufenthalts wird also quasi das ganze Leben der Insassen, somit auch ihre Gesundheit, durch das Umfeld ‚Knast‘ bestimmt, und das sogar ausschließlich, sofern die Betroffenen die Anstalt nicht – wie etwa im offenen Vollzug<sup>5</sup> – regelmäßig verlassen dürfen. Unter dem gesundheitswissenschaftlichen Blickwinkel handelt

---

<sup>1</sup> Schwartz et al. (2003), S. 26

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 25

<sup>3</sup> Der von Erving Goffman geprägte Begriff wird erläutert bei Dünkel (1996), S. 4.

<sup>4</sup> Vgl. insbes. Stöver (2000), S. 296

<sup>5</sup> Vgl. zur Übersicht der Vollzugsformen Laubenthal (2003), S. 28 f.; speziell zum offenen Vollzug ebd., S. 165 ff. sowie freenet-Lexikon (o. J. a)

es sich bei einem Gefängnis um ein typisches Setting. Grossmann und Scala verstehen unter diesem Begriff „ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst“<sup>1</sup>. Genau das trifft auf das Beispiel Haftanstalt zu. Weiter heißt es, dass in diesem System „Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können. [...] Es wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind.“<sup>2</sup> Wie bei Hurrelmann und Franzkowiak gelten auch hier Wechselwirkungen zwischen inneren und äußeren Anforderungen als ausschlaggebend für die Gesundheitslage von Menschen. Ferner wird hier deutlich, dass eine Freiheitsstrafe einerseits hohe Risiken für die Gesundheit eines Individuums mit sich bringt, die Haftanstalt als ‚Setting‘ aber auch Chancen für effiziente Gesundheitsforschung und -förderung eröffnet. Mehr dazu an anderer Stelle in dieser Arbeit.

Die vorangegangenen Erläuterungen zeigen, warum das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell von Hurrelmann und Franzkowiak allgemein, aber auch speziell für den Untersuchungsgegenstand ‚Gesundheit im Strafvollzug‘ geeignet scheint. Problematisch wirkt im Hinblick auf Gefangene als Beforschte lediglich der zweite Satz der Definition: „Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Freude und Wohlbefinden vermittelt.“<sup>3</sup> Unter gewöhnlichen Umständen ist es kaum vorstellbar, dass ein Gefangener angesichts seiner Inhaftierung bzw. während der Haft Freude oder Wohlbefinden verspürt – abgesehen vielleicht von kleinen, alltäglichen Einzelsituationen. Erstens aber wird mit der Anfügung des Satzes völlig berechtigt auf den Aspekt des Wohlbefindens hingewiesen, den wir ja in der Regel mit Gesundheit assoziieren. In einer so umfassenden Definition wie der von Hurrelmann und Franzkowiak *muss* die Vermittlung von Freude und Wohlbefinden geradezu eine Rolle spielen, weil Gesundheit durch die Einbeziehung innerer und äußerer Anforderungen im körperlichen, psychischen, sozialen und sogar materiellen Bereich zu einer alle Lebensumstände tangierenden Angelegenheit wird, von der man annehmen sollte, dass sich ihre optimale Balance auf Seiten des erlebenden Menschen tatsächlich in einem Lust- und Freudeempfinden ausdrückt. Zweitens würde die Definition einschließlich des zweiten Satzes ja keineswegs in Frage gestellt, falls wir in dieser Arbeit zu der Schlussfolgerung kommen sollten, dass das (positive) Erleben von Gesundheit im Setting

---

<sup>1</sup> Grossmann/Scala (2003), S. 205

<sup>2</sup> Ebd.

<sup>3</sup> Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 54

Strafvollzug von vornherein unmöglich ist. Der Umstand, dass sich Strafgefangene, einer ‚ganzheitlichen‘ Sichtweise von Gesundheit folgend, vielleicht niemals ‚gesund‘ fühlen können, heißt noch lange nicht, dass der zweite Satz der Definition nicht grundsätzlich auf alle Menschen und Situationen anwendbar ist. Und dennoch möchte ich den Satz im weiteren Verlauf meiner Arbeit weitestgehend ausklammern, da, wie gerade erläutert, mit der Freiheitsstrafe fast unweigerlich ein mehr oder weniger starkes Unwohlsein verbunden sein dürfte und der Satz demnach keine große Bedeutung im Kontext meiner Untersuchung hat. Es sollten nur stets beide Sätze zitiert werden, weil die Definition ansonsten – nicht zuletzt aus der Sicht ihrer Verfasser – unvollständig wäre. Ich selber orientiere mich im weiteren Text hauptsächlich an dem ersten Satz, in dem Gesundheit meines Erachtens sehr anschaulich als ein Stadium des Gleichgewichts beschrieben wird.

## 2.2 ‘Prison Health’ und ‘Public Health’

Die Bezeichnung ‚Prison Health‘ ist ein Grundlagenbegriff der Gesundheitsforschung im Strafvollzug und taucht wiederholt in dieser Arbeit auf. Um den Ausdruck zu erläutern, bedarf es zunächst einer Eingrenzung des ebenfalls angloamerikanischen Begriffs ‚Public Health‘ (wörtlich übersetzt: „Öffentliche Gesundheit“). Nach Peter Franzkowiak wird *Public Health* in den USA und Großbritannien definiert als „Gesamtheit aller organisierten, systematischen Steuerungsansätze und Interventionsformen, die dazu dienen, Krankheiten zu verhindern, Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten zu vermindern, das Leben zu verlängern, die Lebensqualität zu verbessern und das gesunde Altwerden zu ermöglichen“<sup>1</sup>. Diese Darlegung knüpft laut Franzkowiak an eine ältere WHO-Definition an, trifft die Bedeutung des Begriffs im Kontext meiner Arbeit aber nicht genau. Im deutschsprachigen Raum wird *Public Health* meist in Kombination mit der Bezeichnung ‚Gesundheitswissenschaften‘ gebraucht. Nach Franzkowiak sind sich die Gesundheitswissenschaftler in Deutschland über die Verwendung des Begriffs hierzulande nicht einig (von einigen wird er als Übernahme aus dem Angloamerikanischen sogar abgelehnt).<sup>2</sup> Franzkowiak beschreibt *Public Health* als „problembezogenes, interdisziplinär arbeitendes Fachgebiet der Gesundheitswissenschaften [...] die Gesamtheit aller sozialen, politischen und organisatorischen Anstrengungen, die auf die Verbesserung der Gesundheit von Gruppen

---

<sup>1</sup> Franzkowiak (2003b), S. 124

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 125 f.

oder ganzer Bevölkerungen zielen“<sup>1</sup>. Und an anderer Stelle: „Public Health untersucht und beeinflusst den Gesundheitszustand von Gruppen, Gemeinschaften [oder] gesellschaftlichen (Teil-)Systemen unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.“<sup>2</sup>

Hier wird klar, dass es um die Gesundheit von Populationen und/oder Teilpopulationen geht. Als solche sind die Insassen von Haftanstalten zu betrachten, was anhand der Setting-Definition in Kapitel 2.1 deutlich wurde. Eine auf Bevölkerung(en) bezogene gesundheitswissenschaftliche Forschung wiederum hat „schützende und gefährdende Bedingungen menschlicher Gesundheit [zu] identifizieren, die sich aus dem Zusammenwirken sozialer und ökologischer Umwelteinflüsse mit den physiologischen Dispositionen und den Lebensweisen der Menschen ergeben“<sup>3</sup>. Mit anderen Worten: Es sollen Risiko- und Schutzfaktoren vor dem Hintergrund innerer und äußerer Anforderungen erforscht werden (Gesundheitsdefinition, Kapitel 2.1), und zwar hier am Beispiel Inhaftierter.

Im Jahr 2001 postulierte die *Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)* verschiedene Aufgabenfelder von *Public Health*. Eines davon ist die „Unterstützung von Prozessen der Wahrung der Menschenrechte, insbesondere des Rechtes auf selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit“<sup>4</sup>. Besonders letzterer Aspekt dürfte für meine Arbeit eine wichtige Rolle spielen, da die Selbstbestimmung in Unfreiheit und unter den ‚totalen‘ Organisations- und Befehlsstrukturen im Gefängnis stark eingeschränkt ist. Darauf komme ich an anderer Stelle noch zurück.

Was aber bedeutet nun die Bezeichnung *Prison Health*? Übersetzt man diesen Begriff ins Deutsche, so erhält man das Wort „Gefängnisgesundheits“, das in der Form keinen Sinn macht. „Gefangenengesundheit“ wäre als Übersetzung ebenfalls nicht korrekt, weil *Prison Health* mehr meint als ‚Prisoner Health‘ (s. unten). In der englischsprachigen Grundlagenliteratur, die ich für meine Arbeit recherchiert habe, ist *Prison Health* ein feststehender Begriff. In der deutschen Literatur wird er meistens mit „Gesundheit im Straf-/Justizvollzug“ oder „Gesundheit in Haft“ übersetzt<sup>5</sup>, was mir sinnvoll erscheint. Häufig verwenden aber selbst deutsche Autor/innen wie Heino Stöver (Kap. 3.3.1) die englische Bezeichnung<sup>6</sup>, weil der Ausdruck international verständlich ist und im Deutschen nicht

---

<sup>1</sup> Ebd., S. 122

<sup>2</sup> Ebd., S. 124

<sup>3</sup> Ebd., S. 123

<sup>4</sup> Zitiert ebd., S. 125

<sup>5</sup> Vgl. z.B. Stöver (2005)

<sup>6</sup> Vgl. ebd.

besser formuliert werden kann (es gibt in unserem Sprachschatz keinen entsprechend prägnanten und dennoch treffenden Begriff).

Wie schon angedeutet, dreht es sich bei *Prison Health* keineswegs nur um die Gesundheit der Gefangenen, sondern überhaupt um gesundheitsförderliche Verhältnisse im Gefängnis, die letztlich auch das dort arbeitende Personal betreffen. Für die Beschäftigten ist die Haftanstalt als Arbeitsplatz ebenfalls ein klassisches Setting.<sup>1</sup> Heino Stöver versteht Gesundheitsförderung im Justizvollzug denn auch als umfassende, ganzheitliche Initiative, die alle im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen einschließen muss, wenn sie effektiv funktionieren soll (s. Kapitel 4.2.3).<sup>2</sup>

Was an dieser Stelle schon vorweg dokumentiert werden soll, ist die Bedeutung der Insassengesundheit in Haftanstalten für die allgemeine öffentliche Gesundheit. Schließlich verbringen Gefangene in aller Regel „nur“ einen Abschnitt ihres Lebens im Gefängnis und werden nach ein paar Monaten oder Jahren in die Gesellschaft zurück entlassen. Sie sind dann wieder Mitglied der öffentlichen Kommune oder auch ihrer Familie. In einem Online-Artikel von Heino Stöver<sup>3</sup> und in Artikeln des *American Journal of Public Health* vom Oktober 2005<sup>4</sup> (Kap. 3.3.2) wird dieser Zusammenhang dargelegt. Eine stärkere Einbeziehung der regionalen oder kommunalen Gesundheitsdienste in die Gesundheitsfürsorge der Haftanstalten würde laut Stöver dazu beitragen, dass gesundheitliche Risiken nach der Entlassung sowohl für die ehemaligen Inhaftierten selbst als auch für deren Lebenspartner/innen und sonstige Familienangehörige reduziert würden.<sup>5</sup> Die Autor/innen des *American Journal of P.H.* beziehen außer der Zeit nach der Haft auch die Zeit davor in ihre Betrachtungen mit ein. Vielfach kämen sozial und gesundheitlich benachteiligte Menschen in amerikanische Gefängnisse, die aufgrund dieser Benachteiligung schon vor ihrer Inhaftierung Gesundheitsrisiken und -probleme aufwiesen.<sup>6</sup> Durch die vielfältigen und zum Teil massiven gesundheitlichen Probleme, mit denen die Gefangenen dann während der Haft konfrontiert sind (Kap. 4.1), kann sich der Gesundheitszustand der betroffenen Population insgesamt natürlich nicht erholen.

In einem Kommentar beschreibt Restum das Risiko, dass Infektionskrankheiten im Gefängnis nicht nur unter den Insassen, sondern auch auf das Personal und auf Besucher

---

<sup>1</sup> Vgl. zum Setting ‚Arbeitsplatz‘ Grossmann/Scala (2003), S. 205

<sup>2</sup> Vgl. Stöver (2000), insbes. Kap. 5

<sup>3</sup> Vgl. Stöver (2005)

<sup>4</sup> Vgl. insbes. Treadwell/Nottingham (2005); Treadwell/Formicola (2005); Golembeski/Fullilove (2005); Restum (2005)

<sup>5</sup> Vgl. Stöver (2005)

<sup>6</sup> Vgl. insbes. Treadwell/Formicola (2005), S. 1677 f. und Golembeski/Fullilove (2005), S. 1701 f.

wie Familienangehörige und Freunde übertragen würden.<sup>1</sup> Die in Gefängnissen hochprävalenten Krankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitis oder Tuberkulose nähmen damit auch in der freien Bevölkerung zu und könnten sich dort zu regelrechten Epidemien entwickeln.<sup>2</sup> Gleich an mehreren Stellen machen verschiedene Autor/innen des Journals auf die Pendeldynamik der sozial schwachen, von Kriminalität betroffenen Bevölkerungsteile aufmerksam und beschreiben diese als Wanderbewegung („Migration“)<sup>3</sup> zwischen der freien Kommune und dem Strafvollzug. Dieser Effekt wird verstärkt durch die steigenden Gefangenenzahlen insgesamt sowie dadurch, dass viele Inhaftierte rückfällig werden und dann wiederholt ins Gefängnis kommen. Hier wird deutlich, wie sehr im Grunde die Öffentlichkeit mit dem Lebensraum Gefängnis verwoben ist. Die Autor/innen betonen weiter, dass eine Zunahme von Gefängnisstrafen *nicht* zu mehr Sicherheit und Gesundheit in den Kommunen beitragen. Vielmehr habe die Inhaftierung negative Auswirkungen auf die Familien der Gefangenen und auf die gesamte Kommune.<sup>4</sup> Deshalb sei Gefangenengesundheit ein wichtiger Bereich der nationalen Gesundheit<sup>5</sup>, und *Public-Health*-Experten könnten eine wichtige Rolle spielen, wenn es um die Förderung der Gesundheit von ehemaligen Straftätern und ihren „Communities“ geht.<sup>6</sup> – An diesem Zusammenhang lässt sich der Stellenwert von Gesundheitsforschung im Strafvollzug bereits erahnen. In den folgenden Kapiteln soll dieser Bedarf nun intensiver beleuchtet werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Restum (2005), S. 1689

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 1691

<sup>3</sup> Vgl. Golembeski/Fullilove (2005), S. 1701; Treadwell/Nottingham (2005), S. 1676; Treadwell/Formicola (2005), S. 1678; Heines (2005), S. 1685

<sup>4</sup> Vgl. Golembeski/Fullilove (2005), S. 1702

<sup>5</sup> Vgl. Treadwell/Formicola (2005), S. 1678

<sup>6</sup> Vgl. Golembeski/Fullilove (2005), S. 1705

### 3 Forschung und Literatur zur Gesundheit im Strafvollzug

Um den Stellenwert qualitativer Forschung zur Gesundheit von Strafgefangenen zu verdeutlichen, folgt nun eine Übersicht über bedeutende Studien und Literaturquellen zu diesem Thema. Im ersten Unterkapitel mache ich auf die Dürftigkeit des Materials weltweit aufmerksam, bevor ich dann in den weiteren Abschnitten auf die von mir recherchierten Quellen näher eingehe. Dabei sollen auch ein paar Hintergründe zur Entstehung bzw. zu den Verfassern der jeweiligen Quelle erläutert werden. Bei den Studien gebe ich außerdem kurz die wichtigsten Erkenntnisse (Inhalte) wieder.

#### 3.1 Der Mangel an empirischer Forschung und Grundlagenliteratur

In den meisten von mir recherchierten Quellen wird betont, wie wenig wissenschaftliches Material es zur Gesundheit von Gefängnisinsassen gibt. Heino Stöver bedauert dieses Phänomen insbesondere mit Blick auf die Bundesrepublik Deutschland. Es gebe hierzulande im Strafvollzug keine systematisierende Forschung und Dokumentation (z.B. Gesundheitsberichterstattung), was zur Folge habe, dass nur über Teilbereiche der Insassengesundheit vereinzelte Informationen vorlägen.<sup>1</sup> Vor allem fehlten Längsschnittstudien, um gesundheitliche Trends (Veränderungsprozesse) beobachten zu können. Das sei erstaunlich, weil das Setting Haftanstalt einen relativ kontinuierlichen Zugang zu Forschungssubjekten wie Gefangenen zulasse. Erfasst würden aber nur einige außergewöhnliche Vorfälle wie Sterbefälle, Selbstmorde oder bestimmte meldepflichtige Krankheiten. Das habe zur Folge, dass es keine repräsentativen, vergleichbaren Daten zur Gefangenengesundheit gebe.<sup>2</sup> An gleicher Stelle kritisiert Stöver die Ausgliederung der Gefangenengeneration aus der gesetzlichen Krankenkasse. Durch die fehlende Kassenkontrolle würden gesundheitliche Entwicklungen in den Haftanstalten für Außenstehende undurchschaubar. Außerdem sei der Verwaltungsapparat im Justizvollzug sehr bürokratisch; bei jeder Studie müssten erst Berge von Akten gewälzt werden, um Daten auswerten zu können.

Frieder Dünkel, ein häufig zitierter Jurist in der Literatur zum deutschen Strafvollzug, gibt in seiner 1996 erschienenen Schrift *Empirische Forschung im Strafvollzug* einen Überblick über die Strafvollzugsforschung in Deutschland nach 1945. Schon im Vorwort

---

<sup>1</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 314

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 315

wird die Sorge geäußert, „dass die empirische Forschung sich in den 80er Jahren aus dem Strafvollzug zunehmend zurückgezogen hat.“<sup>1</sup> Dünkel betont die dringende Notwendigkeit einer solchen Forschung, da sie der konstruktiven und kritischen Begleitung der Justizpolitik diene und somit auch eine gesellschaftspolitische Aufgabe erfülle. Dünkels Hinweis auf aktuelle Probleme des deutschen Strafvollzugs, die eine Verwirklichung liberal-rechtsstaatlicher Grundsätze in Frage stellen<sup>2</sup>, bezieht sich vor allem auf gesundheitsrelevante Themen wie die Überbelegung von Haftanstalten oder die überalterte Bausubstanz vieler Gefängnisse (auf ähnliche Probleme weist auch Stöver in seiner Kritik am Forschungsmangel hin<sup>3</sup>). Bei verschiedenen Autor/innen wird bemerkt, dass es allein schon zur Insassenstruktur – also dazu, wie viele Häftlinge mit welchem Straftatbestand und welchem Strafmaß in welcher Haftform untergebracht sind – an seriösen Datensätzen mangle. Ein Grund dafür ist laut Dünkel die Praxis, Gefangenenzahlen meist in Form von Stichtagserhebungen zu erfassen, anstatt beispielsweise einen gesamten Entlassungsjahrgang in die Statistik aufzunehmen. Dünkel bemängelt ferner, dass bislang viel zu wenig über soziale und persönliche Merkmale von Gefangenen bekannt sei, was sich auch in der Kürze der entsprechenden Kapitel in den juristischen Standardwerken bemerkbar mache.<sup>4</sup>

Kaiser und Schöch benennen in ihrem Grundlagenwerk zum Strafvollzug ein Problem, das Mit-Ursache für die dürftige Datenlage sein könnte: die „Abschirmungstendenzen“ mancher Vollzugsanstalten gegenüber der Öffentlichkeit.<sup>5</sup> Zwar könne man nur mit Hilfe einer (bislang nicht vorhandenen) empirischen Erhebung wissenschaftlich klären, ob und inwieweit solch eine Abschirmung heute immer noch stattfindet. Doch die Autoren betonen, dass „jedwede Verwaltung als Bürokratie nach Regeln funktioniert, die eher Beständigkeit voraussetzen denn Spontaneität begünstigen, so dass unkontrollierte Mitwirkung von Dritten schon fast kraft Sachzwangs [...] den Charakter eines überaus störenden ‚Ärgernisses‘ gewinnt“<sup>6</sup>. An gleicher Stelle wird Johannes Feest (1996) mit den Worten zitiert: „Auch heute noch begegnet man dem ‚Eindringen‘ der Bürger in die Anstalten mit offener Skepsis und sähe diese lieber draußen. Jeder Versuch der Bürger, sich mit den Problemen des Vollzugs auseinanderzusetzen, wird ängstlich als feindseliger Angriff angesehen, dem man mit jedem Mittel begegnen müsse.“<sup>7</sup> Stöver bemerkt dazu: „Forschung in deutschen Strafanstalten wird oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den

---

<sup>1</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. VII

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. VIII

<sup>3</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 315

<sup>4</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. 35

<sup>5</sup> Vgl. Kaiser/Schöch (2002), S. 140 ff.

<sup>6</sup> Ebd., S. 143

<sup>7</sup> Ebd., S. 142 f.

Justizvollzugsbehörden abgeblockt“<sup>1</sup>. Zu diesen Feststellungen lassen sich meine eigenen Erfahrungen hinzufügen, die ich in der Einleitung geschildert habe.

Während also durch das „Aussperren“ der Öffentlichkeit<sup>2</sup> Forschung im Vollzug behindert oder zumindest verzögert wird, werden den Bürgern durch unzureichende Öffentlichkeitsarbeit von Seiten der Justizvollzugsverwaltungen die Realität innerhalb der Gefängnisse und somit auch die gesundheitlichen Belange und Probleme der Gefangenen vorenthalten. Der daraus resultierende Mangel an Information und Transparenz wird von Kaiser/Schöch indirekt als bedenklich im Sinne der Rechtsstaatlichkeit bezeichnet, da alle Staatsverwaltungen laut Verfassung grundsätzlich zur Informierung der Öffentlichkeit verpflichtet seien.<sup>3</sup> Sinn dieses demokratischen Grundsatzes sei es einerseits, der Allgemeinheit Kontrollmöglichkeiten über Verwaltungskomplexe wie den Justizvollzug zu gewähren. Darüber hinaus sei Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um die Akzeptanz gesetzlicher Reformen im Justizvollzug bei Bürgern und Politikern zu erhöhen. Gerade gegen die Veränderung des Strafvollzugswesens würden in der Bevölkerung schnell Widerstände laut.<sup>4</sup> Wie sehr die Gesundheit Strafgefangener außerdem ein Thema öffentlicher Gesundheit ist und warum sie allein deshalb im Interesse der Allgemeinheit ‚transparent‘ gemacht werden sollte, habe ich schon in Kapitel 2.2 angesprochen.

Auch internationale Quellen kritisieren das Defizit empirischer Forschung im Strafvollzug. Katarina Tomasevski (Kap. 3.3.1) widmet dem „Mangel an Gesundheitsinformation“ gleich zwei Unterkapitel in ihrem Studienbericht.<sup>5</sup> Darin stellt sie fest, dass weltweit nur in wenigen Staaten Informationen über die Gesundheit von Gefangenen erhältlich seien, und wenn, lägen sie nicht in Form periodisch erhobener, vergleichbarer Daten vor. Daher seien internationale Vergleiche gar nicht erst möglich. Die Erfassung von Gesundheitsdaten beschränke sich in den einzelnen Ländern meist auf die ärztlichen Untersuchungen bei der Aufnahme neuer Gefangener. Da die Gesundheit der Gefangenen weder während des Haftaufenthalts noch bei Entlassung dokumentiert werde, seien die Effekte der Freiheitsstrafe auf die Gesundheit der Inhaftierten bislang (bis zum Jahr 1992) kaum untersucht.<sup>6</sup> In der Einleitung versteht Tomasevski ihre eigene Studie denn auch lediglich als „ersten Schritt“ zur Erhebung international vergleichbarer Grunddaten („basic data“).<sup>7</sup> Auf europäischer Ebene würden immerhin einige quantitative Daten zu den

---

<sup>1</sup> Stöver (2005)

<sup>2</sup> Kaiser/Schöch (2002), S. 143

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 140

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 140 f.

<sup>5</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 8 ff. u. S. 37 ff.

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 8 f. u. S. 37

<sup>7</sup> Ebd., S. 1 und S. 18

Strafvollzugssystemen im *Prison Information Bulletin* veröffentlicht; allerdings handele es sich um keine systematisch erfassten Daten. Eine Verbesserung bei der Erforschung übertragbarer Krankheiten habe es lediglich infolge der AIDS-Pandemie in den 80er Jahren gegeben. Weiter konstatiert Tomasevski, dass auch die verfügbare Grundlagenliteratur zu dem Thema äußerst knapp sei. Oftmals seien thematische Bezüge nur verstreut in anderen wissenschaftlichen Disziplinen wie der allgemeinen Gesundheitsforschung oder der juristischen Literatur zu finden.<sup>1</sup>

Treadwell und Formicola beschreiben im *American Journal of Public Health* vom Oktober 2005 die Schwierigkeiten beim Recherchieren von Informationen über die Zahngesundheit von Gefängnisinsassen.<sup>2</sup> Der nationale Gesundheitsbericht der USA über Zahngesundheit habe keine Daten zur Gefangenenpopulation enthalten, auch die Internetrecherche bei PubMed habe kaum nennenswerte Resultate erbracht. So mussten die Autoren auf kleine Studien in einzelnen Haftanstalten zurückgreifen und zusätzlich Experteninterviews mit Zahnärzten vor Ort führen, um an verwendbare Basisinformationen zu gelangen. In der Einleitung zum Thema ‚Gesundheit in Haft‘ bemerken Treadwell und Nottingham, Herausgeber des *American Journal of P. H.*, dass in den Vereinigten Staaten sehr wenig unternommen werde, gesundheitliche Beeinträchtigungen von Gefangenen zu quantifizieren und zu beschreiben, obwohl es sich um eine Nation mit hervorragenden Epidemiologen handele.<sup>3</sup> Es wird vor allem auf sozial und gesundheitlich benachteiligte Inhaftierte verwiesen, denen durch das Fehlen von Datenpublikationen die Chance genommen werde, ihre Probleme in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Die Dürftigkeit des Datenmaterials weltweit mag vor allem deshalb verwundern, weil es seit langem internationale Vereinbarungen zum Schutz der Menschenrechte allgemein und der Rechte Gefangener im Besonderen gibt.<sup>4</sup> Dünkel betont, dass „ein internationalen Grundsätzen und den Grund- und Menschenrechten entsprechender rechtsstaatlicher Vollzug [...] nur über eine Transparenz des Vollzugsgeschehens gewährleistet“<sup>5</sup> werden könne. Diese Transparenz wiederum werde unter anderem durch Forschung vermittelt, was den Stellenwert empirischer Begleitforschung im Justizvollzug – auch und gerade zu gesundheitlichen Sachverhalten – hervorhebt.

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 9 f.

<sup>2</sup> Vgl. Treadwell/Formicola (2005), S. 1678

<sup>3</sup> Vgl. Treadwell/Nottingham (2005), S. 1677

<sup>4</sup> Übersichten hierzu finden sich bei Tomasevski (1992) im Anhang auf S. 225 ff. und bei Laubenthal (2003), S. 15 ff.

<sup>5</sup> Dünkel (1996), S. VII

## 3.2 Forschung und Literatur aus Deutschland

### 3.2.1 Literatur aus dem Umfeld von Heino Stöver und der Deutschen AIDS-Hilfe

Die wohl umfangreichste Literatur zur Gesundheit im Strafvollzug im deutschsprachigen Raum stammt von Dr. Heino Stöver<sup>1</sup> und den mit ihm kooperierenden Forscher/innen. Der Diplom-Sozialwissenschaftler und Drogen-/AIDS-Experte arbeitet zur Zeit der Veröffentlichung meiner Arbeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Drogenforschung, von wo aus er verschiedene, zum Teil europaweit installierte Gesundheitsprogramme steuert und begleitet. Er hat sich seit den 90er Jahren zunehmend im Bereich *Prison Health* spezialisiert und genießt auf diesem Gebiet inzwischen internationalen Ruf. Was man Stöver vor allem zugute halten kann, ist der ‚Synergieeffekt‘, den er mit seiner Forschung geschaffen hat. Durch ihn wurden nämlich die bislang (weltweit) existierenden Quellen gewissermaßen zusammengeführt, indem er sie in seinen Schriften zitiert und daraus ein eigenes Bild von Gesundheitsproblemen und Gesundheitsförderung im Strafvollzug entwickelt. Bei meinen Recherchen habe ich festgestellt, dass ich häufig auf dieselben Quellen gestoßen bin, die in den Bibliographien bei Stöver aufgeführt sind. Das betrifft nicht nur die themenspezifische Literatur der AIDS-Hilfe und der Juristen (s. unten), sondern auch gesundheits- und sozialwissenschaftliche Grundlagenautoren wie Hurrelmann oder Grossmann/Scala (s. Kap. 2.1), was nicht weiter verwundert, da Stöver ja selbst aus diesem Wissenschaftszweig kommt. An der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg (Niedersachsen) war er Mitherausgeber der beim universitätseigenen Verlag erschienenen Schriftenreihe *Gesundheitsförderung im Justizvollzug*<sup>2</sup>. Die Reihe enthält neben theoretischen Grundlagen zur settingorientierten Gesundheitsförderung auch Begleittexte und Berichte zu konkreten Gesundheitsprojekten in Haftanstalten (darunter eine von Tielking, Stöver u.a. geleitete Studie in der JVA Oldenburg<sup>3</sup>). Darüber hinaus hat Stöver fachbezogene Artikel in Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe und in Kommentaren zum deutschen Strafvollzugsgesetz veröffentlicht. Einige Skripte zu seinen Vorträgen auf Symposien und Konferenzen sind im Internet abrufbar.<sup>4</sup>

Obwohl Stöver den Gesundheitsbegriff umfassend definiert und diverse Gesundheitsprobleme in Haftanstalten thematisiert, sind die von ihm publizierten Texte ebenso wie

---

<sup>1</sup> Ausführlicheres zur Person auf [www.heinostoever.de](http://www.heinostoever.de)

<sup>2</sup> Die meisten Bände der Schriftenreihe können direkt beim Bibliotheks- und Informationssystem (BIS) der Universität Oldenburg angefordert werden.

<sup>3</sup> Tielking/Becker/Stöver (2003)

<sup>4</sup> Erhältlich z.B. auf der Internetseite des Bremer Drogenforschungsinstituts: [www.archido.de](http://www.archido.de)

seine Forschungsprojekte schwerpunktmäßig auf die Themenbereiche Drogen und HIV/AIDS ausgerichtet. Auch in seiner hier mehrfach zitierten Habilitationsschrift *Healthy Prisons*, in der Stöver das Leitbild einer umfassenden Gesundheitsförderung im Strafvollzug entwirft, liegt das Hauptaugenmerk des Forschers auf Förderungsmaßnahmen bei HIV-Infizierten und Drogenkonsument/innen. Diese Konzentration auf bestimmte Problemgruppen dürfte zum einen auf Stövers wissenschaftlicher Biographie beruhen, zum anderen gehören Drogen und HIV/AIDS aber auch zu den größten Herausforderungen im Strafvollzug; Stöver beruft sich hier auf internationale Studien wie den Tomasevski-Bericht (Kap. 3.3.1).

Sozusagen in einem Atemzug mit den Veröffentlichungen Stövers kann die Literatur der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. genannt werden. Stöver ist z.B. Mitherausgeber des Leitfaden-Hefts *Risikominimierung im Strafvollzug* vom April 2003<sup>1</sup> (Jutta Jacob, Stöver-Kollegin aus Oldenburg und Forscherin zu Drogen im Strafvollzug, wirkt als Autorin mit). Das Projekt, in dessen Rahmen der Leitfaden publiziert wurde, geht auf ein EU-Programm zur Prävention von Drogenabhängigkeit zurück.<sup>2</sup> Der Leitfaden gibt Tipps für das Gesundheitsverhalten von Häftlingen und enthält ausführliche Informationen zu gesundheitlichen Risiken im Strafvollzug, und zwar über die Schwerpunktthemen Drogen und HIV/AIDS hinausgehend. Des Weiteren liefert das Aidshilfe-Handbuch *Betreuung im Strafvollzug*<sup>3</sup> wertvolle Eindrücke von Problemen Gefangener in den Haftanstalten. Die Autor/innen sind oder waren teilweise selbst Betreuer/innen von Häftlingen, was ihre qualifizierten Berichte zum Teil sehr praxisnah und anschaulich macht.

### 3.2.2 Aspekte zur Gefangenengesundheit in rechtswissenschaftlichen Quellen

Da Gesundheitsfragen im Strafvollzug unvermeidlich mit juristischen Fragen verwoben sind, berufen sich Experten wie die Autor/innen der Aidshilfe oder Heino Stöver häufig auf Quellen der rechtswissenschaftlichen Literatur. In den juristischen Standardwerken zum deutschen Strafvollzug sowie in weiteren Veröffentlichungen meist liberal orientierter Rechtsexperten findet man durchaus Hinweise auf die Gesundheit von Strafgefangenen, wenn auch die entsprechenden Abschnitte meist nicht sehr lang und ausführlich sind und Gesundheitsaspekte überwiegend im Zusammenhang mit rechtlichen Fragen diskutiert

---

<sup>1</sup> Trautmann/Stöver (2003)

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 3

<sup>3</sup> Deutsche AIDS-Hilfe (1996)

werden. So werden in den Grundlagenwerken von Laubenthal<sup>1</sup> und Kaiser/Schöch<sup>2</sup> Gesundheitsthemen hauptsächlich im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Paragraphen des Strafvollzugsgesetzes (z.B. Gesundheitsfürsorge oder Unterbringung der Gefangenen<sup>3</sup>) behandelt. Johannes Feest sieht in seinem Kommentar zum deutschen Strafvollzugsgesetz<sup>4</sup> ein ganzes Kapitel zum Thema ‚Gesundheitsfürsorge‘ vor; Verfasser des Artikels sind Axel Boetticher und Heino Stöver.<sup>5</sup> Mit empirischer Forschung im Strafvollzug befasst sich Frieder Dünkel, den ich schon in Kapitel 3.1 vorgestellt habe. Der von Stöver und anderen Experten häufiger zitierte Jurist hat auch Abhandlungen über Alternativen zur Freiheitsstrafe veröffentlicht.<sup>6</sup> Mit der grundsätzlichen Infragestellung der Freiheitsstrafe beschäftigt sich Heinz Müller-Dietz in seiner Schrift *Menschenwürde und Strafvollzug*<sup>7</sup>. Es handelt sich um die schriftlich erweiterte Fassung eines Vortrages, den der Rechtswissenschaftler im Oktober 1993 vor der Juristischen Gesellschaft zu Berlin gehalten hat. Im Kontext seiner Abhandlung abolitionistischer, sprich: auf die Abschaffung der Freiheitsstrafe ausgerichteter Thesen werden automatisch Gesundheitsaspekte tangiert, zumal Gesundheit als ein Grundrecht gilt, das eng mit der Würde des Menschen verknüpft bzw. unmittelbarer Bestandteil dieser ist.<sup>8</sup>

Besondere Erwähnung verdient die Arbeit von Rainer Oberheim zum Problem der Gefängnisüberfüllung.<sup>9</sup> Die Dissertation im Fachbereich Rechtswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen wurde 1985 beim Verlag Peter Lang im Rahmen einer Reihe Europäischer Hochschulschriften veröffentlicht. Der Verfasser setzt sich darin umfassend mit den gesundheitlichen und sozialen Folgen durch Überbelegung von Hafträumen – hauptsächlich in deutschen Strafanstalten – auseinander. Die Arbeit hat vor allem deshalb einen großen Stellenwert bei der Vorbereitung einer qualitativen Gefangenenbefragung, weil die Überbelegung seit langem ein flächendeckendes Problem in den Haftanstalten der Bundesrepublik ist<sup>10</sup> und man daher erwarten kann, dass Gefangene in Interviews – zumindest unbewusst – auf Belastungen durch Überfüllung zu sprechen kommen. Speziell mit dem Überfüllungsproblem setzt sich auch Tobias Mushoff in einem Artikel der

---

<sup>1</sup> Laubenthal (2003)

<sup>2</sup> Kaiser/Schöch (2002)

<sup>3</sup> Unterbringung: §§ 17-22 StVollzG; Gesundheitsfürsorge: §§ 56-66 StVollzG

<sup>4</sup> Feest (2000)

<sup>5</sup> Boetticher/Stöver (2000)

<sup>6</sup> Vgl. z.B. Oberheim (1985) im Literaturverzeichnis, S. 407 f.

<sup>7</sup> Müller-Dietz (1994)

<sup>8</sup> Vgl. dazu auch Art. 2, Abs. 2 GG: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit [...]“; sowie zur Einschätzung dieses Sachverhalts durch die WHO: Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 53

<sup>9</sup> Oberheim (1985)

<sup>10</sup> Vgl. dazu außer Oberheim (1985) auch Mushoff (2004) sowie speziell zur Situation in der JVA Lübeck: Kieler Nachrichten (2006)

Zeitschrift *Forum Recht* auseinander.<sup>1</sup> Laut Eigenauskunft der Redakteur/innen dient das Magazin als offenes Forum für Autor/innen des progressiven, linken oder alternativen Spektrums. Studierende und Referendar/innen könnten sich hier den Themen widmen, die „in der gängigen [...] rechtspolitischen Diskussion zu kurz kommen“<sup>2</sup>. Mushoff verweist in den Fußnoten seines Artikels auf viele namhafte Juristen, unter ihnen Dünkel, Kaiser/Schöch, Müller-Dietz und Kreuzer. Letzterer wiederum ist sozusagen der ‚Doktorvater‘ von Rainer Oberheim; er wird im Vorwort zu dessen Dissertation (s. oben) mit einer Danksagung bedacht.

Hier wird bereits erkennbar, dass es trotz des bei *Forum Recht* beklagten „konservativ geprägten herrschenden Diskurses im juristischen Bereich“<sup>3</sup> auch unter den Rechtswissenschaftlern Kritiker des bestehenden (deutschen) Strafvollzugssystems gibt. Darüber hinaus findet man unter den Verfassern haftkritischer Literatur aber vor allem politisch motivierte, linke Gruppierungen und Menschenrechtsorganisationen sowie einige Autor/innen mit religiösem Beweggrund. Auf die Literatur aus diesem Bereich, speziell auf Texte zur Deprivationsforschung, möchte ich im folgenden Abschnitt etwas ausführlicher eingehen.

### 3.2.3 Deprivationsforschung und haftkritische Literatur (mit Exkursen: Einzelhaft, Isolationshaft und Untersuchungshaft)

Bevor sich in Deutschland Autoren wie Heino Stöver oder die Deutsche AIDS-Hilfe der gesundheitlichen Situation von Strafgefangenen annahmen, gab es zu diesem Thema hierzulande fast ausschließlich Veröffentlichungen aus dem haftkritischen Umfeld linker Gruppierungen bzw. einiger fortschrittlich denkender Juristen. Das ist insofern bemerkenswert, als sich Wissenschaftler/innen jenseits des haftkritischen Umfelds anscheinend kaum für die Verursachung von Gesundheitsschäden durch Freiheitsentzug interessieren<sup>4</sup>. Die neuere Forschung zur Gesundheit im Strafvollzug (z.B. AIDS-Hilfe, Stöver, WHO) richtet ihren Focus hingegen häufig auf die so genannten ‚Hauptprobleme‘ wie Drogen und Infektionskrankheiten. Ohne dies grundsätzlich kritisieren zu wollen, da es sich hierbei wirklich um massive Probleme handelt, sollte in dem Zusammenhang doch

---

<sup>1</sup> Mushoff (2004). Der Text mit dem Titel *Keine Privatsphäre im Strafvollzug?* ist als pdf-Dokument auf der Internetseite des Magazins erhältlich. Herausgeber der bundesweit erscheinenden Zeitschrift *Forum Recht* sind der Bundesarbeitskreis kritischer Juragruppen (BAKJ) und der Verein Forum Recht e.V.; die Internetseite wird in Kooperation mit *linksnet.de* verwaltet.

<sup>2</sup> Forum Recht (o. J.): Über Forum Recht

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> Vgl. Henderson (2002), S. 11

nicht unbemerkt bleiben, dass die Freiheitsstrafe, vor allem durch die mit ihr verbundenen Entbehrungen sozialer und körperlicher Art, ein Gesundheitsrisiko für die Betroffenen darstellt (Kap. 4.1.1). Ein spezieller Wissenschaftszweig, die Deprivationsforschung<sup>1</sup>, befasst sich mit den Folgeerscheinungen sozialen und sensorischen Entzugs (= Deprivation) insbesondere bei solchen Gefangenen, die längere Zeit in Einzel- oder Isolationshaft verbracht haben. Entsprechende Symptome werden meist unter den Begriffen ‚Deprivationssyndrom‘ oder ‚Hospitalismus‘<sup>2</sup> zusammengefasst. Gerade zu den Auswirkungen dieser krassen Haftunterbringungsformen, aber auch zur Deprivation in Haft allgemein findet man reichlich Literatur im linken Spektrum, wobei ich mich bei der Recherche vor allem auf das Internet konzentriert habe. Die Tatsache, dass die Einzelhaft im deutschen Strafvollzugsgesetz (StVollzG) nach wie vor verankert ist, sowie die Erfahrungen aus der jüngeren Geschichte der deutschen Strafvollzugspraxis lassen indes Rückschlüsse aus den Erkenntnissen der Deprivationsforschung auf die allgemeinen Gesundheitsrisiken von Gefangenen nicht nur legitim, sondern vielmehr konsequent erscheinen. Um das verständlich zu machen, möchte ich an dieser Stelle die Begriffe ‚Einzelhaft‘ und ‚Isolationshaft‘ kurz erläutern. Sie werden in der Literatur nicht immer klar gegeneinander abgegrenzt bzw. können vielleicht auch gar nicht klar abgegrenzt werden.

Einzelhaft bedeutet laut §89 StVollzG die „unausgesetzte Absonderung eines Gefangenen“<sup>3</sup>. Sie darf ohne Zustimmung der Aufsichtsbehörde bis zu einer Länge von drei Monaten, mit Zustimmung der Behörde auch länger als drei Monate verhängt werden, und zwar als besondere Sicherungsmaßnahme nach §88 StVollzG. Dort wird die „Absonderung“ ohne den Zusatz „unausgesetzt“ als eine von sechs möglichen Sicherungsmaßnahmen genannt, die in der Regel von der Anstaltsleitung angeordnet werden (§91 StVollzG).<sup>4</sup> Auch als Disziplinarmaßnahme nach §103 StVollzG ist die Einzelhaft möglich. Sie wird hier als „Arrest“ bezeichnet. Nach §104, Abs.5 wird der Arrest in Form von Einzelhaft vollzogen.<sup>5</sup> Er darf nur bis zu vier Wochen dauern, kann aber mit anderen Disziplinierungsmaßnahmen wie dem Entzug von Arbeit, Hausgeld, Gegenständen, Zeitungen, Hörfunk- und Fernsehempfang usw. kombiniert werden (§103). Die Disziplinarmaßnahmen können von

---

<sup>1</sup> Die Deprivationsforschung befasst sich mit sozialen und körperlichen Entzugserscheinungen bei Kindern (infolge gestörter Entwicklung) und bei Menschen nach längeren Krankenhaus-, Psychiatrie- oder Gefängnisaufenthalten. Hinweise zu den Untersuchungsfeldern und speziell zur Deprivationsforschung bei Isolationshäftlingen gibt es auf [biologie.de](http://biologie.de) (2005), ferner bei Schwipperf (2001).

<sup>2</sup> Zusammenfassungen zu den Begriffen ‚Deprivation‘, ‚Deprivationssyndrom‘ und ‚Hospitalismus‘ finden sich bei [biologie.de](http://biologie.de) (2005) sowie bei Wikipedia (2006b), Wikipedia (2006c) und Wikipedia (2006d).

<sup>3</sup> § 89 StVollzG

<sup>4</sup> § 88 u. § 91 StVollzG

<sup>5</sup> §§ 103-104 StVollzG

der Anstaltsleitung angeordnet werden, wenn ein Gefangener schuldhaft gegen ihm auferlegte Pflichten – gemäß Strafvollzugsgesetz – verstößt (§102).<sup>1</sup>

Der Begriff Isolationshaft taucht im Gesetz nicht auf. Er wird hauptsächlich von Menschenrechtsorganisationen und linken Gruppierungen gebraucht, die sich kritisch mit vorherrschenden Strafvollzugssystemen auseinandersetzen. Im Online-Lexikon *Wikipedia* wird die Isolationshaft (auch ‚Isohaft‘ oder ‚Vernichtungshaft‘ genannt) als „moderne psychische Misshandlung [...]“<sup>2</sup> definiert, die im Gegensatz zur rechtlich verankerten Einzelhaft in „der Grauzone zwischen legitimer Sicherungsmaßnahme und bewusster Rechtsverletzung“<sup>3</sup> liege. Auf derselben Internetseite heißt es, dass die Isolationshaft zunächst nur gegen politische Gefangene eingesetzt wurde, sich aber mittlerweile in den Justizvollzugsanstalten etabliert habe und auch gegen „soziale Gefangene“ angewandt werde (näher erklärt wird das nicht, man verweist mit dem Vorwort „auch“ auf einen Bericht der Bundestagsabgeordneten Ulla Jelpke, Linkspartei, in einer Ausgabe der linksgerichteten Tageszeitung *Junge Welt*).<sup>4</sup> Fakt ist, dass politische Gefangene, vor allem RAF-Mitglieder, seit den 70er Jahren über längere Zeiträume in extra isolierten Zellen bzw. in ‚toten Trakten‘, später in Hochsicherheitstrakten deutscher Strafanstalten eingeschlossen wurden<sup>5</sup> und dass diese Hochsicherheitstrakte heute weiterhin zur Verwahrung besonders gefährlich eingestufte Straftäter genutzt werden (auch aktuelle Um- oder Neubauten in großen Gefängnissen sehen solche Trakte vor<sup>6</sup>). Im Rahmen der Anti-Terror-Gesetzgebung wurden in den 70er Jahren verschiedene Gesetze erlassen, die eine Isolationshaft quasi gesetzlich verankerten, ohne sie als konkrete Bestrafungsmaßnahme namentlich zu nennen. Nach §129a StGB<sup>7</sup> (Gründung, Mitgliedschaft oder Unterstützung einer terroristischen Vereinigung) konnten schon ab 1970 politische Gefangene auf Antrag der Bundesanwaltschaft und auf Anordnung des Bundesgerichtshofes in Einzelhaft genommen werden, was dann in besagten ‚toten Trakten‘ (stillgelegten Gefängnistrakten) geschah. 1976 wurden durch ein auch als „Lex RAF“ bekanntes Anti-Terror-Gesetz Veränderungen in verschiedenen anderen Gesetzen ermöglicht, darunter im StVollzG die Überwachung des Schriftverkehrs zwischen politischen Häftlingen und deren Verteidiger/innen.<sup>8</sup> 1977, im

---

<sup>1</sup> § 102 StVollzG

<sup>2</sup> Wikipedia (2006d)

<sup>3</sup> Maurer (2004), zitiert ebd.

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

<sup>5</sup> Vgl. dazu insbes. BurkS (2003) und Seibert (2001)

<sup>6</sup> Vgl. Seibert (2001). In den Kieler Nachrichten (2006) finden sich beispielhaft Informationen über die geplante Erweiterung der JVA Lübeck. Dort wird von der Einweihung eines „neuen, hochmodernen Multifunktionsgebäudes“ berichtet, in dem künftig auch der Hochsicherheitstrakt Platz finden soll.

<sup>7</sup> StGB = Strafgesetzbuch (Internetquelle im Inhaltsverzeichnis)

<sup>8</sup> Vgl. Seibert (2001)

Jahr der Schleyer-Entführung, trat das so genannte Kontaktsperregesetz in Kraft<sup>1</sup>, wonach Gefangenen, die nach §129a StGB verurteilt oder in Untersuchungshaft festgehalten wurden, jegliche Kontaktaufnahme zu anderen Menschen inklusive Anwälten verboten wurde. Alle diese Gesetze waren zwar mit der Begründung des Notstands eingeführt worden, gelten aber bis heute unverändert und können demnach jederzeit angewandt werden.<sup>2</sup>

Neben der Möglichkeit, Gefangene in Hochsicherheitstrakten zu isolieren, hat auch die Anwendung der Einzelhaft nach §89 StVollzG (s. oben) den Charakter einer Isolation. Im Bertelsmann-Werk zur deutschen Rechtschreibung wird das Verb „isolieren“ im sozialen Sinne mit dem Wort „absondern“ übersetzt (Vermerk in Klammern: „Kranke, Häftlinge“).<sup>3</sup> Das StVollzG versteht Einzelhaft, wie oben beschrieben, als „unausgesetzte Absonderung“ des Gefangenen, dasselbe trifft auf den Arrest zu, der „in Einzelhaft“<sup>4</sup> vollzogen wird. Wenn man außerdem berücksichtigt, dass in Folge der Anordnung von Disziplinarmaßnahmen dem Gefangenen kommunikative Dinge wie Fernsehen, Radio, Zeitungen/Zeitschriften oder andere Gegenstände entzogen werden können, wirkt der Ausdruck ‚Isolation‘ keinesfalls deplatziert. Überhaupt scheinen Rückschlüsse von gesundheitlichen Symptomen isolierter Häftlinge (beispielsweise aus den Schilderungen der RAF-Aktivistin Ulrike Meinhof<sup>5</sup>) auf die Gefangenengesundheit im geschlossenen Vollzug nicht allzu weit hergeholt, weil man auch ohne beweiskräftigen Datensatz annehmen kann, dass verschärfende Sicherungs- und Disziplinarmaßnahmen mehr oder weniger regelmäßig gegen bestimmte Gefangene verhängt werden und somit ein gewisser Prozentsatz der Gefangenen eines Jahres irgendwann das Gefühl der ‚Absonderung‘ oder ‚Isolation‘ erfährt. Davon abgesehen darf man nicht vergessen, dass schon der normale Regelvollzug oder die Untersuchungshaft – ohne verschärfende Sondermaßnahmen – zumindest mit Deprivationserscheinungen im sozialen Bereich einhergehen.<sup>6</sup> Frank Giesen (AIDS-Hilfe) spricht sogar von „praktizierter Isolation in den Verwahranstalten“<sup>7</sup>, Fredi Lang schreibt in der gleichen Broschüre: „Einsamkeit und Isolation sind täglich in den Stunden des Einschlusses [...] mehr oder weniger lang erfahrbar.“<sup>8</sup> Es sollte jedoch bei aller Deutlichkeit, mit der Deprivation den Vollzug beherrscht, nicht unerwähnt bleiben, dass andererseits auch die

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um eine Änderung des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz; vgl. Nadir (o. J.)

<sup>2</sup> Vgl. Heuser (2003) und Wikipedia (2006a)

<sup>3</sup> Bertelsmann (1996), S. 514

<sup>4</sup> § 104, Abs. 5 StVollzG

<sup>5</sup> Der allgemein bekannt gewordene Brief von U. Meinhof aus dem Toten Trakt des Gefängnisses Stuttgart-Stammheim ist nachzulesen in: Ausgewählte Dokumente der Zeitgeschichte (s. Literaturverzeichnis).

<sup>6</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>7</sup> Vgl. Giesen (1996), S. 27

<sup>8</sup> Vgl. Lang (1996a), S. 52

*Überbelegung* von Hafträumen und die damit verbundene dauerhafte Gruppenunterbringung von Insassen zu gesundheitlichen Schäden führen kann!<sup>1</sup>

An dieser Stelle möchte ich eine interessante Beobachtung einschieben: Manche Kritiker aus dem linken Spektrum stellen den §18 im StVollzG, der den Anspruch der Gefangenen auf Einzelunterbringung während der Ruhezeiten regelt, als Beweis dafür heraus, dass die Überfüllung in den Haftanstalten geradezu gesetzeswidrig sei.<sup>2</sup> Andere linke Kritiker wiederum sehen gerade im §18 eine Art Bedrohung, weil durch ihn die Einzelhaft legitimiert oder (während der Ruhezeiten) sogar angeordnet werde.<sup>3</sup> So wird ein und derselbe Paragraph von Kritikern mit der tendenziell selben politischen Intention auf völlig gegensätzliche Art und Weise beurteilt. Das rührt daher, dass die Einen besonders an der dauernden Überbelegung von Zellen Anstoß nehmen und dementsprechend argumentieren, während den Anderen der Verschluss von Einzelpersonen grundsätzlich menschenunwürdig erscheint. Es bleibt festzuhalten, dass beide Extreme – Überfüllung *und* Isolation – negative Folgen für die Insassen mit sich bringen (Kap. 4.1.3). Insofern sind haftkritische Experten mit beiden Positionen nicht im Unrecht, wobei sie im konkreten Fall einer Meinungsäußerung die jeweilige Gegenargumentation optimalerweise im Auge behalten sollten.

Die Sichtweise, dass der Anspruch auf Einzelunterbringung während der Ruhezeiten gleichzusetzen sei mit der Anordnung von Einzelhaft im Regelvollzug, wird besonders vehement von Horst Peinecke und Hartwig Hansen vertreten.<sup>4</sup> Trotz dieser aus meiner Sicht nicht ganz einwandfreien Behauptung möchte ich die Diplomarbeit der beiden Psychologen aus dem Jahr 1982 zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Einzelhaft als bedeutende Quelle für meine Arbeit hervorheben. Die Diplomanden – ihre Arbeit zugleich als Plattform zur Äußerung ihrer politischen Meinung nutzend – stellen die gesundheitlichen Folgen von Einzelhaftierung recht komprimiert und zugleich ausführlich dar. Als kritische Randnotiz kann jedoch vermerkt werden, dass auch Peinecke/Hansen die Begriffe Einzel- und Isolationshaft überlappend gebrauchen, genauer gesagt: Einzelhaft steht hier meist für die Isolierung (politischer) Gefangener. Nach den vorangegangenen Schlussfolgerungen scheint dies aber keineswegs verwunderlich, da es eben für die Begriffe Einzel- und ‚Isohaft‘ keine klar definierten Grenzen gibt und sie daher häufig synonym verwendet werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Oberheim (1985) und Mushoff (2004). Oberheim bezeichnet auf S. 145 die Überfüllung als „Spiegelbild“ des anderen Extremes, der Isolation.

<sup>2</sup> Vgl. als politisch auftretenden Kritiker Mushoff (2004). Oberheim (1985) nimmt zum §18 ausführlich Stellung auf S.50 ff.

<sup>3</sup> Vgl. Peinecke/Hansen (1982), insbes. S. 49 u. S. 53

<sup>4</sup> Ebd.

Im Blickfeld der Haftkritiker ist auch die vorhin eher beiläufig erwähnte Untersuchungshaft (kurz: U-Haft). Cecil Henderson beispielsweise analysiert in einer Sonderausgabe der Düsseldorfer Gefangenenzeitschrift *Ulmer Echo* die U-Haft als moderne Foltermethode.<sup>1</sup> Herausgeber des Magazins ist der Katholische Gefängnisverein Düsseldorf, dementsprechend ist Hendersons Artikel (1998 mit einem Literaturpreis ausgezeichnet<sup>2</sup>) unverkennbar religiös gefärbt. Unabhängig davon ist die zum Teil scharfe Kritik an dieser Haftform aus meiner Sicht allemal berechtigt. Zum einen ist die U-Haft – gesetzlich durch §119 der Strafprozessordnung (StPO)<sup>3</sup> und durch die bundeseinheitliche Untersuchungshaftvollzugsordnung (UVollzO)<sup>4</sup> geregelt – im Vergleich zur Freiheitsstrafe im Regelvollzug mit verschärften Sicherheitsvorkehrungen verbunden.<sup>5</sup> Darüber hinaus werden Untersuchungsgefangene auf einen *Verdacht* hin festgehalten, solange ihr Prozess noch läuft und ihre Schuld oder Unschuld nicht bewiesen ist. Gerade die mögliche Unschuld der Inhaftierten macht den verschärften Strafcharakter der U-Haft so prekär. Wenn man außerdem bedenkt, dass ein relativ hoher Anteil der Gefangenenpopulation in Deutschland in U-Haft sitzt<sup>6</sup> und bis zur endgültigen Verurteilung oder Freilassung der Betroffenen manchmal Jahre, wenigstens aber Monate vergehen<sup>7</sup>, scheint die kritische Hinterfragung dieser Haftform – zumindest in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung – beinahe unerlässlich. Mit der Einbeziehung von U-Häftlingen in eine qualitative Gefangenenbefragung und mit dem Einfluss verschiedener Haftformen auf den individuellen Gesundheitsbegriff beschäftige ich mich in Kapitel 5.3.

Nach diesem aus meiner Sicht notwendigen Exkurs über besonders scharfe Haftformen im deutschen Strafvollzug werden im folgenden Unterkapitel empirische Studien und internationale Quellen zur Gesundheit von Gefangenen vorgestellt, die den eigentlichen Sockel für die theoretische Vorbereitung einer qualitativen Befragung bilden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Henderson (2002)

<sup>2</sup> Ingeborg-Drewitz-Literaturpreis, vermerkt ebd.

<sup>3</sup> § 119 StPO

<sup>4</sup> Hinweise zur UVollzO finden sich im freenet-Lexikon (o. J. b) und bei knast.net (o. J. a)

<sup>5</sup> Vgl. freenet-Lexikon (o. J. b) und Henderson (2002)

<sup>6</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 30

<sup>7</sup> Vgl. Henderson (2002); zur Umgehung der rechtlich vorgesehenen Höchstdauer der U-Haft von 6 Monaten auch freenet-Lexikon (o. J. b)

### 3.3 Internationale Studien und Literatur

#### 3.3.1 Der Studienbericht von Katarina Tomasevski (1992)

Die Studie von Dr. Katarina Tomasevski<sup>1</sup> ist uns schon in Kapitel 3.1 begegnet. Sie ist die erste wirklich international angelegte Erhebung zur Gefangenengesundheit und diente sozusagen als Vorbereitung für die weltweit erste Konferenz zum Thema ‚Gesundheit in Haft‘ im finnischen Tampere im September 1991.<sup>2</sup> Gatherer, Moller und Hayton<sup>3</sup> beschreiben im *American Journal of Public Health* das Zustandekommen dieses Seminars in Finnland sehr anschaulich als eine Konsequenz aus zwei dramatischen Entwicklungen in den 80er Jahren. Zum einen sei der Zusammenbruch der Sowjetunion mit seinen sozialen und wirtschaftlichen Folgen verantwortlich für Probleme, aber auch für Neuorganisationen in den Strafvollzugssystemen der ehemaligen Sowjetstaaten gewesen. Zweitens hätten die AIDS-Epidemie in den 80ern und der damit verbundene Anstieg von Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder Tuberkulose die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit verstärkt auf die Strafvollzugsanstalten gelenkt. Man habe in ganz Europa, wo der Gefangenengesundheit zuvor nur wenig Beachtung geschenkt wurde, erkannt, dass diese Infektionskrankheiten in der Gefangenengeneration wesentlich höhere Prävalenzen aufwiesen als in der freien Bevölkerung. Der Europarat beauftragte schließlich das finnische Justizministerium damit, eine internationale Konferenz über *Prison Health* vorzubereiten. Um dafür wenigstens einige grundlegende Daten an der Hand zu haben, wurde vom *Helsinki Institute for Crime Prevention and Control* – einem Forschungsinstitut, das den Vereinten Nationen angeschlossen ist<sup>4</sup> – unter der Leitung von Katarina Tomasevski eine Umfrage in fast allen europäischen Staaten einschließlich Osteuropa und in Kanada durchgeführt.<sup>5</sup> Die Regierungen der Staaten erhielten von den Forscher/innen Fragebögen, in denen Fragen zur Gesundheit der Gefangenengenerationen und zu etwaigen politischen Maßnahmen im Bereich *Prison Health* gestellt wurden.<sup>6</sup> Die Ergebnisse der Studie wurden nach der Konferenz von Tampere in dem Bericht *Prison Health - International Standards and National Practices in Europe* veröffentlicht, der bis heute eine bedeutende Quelle für die internationale Forschung auf dem Gebiet darstellt. So berufen sich namhafte Autoren wie

<sup>1</sup> Vgl. zum Studiendesign Tomasevski (1992), insbes. S. 18 ff.

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 1; außerdem: Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1696

<sup>3</sup> Vgl. zu allem nun folgenden Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1696

<sup>4</sup> Vgl. Tomasevski (1992), Deckblatt des Berichts

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. XIV und S. 2. Dort erklärt Tomasevski, dass die USA aufgrund der vielen verschiedenen Strafvollzugssysteme in den US-Bundesstaaten nicht in die Untersuchung mit einbezogen wurden.

<sup>6</sup> S. zum Inhalt des Fragebogens ebd., S. 219 ff.

Stöver immer wieder auf den Tomasevski-Bericht.<sup>1</sup> Tomasevski selbst bedauert in ihrem Text, dass die Fragebögen von vielen Staaten nur unvollständig, teilweise auch gar nicht beantwortet wurden, und dass man daher keine Details analysieren, geschweige denn Trends und Entwicklungen dokumentieren konnte.<sup>2</sup> So wird in dem Bericht auch nicht der Anspruch erhoben, einen international verwertbaren Datensatz zu liefern. Was die Studie klarmache, so Tomasevski wörtlich übersetzt, sei der Mangel an Material über Gesundheit in Haft.<sup>3</sup> Weiter heißt es: „The study therefore constitutes a mosaic review of prison health problems and responses.“<sup>4</sup> Immerhin konnte mit der Studie festgestellt werden, dass sich die Gesundheitsprobleme in den Haftanstalten aller befragten Länder zwar ähnelten, der Umgang mit ihnen bzw. die Reaktionen darauf aber völlig unterschiedlich ausfielen.<sup>5</sup> Das rühre daher, so die Autor/innen des *American Journal of P.H.*, dass es bis dahin zwischen den Staaten praktisch keinerlei Austausch von Informationen und Erfahrungen im Bereich *Prison Health* gegeben habe.<sup>6</sup> Um das zu ändern, richteten die zu jener Zeit relativ fortschrittlichen Gefängnissysteme in England und Wales nach der Tampere-Konferenz einen Antrag an die Weltgesundheitsorganisation (WHO), in dem der Wunsch nach einem internationalen (zumindest europäischen) Netzwerk formuliert wurde. Ein solches Netzwerk sollte interessierten Staaten den Austausch von Erfahrungen und Ratschlägen ermöglichen. Auf der Grundlage dieses Vorschlags wurde Mitte der 90er Jahre das *WHO Health in Prisons Project (HIPP)* ins Leben gerufen, das in Kapitel 3.4 noch gesondert vorgestellt wird.

Als die drei „Hauptprobleme“ im europäischen Strafvollzug kennzeichnet Tomasevski:

- 1) Drogenmissbrauch
- 2) psychische Erkrankungen
- 3) übertragbare Krankheiten (hier insbesondere HIV/AIDS, Hepatitis und Tuberkulose)
- 4) Suizid.<sup>7</sup>

Die ersten drei Probleme seien von den Staaten in den Fragebögen genannt worden. Das vierte Problem, der Suizid, sei in den Antworten zwar nicht vorgekommen. Da Selbstmord aber die Hauptursache für die Todesfälle in Gefängnissen und außerdem ein *Prison-Health-*

---

<sup>1</sup> Vgl. z.B. Stöver (2000), S. 45 oder Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 46

<sup>2</sup> Vgl. Tomasevski (1992), insbes. S. XIII ff., S. 1 ff., S. 8 ff. und S. 37 ff.

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 8

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. XIV sowie Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1696

<sup>6</sup> Vgl. auch zu allem folgenden Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1696

<sup>7</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 61 f. - In Kap. 3 (Chapter III) befasst sich die Autorin ausführlich mit diesen Problemen.

spezifisches Thema sei, könne man Suizid als viertes Hauptproblem einstufen.<sup>1</sup> Boetticher/Stöver verweisen auf den engen Zusammenhang dieser Probleme, da der Drogengebrauch sich letztlich auf die anderen drei Risiken auswirke.<sup>2</sup> Tomasevski führt weiter aus, dass die vier Hauptprobleme nicht unbedingt die Gesundheitsprobleme mit den höchsten Prävalenzen in der Gefangenengeneration seien. Die Verwendung der Vorsilbe „Haupt-“ sieht sie im Wesentlichen durch drei Faktoren begründet:

- Alle diese Probleme seien im Strafvollzug relativ weit verbreitet, aber nicht genau definiert. Zum Beispiel sei nicht geklärt, wann Drogen noch *gebraucht* oder schon *missbraucht* würden oder wann jemand psychisch krank sei oder nicht.
- Der gesundheitsförderliche Zugang zu diesen Problemen sei schwierig, weil sie mit Kriminalität in Verbindung gebracht würden (z.B. sitzen viele Häftlinge wegen Drogendelikten, und psychische Erkrankungen spielen eine Rolle beim Umgang mit Straftätern).
- Drittens übersteige der Versorgungs- und Betreuungsbedarf der betroffenen Insassen die vorhandenen Personalkapazitäten in fast allen Strafvollzugssystemen. Kapazität meint hier sowohl die fachliche Qualifikation des Personals als auch den Personalschlüssel in den Anstalten.<sup>3</sup>

Weiter heißt es, dass die Gefängnisleitungen bzw. die für den Strafvollzug zuständigen Politiker meistens von dem Einschleppen der genannten Probleme in die Anstalten ausgingen. Es sei aber vielmehr anzunehmen, dass ein Großteil der Krankheitsfälle erst in Haft entstehe.<sup>4</sup> Dass darüber laut Tomasevski wenig Genaues bekannt sei, besagt, dass auch mit ihrer Studie kaum neue Erkenntnisse über die Auswirkungen der Freiheitsstrafe auf die Gesundheit von Menschen gewonnen werden konnten.

### 3.3.2 Die australische ‚Butler-Studie‘ (1996, 2001)

Eine weitere nennenswerte Quelle zur Gefangenengesundheit kommt aus dem australischen Bundesstaat New South Wales. Bei dem Bericht mit dem Titel *Prisoner health* handelt es sich um den *Report of the New South Wales Chief Health Officer*. Die darin präsentierten Daten zur Gefangenengesundheit, die auf einer entsprechenden Seite im Internet verfügbar sind, gehen auf eine von Tony Butler durchgeführte empirische Untersuchung im Auftrag

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 62

<sup>2</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 375

<sup>3</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 62

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

des *Corrections Health Service (CHS)*, seit 2004 *Justice Health Service*, in New South Wales zurück. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 1996 zum ersten Mal die Insassen des Bundesstaates in einer breit angelegten Erhebung zu ihrem gesundheitlichen Befinden befragt. Wie aus einer Fußnote bei Stöver hervorgeht, handelt es sich bei den Studienergebnissen um Selbstberichte der Gefangenen in einer Interviewsituation.<sup>1</sup> Dies kann sich aber nur auf das persönliche Risikoverhalten der Insassen beziehen, da Krankheiten und Gesundheitsprobleme laut Internetquelle auf der Grundlage medizinischer Untersuchungen festgestellt wurden (z.B. Erregernachweis im Blut oder ärztliche Diagnose). Bemerkenswert ist aber, dass Butler auch nach den Ursachen der prävalenten Symptome bzw. Krankheitsbilder forscht, indem er das Risikoverhalten der Gefangenen mit erfasst. Um Trends analysieren zu können, wird die Untersuchung alle fünf Jahre wiederholt und dabei zum Teil um neue Aspekte erweitert. Ich habe für meine Arbeit bereits die Vergleichsdaten von 2001 verwenden können. Ziel der Längsschnittstudie ist laut Internetbericht der Gewinn reliabler epidemiologischer Daten.<sup>2</sup> Auf der Webseite wird der Bericht als eine der umfassendsten Beschreibungen von Gefangenengesundheit weltweit bezeichnet. Auch Stöver stuft die Untersuchung als derart bedeutsam ein.<sup>3</sup>

Auffällig an dem Bericht ist, dass hier neben psychischen Erkrankungen und Infektionskrankheiten auch gesundheitliche Risikofaktoren als hoch prävalente Gesundheitsprobleme im Strafvollzug hervorgehoben werden.<sup>4</sup> Bei den übertragbaren Krankheiten<sup>5</sup> spielt HIV/AIDS im Jahr 2001 so gut wie keine Rolle (0,1% der männlichen und 0% der weiblichen Insassen sind HIV-positiv), dafür aber Hepatitis C (40,1% der Männer und 63,6% der Frauen) und B (28 bzw. 31,1%), Herpes Simplex (18,6 und 50,7%) sowie Tuberkulose (14,4 und 14,1%). Einige der Krankheiten waren im Zeitraum zwischen 1996 und 2001 rückläufig, bei anderen ist ein Anstieg zu verzeichnen. Bei den chronischen Erkrankungen<sup>6</sup> rangieren im Jahr 2001 psychische Krankheiten ganz vorne (41 bzw. 54%), gefolgt von Sehschwächen (28,7 und 32,7%), Rückenproblemen (27,5 und 37%), Asthma (20,6 und 43,8%), Herzbeschwerden (25 und 33%), Arthritis (13 und 19%) und anderen Problemen. Krebs ist immerhin bei 15,3% der Frauen festgestellt worden (bei 4,5% der Männer); statistisch an letzter Stelle liegt Diabetes mit 3,2 bzw. 3,3%. Alles in allem zeigt die Auflistung, dass eine ganze Reihe ernsthafter chronischer Krankheitsbilder im

---

<sup>1</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 314

<sup>2</sup> Vgl. Report of the New South Wales Chief Health Officer (2004): Introduction

<sup>3</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 314

<sup>4</sup> Vgl. Report of the New South Wales Chief Health Officer (2004): Introduction

<sup>5</sup> Vgl. ebd.: Communicable Diseases

<sup>6</sup> Vgl. ebd.: Chronic conditions

australischen Justizvollzug hoch prävalent sind. Einige Beschwerden wie psychische Erkrankungen, Rücken- und Herzprobleme sowie Asthma und Krebserkrankungen haben von 1996 bis 2001 außerdem zugenommen.

Ein Blick auf die gesundheitlichen Risikofaktoren<sup>1</sup> zeigt, dass der regelmäßige Gebrauch illegaler Drogen (80 und 83,6%) sowie starkes Rauchen (77,6 und 82,9%) eindeutig an der Spitze liegen. Bei beiden Problemen ist wie beim speziell untersuchten Gebrauch gespritzter Drogen (53,1 und 73,5% im Jahr 2001) eine deutliche Zunahme zwischen 1996 und 2001 erkennbar. Als weitere Risikofaktoren sind exzessiver Alkoholkonsum (bei den Männern immerhin 48,4%), ein hoher Cholesterinspiegel, mehr als fünfzig Sexualpartner bis zum Zeitpunkt der Befragung sowie Spielsucht und mangelnde körperliche Bewegung aufgelistet. Alle Faktoren sind zahlenmäßig erstaunlich hoch vertreten, wobei ich im Hinblick auf die Sexualpartner ergänzen möchte, dass diese – zumindest im Hinblick auf eine HIV-Infektion – nur dann ein Risiko darstellen, wenn kein Safer Sex betrieben wird.

Auf die Verteilung der einzelnen psychischen Erkrankungen<sup>2</sup> will ich hier nicht näher eingehen. Bei den Gründen für eine Einweisung ins Krankenhaus<sup>3</sup> fällt noch auf, dass Verletzungen und Vergiftungen relativ häufig vorkommen. Die Untersuchung hierzu wurde jedoch nur unter 20-39jährigen vorgenommen. Alle Zahlen betreffend sollte hinzugefügt werden, dass der Anteil der Frauen in australischen Gefängnissen – wie im Strafvollzug weltweit – verhältnismäßig gering ist. Er betrug in New South Wales im Jahr 2003 etwas über 6%; in absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies im Juni desselben Jahres 500 Frauen bei 8.100 Gefangenen insgesamt.<sup>4</sup>

### 3.3.3 Befragung von Gefängnisinsassen in der Schweiz (1993)

Von Stöver mehrfach zitiert wird eine Schweizer Studie zur Gesundheit von Gefängnisinsassen, die 1998 vom Schweizer Bundesamt für Statistik veröffentlicht wurde und Teil einer bundesweiten Gesundheitsbefragung in den Jahren 1992 bis '93 war. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse ist auf der Internetseite des Bundesamtes erhältlich (s. Literaturverzeichnis). Die Studie wurde vom Schweizer Bundesamt für Statistik (BFS) in

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd.: Health risk factors

<sup>2</sup> Vgl. ebd.: Mental health

<sup>3</sup> Vgl. ebd.: Causes of hospitalisation

<sup>4</sup> Vgl. ebd.: Demographic characteristics

Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) durchgeführt.<sup>1</sup> Man hatte im Frühjahr 1992 und '93 zunächst 11.446 Privatpersonen in Schweizer Haushalten im Alter von 18 bis 60 Jahren zu deren Gesundheitsempfinden befragt. Anschließend wurden eben solche Interviews mit Menschen in Institutionen geführt, und zwar in Alten- und Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen, Behinderteneinrichtungen und Gefängnissen. In den Schweizer Haftanstalten, die stichprobenartig ausgewählt wurden, haben die Experten insgesamt 201 Insassen zwischen 18 und 60 Jahren befragt. So liegt neben Resultaten über den Gesundheitszustand, die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme der Sanitätsdienste durch Schweizer Gefangene nun auch ein Vergleichsdatensatz zur Gesundheit der Normalbevölkerung im gleichen Alter vor. Weltweit kann diese Studie somit ebenfalls zu den bedeutendsten empirischen Untersuchungen im Bereich *Prison Health* gezählt werden.<sup>2</sup> Was Präventionsmaßnahmen im Strafvollzug betrifft, habe die Schweiz nach Aussage der Webseiten-Autor/innen in der Weise reagiert, dass „sie sich dem Programm ‚Gesundheitsförderung in den Gefängnissen‘ unter der Schirmherrschaft der WHO angeschlossen hat“.<sup>3</sup> Es kann sich hierbei nur um das *Health in Prisons Project (HIPP)* des WHO-Regionalbüros für Europa handeln (Kap. 3.4).

Bezüglich ihres körperlichen Gesundheitszustands fühlten sich 27% der befragten Schweizer Insassen mittelmäßig bis sehr schlecht (in der allgemeinen Bevölkerung waren das lediglich 12%), und 58% der Insassen gaben einen schlechten psychischen Gesundheitszustand an (gegenüber 31% in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung). Allein über 70% der 18-24jährigen Gefangenen fühlten sich zum Zeitpunkt der Befragung psychisch schlecht. 84% rauchende Insassen standen einem Raucheranteil von 35% in der Gesamtbevölkerung gegenüber. 62% der Häftlinge waren sogar starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag), in der gleichaltrigen Wohnbevölkerung waren es nur 10%. Als negative Folgen des Rauchens werden auf der Internetseite Atemwegserkrankungen wie chronische Bronchitis und Asthma genannt. Unter Bronchitis litten 14% der befragten Insassen (2% in der Gesamtbevölkerung), unter Asthma 12% (Gesamtbevölkerung: 3%). Eine Alkoholabhängigkeit bestand bei 11% der Gefangenen gegenüber 2% der Menschen in Privathaushalten; über die Hälfte der Insassen gab jedoch an, entweder keine Gelegenheit oder keine Erlaubnis zum Alkoholkonsum zu haben. Auch die Abhängigkeit von Medikamenten und der Gebrauch illegaler Drogen waren in der Schweizer Gefangenenpopulation im Jahr 1993 wesentlich stärker verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. 83%

---

<sup>1</sup> Vgl. zu allem folgenden Schweizer Bundesamt für Statistik (1998)

<sup>2</sup> Vgl. auch Boetticher/Stöver (2000), S. 373

<sup>3</sup> Schweizer Bundesamt für Statistik (1998); vgl. auch zu allem folgenden ebd.

der 18-39jährigen Gefangenen hatten in ihrem Leben schon mindestens einmal Drogen konsumiert (17% i. d. Gesamtbevölkerung), 45% gaben an, während der Haft Haschisch zu konsumieren, 29% nahmen harte Drogen wie Heroin, Kokain und Methadon (letzteres als Ersatzstoff für Drogen). Erstaunlich auch der Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeit: sie ist unter den Gefängnisinsassen achtmal höher als in der gleichaltrigen Wohnbevölkerung! Als häufigste Todesursachen werden in der Internet-Quelle überdosierte Drogen (ca. ein Drittel der Todesfälle) und Selbstmord (27% der Todesfälle) angeführt.

### 3.3.4 American Journal of Public Health (Oktober 2005)

Eine hervorragende Quelle für meine Arbeit war das hier schon mehrfach zitierte *American Journal of Public Health*. Die Ausgabe vom Oktober 2005 richtet ihr Hauptaugenmerk auf die Gesundheit der Gefängnisinsassen in den USA. In den Artikeln wird teilweise Bezug auf Studien genommen, die in amerikanischen Gefängnissen durchgeführt wurden. Ohne im Einzelnen auf die Studiendesigns einzugehen, filtern die Autor/innen des Journals zum Teil interessante Zusammenhänge aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen. Ein Artikel über die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des „Supermaximum Prison“<sup>1</sup> kann der in Kapitel 3.2.3 besprochenen Deprivationsliteratur zugeordnet werden. Lorna A. Rhodes beschreibt anhand eines Fallbeispiels die möglichen Konsequenzen eines Einschlusses in total isolierte Hochsicherheitszellen und beklagt damit einhergehend die einseitig auf Bestrafung und Sicherheit ausgerichtete Strafvollzugspolitik der USA.<sup>2</sup> In gleich mehreren Artikeln machen die Autor/innen auf die soziale Ungleichheit in der Gefangenenpopulation aufmerksam: sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, in Amerika vor allem Schwarze und Latinos, seien überproportional in den Gefängnissen vertreten und bekämen drinnen wie draußen nicht genügend Unterstützung bei der Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Probleme<sup>3</sup> (s. auch Kap. 2.2). Beide Sachverhalte – die stärkere soziale Schieflage in der Gefangenenpopulation sowie das Fehlen einer kontinuierlichen Gesundheitsbetreuung während *und* nach Haft – werden von Stöver als Manko auch im deutschen Strafvollzug bedauert.<sup>4</sup> Dass die gesundheitliche Betreuung Strafgefangener für deren Resozialisierung eine große Rolle spielt, wird von den Journalist/innen des *American Journal of P.H.* ebenso

---

<sup>1</sup> Rhodes (2005)

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 1692

<sup>3</sup> Vgl. insbes. Treadwell/Formicola (2005), S. 1677 f. und Golembeski/Fullilove (2005), S. 1701 f.

<sup>4</sup> Vgl. Stöver (2005)

betont<sup>1</sup> wie von Fredi Lang (AIDS-Hilfe)<sup>2</sup>. Da gerade im deutschen Strafvollzugsgesetz die Resozialisierung als oberstes Ziel der Freiheitsstrafe festgeschrieben ist<sup>3</sup>, kann mit Recht behauptet werden, dass zur Erreichung dieses Ziels ein vernünftiger Umgang mit der Gesundheit der Insassen unverzichtbar ist. Gesundheitsfürsorge und -förderung sind meines Erachtens unbedingte Voraussetzungen für eine wirklich erfolgreiche Resozialisierungspolitik.<sup>4</sup> Für die momentane Situation in Deutschland bedeutete dies allerdings, dass die Voraussetzungen der Gesundheitsfürsorge in den Gefängnissen erheblich verbessert und gezielte Gesundheitsförderung im Strafvollzug überhaupt erst etabliert werden müsste. Darauf komme ich in Kapitel 4.3 noch einmal zurück.

Besonders interessant im *American Journal of P.H.* erscheint ein Artikel über die Zahngesundheit von Insassen.<sup>5</sup> Während ich den darin beklagten Mangel an Daten bereits in Kapitel 3.1 geschildert habe, möchte ich an dieser Stelle auf den beschriebenen Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und allgemeiner Gesundheit eingehen. Zum Beispiel sollen nach Darstellung der Autoren Infektionen im Mundraum eine Ursache für Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen sein – beides in Deutschland weit verbreitete chronische Krankheiten. Im Gefängnis der amerikanischen Stadt Maine wurden Rauchen und Zahnprobleme als die am meisten verbreiteten Gesundheitsprobleme nach psychischen Erkrankungen und Drogenmissbrauch identifiziert. Das ist bemerkenswert, weil in der deutschen Literatur höchstens in Bezug auf Drogenabhängige und Obdachlose von Zahnproblemen die Rede ist. Überhaupt wird nirgendwo sonst in der von mir recherchierten Literatur so deutlich auf die Prävalenz von Mund- und Zahnerkrankungen bei Häftlingen hingewiesen. Karies, Parodontose und Zahnausfall seien laut Treadwell/Formicola in der Gefangenenpopulation deutlich häufiger vorzufinden als in der freien Bevölkerung, besonders bei Insassen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Die Autoren schlussfolgern aus den Korrelationen zwischen Zahn- und allgemeiner Gesundheit, dass eine bessere gesundheitliche Versorgung der Zähne bei den Insassen eine Aufwertung ihres allgemeinen Gesundheitszustands zur Folge haben müsste. Ich möchte diesbezüglich die eigene Vermutung ergänzen, dass durch schlechte Zähne auch das psychische Wohlbefinden eines Menschen abgewertet werden kann.

Beispielhaft verdeutlicht dies meine persönliche Begegnung mit einem Häftling, den ich im Rahmen einer ehrenamtlichen Beratertätigkeit mehr oder weniger regelmäßig in der

---

<sup>1</sup> Vgl. insbes. Pogorzelski et al. (2005) sowie speziell zu Frauen und Jugendlichen Freudenberg et al. (2005).

<sup>2</sup> Vgl. Lang (1996a), S. 56 ff.

<sup>3</sup> Vgl. § 2 StVollzG

<sup>4</sup> Vgl. auch Lang (1996a), s. 56 ff.

<sup>5</sup> Treadwell/Formicola (2005)

Sozialtherapeutischen Anstalt in Hamburg-Bergedorf besuchte. Der Betreffende, den ich hier „X“ nennen möchte, litt an einer Zahnkrankheit, deren Name mir nicht bekannt ist. Seine Zähne faulten und nahmen eine schwarze Färbung an. Abgesehen von dem damit verbundenen Unwohlsein, weil jeder die schlechten Zähne sah, wenn X den Mund öffnete, hatte der Mann auch Schwierigkeiten beim Essen. Es dauerte ziemlich lange, bis die Anstaltsverwaltung auf seinen Antrag reagierte, dass man sein Essen in der Anstaltsküche zerkleinern möge. Als man seinem Wunsch endlich folgte, bekam er zu Brei verarbeitetes Mittagessen, was bei ihm wiederum auf Ablehnung stieß. Er bemühte sich parallel dazu, eine Sanierung seiner Zähne zu beantragen, was ihm auch gelang. Ihm sollten die Zähne gezogen und eine Prothese angepasst werden. Da X generell große Angst vor zahnärztlichen Eingriffen hatte, riet ihm sein betreuender Psychiater zu einer Operation unter Vollnarkose. Der begutachtende Zahnarzt, den X in Begleitung von Sicherheitsbeamten in einem externen Gefängnis Krankenhaus aufsuchen musste, weigerte sich jedoch aufgrund der zahlreichen Medikamente, die X bekam (darunter Psychopharmaka), eine Narkose vorzunehmen. So zogen sich die Verhandlungen mit beiden Ärzten in die Länge. Schließlich wurde X gegen seinen Willen in ein anderes Gefängnis verlegt. In dieser Zeit ist der Kontakt zu ihm abgebrochen, deshalb kann ich nicht berichten, wie seine Zahngeschichte weiter verlaufen ist. – Was an diesem Beispiel auch deutlich werden soll, ist die Kompliziertheit, mit der gesundheitliche Versorgungsprozesse im Vollzug ablaufen können.

Indes ist fraglich, ob Insassen in einer qualitativen Befragung zum Gesundheitsverständnis Zahnprobleme nennen würden, wenn es sich nicht gerade um massivere Erkrankungen handelt wie in dem gerade geschilderten Fallbeispiel. Davon unabhängig wäre es aber interessant zu erfahren, ob Zahnprobleme unter Gefängnisinsassen in Deutschland stärker verbreitet sind als in einer Vergleichsgruppe außerhalb des Strafvollzugs. Das herauszufinden gelänge nur mit einer breit angelegten *quantitativen* Studie. Zur Vorbereitung einer *qualitativen* Untersuchung würde ich empfehlen, vorab ein paar Experten, darunter auch eine/n Zahnarzt/-ärztin, zu befragen, die für die jeweilige Haftanstalt eine eigene Einschätzung über Gesundheitsbeschwerden der Insassen liefern könnten. Für meine in Lübeck geplante Untersuchung (s. Einleitung) wollte ich im Voraus solche Kurzgespräche mit Experten führen.

In den Artikeln des *American Journal of P.H.* werden vor allem drei Infektionskrankheiten wiederholt als vorrangige Gesundheitsprobleme im amerikanischen

Justizvollzug benannt. Es sind dies Tuberkulose, Hepatitis C und HIV/AIDS.<sup>1</sup> Den Anstieg der Tuberkulose in US-Gefängnissen charakterisiert Restum als dramatisch. Eine Zunahme der Atemwegserkrankung sei auch in den Kommunen erkennbar, was Restum auf die hohe Verbreitung in den Haftanstalten zurückführt.<sup>2</sup> Während die Hepatitis von der Deutschen AIDS-Hilfe als „die gefängnistypische“ Krankheit bezeichnet wird<sup>3</sup>, spielt auch die Tuberkulose im europäischen Strafvollzug eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie steht zwar in der deutschen Literatur fast nie im Vordergrund, aber die AIDS-Hilfe macht in ihrem Leitfaden für das Gesundheitsverhalten von Insassen ausdrücklich auf Tbc-Risiken und -Präventionsmaßnahmen aufmerksam<sup>4</sup>, und Tomasevski behauptet sogar, dass die Tuberkulose bei gleich bleibender Vermehrung die am weitesten verbreitete übertragbare Krankheit im Strafvollzug werden könnte.<sup>5</sup> Sie schwächt diese Prognose dann aber durch das Argument ab, dass man der Krankheit relativ einfach, d.h. mit effizienten Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen, begegnen könne. In ihrem Bericht von 1992 beschreibt die Forscherin die Tuberkulose vor allem als Problem im osteuropäischen Strafvollzug<sup>6</sup>, erklärt aber an gleicher Stelle, dass auch in den Gefängnissen westeuropäischer Länder die Krankheit stärker verbreitet sei als in der Gesamtbevölkerung. Vor allem der Aufruhr um AIDS in den 80er Jahren habe die öffentliche Aufmerksamkeit von den „klassischen“ Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose abgelenkt.<sup>7</sup>

Schließlich habe ich im *American Journal* noch die Notiz gefunden, dass neben einer höheren Prävalenz von Alkohol- und Drogenkonsum sowie psychischen Erkrankungen im amerikanischen Strafvollzug auch eine vergleichsweise größere Verbreitung chronischer Krankheiten festgestellt wurde. Namentlich aufgeführt wird bei Heines jedoch nur Asthma.<sup>8</sup> Sie zitiert einen Bericht vor einem Chicagoer Kongress zum Gesundheitsstatus von Häftlingen, die kurz vor der Entlassung stehen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Restum (2005), S. 1690; Golembeski/Fullilove (2005), S. 1701 f.; Heines (2005), S. 1685

<sup>2</sup> Vgl. Restum (2005), S. 1690

<sup>3</sup> Vgl. Trautmann/Stöver (2003), S. 49

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 40 u. S. 47 f.

<sup>5</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 61

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 88

<sup>7</sup> Vgl. ebd.

<sup>8</sup> Vgl. Heines (2005), S. 1685

### 3.4 Das *Health in Prisons Project (HIPP)* der WHO in Europa

Das *WHO Health in Prisons Project* wird ebenfalls sehr anschaulich in einem Artikel des *American Journal of P. H.* beschrieben.<sup>1</sup> Ausgehend von einem Antrag aus England und Wales, man möge in Europa ein internationales Netzwerk zur Gesundheit im Strafvollzug errichten (Kap. 3.3.1), brachte die WHO in Zusammenarbeit mit der britischen Regierung im Oktober 1995 ein Treffen von *Prison-Health*-Repräsentant/innen aus acht west- und osteuropäischen Ländern zustande. Zugegen waren auch Vertreter/innen des Europarates und der EU-Kommission. Man erkannte bei dem Treffen, dass es Bedarf an einem formal geregelten Erfahrungsaustausch zum Thema *Prison Health* gebe und dass Gefängnisse geeignete Settings für Prävention und Gesundheitsförderung darstellten. Eine Gesundheitsförderung im Strafvollzug trüge nach Ansicht der Experten sogar zu einer Verbesserung der allgemeinen öffentlichen Gesundheit bei; Grundlagen für diese Annahme lieferte ja bereits der Tomasevski-Bericht (Kap. 3.3.1). Im Anschluss an dieses Vortreffen rief die WHO das *Health in Prisons Project (HIPP)* ins Leben, dessen Hauptziele die europaweite Vernetzung von Informationen und Erfahrungen sowie die Einführung von Gesundheitsförderung im Strafvollzug sind. Die Mitgliedsstaaten trafen sich vom Jahr 1996 an jährlich und berichteten über die in ihren Ländern gerade aktuellen *Prison-Health*-Topics. Außerdem wurden an dem Projekt von Beginn an Partnerorganisationen wie das Internationale Rote Kreuz, *Mental Health Europe*, *Cranstoun Drug Services* oder das Internationale Zentrum für Gefängnisforschung der Universität London beteiligt. Großbritannien erklärte sich bereit, seiner Regierungsabteilung für Gesundheit ein Koordinationszentrum für das WHO-Projekt anzuschließen.

Infolge eines ersten Strategieplans identifizierten die Projektbeteiligten drei Hauptprobleme im europäischen Strafvollzug: Infektionskrankheiten, psychische Gesundheit und Drogen. Über Infektionskrankheiten wurden in Zusammenarbeit mit UNAIDS alle verfügbaren Informationen erstmalig in einem Dokument zusammengefasst. Darin kritisierten die Experten die länderübergreifend grassierende Überfüllung in den Haftanstalten als einen der Hauptrisikofaktoren für Infektionen. Die Strafsysteme der Länder sollten sich eine Reduzierung der Gefängnisüberfüllung zur Aufgabe machen. Vorgeschlagen wurden z.B. die Entkriminalisierung des Gebrauchs illegaler Drogen, eine Reduzierung der Untersuchungshaft oder die Entwicklung von Alternativen zur

---

<sup>1</sup> Vgl. auch zu allem folgenden Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1696 ff.

Freiheitsstrafe<sup>1</sup> (s. dazu auch Kap. 4.2.3). Das Thema psychische Gesundheit wurde ab 1998 in Angriff genommen. Noch im selben Jahr erschien ein Konsenspapier mit dem Titel *Mental Health Promotion in Prison*, was so viel bedeutet wie „Förderung der psychischen Gesundheit von Insassen“. In dem Papier wurde unter anderem postuliert, dass schon der Freiheitsentzug an sich ein Gesundheitsrisiko für die Gefangenen darstelle und dass daher, abgesehen von dieser grundsätzlichen Einschränkung der Rechte, unbedingt die Wahrung anderer Menschenrechte im Vollzug gewährleistet werden müsse.<sup>2</sup>

Ab 1999 befasste sich das *HIPP* dann mit illegalen Drogen in Haft. Zu diesem Thema findet eine rege Kooperation mit Europagremien und zahlreichen Nicht-Regierungs-Organisationen statt. Auf dem Jahrestreffen 2001 in der Schweiz wurde wieder ein Konsenspapier erstellt.<sup>3</sup> Es beinhaltet die Feststellung, dass Gefängnisse als Setting eine gute Chance zur Verringerung der Drogenproblematik böten. Weil aus den Staaten viele Rückfragen zu ‚Harm-Reduction‘-Projekten – wie etwa der Vergabe steriler Spritzbestecke<sup>4</sup> – kamen, widmete sich *HIPP* diesem Thema erneut im Jahr 2004. In 2006, dem Jahr der Fertigstellung meiner Arbeit, wird das *HIPP* ein Dokument mit Richtlinien für die bestmögliche Entwicklung von Gesundheitsförderung im Strafvollzug veröffentlichen. Darin sollen die wichtigsten Erkenntnisse aus allen vorangegangenen Papieren zusammengefasst werden. Exemplare dieses Dokuments werden dem Personal in den Haftanstalten der beteiligten Länder ausgehändigt.<sup>5</sup>

Ergänzend zu den Darstellungen im *American Journal of P.H.* heißt es bei Stöver (2000), dass mit dem Projekt *HIPP* diverse gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Teilnehmerstaaten eingeführt werden sollen, die noch ganz andere Bereiche abdeckten als die o.g. Haupt-Topics. Dazu zählen laut Stöver Projekte wie gesünderes Essen, rauchfreie Zonen, körperliche Betätigung, sexuelle Gesundheit, Hygiene, Krebsvorsorge, Gesundheit am Arbeitsplatz, Erweiterung der sozialen Handlungskompetenzen von Häftlingen oder die Verbesserung der „physischen Umgebung“ der Gefängnisse<sup>6</sup>, also eine Palette von Maßnahmen der settingorientierten Gesundheitsförderung.

Nach zehn Jahren *HIPP* erkennen die Autoren des *American Journal* zahlreiche Erfolge des Projektes, so die Schaffung internationaler Datenbasen, die Veröffentlichung der genannten Konsenspapiere, die jährlichen Treffen in wechselnden Gastgeberstaaten und vor

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 1697

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 1698

<sup>3</sup> Erhältlich im Internet auf: <http://www.hipp-europe.org/downloads/england-prisonsanddrugs.pdf>

<sup>4</sup> Vgl. Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1699

<sup>5</sup> Vgl. ebd.

<sup>6</sup> Stöver (2000), S. 287

allein die Erweiterung des Projektes von anfangs acht auf 28 Staaten im Jahr 2005<sup>1</sup> (im März 2006 werden auf der WHO-Internetseite sogar schon 33 Staaten aufgelistet<sup>2</sup>). Andererseits bestünden noch große Hürden. Vor allem die in vielen Staaten einseitig auf Sicherheit und Bestrafung ausgerichtete Justizvollzugspolitik stehe einer effizienten Gesundheitsförderung in den Haftanstalten nicht nur im Wege, sondern vermehre die gesundheitlichen Probleme noch durch die zunehmende Überfüllung der Gefängnisse.<sup>3</sup> Die gesundheitlichen Belange von Strafgefangenen würden von der Öffentlichkeit nach wie vor weitgehend ignoriert, und es bestünden in den meisten Staaten große Bedenken hinsichtlich einer Reform bzw. Lockerung der Strafvollzugssysteme.<sup>4</sup> Was nach zehn Jahren *HIPP* auch nicht beantwortet werden könne, sei die Frage, ob es der Mehrheit der Gefangenen in den Mitgliedstaaten des Projektes nun gesundheitlich besser gehe oder nicht. Hier schließt sich der Kreis zu Kapitel 3.1 (Mangel an empirischer Forschung), denn eine Beantwortung dieser Frage könnte nur durch verstärkte Forschung in den Strafvollzugssystemen der Staaten, insbesondere mit der Durchführung umfangreicher Längsschnittstudien gelingen.

Bevor ich an diesen Aspekt im folgenden Unterkapitel (3.5) anknüpfe, möchte ich noch kurz auf die Internetseite des WHO-Regionalbüros für Europa hinweisen.<sup>5</sup> Dort wird zum einen das *HIPP* recht übersichtlich dokumentiert, zum anderen finden sich auf der Webseite etliche Berichte und Publikationen zum Thema ‚Gesundheit im Strafvollzug‘.<sup>6</sup> Auf einer Unterseite werden die strategischen Ziele des *HIPP* für den Zeitraum 2004 bis 2010 vorgestellt.<sup>7</sup> Unter dem File „Topics“ sind die Hauptthemen aufgelistet, mit denen sich das Projekt auch in Zukunft beschäftigt. Es sind dies (in vorgegebener Reihenfolge) HIV/AIDS, psychische Erkrankungen, Gefängnisüberfüllung, Drogen und Tuberkulose.<sup>8</sup> Bedauerlich ist die Tatsache, dass Deutschland im Jahr 2006 immer noch nicht an dem Projekt teilnimmt, obwohl *HIPP* zu diesem Zeitpunkt bereits 33 Mitgliedstaaten zählt, darunter viele ehemalige Sowjetstaaten.<sup>9</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1699

<sup>2</sup> Vgl. WHO (2006): Network of National counterparts

<sup>3</sup> Vgl. Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1699

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 1700

<sup>5</sup> WHO (2006)

<sup>6</sup> Vgl. ebd.: Publications. Dort ist als pdf-Datei auch der Artikel von Gatherer/Moller/Hayton verlinkt.

<sup>7</sup> Vgl. ebd.: Strategic objectives for the HIPP

<sup>8</sup> Vgl. ebd.: Topics

<sup>9</sup> Vgl. ebd.: National counterparts

### 3.5 Zusammenfassung – Bedarf an qualitativer und quantitativer Forschung

Wie wir in den vorangegangenen Unterkapiteln feststellen konnten, gibt es international eine ganze Reihe von Publikationen und auch Studien zur Gesundheit von Strafgefangenen. Dass das Thema zumindest in Europa zunehmend ins Blickfeld der Gesundheits- und Sozialwissenschaften rückt, zeigen auch die in jüngster Zeit organisierten Konferenzen über *Prison Health*. So wurde auf Initiative der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.<sup>1</sup> im Oktober 2004 in Bonn die *1. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung im Justizvollzug* veranstaltet; Schirmherrin war die deutsche Justizministerin Brigitte Zypries (man beachte die Verantwortlichkeit des Justizministeriums und nicht des Gesundheitsministeriums).<sup>2</sup> Die Folgekonferenz findet Anfang April 2006, während ich diese Arbeit schreibe, in Wien statt.<sup>3</sup> Darüber hinaus soll am 19. und 20. Juni 2006 die *Erste Internationale Konferenz zur Gefangenengesundheit* in der estländischen Hauptstadt Tallinn durchgeführt werden.<sup>4</sup> Als Themen für die Konferenz sind auf der entsprechenden Internetseite u.a. aufgelistet: allgemeine Gesundheit (darunter Infektionskrankheiten, Herzkrankheiten, Diabetes, Behinderungen etc.), Medizinethik, psychische Gesundheit, Prävention, Training von Gefängnispersonal in gesundheitsförderlichen Kompetenzen usw., also durchaus umfassende gesundheitspezifische Topics. Hauptsächlich unterstützt wird die Konferenz durch das *International Journal of Prisoner Health*<sup>5</sup>. Mitherausgeber dieses Journals ist Heino Stöver, der neben Morag MacDonald vom *Centre for Research into Quality, UCE, UK* die Steuerungsgruppe für das Treffen in Tallinn leitet. Die Ergebnisse der Konferenz sollen im *International Journal of Prisoner Health* veröffentlicht werden.<sup>6</sup> Das Journal versteht sich im Übrigen gleichsam wie das *HIPP* als Organ zum Austausch von Erfahrungen und Ratschlägen im Bereich *Prison Health* und hat dabei nicht nur die Hauptprobleme wie HIV/AIDS, Drogen und psychische Gesundheit im Blick, sondern möchte auch zur Untersuchung der Auswirkungen des Lebensumfelds ‚Gefängnis‘ auf die allgemeine Gesundheit und das Verhalten der Insassen beitragen.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> S. WIAD (2006)

<sup>2</sup> Ergebnisbericht der Konferenz ebd.; direkt erhältlich auf: <http://www.wiad.de/aktuelles/geshaft/Doku.pdf>

<sup>3</sup> Ergebnisse hierzu werden voraussichtlich ebenfalls auf der Internetseite von WIAD veröffentlicht.

<sup>4</sup> Informationen dazu bei International Prisoner Health (o. J.)

<sup>5</sup> International Journal of Prisoner Health (o. J.); vgl. ferner WHO (2006): Publications

<sup>6</sup> Vgl. International Prisoner Health (o. J.)

<sup>7</sup> Vgl. International Journal of Prisoner Health (o. J.)

Somit lässt sich zusammenfassend – auch im Hinblick auf die vorab besprochene Literatur – ein positiver Trend in der fachspezifischen Forschung zur Gesundheit im Strafvollzug erkennen, der mit einer internationalen Ausweitung und einer besseren Vernetzung von Daten und Informationen einhergeht. Dennoch zeigen die in diesem Kapitel besprochenen Quellen, dass es insgesamt und weltweit nach wie vor an den grundlegendsten empirischen Daten zur gesundheitlichen Situation von Strafgefangenen mangelt. Selbst die Studien, die man als seriös und informativ bezeichnen kann, wie den Butler-Report, die Schweizer Gefangenenbefragung oder die Grundlagenstudie von Tomasevski, sind letztlich nicht uneingeschränkt gültig für die Strafvollzugssysteme einzelner Länder, in unserem Fall für das deutsche System. Auf dieses Problem macht Rainer Oberheim in seiner Arbeit zur Gefängnisüberfüllung (Kap. 3.2.2) aufmerksam, wenn er zu einigen Sachverhalten wie dem häufigen Suizid in Haftanstalten amerikanische Studien zitiert. Die Unterschiede zwischen den Strafvollzugssystemen der USA und Deutschlands, so Oberheim, seien so grundlegend, dass eine vollständige, unkritische Übernahme von Untersuchungsergebnissen nicht zulässig sei.<sup>1</sup> Auch die Sozialstruktur der Gefangenenpopulationen unterscheide sich deutlich. Das dürfte in ähnlicher Weise auf die Justizvollzugsapparate anderer Staaten zutreffen.

Auch bezüglich des Gesundheitszustands der Gefangenen ist ein unmittelbarer Vergleich zwischen Staaten nur schwer möglich. Ein Beispiel dafür findet sich bei Tomasevski: auf S. 39 f. beschreibt die Forscherin das Datenerfassungssystem in Spanien, mit dem dort seit 1989 ein soziales und gesundheitliches Profil der Gefangenenpopulation erstellt und analysiert wird.<sup>2</sup> Es lohnt sich ein Blick auf die wichtigsten inhaltlichen Ergebnisse der spanischen Erhebung. Danach wurden in dem Land Anfang der 90er Jahre 44,6% der Gefängnisinsassen als Drogengebraucher/innen identifiziert, 24% waren HIV-positiv, 22,5% hatten eine aktive Hepatitis B und 20% litten unter anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. „Nur“ 3,9% hatten sich eine Tuberkulose zugezogen. Vergleicht man diese Zahlen nun mit den Ergebnissen aus dem Butler-Report (Kap. 3.3.2), so fällt auf, dass im australischen Bundesstaat New South Wales im Jahr 1996, also ca. fünf Jahre nach der spanischen Erhebung, lediglich 0,3% der inhaftierten Männer und 1,7% der Frauen HIV-positiv waren, mit rückläufigem Trend bis 2001 (0,1% der Männer und keine Frau), während bei 14,2% der männlichen und 7,8% der weiblichen Insassen der Tuberkulose-Erreger nachgewiesen werden konnte, und das mit steigendem Trend bis 2001.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 166

<sup>2</sup> Vgl. auch zu Folgendem: Tomasevski (1992), S. 39 f.

<sup>3</sup> Vgl. Report of the New South Wales Chief Health Officer (2004): Communicable Diseases

Am Vergleich vor allem der HIV-Infektionen wird deutlich, dass die Prävalenzen bestimmter Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme von Land zu Land verschieden sein können. Berücksichtigt man zudem die oben genannte Unterschiedlichkeit der Sozialstrukturen und der Gefängnisssysteme, so ist die Aussage von Oberheim verständlich, dass Studien aus einzelnen Staaten nie einen zuverlässigen Beleg für die Situation in anderen Staaten liefern. Das gilt erst recht, weil mit einer Studie ja meist nur das Gesundheitsprofil der Gefangenen erforscht, nicht aber – wie in der Schweiz – eine Vergleichsgruppe in der Gesamtbevölkerung untersucht wird. Der von Stöver kritisierte Mangel an *quantitativen* Längsschnittstudien<sup>1</sup> (Kap. 3.2.1) wird hier eklatant deutlich. Untersuchungen dieser Art könnten beispielsweise im Rahmen eines internationalen Projektes wie des *HIPP* stattfinden. Die Erhebung müsste auf einem standardisierten Erhebungsinstrument basieren, das zum einen den Vergleich der Insassenpopulation mit der freien Wohnbevölkerung des jeweiligen Landes ermöglichte und zum anderen einen internationalen Vergleich zwischen den freien und den Gefangenenpopulationen der an dem Projekt beteiligten Staaten zuließe. So könnte ein optimaler Datensatz für die Erforschung der Gefangenengesundheit geschaffen werden.

Sieht man von solchen zurzeit immer noch utopisch anmutenden Vorhaben ab, so stellt sich mindestens gleichermaßen die Frage nach einer *qualitativen* Erforschung der Gesundheit von Strafgefangenen. Bei der Betrachtung der geschilderten Studien, die zu den wenigen wirklich brauchbaren weltweit gehören, handelt es sich ja überwiegend um Erhebungen, denen eine bestimmte gesundheitliche Sichtweise der Forscher/innen zugrunde liegt. Will sagen: man definiert vorab die Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten, nach denen man suchen möchte, und hat Vorentscheidungen getroffen, welches die vorrangigen Probleme bei Strafgefangenen sind oder sein könnten. Außerdem wurde sich bisher – ganz entsprechend der traditionellen, biomedizinischen Sichtweise von Gesundheit – überwiegend auf konkrete Krankheitsbilder und Diagnosen konzentriert, weniger auf die vielfältigen Einflüsse des Lebensumfeldes ‚Knast‘ auf das individuelle Wohlbefinden der Insassen (Ansätze hierzu finden sich immerhin in den Themenkatalogen der anstehenden Konferenzen in Wien und Tallinn sowie im *International Journal of Prisoner Health*)<sup>2</sup>. Ohne die existenten Forschungsprojekte und ihre Bedeutung für Politik und Wissenschaft hier auch nur ansatzweise diskreditieren zu wollen – es sollten im Gegenteil viel mehr dergleichen initiiert werden –, möchte ich hier doch betonen, dass gerade auch eine Untersuchung des ganz individuellen Gesundheitsbegriffs von Insassen wertvolle

---

<sup>1</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 314 f.

<sup>2</sup> Vgl. dazu WIAD (2006); *International Prisoner Health* (o. J.); *International Journal of Prisoner Health* (o. J.)

Erkenntnisse für die Gesundheitsforschung im Strafvollzug liefern könnte. Woher will man denn bei aller Datenlage wissen, welche Themen und/oder Probleme die Gefangenen selbst als Erstes ansprechen würden, wenn man sie danach fragte, was sie unter dem Begriff ‚Gesundheit‘ eigentlich verstehen und ob bzw. inwiefern der Begriff eine Bedeutung für sie hat? – In einem qualitativen Interview, dessen offene Fragen sich nur nach einem groben Leitfaden richten und das ansonsten ausschließlich von der freien Erzählung des/der Gefangenen lebt (s. Kapitel 6), könnten Gesichtspunkte zutage treten, die in den größer angelegten, in der Regel quantitativ konzipierten Studien vielleicht nur eine Nebenrolle spielen oder gar nicht erst zur Sprache kommen. Natürlich ist auch denkbar, dass die interviewten Gefangenen ausschließlich oder überwiegend über Themen wie HIV-Risiko, Drogenkonsum o.ä. erzählen. Aber um das herauszubekommen, wäre eine qualitative Untersuchung ja gerade angebracht.

Um ein wenig Material für die Fragestellung an der Hand zu haben, welches die von Gefangenen geäußerten Assoziationen im Zusammenhang mit Gesundheit sein könnten, möchte ich im folgenden Kapitel Risiko- und Schutzfaktoren vorstellen, die für die Betroffenen bei ihrer Inhaftierung und während ihrer Haftstrafe womöglich eine Rolle spielen. Eine genaue Einschätzung des individuellen Gesundheitsverhaltens lässt sich nie treffen, aber als Vorbereitung für eine qualitative Befragung halte ich einen Blick auf die mit der Freiheitsstrafe verbundenen Strapazen für notwendig. Dabei lasse ich die Möglichkeit nicht außer Betracht, dass die Gefangenen mit dem Begriff ‚Gesundheit‘ auch etwas Negatives, z.B. ‚Oberlehrerhaftes‘ verbinden oder dass in einer konkreten Interviewsituation nur sehr knappe Antworten kommen, vielleicht aber auch völlig unerwartete Aspekte geäußert werden, mit denen man als Forscher/in selbst nach gründlicher Vorbereitung nicht gerechnet hat.

## 4 Gesundheit in Haft: Risiko- und Schutzfaktoren

Die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren für die menschliche Gesundheit wurde bereits in Kapitel 2.1 anhand der Definition von Hurrelmann und Franzkowiak erläutert. Da ich die Definition sozusagen als Leitsatz für meine Arbeit verwende, zitiere ich sie der Übersicht halber hier noch einmal:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Freude und Wohlbefinden vermittelt.“<sup>1</sup>

In diesem Kapitel möchte ich das Hauptaugenmerk auf die inneren und äußeren Anforderungen richten, mit denen Strafgefangene konfrontiert sind. Um das Stadium ‚gesund‘ zu erreichen, müssten die Häftlinge nach obiger Definition ihre Anforderungen mit ihren Möglichkeiten ins Gleichgewicht bringen. Ob die Herstellung oder auch nur die Aufrechterhaltung eines solchen (gesundheitlichen) Gleichgewichts in Haft überhaupt möglich ist, sei dahingestellt. Umso wichtiger scheint der Blick auf Risiken und Ressourcen, die das Leben in Haft bestimmen und das individuelle Gesundheitsbild der Gefangenen maßgeblich prägen.

### 4.1 Gesundheitsrisiken durch Freiheitsstrafe

#### 4.1.1 Vielfältige Formen von Entzug

Bei näherer Betrachtung der Freiheitsstrafe stößt man immer wieder auf einen Begriff, der unweigerlich mit einem Haftaufenthalt verbunden ist: die Deprivation (s. auch Kap. 3.2.3). Dieses Fachwort, von Stöver „Depravierung“ genannt<sup>2</sup>, wird im Deutschen mit „Entzug“ übersetzt. Entzug erfahren Menschen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt werden, auf vielfältige Art und Weise. Zunächst einmal ist ja die Strafe an sich ein weit reichender Entzug, nämlich der Entzug von Freiheit. Nach der Allgemeinen Erklärung der

---

<sup>1</sup> Hurrelmann/Franzkowiak (2003), S. 54

<sup>2</sup> S. z.B. Boetticher/Stöver (2000), S. 369

Menschenrechte, die im Dezember 1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde, ist Freiheit eines der wesentlichen Grundrechte des Menschen.<sup>1</sup> Entsprechend lautet Art. 2, Abs. 2 des *deutschen* Grundgesetzes: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“<sup>2</sup> Im nächsten Satz wird eingeschränkt: „In diese Rechte [Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit] darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“<sup>3</sup> Hier ist die grundsätzliche Möglichkeit der Freiheitsbeschränkung verfassungsrechtlich verankert. Dass der strafrechtlich angeordnete Freiheitsentzug aber mit schädlichen Folgen für die betroffene Person verbunden sein kann, wird in §3 des deutschen Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) gesehen: „(1) Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden. (2) Schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs ist entgegenzuwirken. (3) Der Vollzug ist darauf auszurichten, dass er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern.“<sup>4</sup> Auf diesen und andere Paragraphen berufen sich Rechtswissenschaftler häufig, wenn sie bestimmte Zustände in Haftanstalten oder die Umsetzung des Strafvollzugsgesetzes kritisieren. Laut Müller-Dietz trägt der „zwangsweise Freiheitsentzug“ nach den Vorstellungen abolitionistisch orientierter Kriminologen (also solcher, die für Abschaffung der Freiheitsstrafe plädieren) „schon von seiner Struktur her menschenunwürdige Züge“<sup>5</sup>. Müller-Dietz argumentiert weiter, dass in Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes, in denen die Vereinbarkeit der Haftstrafe mit der Menschenwürde bestätigt wurde, die Richter stets davon ausgegangen seien, dass die Normen des Grundgesetzes und des Strafvollzugsgesetzes auch eingehalten würden.<sup>6</sup> Weiter vorne heißt es: „[...] Es stimmt doch nachdenklich, in welchem Umfang Judikatur und Literatur auch nach Inkrafttreten des StVollzG Anlass hatten [...], Verletzungen der Menschenwürde festzustellen.“<sup>7</sup>

Bevor man jedoch der juristischen Frage nachgeht, ob zwangsweiser Freiheitsentzug als solcher schon der Achtung der Menschenwürde widerspricht – dies zu klären, liegt ohnehin nicht im Aufgabenbereich meiner Arbeit –, sollte man sich erst einmal genauer anschauen, mit welchen einzelnen Formen des Entzugs diese Freiheitsbeschränkung einhergeht.<sup>8</sup> Dadurch, dass dem Verurteilten die Freiheit entzogen wird, werden ihm schließlich auch andere ganz wesentliche Rechte entzogen. Als erstes zu nennen ist hier das Recht auf

---

<sup>1</sup> Vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW (1996), S. 175, Artikel 3 der Menschenrechtserklärung

<sup>2</sup> Ebd., S. 8

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> § 3 StVollzG. Boetticher/Stöver (2000) formulieren auf S. 369: „Der Entzug von Freiheit an sich stellt ein grundsätzliches Gesundheitsrisiko dar“.

<sup>5</sup> Müller-Dietz (1994), S. 34; vgl. zu diesem Aspekt auch Giesen (1996), S. 25

<sup>6</sup> Vgl. Müller-Dietz (1994), S. 34 f.

<sup>7</sup> Ebd., S. 27

<sup>8</sup> Vgl. zu den vielfältigen Deprivationszuständen in Haft insbes. Laubenthal (2003), S. 93 ff.

Selbstbestimmung (Autonomie).<sup>1</sup> Dieses wird in einer ‚totalen Institution‘<sup>2</sup> wie der Strafanstalt unvermeidlich beschnitten. Ein bis ins Detail durchgeplanter und ‚von oben‘ geregelter Tagesablauf macht ein selbstbestimmtes Handeln von Seiten der Häftlinge schier unmöglich.<sup>3</sup> An seine Stelle tritt die Fremdbestimmung durch das Anstaltspersonal bzw. durch vorgegebene Strukturen und Gesetze. Den Insassen werden quasi jegliche Handlungs- und Entscheidungskompetenzen entzogen<sup>4</sup>, worunter auch gesundheitliche Bewältigungskompetenzen fallen wie die als Ressource (Schutzfaktor) definierte Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartung<sup>5</sup> (Kap. 4.2). Entzogen wird den Gefangenen außerdem ihr bisheriges soziales Umfeld (soziale Deprivation)<sup>6</sup>, sprich: Partner/in, Familie, Kinder oder Freunde, vielleicht auch ein Arbeitsplatz. Die Inhaftierten haben sich in eine neue, meist hierarchisch gegliederte Gemeinschaft, die (Sub-)Kultur der Mit-Häftlinge, einzuordnen, welche oftmals von Gewalt und Kriminalität geprägt ist.<sup>7</sup> Entzogen werden fernerhin die mannigfaltigen Sinnesreize und Einflüsse, die ein Mensch in Freiheit erfährt. Im Gefängnis sehen die Insassen jeden Tag dieselben kargen Mauern, Gänge, Höfe, Arbeitsbetriebe, sie hören jeden Tag dieselben oder ähnliche Geräusche (sensorische Deprivation). Entzogen wird ihnen der Raum, der Menschen im freien Leben zur Verfügung steht, die Möglichkeit, sich zu beliebiger Zeit beliebig weit von Ort A nach Ort B zu bewegen. Im ‚Knast‘ sind die Bewegungsmöglichkeiten stark eingeschränkt, zumal wenn Gefangene längere Zeit in eine Zelle eingeschlossen sind. Geraubt oder entzogen wird ihnen bei einer langen Haftstrafe auch jede Form von Zukunftsperspektive, wobei dieser Aspekt auch schon bei kurzen Haftstrafen eine Rolle spielt. Allein die Tatsache, dass man inhaftiert wurde, drückt auf das Gemüt und schmälert Chancen im späteren freien Leben, wie etwa die Aussicht auf einen Arbeitsplatz oder überhaupt die Re-Integration in die Gesellschaft<sup>8</sup> (s. auch Kap. 4.1.2).

Nicht zu vergessen sind die Gegenstände des alltäglichen Lebens, die den Gefangenen – besonders unter Anordnung verschärfender Sicherungs- oder Disziplinarmaßnahmen –

---

<sup>1</sup> Vgl. Stöver (2000), Kap. 5, insbes. S. 277 ff. - Der rechtliche Anspruch auf Selbstbestimmung kann auch aus dem Grundgesetz oder aus internationalen Menschenrechtserklärungen abgeleitet werden. Er wird im Zusammenhang mit Gesundheit(sförderung) explizit formuliert in der OTTAWA-CHARTA (1986), wo es heißt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“; zitiert bei Stöver (2000), S. 278.

<sup>2</sup> Der von Erving Goffman geprägte Begriff wird in verschiedenen zitierten Quellen übernommen, so z.B. bei Müller-Dietz (1994), S. 35.

<sup>3</sup> Vgl. Stöver (2000), Kap. 5 sowie Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 43 f.

<sup>4</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369 und Tielking/Becker/Stöver. (2003), S. 43 f.

<sup>5</sup> Vgl. hierzu insbes. Schröder/Schwarzer (1997), S. 179 ff.; ferner Stöver (2000), S. 291 f.

<sup>6</sup> Vgl. Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 44 und Lang (1996a), S. 53; zur sozialen ‚Entfremdung‘ ferner Laubenthal (2003), S. 228

<sup>7</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369; Stöver (2005); Oberheim (1985), S. 150 f.; Giesen (1996), S. 29; sowie zur Subkultur: Lang (1996a), S. 54 und ausführlich Laubenthal (2003), S. 98 ff.

<sup>8</sup> Vgl. Lüchtrath (1996), S. 32; zur psychischen Belastung durch Zukunftsfragen auch Lang (1996a), S. 58

verweigert werden können<sup>1</sup>, oder die Kleidung, die sie gegen (uniforme) Anstaltskleidung eintauschen müssen.<sup>2</sup> Mit solchen Vorschriften wird ihnen schon ganz offensichtlich auch ein Teil ihrer persönlichen Würde genommen. Und selbst wenn Wunschgegenstände im Haftraum verwahrt oder benutzt werden dürfen, so werden diese vorher vom Anstaltspersonal ebenso kontrolliert wie Briefe und Pakete, die Gefangene erhalten oder nach draußen schicken.<sup>3</sup> Durch die Kontrolle und Überwachung all dieser Dinge wie auch ihres eigenen Verhaltens erleben die Insassen tagtäglich einen Entzug von Privat- und Intimsphäre.<sup>4</sup> Der Verlust der Privatsphäre nimmt besonders in überfüllten Haftanstalten bzw. überbelegten Hafträumen dramatische Züge an<sup>5</sup> (s. auch Kap. 4.1.3). Sexualität, die als menschliches Grundbedürfnis betrachtet werden kann<sup>6</sup>, wird in Haft völlig anders ausgelebt als im freien Leben. Das betrifft vor allem männliche Insassen (Frauen in Haft sind dafür meistens durch sexuelle Gewalterlebnisse *vor* der Inhaftierung gezeichnet<sup>7</sup>). Unter Männern im Gefängnis findet in Ermangelung anderweitiger Sexkontakte häufig gleichgeschlechtlicher Verkehr statt, ganz egal, ob sich die Betroffenen im freien Leben homosexuell verhalten oder nicht.<sup>8</sup> Prostitution ist an der Tagesordnung, meist in Verbindung mit dem Erwerb von Drogen.<sup>9</sup> Vergewaltigungen und andere (sexuelle) Gewalteinwirkungen sind keine Seltenheit.<sup>10</sup> Was den Häftlingen hingegen entzogen wird, ist die mit Gefühlen verbundene „soziale Sexualität“<sup>11</sup>, die sie mit Sexpartner/innen in Freiheit ausleben können. Laubenthal bezeichnet die sexuelle Deprivation mit Verweis auf entsprechende Untersuchungen sogar als „die gravierendste Beeinträchtigung des Strafvollzugs“<sup>12</sup>, da sie für männliche wie weibliche Gefangene einen wesentlichen Stressfaktor darstelle. Hafturlaube sind selten, und Besuche von Angehörigen werden meist überwacht, so dass auch in diesen Momenten keine sexuellen Erlebnisse möglich sind.<sup>13</sup> Somit wird den Gefangenen ggf. auch das Recht auf Gründung einer Familie entzogen.<sup>14</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. § 88 u. § 103 StVollzG sowie zur allgemeinen Vorenthaltung von Gegenständen in Haft: Laubenthal (2003), S. 94

<sup>2</sup> Vgl. § 20 StVollzG und Laubenthal (2003), S. 94

<sup>3</sup> Vgl. Aemmer (1996), S. 46 ff.; zum rechtlichen Hintergrund auch Laubenthal (2003), S. 229

<sup>4</sup> Vgl. Aemmer (1996), S. 40 u. S. 46 ff. sowie Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>5</sup> Vgl. Mushoff (2004)

<sup>6</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 371 und Laubenthal (2003), S. 249

<sup>7</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 371

<sup>8</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 372 und Giesen (1996), S. 28

<sup>9</sup> Vgl. insbes. Giesen (1996), S. 28 und Lang (1996a), S. 60

<sup>10</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369 und Stöver (2005)

<sup>11</sup> Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>12</sup> Laubenthal (2003), S. 249

<sup>13</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>14</sup> Vgl. ebd., S. 372

Durch den eventuell verursachten Verlust des Arbeitsplatzes geht zudem eine wichtige Einnahmequelle verloren. Die Vergütung von Arbeiten im Knast ist oftmals so niedrig, dass man von einem Entzug der materiellen Grundlage sprechen kann, zumal wenn ein Häftling seine Familie mitversorgen muss.<sup>1</sup> Überhaupt werden in der Regel auch nahe stehenden Personen wesentliche Dinge bzw. Personen entzogen, etwa der Lebensunterhalt oder eben der/die ins Gefängnis abgewanderte Vater, Mutter, Mann, Frau, Tochter, Sohn.<sup>2</sup> Durch die im Zusammenhang mit Disziplinarmaßnahmen gegebene Möglichkeit des Entzugs von Fernsehen, Radio und Zeitungen sowie die allgemein übliche Kontrolle des Medienkonsums<sup>3</sup> können Gefangene ferner in ihrem Recht auf Information beschnitten werden, und gerade der Zugang zu Informationen ist eine grundlegende Voraussetzung für selbstbestimmtes Handeln.<sup>4</sup> Menschen in Haft sind nicht gesetzlich krankenversichert, ihnen wird die freie Arztwahl und damit ein Teil ihrer Autonomie im gesundheitlichen Bereich entzogen<sup>5</sup>, was wiederum aus medizinisch-ethischer Sicht bedenklich ist.

Die Aufzählung ließe sich wahrscheinlich endlos fortführen. Kurz zusammengefasst macht sie vor allem eines deutlich, nämlich wie sehr Entzug ein wesentliches Charakteristikum von Freiheitsstrafe ist, wenn man sie aus Sicht der Betroffenen wahrzunehmen versucht. Es ist deshalb stark davon auszugehen, dass Gefangene in einer qualitativen Befragung zu ihrem Gesundheitsempfinden vor allem über Entzug und die damit verbundenen (Einsamkeits-)Gefühle sprechen würden.<sup>6</sup>

Auf der anderen Seite sollte nicht vergessen werden, dass eine Inhaftierung für manche Menschen anfangs genau das Gegenteil von Entzug bedeutet: Drogenabhängige oder Obdachlose beispielsweise erhalten im Knast nach längerer Abstinenz erstmals wieder einen beheizten Schlafplatz, regelmäßiges (warmes) Essen, medizinische Versorgung und sonstige Verbesserungen.<sup>7</sup> Diese kurzfristige Aufwertung ihres Lebens wird aber dadurch relativiert, dass sich die Betroffenen meist nur oberflächlich körperlich erholen, während ihr psychischer bzw. allgemeiner Zustand nach Inhaftierung entweder stagniert oder abnimmt.<sup>8</sup> Auch in solchen Fällen lässt sich also keine wirklich positive Auswirkung der Freiheitsstrafe auf die Gesundheit der Gefangenen feststellen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Lüchtrath (1996), S. 31 ff. und Giesen (1996), S. 26 f.

<sup>2</sup> Vgl. Giesen (1996), S. 26 f.

<sup>3</sup> Vgl. bezügl. Lesestoff Aemmer (1996), S. 48 f.; zu den Disziplinarmaßnahmen § 103 StVollzG

<sup>4</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 279

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 285

<sup>6</sup> Diese Vermutung äußerte auch Dr. Hilde van den Boogaart, Leiterin der Sozialtherapeutischen Abteilung in der JVA Lübeck, in einem Telefongespräch.

<sup>7</sup> Vgl. Keppler (1996a), S. 83 sowie Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>8</sup> Vgl. ebd.

#### 4.1.2 Freiheitsstrafe als Stigma und kritisches Lebensereignis

Die Bezeichnung ‚kritisches Lebensereignis‘ stammt aus der Stressforschung und meint mehr oder weniger gravierende, negative wie positive Ereignisse im Leben einer Person, die in irgendeiner Weise Stress erzeugen bzw. vom Betreffenden eine Anpassungsleistung erfordern.<sup>1</sup> Inglehart definiert das kritische Lebensereignis als „Ereignis, das inkonsistent ist mit einem Teil des ‚Weltbilds‘ der betroffenen Person [und] den kognitiv repräsentierten Erwartungen, Gewohnheiten, Wünschen und Befürchtungen der Person widerspricht“<sup>2</sup>. Nach einer Untersuchung von Holmes und Rahe aus dem Jahr 1975 nimmt die Gefängnisstrafe auf der „Skala zur Bewertung sozialer Anpassung“ immerhin Platz 4 ein, nach Tod eines Ehegatten, Scheidung und Trennung.<sup>3</sup> Wie im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, muss ein/e Gefangene/r durch den Verlust der alten und den zwangsweisen Aufenthalt in der neuen Umgebung tatsächlich eine enorm hohe Anpassungsleistung vollbringen, um mit der veränderten Situation fertig zu werden. Darüber hinaus stellt die Einweisung in den ‚Knast‘ für die meisten Betroffenen einen kaum wieder gut zu machenden Makel in ihrer persönlichen Biographie dar. Nicht nur die Gefangenen selbst, sondern auch ihre Familien sowie Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen betrachten die Inhaftierung häufig als Schmach und wenden sich von dem/der Verurteilten ab.<sup>4</sup> Ein Häftling ist mit dem Stigma des Verbrechers behaftet.<sup>5</sup> Stigmatisierungen tragen aber zu einer Verringerung des Selbstwertgefühls bei und sind der Gesundheit demnach abträglich.<sup>6</sup> Da ein überdurchschnittlicher Anteil der Gefangenen auch in Deutschland aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten kommt<sup>7</sup>, liegt bei den Inhaftierten oftmals sogar eine Mehrfach-Stigmatisierung vor. Beispielsweise sind Obdachlose oder Drogenabhängige schon außerhalb des Gefängnisses in aller Regel von der Gemeinschaft ausgegrenzt und genießen einen ‚schlechten Ruf‘. Selbst Arbeitslose haben meist ein vermindertes Ansehen in der Bevölkerung.<sup>8</sup> Kommt bei diesen Menschen ein Haftaufenthalt hinzu, verstärkt sich der Stigmatisierungseffekt.<sup>9</sup>

Für unsere Fragestellung ist interessant, inwiefern sich kritische Lebensereignisse oder Stigmatisierungen auf den Gesundheitszustand einer Person auswirken. Hierzu ist ganz

---

<sup>1</sup> Vgl. Inglehart (1988), S. 14 f.

<sup>2</sup> Ebd., S. 15

<sup>3</sup> Vgl. Teegen (1992), S. 172 f.

<sup>4</sup> Vgl. Lang (1996a), S. 57

<sup>5</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 93

<sup>6</sup> Vgl. v.a. Franzkowiak (2003f), S. 223 f.

<sup>7</sup> Vgl. Stöver (2005)

<sup>8</sup> Vgl. Hurrelmann (2000), S. 27 f.

<sup>9</sup> Vgl. dazu auch Stöver (2000), S. 51

allgemein festzuhalten, dass die während einer Lebenskrise nötige Anpassungsleistung in jedem Fall Stress verursacht.<sup>1</sup> Wie oben bemerkt, ist das Maß der erforderlichen Anpassung bei einem Gefängnisaufenthalt ziemlich hoch, und da die Inhaftierung nicht mit positivem, sondern hauptsächlich mit negativem Stress (Dis-Stress) verbunden ist, muss die betreffende Person starke Ressourcen aufbringen, um dieser Belastung effizient entgegenzutreten. Besonders Menschen mit problematischen Bewältigungsmustern oder einer ungünstigen psycho-sozialen Disposition sind oftmals nicht in der Lage, gegen solche Belastungen anzukommen; ihre Ressourcen bzw. Schutzfaktoren reichen nicht aus. Infolgedessen ist ihre Gesundheit gefährdet.<sup>2</sup> Eine Haftstrafe stellt also schon aufgrund ihres Charakters als negativ-kritisches Lebensereignis und der daraus resultierenden Stressbelastung ein enormes Gesundheitsrisiko für die Gefangenen dar. Berücksichtigt man zusätzlich die zahlreichen konkreten Belastungen, mit denen ein Häftling tagtäglich konfrontiert wird, kann das gesundheitliche Gefährdungspotential während eines Haftaufenthalts insgesamt als sehr hoch eingestuft werden.

#### 4.1.3 Gesundheitsgefährdungen durch Stressbelastung

Durch die Inhaftierung von Straftätern aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten erfährt also nicht nur die Stigmatisierung dieser Menschen einen Multiplikationseffekt, sondern ebenso die aus der Folgebelastung resultierende Beeinträchtigung ihrer Gesundheit. Bei Hurrelmann finden sich zahlreiche Hinweise auf den Zusammenhang von kritischen Lebensereignissen wie hoher Arbeitsbelastung, Arbeitslosigkeit oder schlechter ökonomischer Lage mit psychischen, psychosomatischen und physischen Erkrankungen.<sup>3</sup> Aber natürlich treffen diese Gesundheitsgefährdungen nicht nur sozial schwache Menschen, sondern stellen bei starker, fortdauernder Belastung ein Problem für alle Menschen dar. So heißt es bei Franzkowiak: „Überforderung durch negativen Stress in Verbindung mit mangelnden Bewältigungsfähigkeiten gilt als ein eigener Risikofaktor für die Entstehung von chronischen Krankheiten, vor allem der koronaren Herzkrankheit. [...] Langfristige psychosoziale Stresssituationen schwächen die Immunkompetenz.“<sup>4</sup> Boetticher und Stöver stellen passend dazu fest: „Die erzwungene Inaktivität [der Gefangenen] im körperlichen wie im sozialen Bereich lässt Spannungszustände ins Leere laufen, eine der wesentlichen

---

<sup>1</sup> Vgl. Franzkowiak (2003a), S. 18 ff.

<sup>2</sup> Vgl. ebd. und Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>3</sup> Vgl. Hurrelmann (2000), Kap. 1.2

<sup>4</sup> Franzkowiak (2003a), S. 19

Ursachen für Stresserkrankungen. [...] Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Symptome steigt, während die Abwehrkräfte gegen Infektionen und organische Beeinträchtigungen verringert werden.“<sup>1</sup> Bei den zitierten Autoren taucht wiederholt der von Martin Seligman geprägte Begriff der ‚erlernten Hilflosigkeit‘ auf<sup>2</sup>, der gerade im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen eine wichtige Rolle spielt bzw. ein Kennzeichen eben dieser ist.<sup>3</sup> Er bezeichnet das Unvermögen einer Person, die Bewältigung einer Stresssituation aus eigener Kompetenz heraus in Angriff zu nehmen, ist also gleichbedeutend mit einer Verringerung von Ressourcen (Schutzfaktoren). Gerade bei Strafgefangenen ist die erlernte Hilflosigkeit ein typisches Phänomen. Sie resultiert aus der im Gefängnis herrschenden Fremdbestimmung und Kontrolle sowie aus dem Verwahr- und Versorgungscharakter des Strafvollzugs. Die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Gefangenen sind stark eingeschränkt und mit ihnen die Bewältigungskompetenzen im Hinblick auf Probleme sozialer und gesundheitlicher Art. Die Insassen geraten in eine unselbständige, passive Versorgungshaltung<sup>4</sup>, in deren Folge sich psychische Störungen wie Lethargie, Depressionen, Mut- und Antriebslosigkeit manifestieren.<sup>5</sup> In der Deprivationsforschung (Kap. 3.2.3) werden solche Symptome dem Hospitalismus bzw. Deprivationsyndrom zugeordnet.<sup>6</sup> Sie führen bei fortwährender Ausprägung zu ernsthaften chronischen Erkrankungen der Psyche.<sup>7</sup> Weiter oben wurde schon deutlich, dass dauerhafter Stress in Krisensituationen darüber hinaus ein körperliches Erkrankungsrisiko in sich birgt, sei es im Hinblick auf chronische Erkrankungen oder auf die erhöhte Anfälligkeit für Infektionen, und zwar besonders dann, wenn der Stress mit gesundheitlichem Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum oder mit ungünstigen Dispositionen wie Übergewicht oder Bluthochdruck einhergeht.<sup>8</sup> Auf riskante Verhaltensweisen komme ich in Kapitel 4.2.3 noch einmal zurück.

Franzkowiak nennt als typische körperliche Folgen von Stress chronische Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen<sup>9</sup>, die der Gefängnisarzt und *Tatort*-Schauspieler Josef Bausch-Hölterhoff in einem Interview mit der Wochenzeitung DIE ZEIT unlängst als häufig vorkommende psychosomatische Beschwerden im Gefängnis in Werl (Westfalen)

---

<sup>1</sup> Boetticher/Stöver (2000), S. 369

<sup>2</sup> Vgl. z.B. Stöver (2000); Laubenthal (2003), S. 94; Franzkowiak (2003a), S. 18

<sup>3</sup> Vgl. Inglehart (1988), S. 35 f.

<sup>4</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 285; ferner Laubenthal (2003), S. 94

<sup>5</sup> Vgl. Stöver (2005)

<sup>6</sup> Vgl. ebd. sowie ausführlicher zum Hospitalismus: Wikipedia (2006c)

<sup>7</sup> Vgl. Wikipedia (2006c)

<sup>8</sup> Vgl. insbes. Franzkowiak (2003d), S. 195 f. und Hurrelmann (2000), S. 77 ff.

<sup>9</sup> Vgl. Franzkowiak (2003a), S. 19

bezeichnete.<sup>1</sup> Der Anstaltsmediziner beschreibt das häufige Auftreten von Hautleiden wie Schuppenflechte oder Neurodermitis sowie von Magen-Darm-Problemen, und betont, dass diese Symptome im Zusammenhang mit Stressbelastung auftraten („Haut als Spiegel der Seele“<sup>2</sup>).

Ich möchte an dieser Stelle zwei extreme Haftbedingungen ansprechen, deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Gefangenen besonders krass sind. Ich meine die *Isolierung* von Insassen als das eine und die *Überfüllung* der Haftanstalten als das andere Extrem; beide stehen sich sozusagen spiegelbildlich gegenüber (s. dazu auch Kap. 3.2.3). Peinecke und Hansen fassen die Krankheitssymptome nach langer Einzelhaftierung in vier Kategorien zusammen:<sup>3</sup>

- Unter negativen *Stimmungen* verstehen die Verfasser z.B. Angst, Apathie, Leere, Ohnmacht, Wut, Aggression und Depression bis zum Gefühl der Selbstaufgabe bzw. des Identitätsverlustes.
- Zu den Beeinträchtigungen der *mentalen/kognitiven Leistungen* zählen sie Konzentrationsmängel, Koordinations- und Orientierungsstörungen, Vergesslichkeit, Artikulations- bzw. Wortfindungsschwierigkeiten und eine allgemein herabgesetzte geistige Leistungsfähigkeit.
- Wahnideen, Sinnesdelirien und Halluzinationen gehören nach Darstellung der beiden Psychologie-Diplomanden zu den *Sinnestäuschungen* und *Fehlwahrnehmungen*, die als Folgen von Isolationshaft auftreten und sich bis zu psychotischen Zuständen entwickeln können.
- Die Liste der *physischen Auswirkungen* ist besonders lang. Sie wird von Gutachtern, die bei Peinecke/Hansen zitiert sind, als „Psycho-physischer Erschöpfungszustand bei erheblichem Untergewicht und vegetativen Regulationsstörungen mit hypotonen Kreislaufstörungen“ zusammengefasst. Dazu zählen, um es anschaulich zu machen, Kopfschmerzen, Augenflimmern, Schwindel, Atemnot, Übelkeit, Müdigkeit, Taubheitsgefühl, Ohrensausen, Schwitzen, Verdauungsstörungen, verringerte Anpassungsleistung der vegetativ gesteuerten Funktionen, Zittern, Untergewicht, Rückgang der Muskelmasse und weitere Symptome.

Zwar beziehen sich Peinecke und Hansen in ihrer Arbeit hauptsächlich auf politische Häftlinge, die wochen- oder monatelang in isolierten Hochsicherheitstrakten untergebracht waren. Aber wie ich in Kapitel 3.2.3 erklärt habe, ist eine – wenn auch abgeschwächte –

---

<sup>1</sup> Vgl. Schmidt (2004)

<sup>2</sup> Ebd.

<sup>3</sup> Vgl. auch zu Folgendem: Peinecke/Hansen (1982), S. 111 f.

Übertragung von ‚Isohaft‘-Symptomen auf die Gesundheit von Gefangenen allgemein durchaus zulässig, zumal Häftlinge nach dem Strafvollzugsgesetz schnell in eine Einzelhaft-Situation geraten können. Schon der Begriff ‚Hospitalismus‘, der ja hauptsächlich Symptome nach längeren Krankenhaus-, Heim- oder Psychiatrieaufenthalten beschreibt, umfasst etliche der o. g. Symptome.<sup>1</sup> Des Weiteren kommen Autoren wie Heino Stöver oder die Autor/innen der AIDS-Hilfe auf ähnliche Symptome regelmäßig zu sprechen (vor allem auf Gefühlsregungen der ersten Kategorie), wenn sie den psychischen Zustand von Gefangenen beschreiben. Im Hinblick auf körperliche Reaktionen möchte ich wiederholt auf Hurrelmann und auf Franzkowiak verweisen, die auf den Zusammenhang zwischen (andauerndem) Dis-Stress und Herz-Kreislauf-Störungen aufmerksam machen.<sup>2</sup>

In der Praxis weitaus häufiger anzutreffen als die gesundheitlichen Folgen der Einzelhaft, dürften die zahlreichen Risiken durch Gefängnisüberfüllung sein, da es sich hierbei um ein in Deutschland und anderen Staaten aktuell verbreitetes Problem handelt.<sup>3</sup> Nach §18 StVollzG soll dem Gefangenen ein Anrecht auf Einzelunterbringung gewährt werden<sup>4</sup> (s. auch Kap. 3.2.3). Jeder Insasse hat das Recht auf eine Privatsphäre, was im Knast letztlich nur ermöglicht werden kann, indem die Gefangenen sich zumindest während der Ruhezeiten in eigene Hafträume zurückziehen können. Willkürliche Auslegungen bzw. Änderungen von Raumkapazitäten in den Haftanstalten durch die Vollzugsverwaltungen machen es möglich, dass diese Vorschrift heute flächendeckend umgangen wird<sup>5</sup>, so dass sich in deutschen Gefängnissen mitunter vier Personen eine 16 m<sup>2</sup> große Zelle teilen müssen.<sup>6</sup> Mushoff macht auf gravierende psychische Folgen der Überbelegung von Hafträumen aufmerksam. Empirische Untersuchungen hätten ergeben, „dass körperliche Stressreaktionen wie Bluthochdruck und Migräne Folge von Gefängnisüberbelegung sein können. Solchem Stress lang andauernd ausgesetzt zu sein kann psychische Erkrankungen verursachen und Betroffene sogar in den Suizid treiben.“<sup>7</sup>

Differenzierter sind die Folgen der Überbelegung bei Oberheim beschrieben:

- Als *psychische Folgen* nennt Oberheim neben Aggressivität bzw. höherer Gewaltbereitschaft eine verminderte Fähigkeit zur Problemlösung, sinkendes

---

<sup>1</sup> Vgl. zu den Definitionen auch Wikipedia (2006c)

<sup>2</sup> Vgl. Hurrelmann (2000), S. 79 und Franzkowiak (2003a), S. 19

<sup>3</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 67 u. S. 81 ff.; Mushoff (2004); sowie zur aktuellen Situation in der JVA Lübeck: Kieler Nachrichten (2006)

<sup>4</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 50 ff.; Mushoff (2004), S. 20; § 18 StVollzG

<sup>5</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 81 ff.

<sup>6</sup> Vgl. Mushoff (2004), S. 20

<sup>7</sup> Ebd., S. 21

Selbstvertrauen, Angst, verstärkte Neigung zu Depressionen sowie teilweise völliges Abkapseln der Insassen von der Umwelt.<sup>1</sup>

- Mögliche *physische Folgen* seien ein „allgemeines Krankheitsrisiko“ (wegen unzureichender Hygiene und Belüftung), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magengeschwüre als Folge längerfristiger Stressbelastung, eine stressbedingte Schwächung des Immunsystems, psychosomatisch bedingte Beschwerden, steigender Blutdruck, Verletzungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen sowie schlechtere medizinische Betreuung (weniger Personal ist für mehr Häftlinge zuständig).<sup>2</sup> Als Einzelsymptome werden ferner Übelkeit, Hautausschläge, Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, Stechen in der Brust und Asthma angeführt, die in empirischen Untersuchungen einen positiven Zusammenhang (Korrelation) mit dem Ausmaß der Überfüllung aufgewiesen hätten.<sup>3</sup>
- In Untersuchungen aus den USA seien auch Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Überfüllung und der Zahl der Todesfälle in einer Haftanstalt aufgezeigt worden.<sup>4</sup> Ein großer Teil der Tode sei auf Suizid zurückzuführen, im Zusammenhang mit Überfüllung spielten aber vor allem Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Versagen eine Rolle.

Es fällt auf, dass einige der Symptome denen nach langer Einzelhaft entsprechen, so z.B. Angst, Depressionen oder Herz-Kreislauf-Störungen. Das mag daran liegen, dass sowohl bei isolierten Häftlingen als auch bei Insassen in überbelegten Hafträumen Stress die Hauptursache vieler der genannten Symptome ist. Oberheim fasst zusammen, dass eine außergewöhnliche Herz-Kreislauf-Belastung sowie eine generell stärkere Krankheitsanfälligkeit als Folgen von überfüllungsbedingtem Stress als empirisch gesichert angesehen werden können und auch für eine erhöhte Sterblichkeit zumindest eine Reihe von Anzeichen sprächen.<sup>5</sup> Unter überfüllten Bedingungen treten außerdem schnell hygienische Missstände auf. Dadurch wiederum kommt es zur Übertragung von Erkältungskrankheiten, von parasitären Erkrankungen (z.B. Flöhen, Läusen, Krätze) oder von Tuberkulose.<sup>6</sup> Man kann ferner davon ausgehen, dass ungeschützter Sexualverkehr sowie unsauberer Spritzentausch in überfüllten Gefängnissen noch häufiger stattfinden als sonst.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 150 ff.

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 160 ff.

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 162 f.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 163 ff.

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 166

<sup>6</sup> Vgl. Trautmann/Stöver (2003), S. 40 ff. und Keppler (1996d), S. 108 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Oberheim (1985), S. 156

#### 4.1.4 Gesundheitliches Risikoverhalten

Es ist in dieser Arbeit schon mehrfach angeklungen, dass gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch im Strafvollzug prozentual viel häufiger vorkommen als in freien Bevölkerungen. Empirisch wurde dies bei Butler (Kap. 3.3.2) und in der Schweizer Gefangenenbefragung (Kap. 3.3.3) belegt, bei Kaiser/Schöch findet sich eine Grafik, die für Deutschland den zunehmenden Anteil von *Drogenstraftätern* an der Gefangenenpopulation eindrucksvoll dokumentiert.<sup>1</sup> Die hohen Zahlen Drogenabhängiger in den Gefängnissen sind aber nur zum Teil auf die häufigere Inhaftierung von Straftätern zurückzuführen, die wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (z.B. Besitz oder Verkauf von Drogen) verurteilt werden.<sup>2</sup> Hinzu kommen Delikte, die im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit verübt werden (Beschaffungskriminalität).<sup>3</sup> Drittens ist der Gebrauch von Rauschmitteln eine nicht unbeliebte Strategie der Stressbewältigung (Flucht-/Vermeidungsstrategie, ineffizientes Coping)<sup>4</sup>, somit liegt es auf der Hand, dass unter den stressenden Verhältnissen im Gefängnis selbst Menschen, die bisher kaum oder gar keine Drogen eingenommen haben, mit dem Konsum beginnen.<sup>5</sup> Kurzfristig gesehen stellt der Gebrauch von Tabak, Alkohol, Marihuana oder härterer Drogen eine durchaus effektive Methode zur Verdrängung von Stressempfinden dar, doch die mittel- und langfristigen (Aus-)Wirkungen des Konsums vor allem in erhöhter Konzentration sind bekanntermaßen gesundheitsschädigend bzw. verstärken den Stress häufig noch (im Falle harter Drogen v.a. durch die mit dem Erwerb verbundenen Verhaltensweisen<sup>6</sup>). Bei unkontrolliertem Gebrauch harter Drogen kommt es im schlimmsten Fall zum ‚Drogentod‘, etwa durch Überdosierung, gesunkene Immuntoleranz oder soziale Stressoren.<sup>7</sup> Exzessiver Alkohol- und Tabakkonsum gelten zudem als Risikofaktoren für etliche körperliche Erkrankungen.<sup>8</sup>

Andererseits führt gerade auch der plötzliche Entzug von Suchtmitteln zu einer extremen Verstärkung der Stressproblematik bei den Abhängigen bis hin zu einer existenzbedrohenden Gefährdung ihrer Gesundheit.<sup>9</sup> Maßnahmen zur Gegensteuerung dieses Effekts wie z.B. die anonyme Vergabe von sterilem Spritzbesteck oder Substitutions-

---

<sup>1</sup> Kaiser/Schöch (2002), S. 131

<sup>2</sup> Vgl. dazu auch Wilkens (1996), S. 133

<sup>3</sup> Vgl. ebd.

<sup>4</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 55 und Franzkowiak (2003a), S. 19

<sup>5</sup> Vgl. hierzu insbes. Wilkens (1996), S. 133 f. und Lang (1996a), S. 58

<sup>6</sup> Vgl. Wilkens (1996), S. 130 ff.; Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 51; Stöver (2000), S. 46

<sup>7</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 113

<sup>8</sup> Vgl. Hurrelmann (2000), S. 78

<sup>9</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 114 mit Verweis auf Selbsttötungen unter Einwirkung von Entzugserscheinungen

Programme (Methadon) sollen hier aufgrund ihres Stellenwerts als eigenständige Themenaspekte nicht vertieft werden. Ausführlichere Informationen hierzu finden sich in der Literatur bei Stöver (2000), Tielking/Becker/Stöver (2003) sowie Wilkens (1996).

Es gibt weitere typische Verhaltensweisen von Gefängnisinsassen, die nicht zu einer Besserung bzw. Stabilisierung ihrer Gesundheit beitragen. Ein beträchtlicher Anteil der Gefangenen täuscht Krankheiten und Gesundheitsprobleme vor, zumindest wird dies von Anstaltsärzten und Justizvollzugsverwaltungen behauptet. Tomasevski hat bei ihrer europaweiten Recherche aus verschiedenen Staaten Hinweise auf eine im Vergleich zur freien Bevölkerung überhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Gefangene erhalten, wobei dies in Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei einem Großteil der Insassen um junge, männliche Gefangene handelt, besonders auffällig ist.<sup>1</sup> Der Werler Gefängnisarzt Bausch-Hölterhoff beziffert den vermuteten Anteil der ‚Simulanten‘ unter den Arztbesucher/innen im Knast auf ca. ein Drittel.<sup>2</sup> Der Mediziner führt weiter aus, dass sich die Häftlinge von diesem Verhalten vor allem Haft erleichterungen wie zusätzliche Freiluft-Stunden versprechen. Abgesehen davon, dass solche Absichten eigentlich schon auf eine Gesundheitsbelastung der ‚Simulanten‘ hindeuten, ist letztlich nicht gesichert, was die Betroffenen tatsächlich verspüren. So kritisieren Boetticher/Stöver, dass die Klagen über Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von den Anstaltsmedizinern nicht immer entsprechend ernst genommen würden, was die Angst der Gefangenen, ausgeliefert zu sein, verstärke.<sup>3</sup> Regelmäßig beschwerten sich Gefangene, dass die von ihnen geäußerten Symptome als Simulation, Arbeitsunlust, Medikamentenmissbrauch, Erschleichung von Vergünstigungen oder Wehleidigkeit missverstanden würden.<sup>4</sup> Tatsächlich sind psychosomatische Beschwerden denkbar, die in einer ärztlichen Untersuchung nicht unmittelbar feststellbar sind. Auch Medikamentenmissbrauch wäre ja schon für sich genommen ein Beweis für die verzweifelte psychische Lage der Betroffenen. Tomasevski begründet die hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Knast mit den Haftbedingungen: die Gefangenen seien unzufrieden mit ihrer Situation und mit der unzureichenden medizinischen Versorgung, ebenso trage die tagtägliche Langeweile im Haftalltag zu vermehrten Arztbesuchen und Simulations-Aktionen bei.<sup>5</sup> Das wiederum kann meines Erachtens Ausdruck einer tiefer liegenden Verzweiflung der Insassen sein.

---

<sup>1</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 177 f.

<sup>2</sup> Vgl. Schmidt (2004)

<sup>3</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 373

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

<sup>5</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 178 f.

Ungeachtet dessen, ob es sich um wirkliche Vortäuschungen handelt und ob diese aus Langeweile oder aus tatsächlichem Schmerz- oder Krankheitsempfinden heraus inszeniert werden, stimmen vor allem die *Methoden* nachdenklich, mit denen Häftlinge teilweise Symptome vortäuschen. Angefangen bei recht harmlosen Täuschungsmanövern wie starkem Kaffeekonsum zur Beschleunigung des Pulses, reicht die Palette der riskanten Verhaltensweisen über absichtliches Hyperventilieren oder das Verschlucken von in Wachspapier gewickelten Rasierklingen (im Röntgenbild wird nur die Klinge sichtbar, nicht das Papier) bis hin zu Selbstverletzungen.<sup>1</sup> Letztere heben sich als bewusstes Herbeiführen eines körperlichen Schadens von reinem Simulationsverhalten ab und bilden als eine Art Auto-Aggression schon eine Vorstufe zu suizidalem Verhalten (s. unten).

Andere Gefangene wiederum resignieren hinsichtlich ihres Gesundheitszustands. Bausch-Hölterhoff spricht in einem Zeitungsinterview von Insassen, die nie bei ihm in der Praxis auftauchten. Viele sähen keinen Sinn mehr darin, z.B. ihren Blutdruck besser einstellen zu lassen.<sup>2</sup> Darüber hinaus gebe es so genannte „Desperados“, die aufgrund ihres katastrophalen Gesundheitszustands (z.B. HIV/AIDS, Drogen) den Drang entwickelten, sie müssten vor ihrem Ableben noch andere Menschen mit ins Grab nehmen, und die deshalb gezielt ungeschützten Geschlechtsverkehr oder Nadeltausch betrieben. Solche Gefangene, so der Arzt, könne man unmöglich in die Freiheit entlassen, weil sie eine Bedrohung für die Allgemeinheit darstellten.<sup>3</sup> Keppler hält dem sozusagen entgegen, dass HIV-Infizierte erst gar nichts in Gefängnissen zu suchen hätten.<sup>4</sup>

Abschließend möchte ich im Zusammenhang mit stressbedingtem Risikoverhalten auf Suizid, Selbstmordversuche und Selbstverletzungen zu sprechen kommen. Der begrenzte Rahmen meiner Arbeit lässt es nicht zu, dieses seinerseits komplexe Thema ausführlicher zu behandeln. Deshalb sollen an dieser Stelle ein paar wichtige Anmerkungen genügen. Tomasevski sieht in den hohen Suizidraten eines der vier gesundheitlichen Hauptprobleme im Strafvollzug.<sup>5</sup> Sie stellt in ihrem Bericht über die Daten aus Europa fest, dass in fast allen Ländern die Problematik verstärkt im geschlossenen Vollzug auftritt. Insbesondere in Deutschland sei dies auffällig gewesen, da von dort keine Selbstmorde aus dem offenen Vollzug gemeldet wurden, während die Rate im Regelvollzug relativ hoch gewesen sei.<sup>6</sup> Dementsprechend findet sich bei Dunkel der Hinweis auf eine fünfmal so hohe Sterberate

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 179

<sup>2</sup> Vgl. Schmidt (2004)

<sup>3</sup> Vgl. ebd.

<sup>4</sup> Vgl. Keppler (1996c), S. 99

<sup>5</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 105 ff.

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 106

im deutschen Justizvollzug gegenüber einer Vergleichsgruppe in der freien Bevölkerung.<sup>1</sup> Ich bin bei meinen Recherchen auf das Skript einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll im Jahr 1996 gestoßen, auf der Ärzte/innen aus Justizvollzugsanstalten Vorträge zum Thema ‚Gesundheitsfürsorge im Gefängnis‘ hielten. Einer der Referenten war Dr. Hans-Eugen Bisson, Ärztlicher Direktor des Justizvollzugskrankenhauses Hohenasperg. In seinem Vortrag über Suizid führt er als ein Erklärungsmodell für suizidale Handlungen das *Krisenmodell* an, das vom Begriff des kritischen Lebensereignisses (Kap. 4.1.2) ausgehe. Wenn in einer solchen Lebensphase die Bewältigungsstrategien eines Menschen versagten und äußere Ressourcen (z.B. Familie) fehlten, könne dies in einer Endstufe zum Suizid führen.<sup>2</sup> Im *kognitiven, verhaltenstherapeutischen Konzept* werde die Ursache für Selbstmord an der erlernten Hilflosigkeit festgemacht, die ja, wie wir oben gesehen haben, ebenfalls eine zentrale Rolle im Strafvollzug spielt. Suizidales Verhalten könne sich bei den Gefangenen durch das ständige Erleben der eigenen Unfähigkeit als eine Art Problemlöseverhalten manifestieren.<sup>3</sup> Passend dazu postuliert Bisson an anderer Stelle, dass Inhaftierte – wie überhaupt Alleinstehende – vor allem aufgrund des abrupten Entzugs von allen gewohnten sozialen Kontakten (!) selbstmordgefährdet seien.<sup>4</sup> In besonderem Maße treffe dies auf Untersuchungshäftlinge zu, deren Selbstwertgefühl Tat und Schuld erlebend bestimmt sei und für die der selbst herbeigeführte Tod den letzten Rest von Autonomie darstelle.<sup>5</sup> Zu Beginn seines Vortrags beruft sich Bisson auf Heinz Müller-Dietz, der auf der Tagung ebenfalls einen Vortrag gehalten hatte. Dieser, so Bisson, habe den Suizid als ein dauerhaftes Problem in Untersuchungshaft dargestellt.<sup>6</sup> Andere von mir recherchierte Quellen bestätigen die hohe Selbstmordrate in U-Haft.<sup>7</sup> Noch im November 2005 fand ich in der Tageszeitung *taz* einen Artikel mit der Überschrift: „Achten auf Suizidgefahr – Erneut Selbstmord in U-Haft“.<sup>8</sup> Der Artikel bezog sich auf drei dicht hintereinander erfolgte Selbstmorde in Hamburger Gefängnissen, von denen zwei in Untersuchungshaftanstalten verübt wurden. Bisson erklärt Selbstmorde in Haft übrigens auch mit auto-aggressivem Verhalten, das bei Gefangenen anstelle von nach außen gerichteter Aggression zum

---

<sup>1</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. 18

<sup>2</sup> Vgl. Bisson (1996), S. 123 f.

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 124 f.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 121

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 122

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 116

<sup>7</sup> Vgl. z.B. Henderson (2002)

<sup>8</sup> *taz* (2005), S. 22

Vorschein komme.<sup>1</sup> Selbstverletzungen können demnach als eine schwächere Stufe solchen Verhaltens interpretiert werden.

#### 4.1.5 Infektionsrisiken

Infektionsrisiken sind in Haft vielfältig gegeben. Um mich nicht unnötig zu wiederholen, habe ich die verschiedenen Ursachen für eine erhöhte Infektionsgefahr hier noch einmal zusammenfassend aufgelistet:

- Überfüllung ist mit mangelnder Hygiene verbunden. Viele Menschen auf engem Raum übertragen leicht Krankheiten untereinander. Es kann sich hierbei um einfache Erkältungskrankheiten handeln oder aber um unangenehmere Probleme wie parasitäre Erkrankungen (Flöhe, Läuse etc.) und Tuberkulose.
- Der Gebrauch und Tausch von unsterilem Spritzbesteck unter Drogenabhängigen führt zur Übertragung von Hepatitis B und C und von HIV/AIDS.
- Hepatitis, HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten werden auch über ungeschützten Sexualverkehr verbreitet (homosexuelle Kontakte).
- Der Dauerstress schwächt das Immunsystem der Gefangenen und erhöht das Infektionsrisiko.

In der bei Tomasevski zitierten Datenerfassung zum Gesundheitszustand von Gefängnisinsassen in Spanien wurden Atemwegserkrankungen und Magen-Darm-Infektionen als die statistisch häufigsten Gesundheitsprobleme in der Gefangenenpopulation identifiziert.<sup>2</sup> Das verwundert zunächst nicht weiter, weil diese ‚alltäglichen‘ Erkrankungen auch in einer freien Wohnbevölkerung oft vorkommen. Es wäre jedoch interessant zu erfahren, ob in den Gefängnissen eine deutlich höhere Prävalenz vorliegt als in einer Vergleichsgruppe aus der freien Bevölkerung und ob ein Zusammenhang zum Grad der Überbelegung besteht. Mit dem Hinweis bei Tomasevski lässt sich deutlich machen, dass die ‚Hauptprobleme‘ im Strafvollzug (psychische Erkrankungen, Drogen, AIDS etc.) rein statistisch gesehen nicht die am stärksten verbreiteten Gesundheitsbeeinträchtigungen sind, obwohl sie aufgrund ihrer Relevanz zu den größten Herausforderungen im Bereich *Prison Health* gehören (s. vor allem Kap. 3.3.1 dieser Arbeit, insbes. S. 30).

---

<sup>1</sup> Vgl. Bisson (1996), S. 121

<sup>2</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 40

## 4.2 Die Rolle von Schutzfaktoren (Ressourcen)

Im vorangegangenen Unterkapitel wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren im (geschlossenen) Strafvollzug erörtert. Nachfolgend ist im Hinblick auf die angestrebte qualitative Befragung von Häftlingen ein Blick auf mögliche Schutzfaktoren nötig. Wir erinnern uns an die dieser Arbeit zugrunde liegende Gesundheitsdefinition, nach der nur ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren den Gesundheitszustand einer Person stabil halten kann. Dieses Gleichgewicht wird erreicht, wenn dem Individuum die Bewältigung der inneren und äußeren Anforderungen gelingt, die vom Betreffenden im Falle einer Inhaftierung ganz überwiegend negativ, nämlich als bedrohlich empfunden werden. Bewältigungsprozesse und -ressourcen nehmen also bei Strafgefangenen eine besonders bedeutende Rolle zur (Wieder-)Herstellung, Aufrechterhaltung oder Verbesserung ihrer individuellen Gesundheit ein. – Im Folgenden sollen zunächst die Begriffe ‚Bewältigung‘ und ‚Ressourcen‘ erläutert werden, bevor ich auf die Bedeutung einzelner Ressourcen für die Gefängnisinsassen zu sprechen komme. In einem dritten Abschnitt möchte ich kurz auf mögliche Formen der Ressourcenförderung im Justizvollzug eingehen.

### 4.2.1 Begriffsklärungen: Bewältigung und Ressourcen

Gleichzusetzen mit dem Begriff der ‚(Stress-)Bewältigung‘ ist der des ‚Copings‘. Peter Franzkowiak definiert Stressbewältigung als „alle Versuche, Stressoren in den unterschiedlichsten Lebensbereichen sowie entsprechende emotionale Belastungen zu meistern“<sup>1</sup>. Nach Richard Lazarus handelt es sich beim Coping um die „Anstrengungen einer Person, mit externen und inneren Anforderungen und mit Konflikten zwischen beiden, welche die Mittel dieser Person beanspruchen oder überfordern, fertig zu werden“<sup>2</sup>. In beiden Definitionen spielen Anforderungen (= Stressoren) als zu überwindende Hindernisse die zentrale Rolle, was durchaus dem Gleichgewichtsprinzip bei Hurrelmann und Franzkowiak entspricht (s. oben). So lässt sich nach Kaluza auch der (Miss-)Erfolg einer Coping-Strategie daran messen, ob das körperliche und seelische Wohlbefinden einer

---

<sup>1</sup> Franzkowiak (2003a), S. 19

<sup>2</sup> Lazarus/Launier (1978) werden zitiert bei Jäger (2001).

Person erhalten/gefördert oder beeinträchtigt wird.<sup>1</sup> Es könne jedoch keine spezielle Strategie als pauschal geeignet bezeichnet werden, da es zu viele Formen von Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten, von Persönlichkeitsmerkmalen und Ressourcen gebe, die in komplexen Wechselwirkungen zueinander stünden. Das Gelingen des Copings ist vielmehr abhängig vom Grad der persönlichen und sozialen Ressourcen einer Person sowie ihrer Flexibilität im Einsatz dieser Ressourcen, also der Fähigkeit, im Belastungsfall die günstigste Strategie zu wählen.<sup>2</sup>

„Ressourcen“ sind demnach Schutzfaktoren, mit deren Hilfe Anforderungen und Belastungen bewältigt oder abgemildert werden können bzw. Stress vermindert wird.<sup>3</sup> Sie lassen sich in personale (interne) und soziale (externe) Ressourcen oder auch in subjektive und objektive R. einteilen.<sup>4</sup> Interne Ressourcen sind im Individuum vorhanden. Zu ihnen gehören individuelle Lebenskompetenzen, Einstellungen und Bewältigungsstrategien gleichermaßen wie der individuelle Gesundheitszustand. Zu den externen oder sozialen Ressourcen zählen vor allem zwischenmenschliche Beziehungen in verschiedenen Lebensfeldern.<sup>5</sup> „Objektive Ressourcen“ sind Schutzfaktoren, die einer Person objektiv betrachtet zur Verfügung stehen. Da die subjektive Wahrnehmung von Ressourcen nicht selten von der objektiven Existenz tatsächlich vorhandener Ressourcen abweicht, wurde der Begriff der „subjektiven Ressource“ eingeführt.<sup>6</sup> Besteht beim Eintritt in eine belastende Situation ein Ressourcendefizit, d.h. eine subjektive oder objektive Abwesenheit von Schutzfaktoren, so bedeutet dies, dass das Individuum der belastenden Situation gegenüber anfälliger ist und mit Stresssymptomen reagiert.<sup>7</sup>

Ressourcen und Belastungen dürfen nicht getrennt voneinander betrachtet werden, da sie Einfluss aufeinander haben.<sup>8</sup> Aaron Antonovskis Resilienz-Konzept zufolge entwickeln sich manche Ressourcen überhaupt erst in belastenden Situationen. Antonovski definiert: „Resilienz beschreibt die Fähigkeit einer Person [...], relativ unbeschadet mit den Folgen [...] belastender Lebensumstände umgehen und Bewältigungskompetenzen entwickeln zu können.“<sup>9</sup> Die Resilienz kann so als eine Art übergeordnete Ressource verstanden werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Kaluza (1996), S. 48 f.

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 52 f. und Franzkowiak (2003a), S. 19

<sup>3</sup> Vgl. Franzkowiak (2003c), S. 189

<sup>4</sup> Vgl. ebd. und Schröder/Schwarzer (1997), S. 174 ff.

<sup>5</sup> Vgl. Franzkowiak (2003c), S. 189

<sup>6</sup> Vgl. Schröder/Schwarzer (1997), S. 174

<sup>7</sup> Vgl. ebd.

<sup>8</sup> Vgl. ebd.

<sup>9</sup> Antonovski wird zitiert bei Ravens-Sieberer et al. (2002), S. 89

## 4.2.2 Ressourcen als persönlicher Schutzschild gegen Belastungen

Es geht nun darum auszuloten, welche Bewältigungspotentiale Insassen in einer Interview-situation äußern könnten, ohne dass der/die Interviewer/in mögliche Ressourcen vorgibt.

### 4.2.2.1 Personale Ressourcen

Auf der körperlichen Ebene lässt sich ein intaktes, widerstandsfähiges Immunsystem als personale Ressource anführen.<sup>1</sup> Wie wir in Kapitel 4.1 festgestellt haben, ist die Leistungsfähigkeit des Immunsystems von Strafgefangenen durch die ständige Stressbelastung in Haft mindestens gefährdet, wenn nicht eingeschränkt. Ansonsten sind personale Ressourcen vor allem auf der *Verhaltensebene* angesiedelt; es handelt sich um psychische und kognitive (= auf Wissen und Erfahrungen beruhende) Eigenschaften einer Person.<sup>2</sup>

Ganz allgemein lässt sich sagen, dass optimistische Erwartungshaltungen in Stress-situationen einer pessimistischen, resignativen Einschätzung entgegenwirken und somit einen Puffer gegen negative emotionale Reaktionen und starke körperliche Erregung bilden. Positive Folgeeffekte sind die Stärkung der körperlichen und seelischen Widerstandskraft sowie die Förderung stressreduzierender Verhaltensweisen und präventiven Verhaltens.<sup>3</sup> Beim dispositionalen Optimismus (Schleier/Carver 1985, 1992)<sup>4</sup> bleibt allerdings offen, ob sich in einer Krisensituation die Ereignisse aus Sicht der betroffenen Person von selbst fügen sollen oder ob diese Person durch eigenes Handeln mithilft. Die Ressource hat zwar eine positive Wirkung z.B. auf Krankheitsbewältigung (Schröder und Schwarzer berufen sich auf Studien), kann in übersteigerter Form jedoch zu mehr Problemen führen, wenn die/der Betroffene die Anforderungssituation unterschätzt und sich auf dem Optimismus ausruht. Die Person gerät dann in eine defensiv-passive Haltung („mir passiert schon nichts“), die Ressource wird zum Vulnerabilitätsfaktor.<sup>5</sup>

Es ist davon auszugehen, dass Gefangene zumindest bei längeren Haftstrafen und im geschlossenen Vollzug generell keinen solchen Optimismus an den Tag legen, weshalb diese Ressource in Haft nur eine nebensächliche Bedeutung haben dürfte. Wesentlich

---

<sup>1</sup> Vgl. Franzkowiak (2003c), S. 189

<sup>2</sup> Vgl. ebd.

<sup>3</sup> Vgl. Schröder/Schwarzer (1997), S. 175

<sup>4</sup> Zitiert ebd., S. 177 ff.

<sup>5</sup> Vgl. ebd. und Kaluza (1996), S.42 f.

bedeutungsvoller für das Setting Strafvollzug sind so genannte Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura 1977, Schwarzer 1993)<sup>1</sup>. Der Doppelbegriff meint die Fähigkeit einer Person, willentlich und aus eigener Kraft zur Aufrechterhaltung (Stabilisierung) oder Verbesserung der persönlichen Gesundheit beizutragen und dies auch realistisch einschätzen zu können. Der/die Betreffende ist im günstigsten Fall überzeugt davon, dass er oder sie eine Anforderung bewältigen kann oder eben nicht. Diese Überzeugung resultiert nicht zuletzt aus früheren Erfahrungen, aus denen die Person gelernt hat (kognitiver Aspekt).<sup>2</sup> Ein Beispiel aus dem Alltag wird bei Kaluza zitiert: „Ich bin mir sicher, dass ich es schaffe, regelmäßig zu joggen.“<sup>3</sup> Dieser ‚fertigen‘ Selbstwirksamkeitsüberzeugung liegt folgende generalisierte Überzeugung (Konsequenzerwartung) zugrunde: „Wenn man regelmäßig joggt, steigert man sein Wohlbefinden.“<sup>4</sup> Außerdem muss der persönliche Wille vorhanden sein, *dass* man sein Wohlbefinden steigern bzw. etwas für die eigene Gesundheit tun möchte (motivationale Kompetenz).<sup>5</sup>

Wenn optimistische Einstellungen mit spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen verknüpft sind, spricht man nicht mehr von dispositionalem, sondern von funktionalem Optimismus, der zumindest im freiheitlichen Leben die aktive Herangehensweise an Problemlösungen beflügelt, bei der Bewältigung unterschiedlichster Stressoren hilft und mitunter sogar das Immunsystem stärkt.<sup>6</sup> Voraussetzung für wirksame Erwartungen an die eigene Kompetenz ist jedoch mindestens eine gewisse Handlungs- und Entscheidungsfreiheit der Person im Sinne von Selbstbestimmung (Autonomie). Wie in Kapitel 4.1.1 aufgezeigt wurde, kann ein Gefangener unter den derzeitigen Voraussetzungen im Vollzug aber keineswegs autonom handeln oder entscheiden.<sup>7</sup> Im Gefängnis dürften Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen, wenn überhaupt, in negativer Richtung geäußert werden (negative Erwartungen, Schwarzmalerei, Pessimismus); sie stellen dann eher einen zusätzlichen Risikofaktor dar.<sup>8</sup> – Was das oben zitierte Beispiel betrifft, so wirkt eine Kompetenzerwartung im Hinblick auf regelmäßiges Joggen auf den ersten Blick etwas unangemessen für die Haftsituation. Erstens aber ist das Beispiel auf andere Situationen übertragbar, und zweitens könnte Joggen (= mehr Bewegung) gerade im Strafvollzug eine

---

<sup>1</sup> Zitiert bei Schröder/Schwarzer (1997), S. 177 ff.

<sup>2</sup> Vgl. insbes. Schröder/Schwarzer (1997), S. 179 ff.

<sup>3</sup> Kaluza (1996), S.42

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> Vgl. Schröder/Schwarzer (1997), S.180

<sup>6</sup> Vgl. Kaluza (1996), S. 43

<sup>7</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369; Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 43 f.; Stöver (2000), S. 291 f.

<sup>8</sup> Vgl. Kaluza (1996), S. 44

wirkungsvolle protektive Handlung sein, um dem Risikofaktor ‚Bewegungsmangel‘ (Kap. 4.1.1) entgegenzusteuern.

Unter Kontrollüberzeugungen werden Einschätzungen einer Person verstanden, in welchem Maße die Ergebnisse ihres Verhaltens von äußeren oder von persönlichen Kräften bestimmt sind, und zwar situationsübergreifend (generalisiert). Man unterscheidet zwischen internalen („ich glaube, dass ich die Ergebnisse meines Handelns weitgehend selbst bestimmen kann“) und externalen Kontrollüberzeugungen („ich kann die Ergebnisse meines Handelns kaum beeinflussen, mein Verhalten hängt fast vollständig von äußeren Einflüssen ab“).<sup>1</sup> In einer qualitativen Befragung Gefangener wäre spannend zu erfahren, ob die persönlichen Kontrollüberzeugungen der Interviewpartner eher internal oder external ausgeprägt sind. Von letzterem ist stark auszugehen, weil das Strafvollzugssystem den Gefangenen durch Fremdbestimmung und Kontrolle sowie durch einseitig versorgende Strukturen jegliche Verantwortungsübernahme geradezu verweigert.<sup>2</sup> Dabei ist eine interne Kontrollüberzeugung mit die wichtigste Voraussetzung für ‚gesunde‘ Selbstwirksamkeitserwartungen.

Als Bewältigungsressource könnte bei Strafgefangenen auch der von Aaron Antonovski definierte Kohärenzsinn (Antonovski 1990)<sup>3</sup> eine Rolle spielen. Dieses komplexere Ressourcen-Konstrukt beschreibt unter anderem das generalisierte, also situations-unabhängige Vertrauen einer Person darin,

- dass alle Ereignisse im Leben (auch die der inneren Erlebenswelt) strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (= Verstehbarkeit),
- dass der Mensch Ressourcen zur Verfügung hat, um den Ereignissen und Anforderungen in seinem Leben angemessen zu begegnen (= Machbarkeit)
- und dass wenigstens einige der Anforderungen auch Herausforderungen sind, für die es sich lohnt zu engagieren (= Sinnhaftigkeit).

Nach Kaluza kann die Anwendung bzw. das Vorhandensein des Kohärenzsinnens einem Menschen in schweren Krisen dabei helfen, besser über diese hinwegzukommen, indem der/die Betreffende einen Sinn in den Ereignissen sucht.<sup>4</sup> Einem/r Strafgefangenen kann dies meines Erachtens jedoch nur dann gelingen, wenn er oder sie einen gewissen Sinn in der Bestrafung und ihrer Form erkennt und das Gefühl entwickelt, dass die Haftstrafe unter Betrachtung seines/ihrer gesamten Lebens keinen bleibenden Schaden hinterlässt (nach dem Motto: „ich werde es packen und anschließend darüber hinwegkommen“). Hier wird

<sup>1</sup> Vgl. Stränger (2002). Die Beispielsätze hab ich selbst formuliert (kein Zitat).

<sup>2</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 369; Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 43 f.; Stöver (2000), S. 291 f.

<sup>3</sup> Vgl. Kaluza (1996), S. 46 ff.

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

erkennbar, dass andere bereits erläuterte Ressourcen wie etwa positive Erwartungshaltungen oder Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in dieses Modell mit eingeflochten sind.

Auch wenn optimistische Erwartungen bei Strafgefangenen aller Länder eine Ausnahme sein dürften, kann stresspräventives Verhalten im Haftalltag zu einer Verbesserung der psychosozialen Lage beitragen. Ob Insassen überhaupt gesundheitliche Folgen der Stressbelastung vermeiden *wollen*, könnte in qualitativen Interviews ggf. erfragt werden. Bei negativer oder gleichgültiger Antwort würde das Training von Gesundheitsverhalten meiner Meinung nach trotzdem Sinn machen. Es wäre wichtig, den Gefangenen die Bedeutung gesunden Verhaltens zu veranschaulichen, ohne dabei bevormundend auf sie einzuwirken. Mit möglichen gesundheitsfördernden Maßnahmen im Vollzug beschäftige ich mich noch in Kapitel 4.2.3.

#### 4.2.2.2 Soziale Ressourcen

Die sozialen Ressourcen werden in der zitierten Fachliteratur komprimiert mit den Begriffen ‚soziale Integration‘ und ‚soziale Unterstützung‘ dargestellt, wobei die soziale Integration eines Individuums sozusagen Voraussetzung für soziale Unterstützung ist.<sup>1</sup> Soziale Integration meint hier das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks. Damit sind alle Beziehungen einer Person gemeint, angefangen beim Partner und der Familie über Freunde, Nachbarn und Kollegen bis hin zu Organisationen, Vereinen, Kirchen, Parteien oder anderen Gruppen, in denen die Person Mitglied ist. Ferner gehören zum Netzwerk öffentliche Gesundheitsdienstleistungen. Für die soziale Integration spielen außerdem Größe, Struktur und Dichte des Netzwerks eine entscheidende Rolle.

Allein betrachtet stellt das Netzwerk aber keine starke Ressource dar. Ausschlaggebend ist meist erst die *Qualität* der sozialen Beziehungen, die sich im Maß der sozialen Unterstützung ausdrückt.<sup>2</sup> Unterstützung von Hilfe leistenden Beziehungspartner/innen aus dem Netzwerk kann in unterschiedlicher Ausprägung geleistet werden:<sup>3</sup>

- ‚Emotionale Unterstützung‘ meint das gemeinsame Erleben von positiven Gefühlen wie z.B. Nähe, Vertrauen, aber auch die gegenseitige Akzeptanz unangenehmer Gefühle.
- Der Begriff der ‚instrumentellen U.‘ umreißt Hilfeleistungen beim Lösen von Problemen, die Besprechung von Problemen sowie Informationen über diese Probleme.

<sup>1</sup> Vgl. zur Unterscheidung der Begriffe und ihrer Erläuterung insbes. Franzkowiak (2003e), S. 216 ff.; Kaluza (1996), S. 40 f.; Schröder/Schwarzer (1997), S. 183

<sup>2</sup> Vgl. Kaluza (1996), S. 40 f. und Schröder/Schwarzer (1997), S. 184

<sup>3</sup> Vgl. zum nun folgenden Schröder/Schwarzer (1997), S. 184

- Wenn Gegenstände oder Geld ausgeliehen werden, spricht man von ‚praktischer‘ oder ‚materieller U.‘ Dazu zählen auch praktische Hilfen im Alltag oder die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen.
- ‚Geistige U.‘ wird geleistet, wenn die Beziehungspartner/innen gemeinsame Lebensvorstellungen, Werte und Normen teilen.
- Durch ‚Selbstwertunterstützung‘ kann der Selbstwert der Hilfe empfangenden Person gesteigert bzw. stabilisiert werden.
- Schließlich kann die Hilfe empfangende Person durch eine externe und damit neutralere Bewertung der Stressoren so genannte ‚Bewertungsunterstützung‘ erhalten.

Bezieht man diese Auflistung auf Gefangene im Strafvollzug, so wird unter Berücksichtigung der vorangegangenen Abschnitte deutlich, wie utopisch die Gewährleistung sozialer Unterstützung in Haft im Regelfall ist. Einmal ganz abgesehen davon, dass soziale U. durchaus auch negative Auswirkungen auf ein Hilfe empfangendes Individuum haben kann (z.B. durch Überengagement oder zu starkes Mitleid der Helfenden, durch Bevormundung, Gruppendruck oder substantiell falsche Hilfe oder auch aufgrund problematischer, konfliktbeladener Beziehungen)<sup>1</sup>, fehlt den Strafgefangenen ganz einfach ein funktionsfähiges Netzwerk, welches ja die Grundvoraussetzung für soziale U. ist. Die Mit-Häftlinge können fast ebenso wenig wie die in der Anstalt praktizierenden Ärzte oder Psychologen als Netzwerk betrachtet werden, da unter den Gefangenen häufig Misstrauen oder sogar offene Gewalt herrscht.<sup>2</sup> Ärzte und Psychologen hingegen werden oftmals als Kontrollorgane des Apparats ‚Knast‘ empfunden.<sup>3</sup>

Gerade deshalb kommt der Betreuung und Begleitung Strafgefangener durch geschulte externe Berater/innen eine besondere Bedeutung bei der Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Probleme zu.<sup>4</sup> Das gilt nicht nur für die Zeit *in* Haft, sondern vor allem auch für die Zeit *danach*.<sup>5</sup> Wegen der Abwendung der Familie oder anderweitig zerrütteter Familien- und/oder Partnerschaftsverhältnisse kann keineswegs davon ausgegangen werden, dass Gefangene nach ihrer Entlassung sofort in einem Netzwerk integriert sind. Im Gegenteil: durch die in Haft ‚anerzogene‘ Unselbständigkeit sowie durch die mit der Haftstrafe verbundene Stigmatisierung und Perspektivlosigkeit kommt es gerade bei Haftentlassenen

<sup>1</sup> Vgl. Franzkowiak (2003e), S. 218 und Kaluza (1996), S. 41 f.

<sup>2</sup> Vgl. zur Gefangenensubkultur: Laubenthal (2003), S. 98 ff.; zur sozialen Isolation: Lang (1996a), S. 53 ff.; Giesen (1996), S. 29; Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 44; zur Gewalt im Haftalltag: Boetticher/Stöver (2000), S. 369.

<sup>3</sup> Vgl. zum angespannten Arzt-Patient-Verhältnis im Strafvollzug insbes. Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 58

<sup>4</sup> Vgl. Lohmann/Tausch (1996), S. 61 f.

<sup>5</sup> Vgl. Lang (1996a), S. 56 ff. und Lang (1996b), S. 184

zu gravierenden sozialen Problemen, die häufig noch stärker sind als zuvor im Gefängnis.<sup>1</sup> Nicht ohne Grund bezeichnen Stöver und auch Lang die Zeitspanne unmittelbar nach Haftentlassung als besonders kritische Phase.<sup>2</sup> Drogenabhängige sind in besonderem Maße gefährdet, da ihre einzige soziale Anbindung oft innerhalb der Drogenszene besteht, die ihrerseits von einer harten, oberflächlichen Umgangsweise geprägt ist<sup>3</sup> und somit kein wirkliches Potential sozialer Unterstützung darstellt.

Um soziale Unterstützung in ihrer Umgebung zu mobilisieren, brauchen Menschen soziale Kompetenzen, d.h. nur wenn eine Person Hilfsbedürftigkeit signalisiert, kann soziale Unterstützung auch wirksam werden. Dieser Aspekt spielt ebenfalls sowohl für die Zeit der Inhaftierung als auch für das Leben danach eine Rolle. Die Kompetenz zur Mobilisierung ist im Grunde wieder eine personale Ressource<sup>4</sup>, wie überhaupt nach Schröder/Schwarzer komplexe Wechselwirkungen zwischen personalen und sozialen Ressourcen bestehen.<sup>5</sup> Während personale Ressourcen eine Stütze bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen seien, nähmen soziale Ressourcen vor allem in Krisenzeiten einen wichtigen Platz bei der (Stress-)Bewältigung ein.<sup>6</sup> Somit haben zwar personale Ressourcen Haupteffekte und soziale R. eher Puffereffekte auf das Coping, im Strafvollzug dürften aber die sozialen Ressourcen aufgrund der Krisenhaftigkeit der Situation verstärkt zum Tragen kommen.

#### 4.2.3 Förderung Ressourcenstärkender Verhältnisse und Verhaltensweisen im Strafvollzug

Auf einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung soll hier nicht näher eingegangen werden. Da sich jedoch eine allgemein gehaltene Frage nach gewünschten Verbesserungen der Gesundheitsfürsorge und -förderung im Vollzug in qualitativen Interviews gut unterbringen ließe, sollen die von der Fachliteratur aufgezeigten Möglichkeiten der Ressourcenförderung bei Gefangenen kurz angerissen werden. Potentielle Stellungnahmen von Interviewpartner/innen zu dieser Fragestellung lassen sich so besser auswerten.

Sozusagen über der Ebene konkreter Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen Diskussionsansätze, die das Strafvollzugssystem grundsätzlich in Frage stellen oder

---

<sup>1</sup> Vgl. insbes. Lang (1996b), S. 190 ff. sowie Golembeski/Fullilove (2005), S. 1702

<sup>2</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 113 f. und Lang (1996b), S. 190 ff.

<sup>3</sup> Vgl. Lang (1996b), S. 191

<sup>4</sup> Vgl. Schröder/Schwarzer (1997), S. 184

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 185 ff.

<sup>6</sup> Vgl. ebd.

zumindest starken Reformbedarf desselben erkennen. Abolitionistische Thesen, die auf eine völlige Abschaffung der Freiheitsstrafe hinzielen, sind unter den derzeit herrschenden gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellungen (noch) Utopie<sup>1</sup>, sie werden von mir auch keinesfalls kritiklos unterstützt. Eher halte ich das Überdenken bisher geltender Straftatbestände sowie eine konsequentere Anwendung von Hafterleichterungen für realistisch und notwendig. Beides wird in der von mir recherchierten rechtswissenschaftlichen Literatur gefordert. Danach könnten etwa Ersatzfreiheitsstrafen, die anstelle einer nicht gezahlten Geldstrafe verhängt werden, durch andere Formen der Bestrafung ersetzt werden (z.B. gemeinnützige Arbeit, Täter-Opfer-Ausgleich etc.).<sup>2</sup> Kleinere Straftatbestände wie Ladendiebstähle oder Verkehrsdelikte bräuchten nicht mit Freiheitsstrafe geahndet werden.<sup>3</sup> Mushoff fordert diesbezüglich die „überfällige Entkriminalisierung weiter Teile des Strafrechts“<sup>4</sup>. Man solle sich wieder mehr auf den „ultima ratio“-Charakter der Freiheitsstrafe besinnen. Bestimmte Problemgruppen sollten vielleicht generell nicht in Gefängnissen untergebracht werden. So konstatiert Keppler (AIDS-Hilfe) beispielsweise, dass HIV-Infizierte und AIDS-Kranke seiner Meinung nach in Strafanstalten nichts zu suchen hätten.<sup>5</sup>

Was die Situation *im* Vollzug betrifft, so würde schon eine konsequentere Anwendung des Strafvollzugsgesetzes erhebliche Verbesserungen mit sich bringen, etwa indem deutlich mehr Gefangene in den offenen Vollzug verlegt würden<sup>6</sup> und Haftlockerungen wie Urlaub, Aus- und Freigang wesentlich häufiger genehmigt würden.<sup>7</sup> Daneben werden von Experten auch neue Formen des Freiheitsentzugs wie die elektronische Überwachung an der Privatwohnung kontrovers diskutiert.<sup>8</sup> – Alle diese Maßnahmen würden letztlich zu einer Abnahme der Gefangenenpopulation und damit zu einer Abschwächung des Überfüllungsproblems beitragen, welches ja, wie wir in Kapitel 4.1.3 festgestellt haben, eine Hauptursache für viele Risikofaktoren ist.

Als gesundheitsförderliche Maßnahmen vor Ort (in den Haftanstalten) sind vorstellbar:

- bauliche Veränderungen der Gefängnisse<sup>9</sup>,
- eine bessere Personalstruktur in den Anstalten<sup>10</sup>,

---

<sup>1</sup> Vgl. Müller-Dietz (1994), S. 34 ff.; zur Infragestellung der Freiheitsstrafe ferner Barsch (1996)

<sup>2</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. 9 u. S. 52 f.; Kaiser/Schöch (2002), S.129 f. u. S. 132 ff.; Mushoff (2004), S. 22

<sup>3</sup> Vgl. Mushoff (2004), S. 22

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> Vgl. Keppler (1996c), S. 99

<sup>6</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. 51

<sup>7</sup> Vgl. Kaiser/Schöch (2002), S. 128 f.

<sup>8</sup> Vgl. ebd., S. 134 f.

<sup>9</sup> Vgl. ebd., S. 128

<sup>10</sup> Ebd.

- Freizeit- und Sportangebote für Gefangene (in der Regel vorhanden)<sup>1</sup>,
  - Zugang zu Aus- und Weiterbildungsangeboten<sup>2</sup>,
  - bessere Entlohnung der Gefangenen in den anstaltseigenen Arbeitsbetrieben<sup>3</sup>,
  - vollwertiges, abwechslungsreiches Kantinenessen und Anleitung der Gefangenen zu ‚gesunder‘ Ernährung (selber kochen, gesund einkaufen)<sup>4</sup>,
  - Integration der Gefangenenpopulation in die gesetzliche Krankenversicherung<sup>5</sup>
- u.v.m.

Bei Tomasevski und Stöver sowie in den Schriften der AIDS-Hilfe wird immer wieder die Forderung nach einer Vernetzung der Gesundheitssysteme innerhalb und außerhalb der Haftanstalten gestellt.<sup>6</sup> Bislang existierten zwei völlig separate Systeme, die eine Erfüllung des Angleichungsgrundsatzes nach §3 StVollzG<sup>7</sup> beinahe unmöglich machten. Auch müsse für eine Fortführung von Therapie und Beratung nach Haftentlassung gesorgt werden, da gerade drogenabhängige Inhaftierte in dieser Phase besonders gefährdet seien (gesundheitlich und in Bezug auf Rückfälle bei Straftaten).<sup>8</sup>

In etlichen Quellen wird betont, dass mehr *Selbstbestimmung* der Häftlinge eine grundlegende, wenn nicht gar die wichtigste Voraussetzung für erfolgreiche Gesundheitsförderung im Justizvollzug sei.<sup>9</sup> Nur wenn den Gefangenen selbstbestimmtes Handeln ermöglicht werde, könnten sie ein Verantwortungsgefühl für ihre Gesundheit entwickeln (Stichwort ‚Empowerment‘<sup>10</sup>). Unabdingbar hierfür sei ein umfassender Zugang zu *Gesundheitsinformationen*.<sup>11</sup> Die im vorangegangenen Abschnitt thematisierten sozialen Kompetenzen, die ein Mensch zur Mobilisierung sozialer Unterstützung benötigt, gehören nach einer bei Stöver zitierten Definition der Ottawa-Charta (WHO) zu den Komponenten menschlichen Verhaltens, deren Verbesserung eines der vorrangigen Ziele von Gesundheitsförderung sei.<sup>12</sup> Stöver führt an gleicher Stelle aus, wie wichtig die Kompetenzerweiterung und die Entwicklung von (lebens-)praktischen Fähigkeiten für eine

<sup>1</sup> Vgl. Keppler (1996a), S. 84

<sup>2</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 202 ff. – Kaiser/Schöch (2002) zitieren auf S. 130 das *Committee for the Prevention of Torture (CPT)*, das in den 90er Jahren fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten in deutschen Haftanstalten kritisiert hat.

<sup>3</sup> Vgl. Dünkel (1996), S. 50 f. – Bei Kaiser/Schöch (2002) findet sich auf S. 130 ein Vermerk zur Kritik der internationalen Arbeitsorganisation in Genf (1993) an der geringen Entlohnung von Strafgefangenen.

<sup>4</sup> Vgl. Keppler (1996a), S. 83 f.; Lüchtrath (1996), S. 34; Trautmann/Stöver (2003), S. 38

<sup>5</sup> Vgl. Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 54 f.; ferner Kaiser/Schöch (2002), S. 130

<sup>6</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 130 ff., S. 140 ff., S. 147 ff.; Stöver (2000), S. 289 ff.; Schultz (1996), S. 19

<sup>7</sup> Vgl. § 3 StVollzG

<sup>8</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 113 f. und Lang (1996b), S. 190 ff.

<sup>9</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 277-292; Becker: (2003), S. 2 f.; Laubenthal (2003), S. 94; bzgl. HIV-Infizierte auch Lang (1996a), S. 59 und Keppler (1996c), S. 88

<sup>10</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 277-292; zur Erläuterung des Begriffs ebd., S. 310 ff.

<sup>11</sup> Vgl. ebd., S. 279; Keppler (1996b), S. 112 f.

<sup>12</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 291

Bewältigung der Phase des Haftaufenthalts und eine Befähigung zum Übergang in die Freiheit seien. Daher sei die Förderung von Selbsthilfe ein zentraler Bereich effektiver Gesundheitsförderung im Strafvollzug.<sup>1</sup> Idealerweise sollten selbstangeführte Gruppen unter externer Betreuung bestehen. Die psychosoziale Begleitung durch Externe gewährleiste einen neutralen Zugang zur jeweiligen Problematik.<sup>2</sup> Zudem genössen Externe mehr Vertrauen bei den Gefangenen, was von Brigitte Schultz (AIDS-Hilfe) unter Hinzuziehung des Aspekts bekräftigt wird, dass externe Betreuer/innen ein Stück Lebenswirklichkeit aus der Freiheit mit in den Vollzug brächten.<sup>3</sup> Laut Stöver kennen Strafgefangene häufig nicht ihre eigenen Ressourcen.<sup>4</sup> Wenn dies so sei, müsse eine Ressourcenförderung damit beginnen, die Betroffenen erst einmal auf persönliche Potentiale und deren Wirksamkeit aufmerksam zu machen. Ohne konkrete Beispiele zu nennen, fordert Stöver die Einführung von kreativen Angeboten in Haftanstalten. Mit deren Hilfe könnten versteckte Ressourcen bei den Gefangenen „freigelegt“ und einer Ausbildung des Deprivationssyndroms (Hospitalismus) entgegengewirkt werden. Stöver spricht von „tagesstrukturierenden Beschäftigungen/Arbeiten, die in den Vollzugsplan mit eingearbeitet werden könnten“<sup>5</sup>.

In seiner Habilitationsschrift *Healthy Prisons* entwirft Stöver die Vision einer umfassenden Gesundheitsförderung im Justizvollzug.<sup>6</sup> Das Gefängnis wird dabei als ‚typisches‘ Setting verstanden (ähnlich wie Schulen, Arbeitsbetriebe o.ä.). Für eine Förderung der Gesundheit der Insassen *und* des Personals werden nachhaltige, langfristige, evaluationsgestützte Projekte und Programme vorgeschlagen, an denen alle Ebenen der Haftanstalt sowie externe Berater/innen und Fachkräfte beteiligt sein sollten. Ein Beispielprojekt, das sich in der Praxis bewährt hat, ist die anonyme Vergabe von sterilen Spritzen für i.v.-Drogengebraucher/innen, worauf schon in Kapitel 4.1.4 hingewiesen wurde (Stöver, Tielking/Becker/Stöver sowie Keppler und Wilkens befassen sich ausführlich mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen für drogenabhängige und HIV-infizierte Häftlinge). Die Neueinführung eines solchen wie auch anderer Projekte sollte nach Ansicht Stövers immer mit umfassenden Schulungsprogrammen (in Form von Arbeits- oder Lerngruppen) sowohl für Betroffene als auch für Bedienstete und externe Betreuer/innen verbunden sein.<sup>7</sup> Bei Stöver und im *American Journal of Public Health* wird außerdem auf die Möglichkeit von

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 292

<sup>2</sup> Ebd.

<sup>3</sup> Vgl. Schultz (1996), S. 19

<sup>4</sup> Vgl. Stöver (2000), S. 292

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Vgl. ebd., insbes. Kap. 5

<sup>7</sup> Vgl. ebd., S. 297 ff.

*Peer Education / Peer Support* hingewiesen:<sup>1</sup> Insassen werden geschult, ihren Mit-Häftlingen Gesundheitswissen zu bestimmten Themen (z.B. Drogen) zu vermitteln; sie nehmen die Funktion so genannter ‚Multiplikatoren‘ ein. Häftlinge eignen sich als Anleiter/innen von Gesundheitsförderungsgruppen noch besser als externe Professionelle, weil sie am ehesten das Vertrauen der Mit-Gefangenen genießen und ein hoher Identifikationsgrad gegeben ist. Besonders geeignet als *Peer Educators* erscheinen Insassen mit einer angesehenen Position in der Insassenhierarchie oder ehemalige Gefangene, die nach ihrer Entlassung einen erfolgreichen Neuanfang geschafft haben und nicht mit Drogen rückfällig geworden oder anderweitig erkrankt sind. Solche *Role Models* können nach der Sozialen Lerntheorie<sup>2</sup> andere Menschen der eigenen *Peer Group* (= engeres soziales Umfeld, ‚Gleichgesinnte‘) davon überzeugen, dass auch sie bei Durchführung des ‚vorgelebten‘ Verhaltens mit einem bestimmten Ergebnis rechnen können, was ihre Selbstwirksamkeitserwartung erhöht.<sup>3</sup> Da Selbstwirksamkeitseinschätzungen zu den bedeutsamsten personalen Ressourcen gehören (Kap. 4.2.2.1), kann die *Peer Education* also als effektive Maßnahme der Ressourcenförderung eingeschätzt werden.

### 4.3 Zusammenfassung mit Ausblick auf eine qualitative Untersuchung

In qualitativen Interviews sollten die Interviewer/innen möglichst keine Vorgaben machen, welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Justizvollzug möglich sind. Auch sollten sie ihre Interviewpartner/innen nicht zwischen potentiellen Gesundheitsproblemen wählen lassen. Es gilt vielmehr herauszufinden, wie die Befragten das (Un-)Gleichgewicht ihrer Gesundheit frei heraus beurteilen. Sehen sie Risikofaktoren, wenn ja: welche und wie viele? Sehen sie eine Notwendigkeit, diesen Risikofaktoren durch die Mobilisierung von Schutzfaktoren (Ressourcen) entgegenzuwirken? Erkennen sie irgendwelche Ressourcen bei sich selbst oder in ihrer Umgebung, der Haftanstalt? Wünschen sie sich mehr Sportangebote, gesünderes Essen oder die Aufgabe des Rauchens und/oder Drogenkonsums? Wer ist ihr Vertrauens- und Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen: ein Mit-Häftling, eine externe Betreuerin, der Anstaltsarzt? Sehen die Befragten im

---

<sup>1</sup> Vgl. Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 65 ff.; Stöver (2000), S. 290; Heines (2005)

<sup>2</sup> Beschrieben bei Seibt (2003)

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 207

bestehenden Vollzugssystem überhaupt eine Chance für Gesundheitsmaßnahmen oder können diese ihrer Meinung nach nur mittels tief greifender Reformen oder der totalen Abschaffung des Strafvollzugsystems funktionieren? – Ohne in den Fragen konkret zu werden und die Befragten erkennbar zu lenken, sollte das Interview so gestaltet sein, dass alle diese Themen zur Sprache kommen können.

Theoretisch wurde in Kapitel 4 anhand der vorliegenden Literatur erarbeitet, dass mit einer Freiheitsstrafe unweigerlich gravierende Gesundheitsrisiken verbunden sind, die das nach Hurrelmann/Franzkowiak definierte Gesundheitsgleichgewicht der Gefangenen aus dem Lot bringen können. Gerade aufgrund dieser vielfältigen Risiken scheinen Maßnahmen der Stärkung von Schutzfaktoren (Ressourcen) im Sinne eines menschenwürdigen Umgangs mit den Insassen nicht nur notwendig, sondern unerlässlich. Mittels adäquater, will sagen: der Zielgruppe ‚Gefangene‘ angepasster Maßnahmen kann versucht werden, ihr gesundheitliches Gleichgewicht zu erhalten bzw. wiederherzustellen, im Idealfall sogar zu verbessern (etwa bei ‚multimorbiden‘ Neuaufnahmen, die von langem Drogenkonsum oder Obdachlosigkeit gezeichnet sind).

## 5 Einflüsse auf das Gesundheitsverständnis der Insassen

Bevor ich einen Vorschlag zur Methodik qualitativer Interviews unterbreite, möchte ich in diesem Kapitel noch auf verschiedene Faktoren hinweisen, die (wahrscheinlich) einen starken Einfluss auf die subjektive Gesundheitswahrnehmung der Insassen haben und daher bei der Auswahl von Interviewpartner/innen für eine qualitative Untersuchung zum Gesundheitsverständnis mit berücksichtigt werden sollten.

### 5.1 Der Geschlechter-Aspekt: Frauen oder Männer als Interviewpartner/innen

Bei der Vorbereitung einer qualitativen Untersuchung sollte man sich überlegen, ob man beide Geschlechter in die Interviews mit einbezieht oder die Untersuchung auf Männer bzw. Frauen konzentriert. Eine weitere Möglichkeit ist die Teilung der Untersuchung auf zwei Befragungen, die jeweils auf ein Geschlecht konzentriert sind. Letzteres halte ich für sinnvoll. Meine in der JVA Lübeck geplante Befragung (s. Einleitung) sollte nur unter männlichen Insassen stattfinden, was unter anderem mit dem begrenzten Umfang einer Diplomarbeit zu tun hatte. Meinen Standpunkt bezüglich des Geschlechter-Aspekts bei Interviews möchte ich im Folgenden erläutern.

Der Frauenanteil an der Gefangenenpopulation ist weltweit relativ gering. Nach der Statistik bei Laubenthal (Quelle: Statistisches Bundesamt)<sup>1</sup> waren in Deutschland im Jahr 2001 von 52.939 Insassen insgesamt 50.630 männlich und nur 2.309 weiblich. Das entspricht einem Frauenanteil von ca. 4,4%. In der Broschüre *Women Integration & Prison*<sup>2</sup> (s. unten) wird der Frauenanteil in deutschen Gefängnissen für das Jahr 2003 mit 4,8% beziffert.<sup>3</sup> Nach den Zahlen im Butler-Report lag der Prozentsatz weiblicher Insassen im australischen Bundesstaat New South Wales im gleichen Jahr (2003) bei 6%<sup>4</sup>, in der Schweiz waren im Jahr 1993 immerhin 8% der Gefangenen weiblich.<sup>5</sup> Auch im *American Journal of Public Health* bezeichnen die Autor/innen den Frauenanteil in amerikanischen Gefängnissen als relativ gering, weisen allerdings zugleich auf eine starke Zunahme

---

<sup>1</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 32

<sup>2</sup> Cruells/Igareda (2005)

<sup>3</sup> Vgl. Mary-Portas/Contrepolis (2005), S. 12

<sup>4</sup> Vgl. Report of the New South Wales Chief Health Officer (2004): Demographic characteristics

<sup>5</sup> Vgl. Schweizer Bundesamt für Statistik (1998)

inhaftierter Frauen in den letzten Jahren hin.<sup>1</sup> Das deckt sich mit der Aussage Tomasevskis, dass Frauen international die am stärksten wachsende Gruppe in der Gefangenenpopulation bildeten<sup>2</sup>; das war bereits im Jahr 1992.

Aus dem trotz Zuwachs-Trends niedrigen relativen Anteil weiblicher Gefangener kann nicht die Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen im Strafvollzug besonders auf Aspekte der Männergesundheit abzielen sollten. Gerade diese Sichtweise führt nämlich zu dem Problem, welches in fast allen von mir recherchierten Quellen beklagt wird: die Benachteiligung der Frauen als Minderheit in der Vollzugspopulation. Tomasevski stellt in ihrem Bericht fest, dass der Gesundheit von Frauen in europäischen Gefängnissen und in der Literatur wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht würde, was auf die relativ kleinen Zahlen inhaftierter Frauen zurückzuführen sei.<sup>3</sup> Auch Forschung zu Gesundheitsproblemen von Frauen in Haft sei bisher noch äußerst selten.<sup>4</sup> Im besten Fall würden Frauen bezüglich ihrer Mutterrolle als Gefangenenkategorie mit speziellen gesundheitlichen Bedürfnissen eingestuft, wobei das Kinderkriegen in Wahrheit nicht das grundlegende Problem inhaftierter Frauen darstelle, sondern andere Gesundheitsprobleme dadurch höchstens verschärft würden.<sup>5</sup> In den Antworten der europäischen Staaten auf den Fragebogen ihrer Untersuchung gebe es vielfältige Hinweise, dass bestimmte Gesundheitsprobleme unter weiblichen Gefangenen häufiger vorkämen als unter Männern in Haft, wobei viele der vorliegenden Daten nicht repräsentativ seien. Immerhin wurden im Rahmen der Studie aus einigen Ländern eine höhere HIV-Rate und verstärkter Drogenkonsum bei inhaftierten Frauen berichtet.<sup>6</sup>

Tomasevski identifiziert Frauen ebenso wie Jugendliche, Ausländer und Behinderte als Minderheiten im Strafvollzug mit ganz speziellen gesundheitlichen Bedürfnissen.<sup>7</sup> Die Mitglieder des WHO-Projekts *HIPP* (s. Kap. 3.4) bezeichnen Frauen, MigrantInnen und jugendliche Straftäter sogar als die am stärksten benachteiligten Minderheiten in der Vollzugspopulation.<sup>8</sup> Gefängnisse bzw. Strafvollzugssysteme seien meist schon mit dem Bild des männlichen Gefangenen im Hinterkopf entwickelt worden. Schaper und Schumacher (AIDS-Hilfe) sprechen von einem „männlich dominierten Regelvollzug“<sup>9</sup>; dem Frauenvollzug komme oft die Rolle eines „Appendix“ zu. Verglichen mit dem

---

<sup>1</sup> Vgl. Restum (2005), S. 1689 und Braithwaite/Treadwell/Arriola (2005), S. 1679

<sup>2</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 45

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 43

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 44

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 45

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 43 f.

<sup>7</sup> Vgl. ebd., S. 41

<sup>8</sup> Vgl. Gatherer/Moller/Hayton (2005), S. 1698

<sup>9</sup> Schaper/Schumacher (1996), S. 196

Männervollzug gebe es für Frauen zu wenige Haftplätze im offenen Vollzug und im Freigang, obwohl kriminelle Rückfälle bei Frauen seltener und das Risiko für die Allgemeinheit bei Vollzugslockerungen wesentlich geringer sei.<sup>1</sup> Schultz (AIDS-Hilfe) führt an, dass das deutsche Strafvollzugsgesetz überwiegend an Bedürfnissen und Lebensgrundlagen von Männern ausgerichtet sei.<sup>2</sup>

Boetticher und Stöver berufen sich weitgehend auf die Feststellungen, die schon von Tomasevski über Frauen im Vollzug getroffen wurden. Drogenabhängige Frauen seien überrepräsentiert, in einigen Frauenhaftanstalten betrage der Anteil Drogenabhängiger über 50%.<sup>3</sup> Entsprechend seien drogenbedingte Erkrankungen bzw. solche aufgrund langjähriger Verelendung im Vollzug verbreitet. Dazu zählen Boetticher und Stöver Abszesse, Venenerkrankungen, Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten), gynäkologische Erkrankungen, hohe psychische Belastungen und schließlich die Trennung von den eigenen Kindern<sup>4</sup>, die auch in anderen Quellen als eine besonders große Belastung für inhaftierte Frauen hervorgehoben wird. – Im Butler-Report sprechen die Zahlen für sich. Frauen waren demnach im Jahr 2001 deutlich stärker von Infektionskrankheiten betroffen als Männer (bezogen auf den Bundesstaat New South Wales).<sup>5</sup> Auch bei den meisten chronischen und psychischen Erkrankungen waren die Frauen prozentual gesehen stärker betroffen als die männlichen Insassen, während sich beim gesundheitlichen Risikoverhalten ein gemischtes Bild ergab. In der Schweiz wurden 1993 deutlich mehr Raucherinnen (76 %) als Raucher (37 %) in Gefängnissen festgestellt.<sup>6</sup>

Der Bericht *Women Integration & Prison* wurde erst 2005 im Rahmen eines EU-Projektes zur Lage der Frauen im europäischen Strafvollzug veröffentlicht.<sup>7</sup> Cruells, Igareda und Torrens stellen darin einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand weiblicher Häftlinge fest.<sup>8</sup> Straftäterinnen seien sowohl vor der Haft als auch während und nach der Haft sozial und gesundheitlich benachteiligt. Dabei spiele die Geschlechterrolle eine entscheidende Rolle. Im Gefängnis, so wird aus dem italienischen Projektbericht zitiert, werde der weibliche Körper zu einer Anpassung an ein männliches Rollenmodell gezwungen. Alle Anstaltsärzte seien Männer, und für die Frauen bedeute es häufig eine besondere Schmach, sich bei ärztlichen Untersuchungen nackt auszuziehen. Die Suizid- und

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd.

<sup>2</sup> Vgl. Schultz (1996), S. 22

<sup>3</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 370

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

<sup>5</sup> Vgl. auch zu Folgendem: Report of the New South Wales Chief Health Officer (2004) in unterschiedlichen Rubriken

<sup>6</sup> Vgl. Schweizer Bundesamt für Statistik (1998)

<sup>7</sup> Vgl. Cruells/Igareda (2005) ohne Seitenzahl und speziell Wagman (2005), S. 3 ff.

<sup>8</sup> Vgl. auch zu Folgendem: Cruells/Igareda/Torrens (2005), S. 78

Selbstverletzungsrate sei bei inhaftierten Frauen höher als bei Männern, in der Allgemeinbevölkerung sei es genau umgekehrt. Außerdem kämen psychische Erkrankungen (Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) und riskante Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch und risikobehafteter Sex bei Frauen häufiger vor. Inhaftierte Frauen seien aufgrund gravierender Ereignisse wie sexuellen Missbrauchs (in der Kindheit *und* im Erwachsenenalter) oder anderweitiger Gewalterlebnisse meist schon von ihrer Biographie her gesundheitlich beeinträchtigt.<sup>1</sup> Eine ähnliche Aussage treffen Boetticher und Stöver: Prostitution und sexuelle Gewalterlebnisse durchzögen häufig das Erfahrungsspektrum inhaftierter Frauen.<sup>2</sup>

Hier wird einmal mehr deutlich, wie sehr das Leben Strafgefangener *vor* ihrer Inhaftierung bei der Erforschung ihres individuellen Gesundheitsverständnisses von Bedeutung ist (s. auch Kap. 2.1). So haben die Forscher/innen des soeben zitierten EU-Frauenprojektes ihre Untersuchung in mehreren Schritten angelegt: Die Frauen wurden vor, während und nach der Haft interviewt, nach Entlassung sogar in verschiedenen Zeitabständen.<sup>3</sup> Fast alle angesprochenen Frauen wollten an dieser Befragung teilnehmen, was zu weiteren qualitativen Untersuchungen im Bereich *Prison Health* ermuntern sollte. Allerdings hat Repräsentativität, wie sie Wagman beim Frauenprojekt als gegeben sieht<sup>4</sup>, in rein qualitativen Untersuchungen eine komplett andere Bedeutung. In Projekten mit kleinerem Umfang ist Repräsentativität im Sinne von statistischer Vergleichbarkeit weder möglich noch gewollt.

Wie hier inhaltlich aufgezeigt werden konnte, sind sich die Autor/innen der vorliegenden Literatur weitgehend einig darin, dass Frauen in Gefängnissen mit hohen gesundheitlichen Risiken behaftet sind, ihre Belange aber von der Forschung und den Vollzugsleitungen oftmals vernachlässigt oder sogar ignoriert werden. Auch besteht Einigkeit hinsichtlich der biographischen (gesundheitlichen) Vorbelastung eines Großteils der Straftäterinnen. Letzterer Aspekt sowie die organisatorische Ausrichtung der Gefängnisse auf Männer und die dominierende Zahl männlicher Anstaltsbediensteter in höheren Positionen lassen Gesundheitsforschung bei inhaftierten Frauen zwar dringend notwendig erscheinen, haben mich als Mann aber gerade dazu bewogen, meine ursprünglich geplante Befragung auf männliche Gefangene zu beschränken.

Nach meiner persönlichen Beurteilung der soeben analysierten Fakten hätte es mit Frauen als Interviewpartnerinnen ggf. Schwierigkeiten gegeben, weil sie mir mangelndes

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd.

<sup>2</sup> Vgl. Boetticher/Stöver (2000), S. 371

<sup>3</sup> Vgl. Wagman (2005), S. 4 ff.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 6.

Vertrauen entgegenbringen könnten, was sich wiederum verfälschend auf die Interviews auswirken würde. Deshalb lautet mein Vorschlag, dass in einer qualitativen Gefangenenbefragung Frauen nur von Frauen und Männer evtl. auch nur von Männern interviewt werden sollten (Interviewerinnen könnten sexuell depravierte männliche Häftlinge in einer Befragung dahingehend beeinflussen, dass diese sie vorrangig als Sexualobjekte betrachten). Wenn also eine Untersuchung mit beiden Geschlechtern geplant ist, sollten die Durchführenden meiner Meinung nach separate Felduntersuchungen bei Frauen und Männern vornehmen. Das hat auch Auswirkungen auf die Inhalte von Interviewleitfäden. Die vorangegangenen Bemerkungen zu Frauen in Haft haben gezeigt, dass es zu viele spezifische Aspekte der Frauen- und wahrscheinlich auch der Männergesundheit gibt, als dass man beiden Geschlechtern haargenau dieselben Fragen stellen sollte. Geschlechtsspezifische Abänderungen des Leitfadens sind meines Erachtens unerlässlich, auch wenn die Grundausrichtung der Interviews zwecks wissenschaftlicher Vergleichbarkeit nicht zu unterschiedlich ausfallen darf.

Mögliche Unterschiede zwischen weiblicher und männlicher Wahrnehmung von Gesundheit möchte ich anhand eines Artikels von Toni Faltermaier<sup>1</sup> erläutern. Der Autor bemerkt darin, dass die Geschlechtsrolle ein entscheidender Faktor für die Genese von Risiko- und Schutzfaktoren sei.<sup>2</sup> Sie bestimme auch die Bedingungen mit, wie Männer und Frauen für eine mögliche Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensweise zu motivieren seien. Das Geschlecht sei ganz wesentlich eine soziale Kategorie, weil es von Geburt an die Wahrnehmung, die soziale Stellung und die Lebenswege eines Menschen reguliere. Bezogen auf das biopsychosoziale Gesundheitsmodell von Hurrelmann und Laaser, auf dem auch meine Arbeit basiert (Definition von Hurrelmann/Franzkowiak, Kap. 2.1), stellt Faltermaier typischen Risikofaktoren bei Männern geschlechtsspezifische Schutzfaktoren (Ressourcen) gegenüber. Als ‚männertypische‘ Risikofaktoren analysiert er:

- psychischen Stress,
- Risikoverhalten,
- Persönlichkeitsdispositionen,
- soziale Unterstützung (!)
- und den Umgang mit Beschwerden.<sup>3</sup>

Psychischen Stress beschreibt Faltermaier als Entstehungsursache vieler psychischer Störungen und organischer Erkrankungen. Männer seien vor allem in kritischen Lebens-

---

<sup>1</sup> Faltermaier (2004)

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 12

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 17

ereignissen von Stress betroffen, welche ihre Identität und ihren sozialen Status bedrohten (als solche Krisensituation ist eine Haftstrafe nach allem, was hier erörtert wurde, einzustufen). Die Bewältigungsstile seien bei Männern häufig mit Risikoverhalten verbunden, z.B. mit Suchtmittelkonsum oder mit Aggression und Gewaltausübung. Auch allgemein praktizierten Männer häufig gesundheitsriskantes Verhalten, vor allem in den Bereichen Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung, Sexualität und Verkehr.<sup>1</sup> Gewalteinwirkungen und Suizide seien etwa drei bis vier Mal so weit verbreitet wie bei Frauen, wobei sich die Statistik zu diesem Aspekt – wie oben bemerkt – in Gefängnissen mitunter ins Gegenteil verkehrt.

Unter Persönlichkeitsdispositionen versteht Faltermaier Persönlichkeitsmerkmale, die mit riskantem Verhalten verbunden sind, z.B. externale Kontrollüberzeugungen sowie Feindseligkeit oder Depressivität.<sup>2</sup> Insgesamt seien die Kontrollüberzeugungen von Männern zwar eher internal ausgerichtet („ich selbst bin für mich verantwortlich“). Sie könnten aber zu Risikofaktoren werden, wenn sie in Lebensbereichen wie Familie, Partnerschaft oder Beruf besonders stark ausgeprägt seien (mit Tendenz zu Kontrollillusionen), während sie im Gesundheitsbereich gering ausfielen. Soziale Unterstützung wiederum sei für Männer in stabilen Partnerschaftsbeziehungen häufig ein großer Schutzfaktor. In umso höherem Maße seien Männer gesundheitlich gefährdet, wenn diese Unterstützung – etwa nach einer Trennung – wegfalle.<sup>3</sup> Das ist bei einer Haftstrafe schon räumlich, häufig aber auch sozial der Fall. Durchschnittlich seien die sozialen Netzwerke von Männern beschränkter als die von Frauen. Hinzu komme, dass Männer bei Problemen weniger soziale Unterstützung und Hilfe in Anspruch nähmen.<sup>4</sup>

Die Wahrnehmung und der Umgang mit Beschwerden oder Schmerzen seien bei Männern hauptsächlich durch die Tendenz geprägt, Schmerzen nicht zuzugeben und gesundheitliche Beschwerden zu ignorieren, abzuwehren oder zu verleugnen. Körperliche Verwundbarkeiten würden als Zeichen von Schwäche gedeutet.<sup>5</sup> Das Bewältigungsverhalten von Männern sei zwar im Allgemeinen eher aktiv und problembezogen (internale Kontrollüberzeugungen, starke Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus, Selbstbewusstsein). Die Strategie, Probleme allein bewältigen zu wollen, sei aber mit mangelnder Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und der Ablehnung von Hilfen im Belastungsfall verbunden und weise auf weniger angemessene Bewältigungsstile

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 18

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 19

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 19 f.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 20

<sup>5</sup> Vgl. ebd.

– wie z.B. die Flucht mittels Drogen – hin.<sup>1</sup> Das Körperbewusstsein sei bei Männern stark ausgeprägt, durch ihren Körperbau verfügten Männer über mehr körperliche Kraft und Stärke als Frauen, was wiederum als soziales Machtinstrument eingesetzt werde.<sup>2</sup> Das könne dazu führen, dass Männer sich auch in sozialen Beziehungen auf ihre körperliche Kraft verlassen und Konflikte auf dieser Ebene austrügen. Die Wahrnehmung körperlicher *Ressourcen* hingegen sei bei Männern eher weniger vorhanden als bei Frauen. Körperliche Grenzen würden häufig unterschätzt, Beschwerden vernachlässigt. Männer gingen oft zu spät zum Arzt und nahmen selten Vorsorgeuntersuchungen wahr.<sup>3</sup> Sportliche Aktivitäten würden gerne übertrieben und vor allem unter Leistungsaspekten, weniger unter Gesundheitsaspekten gesehen. Dass das Gesundheitsbewusstsein im Alltag bei Frauen eine größere Rolle spielt<sup>4</sup>, wird nicht zuletzt an einem Hinweis in der Broschüre *Women Integration & Prison* erkennbar. Dort heißt es, dass die befragten inhaftierten Frauen von sich aus auf schlechte hygienische Verhältnisse in den Hafträumen, auf schwer verdauliches Essen und auf Frischluftmangel hingewiesen hätten<sup>5</sup>, was von interviewten männlichen Straftätern in der Form vielleicht nicht zu erwarten ist.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Gesundheitsauffassungen von Männern und Frauen – bedingt durch die Geschlechterrolle und die damit verbundenen biographischen Hintergründe – sehr unterschiedlich ausfallen können. Daher ist in einer qualitativen Untersuchung der Einsatz geschlechtsspezifisch verfasster Interviewleitfäden zu empfehlen.

## 5.2 Interviewpartner/innen mit Migrationshintergrund

In Kapitel 2.1 wurde bereits auf die Subjektivität des Gesundheitsempfindens hingewiesen. Ausschlaggebend für die individuelle Wahrnehmung und Deutung von Gesundheit sind demnach vielfältige Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Berufszugehörigkeit, Kulturkreis oder Religion eines Menschen.<sup>6</sup> Im vorangegangenen Abschnitt bin ich auf den Faktor ‚Geschlecht‘ etwas ausführlicher eingegangen. Der Faktor ‚Migrationshintergrund‘ soll hier nur kurz thematisiert werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. ebd., S. 21 f. u. S. 28

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 23 u. S. 28

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 25

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 26

<sup>5</sup> Vgl. Cruells/Igareda/Torrens (2005), S. 78

<sup>6</sup> Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 25

MigrantInnen gehören zu den gesundheitlich und sozial am stärksten benachteiligten Minderheiten im Strafvollzug.<sup>1</sup> Zugleich werden sie in der Literatur als Gefangenengruppe mit speziellen gesundheitlichen Bedürfnissen eingestuft<sup>2</sup> und – vor allem aufgrund sprachlicher Barrieren – zu den besonders „schwierigen“ Gefangenen gezählt.<sup>3</sup> Der Anteil ausländischer Gefangener hat indes in Deutschland wie in anderen europäischen Staaten stark zugenommen.<sup>4</sup> Nach Laubenthal lag der Ausländeranteil in der deutschen Gefangenenpopulation im Jahr 2001 bei 22,9 % (Quelle: Statistisches Bundesamt)<sup>5</sup>, nach Tielking/Becker/Stöver waren es ein Jahr später sogar 34,1 % (Quelle: International Centre of Prison Studies)<sup>6</sup>. Nicht nur aufgrund dieser Zahlen sollten Insassen mit Migrationshintergrund in eine qualitative Befragung zum Thema Gesundheit mit einbezogen werden. Mit der Einbeziehung ausländischer Häftlinge lassen sich auch Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Gesundheitsauffassung deutsch- und andersstämmiger Insassen erfahren. Bei der Vorbereitung der Interviews mit MigrantInnen sollten aus meiner Sicht allerdings zwei Aspekte besonders berücksichtigt werden:

- 1) Die Sprache kann eine große Hürde darstellen. Mangelnde Verstehbarkeit auf beiden Seiten kann zu einer Verfälschung von Antwortaussagen oder des gesamten Interviews führen. Deshalb sollten für eine qualitative Befragung Dolmetscher/innen oder gleichsprachige Interviewer/innen bemüht werden. Anderenfalls könnten nur Personen interviewt werden, die relativ gut Deutsch sprechen, was allerdings eine unzulässige Ausgrenzung beinhalten würde.
- 2) Bei der Auswertung der Interviews muss berücksichtigt werden, dass persönliche Definition und Wahrnehmung des Gegenstands Gesundheit bei Menschen aus einem anderen Kulturkreis und/oder mit einer anderen Religion womöglich völlig anders geprägt sind als bei deutschstämmigen Insassen. Deshalb ist der ethnische Hintergrund der/s Befragten mindestens mit einer geschlossenen Frage am Gesprächsbeginn zu erfassen. Im Idealfall sind die Interviewer/innen über Eigenarten und Besonderheiten des Kulturkreises der interviewten Person informiert.

---

<sup>1</sup> Vgl. Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 49. Die Autoren machen auf die niedrige Stellung von MigrantInnen in der Insassenhierarchie aufmerksam und beschreiben allgemeine gesundheitliche Benachteiligungen von Ausländern.

<sup>2</sup> Vgl. Tomasevski (1992), S. 41 und Tielking/Becker/Stöver (2003), S. 49

<sup>3</sup> „Schwierig“ meint hier den Umgang mit den Menschen aufgrund sprachlicher Barrieren, aufgrund verschiedener kultureller/religiöser Normen, aber auch in Bezug auf die mangelhafte Koordination im Umgang mit ausländischen Häftlingen. Vgl. dazu Tomasevski (1992), S. 43 und Dünkel (1996), S. VIII.

<sup>4</sup> Vgl. für Deutschland: Laubenthal (2003), S. 35; für versch. europäische Staaten: Tomasevski (1992), S. 56

<sup>5</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 35

<sup>6</sup> Vgl. Tielking/Becker/Stöver, S. 49

### 5.3 Der Einflussfaktor ‚Vollzugsform‘

Den Einfluss unterschiedlicher Haftformen auf das Gesundheitsempfinden der Insassen kann ich hier nur kurz anreißen. Eine genauere Betrachtung der Haftformen erlaubt der Rahmen dieser Arbeit nicht.

Zunächst einmal dürfte es nicht unerhebliche Auswirkungen auf das Antwortverhalten der Insassen haben, ob die Befragten sich zur Zeit des Interviews im offenen oder im geschlossenen Vollzug befinden.<sup>1</sup> Da der offene Vollzug mit erheblichen Haft-erleichterungen wie Ausgang, Freigang oder regelmäßigem Urlaub verbunden ist<sup>2</sup>, dürften im offenen Vollzug untergebrachte Straftäter ihre Freiheitsstrafe weniger negativ beurteilen als Gefangene im geschlossenen Vollzug. Sie haben mehr Kontakt zur Außenwelt und somit einen Bezug zu dem Umfeld, in das sie nach ihrer Haftstrafe entlassen werden.<sup>3</sup> Wegen des wesentlich höheren Maßes an Selbstbestimmung<sup>4</sup> ist anzunehmen, dass die Motivation für gesundes Verhalten sowie überhaupt die Einstellung zu Gesundheitsthemen bei Insassen im offenen Vollzug positiver bzw. stärker ausgeprägt ist. Genau dieser Fragestellung kann in einer qualitativen Befragung zum Gesundheitsverständnis der Insassen nachgegangen werden. Die Vermutung, dass Gesundheitsthemen für Gefangene im geschlossenen Vollzug negativer behaftet oder irrelevanter sind, wird dadurch verstärkt, dass der geschlossene Vollzug unter bestimmten Voraussetzungen mit verschärften Unterbringungsformen, sprich: Einzelhaft, ggf. Isolationshaft einhergeht (s. Kapitel 3.2.3 u. Kapitel 4.1.3). Weil der geschlossene Vollzug eine ‚totale Institution‘ in der Form darstellt, wie sie in Kapitel 4.1.1 beschrieben wurde, ist ohnehin davon auszugehen, dass es um den Gesundheitszustand der Insassen – verglichen mit denen im offenen Vollzug – schlechter bestellt ist.

In Kapitel 3.2.3 bin ich bereits auf die Untersuchungshaft (kurz: U-Haft) eingegangen. Erinnerung sei daran, dass die U-Haft mit verschärften Sicherheitsvorkehrungen verbunden ist<sup>5</sup> und nicht nach dem Strafvollzugsgesetz, sondern auf Grundlage der Strafprozessordnung (insbesondere §119) sowie der bundeseinheitlichen Untersuchungshaftvollzugsordnung (UVollzO) geregelt wird. Was Untersuchungsgefangene von verurteilten Straftätern im Regelvollzug unterscheidet, ist vor allem die Tatsache, dass sie auf einen *Verdacht* hin festgehalten werden. Die Ungewissheit, ob es nach Abschluss des Gerichtsverfahrens zu

---

<sup>1</sup> Vgl. zur Abgrenzung der beiden Vollzugsformen insbes. Laubenthal (2003), S. 165 ff.; speziell zum offenen Vollzug auch freenet-Lexikon (o. J. a)

<sup>2</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 165 ff. sowie §§ 10-14 StVollzG

<sup>3</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 165 u. S. 251

<sup>4</sup> Vgl. Schultz (1996), S. 24

<sup>5</sup> Vgl. freenet-Lexikon (o. J. b)

einer wie auch immer gearteten Verurteilung kommt, kann den Blick der U-Häftlinge auf die eigene Gesundheit bzw. den persönlichen Stellenwert dieses Themas stark beeinflussen. Deshalb und weil ein relativ hoher Anteil der Gefangenenpopulation in Deutschland in U-Haft sitzt<sup>1</sup>, sollten Untersuchungsgefangene unbedingt in eine qualitative Untersuchung zum Gesundheitsverständnis von Gefängnisinsassen mit einbezogen werden. Ein Vergleich mit Inhaftierten im Regelvollzug ist auch deshalb möglich, da durch Anwendung von Ausnahmeregelungen trotz der rechtlich vorgesehenen Höchstdauer der U-Haft bis zu sechs Monaten<sup>2</sup> in Wirklichkeit manchmal Jahre, wenigstens aber mehrere Monate bis zur endgültigen Verurteilung oder Freilassung der Betroffenen vergehen.<sup>3</sup> So kann es vorkommen, dass ein U-Häftling mehr Zeit im Gefängnis verbringt als ein zu einer Kurzstrafe Verurteilter im Regelvollzug. Die Genehmigung für eine Befragung von Untersuchungsgefangenen dürfte indes mit zusätzlichem Aufwand verbunden sein.<sup>4</sup>

In noch stärkerem Maße als die U-Haft gehört die nach §§129-135 StVollzG geregelte Sicherheitsverwahrung<sup>5</sup> zu den umstrittenen Bereichen des deutschen Strafvollzugsystems. Seit Juli 2004 darf sie auch nachträglich, also unabhängig vom ursprünglichen Urteil gegen den Straftäter angeordnet werden. Voraussetzung sowohl für die im Urteil ausgesprochene als auch für die nachträglich angeordnete Sicherheitsverwahrung ist, dass der/die Täter/in als besonders gefährlich eingestuft wird.<sup>6</sup> Zwar wird in §131 StVollzG eine Ausstattung der Sicherungsanstalten und der Hafträume derart vorgeschrieben, dass die Inhaftierten „vor Schäden eines langen Freiheitsentzuges“ bewahrt bleiben.<sup>7</sup> Doch allein die Tatsache, dass der Freiheitsentzug hier auf unbestimmte Dauer verordnet wird und somit lebenslänglich dauern kann, macht diese ‚Strafform‘ zu einem heiklen Thema. Das betrifft nicht zuletzt die Gesundheit der Betroffenen. Daher wäre die Einbeziehung von Sicherheitsverwahrten in eine qualitative Untersuchung sinnvoll, selbst wenn nur wenige Gefangene in Deutschland zur Sicherheitsverwahrung verurteilt sind.<sup>8</sup> Da diese Gefangenen lebenslänglich dauernden Freiheitsentzug ertragen müssen und in dieser Situation kaum eine Lebensperspektive haben dürften, ist in einer Befragung mit völlig anderen Stellungnahmen zum Thema Gesundheit zu rechnen als bei Insassen im Regelvollzug.

---

<sup>1</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 30

<sup>2</sup> Vgl. freenet-Lexikon (o. J. b)

<sup>3</sup> Vgl. insbes. Henderson (2002)

<sup>4</sup> Frau Dr. Hilde van den Boogaart, Leiterin der Sozialtherapie in der JVA Lübeck, erklärte mir in einem Telefongespräch, dass für Gespräche mit U-Häftlingen Extragenehmigungen bei den Haftrichtern eingeholt werden müssten.

<sup>5</sup> §§ 129-135 StVollzG; vgl. ferner Wikipedia (2006e)

<sup>6</sup> Vgl. Wikipedia (2006e)

<sup>7</sup> § 131 StVollzG

<sup>8</sup> Vgl. Laubenthal (2003), S. 30

Weitere Haftformen wie z.B. Jugendstrafe, Abschiebehaft oder die Unterbringung in psychiatrischen Anstalten sollen hier aufgrund ihrer Besonderheiten und der mangelnden Vergleichbarkeit mit dem Regelvollzug nicht eigens aufgeführt werden. Für sie müsste eine gesonderte Untersuchung entwickelt werden. U-Häftlinge und Gefangene im offenen und geschlossenen Vollzug, eventuell auch Sicherheitsverwahrte, könnten hingegen an derselben Befragung teilnehmen. Im günstigsten Fall wird hierfür eine große Haftanstalt ausgesucht, in der alle Haftformen vertreten sind, weil dann gewisse Gegebenheiten (Hausordnung, Organisationsstrukturen) für alle Befragten gleichermaßen gelten. Anders wäre es, wenn Gefangene aus verschiedenen Anstalten befragt würden. Aufgrund der Länderkompetenz für den Justizvollzug ist außerdem darauf zu achten, dass eine kleinere Untersuchung auf Haftanstalten eines Bundeslandes begrenzt bleibt. Sollten Ressourcen für eine breit angelegte Untersuchung vorhanden sein, so wäre selbstverständlich eine Ausdehnung der Befragung auf Gefangene verschiedener Anstalten und verschiedener Bundesländer begrüßenswert.

## 6 Anmerkungen zur Methodik qualitativer Interviews

Von den Erhebungsverfahren qualitativer Sozialforschung, die in dem gleichnamigen Buch von Philipp Mayring aufgeführt werden<sup>1</sup>, favorisiere ich für die Erforschung des individuellen Gesundheitsverständnisses von Gefängnisinsassen die Methode des problemzentrierten Interviews.<sup>2</sup> Das Gespräch ist offen, der/die Interviewer/in lässt den/die Befragte/n also möglichst frei zu Wort kommen; dennoch ist das Interview „zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt [und] auf die er immer wieder zurückkommt“<sup>3</sup>. Die Problemstellung wird vom/von der Interviewer/in im Voraus theoretisch analysiert, was beispielsweise in der vorliegenden Arbeit zur Gesundheit von Strafgefangenen geschehen ist. Die Erkenntnisse aus dieser theoretischen Analyse fließen dann in den Interviewleitfaden ein (Problemzentrierung).<sup>4</sup> Das ‚Problem‘ in der von mir vorgeschlagenen Untersuchung ist das Gesundheitsempfinden von Straftätern und U-Häftlingen bzw. deren Wahrnehmung und Interpretation von Gesundheit. Das problemzentrierte Interviewverfahren sollte nicht in der Übernahme fertiger Instrumente (Leitfäden) bestehen, sondern konkret auf den vorliegenden Untersuchungsgegenstand, die Gefangenengesundheit, bezogen sein und anhand dieses Gegenstands ausgestaltet werden (Gegenstandsorientierung).<sup>5</sup> Was von Mayring als besonders wichtig hervorgehoben wird, ist die Offenheit des Gesprächs, d.h. die Interviewten sollten sich ohne Vorgabe von Antwortalternativen frei äußern können, damit wirklich ihre subjektive Meinung erfasst wird. Die Befragten können dann auch Gesichtspunkte zur Sprache bringen, die von den Interviewern bei der Vorbereitung des Themas gar nicht berücksichtigt wurden. Außerdem ist durch die freie Antwortmöglichkeit eine gewisse Überprüfbarkeit gegeben, ob der/die Interviewer/in im Gespräch von seinem/ihrem Gegenüber richtig verstanden wird und umgekehrt.<sup>6</sup>

Eine weitere wichtige Grundlage problemzentrierter und überhaupt qualitativer Interviews ist nach Philipp Mayring das Vertrauen zwischen dem/der Interviewer/in und dem/der Befragten.<sup>7</sup> Die Interviewpartner sollten sich ernst genommen und nicht ausgehorcht fühlen; nur so sei mit ehrlichen, genauen und reflektierten Antworten zu

---

<sup>1</sup> Mayring (2002), Kap. 4.1

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 67 ff.

<sup>3</sup> Ebd., S. 67

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 67 u. S. 69

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 68

<sup>6</sup> Vgl. ebd.

<sup>7</sup> Vgl. ebd., S. 69

rechnen, was alle Erfahrungen mit dieser Methode zeigten. Im Strafvollzug ist eine solche Vertrauensbasis sicherlich nicht so leicht herzustellen wie in ‚Freiheit‘. Im System einer Haftanstalt baut alles auf Kontrolle auf, die Gefangenen haben kaum Privatsphäre und so gut wie keine Eigenverantwortung und Entscheidungskompetenzen. Wenn Insassen ‚gutes Benehmen‘ an den Tag legen, kann das zu Haftlockerungen und Fortschritten im Behandlungsplan führen. Die Devise „bloß nichts falsches sagen“ dürfte den Gefangenen nicht fremd sein. Es liegt also nahe, dass Straf- und Untersuchungsgefangene gegenüber Fragenden leicht misstrauisch werden, wobei die Tatsache, dass die Interviewer/innen von ‚draußen‘ kommen, einiges erleichtern dürfte.<sup>1</sup> Wenn aber die Gespräche unter Aufsicht von Vollzugsbeamten stattfinden müssen, kann die Gesprächssituation zusätzlich belastet werden, weil dann eine Person des ‚Kontrollapparats‘ mit anwesend wäre. Und da die Interviews der besseren Auswertung und wissenschaftlichen Vergleichbarkeit halber in jedem Fall aufgezeichnet werden sollten<sup>2</sup> – am besten mit einem Tonband- oder digitalen Aufnahmegerät – kann noch mehr Unsicherheit von Seiten der Befragten entstehen. Als ein Indikator für eine gute Vertrauensbasis während des Interviews kann die Situation gewertet werden, wenn beide Partner im Gesprächsverlauf gar nicht mehr merken, dass im Hintergrund ein Aufnahmegerät läuft.

Ich ziehe das problemzentrierte Interview anderen Interviewformen vor, weil sich die Methode nach Aussage Mayrings „hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung eignet“<sup>3</sup> und die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews erleichtere. Dadurch wiederum sei eine einfachere Auswertung möglich, und durch größere Fallzahlen ließen sich die Ergebnisse leichter verallgemeinern. Die Methode lasse sich auch für Längsschnittstudien anwenden<sup>4</sup>, was bezüglich Forschung im Strafvollzug besonders bedeutend ist, da der Mangel an Längsschnittstudien in diesem Bereich als besonders eklatant bezeichnet werden kann (s. Kapitel 3.1).<sup>5</sup>

Andere von Mayring aufgeführte qualitative Gesprächsmethoden sind z.B. das narrative Interview oder die Gruppendiskussion. Bei ersterer Methode soll der/die Befragte ganz frei erzählen (ohne standardisierte Fragen).<sup>6</sup> „Die Interviewpartner werden [in einem narrativen Interview] dazu aufgefordert, zu einem bestimmten Thema eine typische Geschichte aus

---

<sup>1</sup> Dr. Hilde van den Boogaart, Leiterin der Sozialtherapie in der JVA Lübeck, teilte mir in einem persönlichen Gespräch mit, dass die Gefangenen nach ihrer Einschätzung froh wären, wenn jemand von außen sich für ihre (gesundheitlichen) Probleme interessiere, und deshalb in Interviews viel erzählen und offen antworten würden.

<sup>2</sup> Vgl. Mayring (2002), S. 70

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 71

<sup>5</sup> Vgl. insbes. Stöver (2000), S. 314 f.

<sup>6</sup> Vgl. Mayring (2002), S. 72

ihrem Leben, ein für das Thema wichtiges Ereignis, ein Schlüsselerlebnis zu erzählen.“<sup>1</sup> Als Beispiel führt Mayring ein Interview mit einem Arbeitslosen an, in dem der Befragte seine gesamte Lebensgeschichte erzählt.<sup>2</sup> Auch über die Sichtweise einer Person zum Thema Gesundheit kann eine umfangreiche Erzählung viele Aufschlüsse liefern. Gerade bei ausländischen Insassen mit fremdem kulturellem/religiösem Hintergrund kann das für die Interviewer/in von großem Nutzen sein, um die Meinung des/der Befragten besser zu verstehen (s. Kap. 5.2). Da in narrativen Interviews jedoch keinerlei Standardisierung der Fragen vorliegt, eignet sich die Methode beispielsweise nicht für größere Längsschnittstudien.

Eine Gruppendiskussion<sup>3</sup> halte ich im Hinblick auf die vorliegende Thematik für weniger geeignet, zum einen, weil mit ihr vor allem kollektive Einstellungen und öffentliche Meinungen zu einem meist kontroversen Thema erfragt werden<sup>4</sup>, zum anderen aufgrund der Schwierigkeit, im Gefängnis eine Gruppe von 5 bis 15 Insassen zusammenzustellen, in der sich die Teilnehmer/innen einigermaßen vertrauen. Mayring bezeichnet die Gruppenbildung schon unter ‚normalen‘ Umständen als Schwierigkeit bei Gruppendiskussionen.<sup>5</sup> Zwar könnten „in einer gut geführten Gruppendiskussion Rationalisierungen und psychische Sperren [bei den Diskussionsteilnehmern] durchbrochen werden“<sup>6</sup>, aber wie ich in Kapitel 4 dieser Arbeit erläutert habe, herrscht gerade in der Gefangenenpopulation überwiegend ein Klima des Misstrauens, soziale Kontakte unter Insassen sind meist nur oberflächlicher Natur. Ich halte die individuelle Gesundheit von Menschen zudem nicht für ein Thema, das sich für eine öffentliche, kontroverse Diskussion eignet. – Andere qualitative Methoden schließe ich für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand grundsätzlich aus.

Hinsichtlich der Methoden zur Auswertung gewonnenen Datenmaterials möchte ich abschließend auf eine Veröffentlichung des Fachbereichs ‚Umwelt und Gesellschaft‘ der Technischen Universität Berlin eingehen. Die Autorinnen bemängeln darin „die aktuelle Tendenz zur Verregelung bei Auswertungsverfahren“<sup>7</sup> und unterbreiten mit dem Verfahren des „Zirkulären Dekonstruierens“ einen Alternativvorschlag. Die Methode sei aus Erfahrungen bei der Betreuung von Diplomarbeiten entstanden.<sup>8</sup> Mit der Methode sollen „das Konstruktive und Kreative qualitativen Arbeitens im Blick gehalten und für den

---

<sup>1</sup> Ebd., S. 73

<sup>2</sup> Vgl. ebd., S. 75

<sup>3</sup> Vgl. ebd., S. 76 ff.

<sup>4</sup> Vgl. ebd., S. 78

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 77

<sup>6</sup> Ebd.

<sup>7</sup> Jaeggi/Faas/Mruck (1998), S. 3

<sup>8</sup> Vgl. ebd., S. 5

Deutungsprozess schöpferisch genutzt werden“<sup>1</sup>. Die Verschriftlichung von Tonbandaufzeichnungen bei qualitativen Interviews bringe Vor- und Nachteile mit sich. Die Vorteile bestünden darin, dass das Material einfacher gehandhabt und Kategorien leichter gebildet werden könnten. Dabei käme es aber in der Regel zu einer „Verfremdung der lebendigen Interaktion zu einem eher statischen Text“<sup>2</sup>, welcher wiederum von verschiedenen Lesern unterschiedlich (subjektiv) interpretiert werde. Produktiv und kreativ werde der Auswertungsprozess erst dann, „wenn Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen [im Gespräch] wahrgenommen, reflektiert und analysiert werden können“<sup>3</sup>. Denkverbote dürfe es dabei nicht geben. Der Begriff „Zirkuläres Dekonstruieren“ meint, dass man sich als Forscher/in „in kreativen Gedankenschleifen intuitions- und theoriegeleitet um den [Gesprächs-] Text herum“ bewegt und ihn anschließend so zusammensetzt, „dass implizite Sinngehalte sichtbar werden können“<sup>4</sup>. Jaeggi et al. sprechen in dem Zusammenhang von einer „Wellenbewegung“, in der man als Forscher/in den Text immer wieder verlasse und ihn anschließend durch intuitive neue Ideen wieder genau beleuchte.<sup>5</sup> Der auf diese Weise erzeugte mehrfache Perspektivenwechsel verspreche neuartige Erkenntnisse über den jeweiligen Forschungsgegenstand. Wenn echtes Interesse an solchen Erkenntnissen bestehe, sollte es nicht durch vorgefasste Fragen und Kategorien blockiert werden.<sup>6</sup> Die Wort-für-Wort- oder Satz-für-Satz-Analyse sei oftmals ein unnötiges „Martyrium“ für den/die Forscher/in.<sup>7</sup> Angesichtes der Fülle und Komplexität des Materials sei die Versuchung zwar groß, für die Auswertung der Gespräche ein vorher entwickeltes Categoriesystem anzulegen und somit Ordnung und Struktur zu gewinnen. Aber damit könnten neuartige Erkenntnisse verhindert und die Auswertung „peinlich banal“<sup>8</sup> werden. Es erweise sich außerdem als Illusion, eine Auswertung nahe am Text sei zugleich immer nahe am Sinngehalt. Jaeggi et al. erläutern das Verfahren ausführlich anhand eines Fallbeispiels.<sup>9</sup>

Bei Philipp Mayring sind verschiedene Auswertungsmethoden qualitativer Interviews vergleichend aufgeführt<sup>10</sup>, darunter die wörtliche und die kommentierte Transkription sowie das zusammenfassende und das selektive Protokoll eines (auf Tonträger) aufgezeichneten Interviewtextes. Ich halte den Vorschlag von Jaeggi/Faas/Mruck für sinnvoll, weil man sich

---

<sup>1</sup> Ebd., S. 3

<sup>2</sup> Ebd.

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> Ebd., S. 5 f.

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 7

<sup>6</sup> Vgl. ebd., S. 6

<sup>7</sup> Vgl. ebd., S. 7

<sup>8</sup> Ebd.

<sup>9</sup> Vgl. ebd., S. 7 ff.

<sup>10</sup> Vgl. Mayring (2002), Kap. 4.2

mit dem Verfahren des „Zirkulären Dekonstruierens“ nicht auf eine schematisch exakt vorgegebene Methode festlegt, was tatsächlich bei der Auswertung qualitativer Interviews zu einer Blockade wichtiger Erkenntnisse führen kann. Außerdem ist eine Wort-für-Wort- bzw. Satz-für-Satz-Analyse mit so großem Aufwand verbunden, dass diese Methode gerade in einer Untersuchung mit Gefangenen eine hohe zusätzliche Belastung für den/die Forscher/in darstellen könnte, da schon die Genehmigung von Untersuchungen im Justizvollzug häufig mit Blockaden und Verzögerungen verbundenen ist.<sup>1</sup> Für wichtiger als das dogmatische Festhalten an bewährten Methoden halte ich gerade im Forschungsbereich *Prison Health* eine breit angelegte qualitative Befragung unter Insassen, die aufgrund ihrer Fallzahlen und der Auswahl der Befragten (z.B. nach Haftformen) als repräsentativ betrachtet werden kann, sich im Auswertungsprozess aber durchaus kreativer Methoden bedient. Bei kleineren Untersuchungen hat der von Jaeggi et al. unterbreitete Vorschlag den Vorteil, dass beispielsweise der Umfang einer Diplomarbeit im Rahmen bleibt und nicht wegen übertrieben aufwändiger Auswertungsverfahren völlig ausufert.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Kaiser/Schöch (2002), S. 140 ff. und Stöver (2005)

<sup>2</sup> Vgl. auch Jaeggi/Faas/Mruck (1998 ), S. 4 f.

## 7 Schlussbemerkung

In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass weltweit Forschungsbedarf zum Thema ‚Gesundheit im Strafvollzug‘ besteht, sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Form. Anhand der Gesundheitsdefinition von Hurrelmann/Franzkowiak wurden gesundheitliche Risikofaktoren in Haft ebenso aufgezeigt wie Schutzfaktoren (Ressourcen), die den Gefangenen zwar theoretisch zur Verfügung stehen, unter den gegebenen Umständen im Strafvollzug aber kaum genutzt werden können. Es wurde deutlich, dass Gesundheit ein subjektives Phänomen ist, in Haft ganz besonders, da dort die meisten Gesundheitsprobleme durch psychische Belastungen (Stress) verursacht werden. Allein schon deshalb scheint ein Blick auf das individuelle Gesundheitsverständnis von Gefängnisinsassen notwendig. Unterstrichen wird die Dringlichkeit einer solchen Untersuchung durch die Tatsache, dass sich die bisher existierende Forschung und Literatur zur Gefangenengesundheit meist auf quantitative Studien stützt. Auch beleuchten die meisten Veröffentlichungen das Problem aus Sicht von ‚Experten‘, weniger aus Sicht der Gefangenen, obwohl letztere ja die eigentlichen Experten für ihre Gesundheit sind, wenn die subjektive Wahrnehmung des Phänomens ‚Gesundheit‘ im Mittelpunkt der Untersuchung steht.

Aufbauend auf die hier vorgenommene Literaturschau und die theoretischen Grundlagen halte ich eine qualitative Befragung Gefangener zu deren persönlicher Definition und Wahrnehmung von Gesundheit für möglich und wünschenswert. Vorschläge zur Methodik wurden hier ansatzweise erörtert. Ebenso habe ich auf Faktoren hingewiesen, die wegen ihres Einflusses auf das Gesundheitsempfinden der Gefangenen bei der Vorbereitung einer Studie mit berücksichtigt werden sollten. – Die Genehmigung für eine Befragung sollte indes rechtzeitig eingeholt werden. Zuständig hierfür sind die Justizbehörden der Bundesländer.

## Literatur

Aemmer, H.-C.: Außenkontakte, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Archido. Informations- und Forschungszentrum für Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente und Sucht; im Internet auf: <http://www.archido.de>

Ausgewählte Dokumente der Zeitgeschichte: Bundesrepublik Deutschland (BRD). Rote Armee Fraktion (RAF), GNN Verlagsgesellschaft Politische Berichte, 1. Auflage, Köln 1987

Barsch, G.: Strafe als Problem moderner Gesellschaften, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Becker, S.: Gesundheitsförderung im Justizvollzug: Auftrag oder Widerspruch? – Eine Untersuchung am Beispiel der Justizvollzugsanstalt Oldenburg, Diplomarbeit an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2003

Bertelsmann: Die neue deutsche Rechtschreibung, Bertelsmann Lexikon Verlag, Gütersloh 1996

biologie.de: Deprivationssyndrom, im Internet auf:  
<http://www.biologie.de/biowiki/Deprivationssyndrom>, aktualisiert am 7. Juni 2005

Bisson, H.-E.: Suizidalität – Suizidrisiko – Suizidverhütung, in: Gesundheitsfürsorge im Gefängnis, Tagung für haupt- und nebenamtliche Ärztinnen und Ärzte sowie Leiter und Leiterinnen von Krankenrevieren in Justizvollzugsanstalten, Evangelische Akademie Bad Boll, 1996

Boetticher, A./Stöver, H.: Gesundheitsfürsorge, in: Feest (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK-StVollzG), 4. Auflage, Luchterhand Verlag, Neuwied 2000

Braithwaite, R. L./Treadwell, H. M./Arriola, K. R. J.: Health Disparities and Incarcerated Women: A Population Ignored, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

BurkS (Burkhard Schröders Forum): Der so genannte Tote Trakt und seine Auswirkungen, im Internet auf:

<http://www.burks.de/forum/phpBB2/viewtopic.php?t=2410&view=previous&>, aktualisiert am 01. November 2003

Cruells, M./Igareda, N. (Hrsg.): Women Integration & Prison, SURT Association, Barcelona 2005

Cruells, M./Igareda, N./Torrens, M.: Including the gender perspective in the penal, penitentiary, and post-prison policies, in: Cruells, M./Igareda, N. (Hrsg.): Women Integration & Prison, SURT Association, Barcelona 2005

Deutscher Gewerkschaftsbund DGB-BWT Thüringen, Gesundheitsseite im Internet auf: <http://gesundheit.dgb-bwt.de/definition.html>, o. J.

Dünkel, F.: Empirische Forschung im Strafvollzug. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Forum Verlag, Bonn 1996

Faltermaier, T.: Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern?, in: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Forum Recht, im Internet auf: <http://www.forum-recht-online.de/>, o. J.

Franzkowiak, P.: Belastung und Bewältigung / Stress-Bewältigungs-Perspektive, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003a

Franzkowiak, P.: Gesundheitswissenschaften/Public Health, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003b

Franzkowiak, P.: Protektivfaktoren/Schutzfaktoren, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003c

Franzkowiak, P.: Risikofaktoren, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003d

Franzkowiak, P.: Soziale Unterstützung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003e

Franzkowiak, P.: Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003f

freenet-Lexikon: Offener Vollzug, im Internet auf:  
[http://lexikon.freenet.de/Offener\\_Vollzug](http://lexikon.freenet.de/Offener_Vollzug), o. J. a

freenet-Lexikon: Untersuchungshaft, im Internet auf:  
<http://lexikon.freenet.de/Untersuchungshaft>, o. J. b

Freudenberg, N./Daniels, J./Crum, M./Perkins, T./Richie, B. E.: Coming Home from Jail: The Social and Health Consequences of Community Reentry for Women, Male Adolescents, and Their Families and Communities, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Gatherer, A./Moller, L./Hayton, P.: The World Health Organisation European Health in Prisons Project after 10 Years: Persistent Barriers and Achievements, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Giesen, F.: Gefangene unter sich, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Golembeski, C./Fullilove, R.: Criminal (In)Justice in the City and Its Associated Health Consequences, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Grossmann, R./Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, 2003

Heines, V.: Speaking Out to Improve the Health of Inmates, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Henderson, C.: Wodurch wird U-Haft zur Folter?, in: Sieffert, W.: Ulmer Echo. Gefangenenmagazin aus der JVA Düsseldorf, Sonderausgabe Nr. 1, 6. Auflage, Katholischer Gefängnisverein Düsseldorf e.V. 2002; im Internet auf: [http://www.zakk.de/ulmerecho/ArchivUlmerEcho/Sonderausgabe/UHaft\\_Folter.pdf](http://www.zakk.de/ulmerecho/ArchivUlmerEcho/Sonderausgabe/UHaft_Folter.pdf)

Heuser, M.: Starker Staat und deutscher Liberalismus, veröffentlicht auf der World Socialist Website im Internet auf: <http://www.wsws.org/de/2003/feb2003/pran-f27.shtml>, Februar 2003

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München 2000

Hurrelmann, K./Franzkowiak, P.: Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003

International Centre for Prison Studies, im Internet auf: <http://www.prisonstudies.org/>, aktualisiert am 12. Oktober 2005

International Journal of Prisoner Health, im Internet auf: <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/17449200.asp>, o. J.

International Prisoner Health. Achieving international standards in prison health care, im Internet auf: <http://www.event-solutions.info/pages/conference.asp?ecode=LH1270>, o. J.

Jäger, K.: Überblick über die Stressforschung und das Stressmodell von Lazarus, Skript im Fachbereich Psychologie der Universität Gießen, Erscheinungsjahr 2001; im Internet auf: [www.hausarbeit.de/faecher/hausarbeit/psb/14790.html](http://www.hausarbeit.de/faecher/hausarbeit/psb/14790.html)

Jaeggi, E./Faas, A./Mruck, K.: Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten, in: Veröffentlichungsreihe der Technischen Universität Berlin, Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften, Forschungsbericht Nr. 2-98; im Internet auf: <http://www.gp.tuberlin.de/psy7/pub/reports.htm>

Kaiser, G./Schöch, H.: Strafvollzug, 5. Auflage, C.F. Müller Verlag, Heidelberg 2002  
Kaluza, G.: Gelassen und sicher im Stress, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 1996

Keppler, K.: Gesundbleiben in Haft, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996a

Keppler, K.: Grundlagen der Anstaltsmedizin, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996b

Keppler, K.: HIV/AIDS im Justizvollzug, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996c

Keppler, K.: Weitere Infektionskrankheiten im Justizvollzug, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996d

Kieler Nachrichten: JVA Lauerhof soll wachsen: Der Knast braucht mehr Platz, im Internet auf: <http://www.knonline.de/news/archiv/?id=1783854>, 15. Januar 2006

knast.net: Untersuchungshaft, im Internet auf: <http://knast.net/article.html?id=685>, o. J. a

knast.net: Sicherungsverwahrung, im Internet auf: <http://www.knast.net/article.html?id=683>, o. J. b

Lang, F.: Einsamkeit und Isolation, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996a

Lang, F.: Haftentlassung und das Leben danach, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996b

Laubenthal, K.: Strafvollzug, 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Hongkong/London/Mailand/Paris/Tokio 2003

Law and Justice Foundation of New South Wales, im Internet auf: <http://www.lawfoundation.net.au/access/prisoners/background.html>, aktualisiert am 25. Mai 2005

Lohmann, S./Tausch, C.: Begleitung, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Lüchtrath, K.: Das Dasein als Inhaftierter, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Mary-Portas, F. L./Contrepolis, S.: Recent Trends: Incarcerated women in Europe. Comparative analysis of crime, judicial and penitentiary data, in: Cruells, M./Igareda, N. (Hrsg.): Women Integration & Prison, SURT Association, Barcelona 2005

Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2002

Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Menschenrechte – Bürgerfreiheit – Staatsverfassung, 15. Auflage, Verlag Ferdinand Kamp, Bochum 1996

Müller-Dietz, H.: Menschenwürde und Strafvollzug, in: Schriftenreihe der Juristischen Gesellschaft zu Berlin, Heft 136, Walter de Gruyter, Berlin/New York 1994

Mushoff, T.: Keine Privatsphäre im Strafvollzug?, veröffentlicht bei Forum Recht im Internet auf: [http://www.forum-recht-online.de/2004/104/104\\_mushoff.pdf](http://www.forum-recht-online.de/2004/104/104_mushoff.pdf)

Nadir, im Internet auf:

<http://www.nadir.org/nadir/archiv/PolitischeStroemungen/Stadtguerilla+RAF/RAF/brd+raf/038.html>, o. J.

Oberheim, R.: Gefängnisüberfüllung. Ursachen, Folgen und Lösungsmöglichkeiten in der BRD mit einem internationalen Vergleich, Verlag Peter Lang, Frankfurt/Bern/New York 1985

Peinecke, H./Hansen, H.: Die Strafform der Einzelhaft: Welche physischen und psychischen Auswirkungen hat sie und wie sind sie erklärbar? Mit welcher Zielsetzung ist sie eingeführt worden und wie wird sie heute gehandhabt?, Diplomarbeit Universität Hamburg 1982

Pogorzelski, W./Wolff, N./Pan, K.-Y./Blitz, C. L.: Behavioral Health Problems, Ex-Offender Reentry Policies, and the “Second Chance Act”, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Ravens-Sieberer, U./Schulte-Markwort, M./Bettke, S./Barkmann, C.: Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, in: RKI (Hrsg.): Das Gesundheitswesen, Schwerpunktheft: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, Thieme-Verlag, Stuttgart 2002

Report of the New South Wales Chief Health Officer, im Internet auf: [http://www.health.nsw.gov.au/public-health/chorep/prs/prs\\_intro.htm](http://www.health.nsw.gov.au/public-health/chorep/prs/prs_intro.htm), aktualisiert im November 2004

Restum, Z. G.: Public Health Implications of Substandard Correctional Health Care, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Rhodes, L. A.: Pathological Effects of the Supermaximum Prison, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Schaper, G./Schumacher, M.: Frauen in Haft, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Rosch Inglehart, M.: Kritische Lebensereignisse. Eine sozialpsychologische Perspektive, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1988

Schmidt, W.: Visite beim Knastdoktor, in: DIE ZEIT, Nr. 49, 25. November 2004; im Internet auf: <http://www.zeit.de/2004/49/P-Knastdoktor?page=1>

Schröder, K. E. E./Schwarzer, R.: Bewältigungsressourcen, in: Tesch-Römer, C./Salewski, C./ Schwarz, G. (Hrsg.): Psychologie der Bewältigung, Beltz Psychologie Verlags-Union, Weinheim 1997

Schultz, B.: Offizielle Strukturen, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, Berlin 1996

Schwartz, F. W./Siegrist, J./von Troschke, J./Schlaud, M.: Wer ist gesund? Wer ist krank?, in: Schwartz, F.W./Badura, B./Siegrist, J./Leidl, R./Raspe, H./Busse, R./Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München/Jena 2003

Schweizer Bundesamt für Statistik: Die Gesundheit der Gefangenen in der Schweiz. Resultate der Schweizerischen Gefangenenbefragung 1992/1993; normalerweise erhältlich im Internet auf: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/rechtspflege/uebersicht/blank/medienmitteilungen.html>;

zur Zeit meiner Recherche nur abrufbar auf: <http://72.14.207.104/search?q=cache:efWSu-1DT0oJ:www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/rechtspflege/uebersicht/blank/medienmitteilungen.Document.23496.html+1998+Schweiz+Gesundheit+der+Gefangenen+Studie&hl=de&ct=clnk&cd=1>; 19. Februar 1998

Schwipper, I.: Das Isolationszellensystem als wissenschaftliches Forschungsprojekt, in: Nowak, P./ Sesen, G./Beckmann, M. (Hrsg.): Bei lebendigem Leib. Von Stammheim zu den F-Typ-Zellen. Gefängnisssystem und Gefangenenwiderstand in der Türkei, Unrast-Verlag, Münster 2001

Seibert, N.: Isolationshaft in der BRD. Entstehung, Entwicklung, Export, in: Nowak, P./ Sesen, G./Beckmann, M. (Hrsg.): Bei lebendigem Leib. Von Stammheim zu den F-Typ-Zellen. Gefängnisssystem und Gefangenenwiderstand in der Türkei, Unrast-Verlag, Münster 2001

Seibt, A. C.: Soziale Lerntheorie/Sozial-kognitive Theorie, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003

Stöver, H. – Informationen zur Person im Internet auf: [www.heinostoever.de](http://www.heinostoever.de)

Stöver, H.: Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug, in: Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Band 5, Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2000

Stöver, H.: Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft, im Internet auf: [http://www.archido.de/eldok/docs\\_de/stoever\\_gesundheitsfoerderung\\_haft\\_2005.pdf](http://www.archido.de/eldok/docs_de/stoever_gesundheitsfoerderung_haft_2005.pdf); zur Zeit der Erstellung dieses Literaturverzeichnisses nicht unter dieser Adresse aufrufbar; in leicht veränderter Form findet sich der Vortrag bei WIAD (s.u.) im Internet auf: <http://www.wiad.de/aktuelles/geshaft/Doku.pdf>

Stränger, J.: Glossar, in: Arbeitseinheit Kognitions- und Umweltpsychologie (Ruhr-Universität Bochum), im Internet auf: <http://eco.psy.ruhr-uni-bochum.de/download/Straenger/Diffpsych/Glossar2.doc>, Downloadbereich vom 20. Februar 2002

Strafgesetzbuch (StGB), im Internet auf: <http://dejure.org/gesetze/StGB/129a.html>

Strafprozessordnung (StPO), im Internet auf: [http://bundesrecht.juris.de/bundes\\_recht/stpo/gesamt.pdf](http://bundesrecht.juris.de/bundes_recht/stpo/gesamt.pdf)

Strafvollzugsgesetz (StVollzG), im Internet auf: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/stvollzg/gesamt.pdf>

taz Hamburg: Achten auf Suizidgefahr. Erneut Selbstmord in U-Haft. SPD fordert Konsequenzen, in: taz Hamburg, Nr. 7822, 17. November 2005

Teegen, F.: Ganzheitliche Gesundheit, in: Trojan, A./Stumm, B. (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M. 1992

Tielking, K./Becker, S./Stöver, H.: Entwicklung gesundheitsförderlicher Angebote im Justizvollzug, in: Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Band 9, Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg 2003

Tomasevski, K.: Prison Health. International standards and national practices in Europe, Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, Publication Series No. 21, 1992

Trautmann, F./Stöver, H.: Risikominderung im Strafvollzug. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), Berlin 2003

Treadwell, H. M./Formicola, A. J.: Improving Oral Health of Prisoners to Improve Overall Health and Well-Being, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Treadwell, H. M./Nottingham, J. H.: Standing in the Gap, in: American Journal of Public Health, Vol. 95, No.10, Oktober 2005

Wagman, D.: Introduction, in: Cruells, M./Igareda, N. (Hrsg.): Women Integration & Prison, SURT Association, Barcelona 2005

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie: Demokratieverständnis in Deutschland, im Internet auf: [http://de.wikipedia.org/wiki/Demokratieverst%C3%A4ndnis\\_in\\_Deutschland#Die\\_RAF\\_in\\_den\\_70er\\_Jahren](http://de.wikipedia.org/wiki/Demokratieverst%C3%A4ndnis_in_Deutschland#Die_RAF_in_den_70er_Jahren), aktualisiert am 11. Mai 2006 (2006a)

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie: Deprivation, im Internet auf: <http://de.wikipedia.org/wiki/Deprivation>, aktualisiert am 10. April 2006 (2006b)

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie: Hospitalismus, im Internet auf: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hospitalismus>, aktualisiert am 17. April 2006 (2006c)

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie: Isolationshaft, im Internet auf:  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Isolationshaft>, aktualisiert am 28. April 2006 (2006d)

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie: Sicherungsverwahrung, im Internet auf:  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Unterbringung\\_in\\_der\\_Sicherungsverwahrung](http://de.wikipedia.org/wiki/Unterbringung_in_der_Sicherungsverwahrung), aktualisiert am  
16. Juni 2006 (2006e)

Wilkens, W.: Drogen, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug.  
Ein Handbuch, Berlin 1996

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V. (WIAD), im Internet auf:  
<http://www.wiad.de/>, aktualisiert am 17. Mai 2006

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe: Health in Prisons Project,  
im Internet auf: <http://www.euro.who.int/prisons/>, aktualisiert am 30. Juni 2006