

# Dimension Gesundheit: Gesundheit und Gesundheitsförderung in Strafvollzug und Straffälligenhilfe)

**BAG-S Bundeskongress 2014,  
Bonn, 23./24.9.2014**



**Prof. Dr. Heino Stöver**

# Workshop-Fragen

1. Welchen Stellenwert hat „Gesundheit“ in Ihrem Arbeitsfeld?
2. Mit welchen Haltungen, ethischen Problematiken werden Sie konfrontiert?
3. Orientierung an der GKV – wie geht das?
4. Welche organisatorischen und finanziellen Dilemmata erleben Sie?
5. Wie funktioniert eine durchgehende Behandlung v.a. bei chronischen Erkrankungen?
6. Wie gestaltet sich der Übergang von der Freiheit in die Haft und wieder raus?
7. Bei welchen Krankheitsbildern, Gesundheitsrisiken muss mehr getan werden?
8. Von der Gesundheits*für*sorgen zur Gesundheitsförderung?
9. Gesundheit von Bediensteten?
10. ....

# Praxisfelder und Umsetzung

- (Gesünderes) Essen
- Rauchfreie Zellen/Zonen
- Körperliche/sportliche Betätigung
- Soziale Handlungskompetenzen
- Sexuelle Gesundheit
- Sicherheit und Sauberkeit
- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Vorsorgeuntersuchungen
- Verbesserung d. phys. Umgebung

- **Anerkennung und Unterstützung durch Top-Management**
- **Einsetzen einer multi-disziplinären AG:**
- **Bedarfe einschätzen**
- **Strategien u. Maßnahmen entwickeln**
- **Durchführung planen und überwachen**
- **Ergebnisse kontrollieren u. Maßnahmen überarbeiten**

Weg von der „Drogenfixierung“!

# Gesundheit bekommt immer größeren Stellenwert in Haft<sup>1</sup>

- **Schlechte Gesundheitsverfassung der Gefangenen**
- **Konzentration von Menschen mit z.T. problematischen gesundheitlichen u. sozialen Hintergründen: Überrepräsentanz gesundheitlicher Schäden u. Risiken**
- **Lebens- u. Arbeitsbedingungen problematisch - Überbelegung**
- **Gesundheit wichtiger Baustein für Resozialisierung!**
- **Gesundheitsrisiken für die öffentliche Gesundheit**

<sup>1</sup> Keppler/Stöver (2009): Gesundheitsversorgung in Haft

# Zentrale Gesundheitsthemen in Haft

- Drogenkonsum (Tabak, Chrystal Meth, NPS...)
- Infektionsschutz; Infektionsvermeidung, Behandlung von HIV, STI, Hepatitiden
- Substitutionsbehandlung
- Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit; Langzeitberatung, psychologische Versorgung
- Gesundheitsförderung für MigrantInnen
- Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung
- non-communicable diseases
- Altersspezifische Probleme
- ...

# Der „Erfinder“ von Gesundheitsförderung in Haft: John Howard (1777)<sup>1</sup>

- Es soll sich um einen **erfahrenen** und **anerkannten** Wundarzt handeln - von jedem Gefängnis benannt
- Die Kranken sollen von den übrigen Gefangenen **getrennt im Krankbereich** untergebracht werden, mit sauberem Bett und Betreuung.
- Die **Eisen als Hauptlast sollen entfernt werden** und nicht nur Medizin, sondern auch entsprechende Nahrung soll gegeben werden.
- **Tägliche Besuche** durch Arzt, nicht durch anderes Personal
- Die Notwendigkeit der **Einhaltung von Hygiene** (Sauberkeit und Frischluft und die Gefahr der Überbelegung werden angesprochen).
- Und schließlich wird so etwas wie **Gesundheitsberichterstattung** eingefordert.

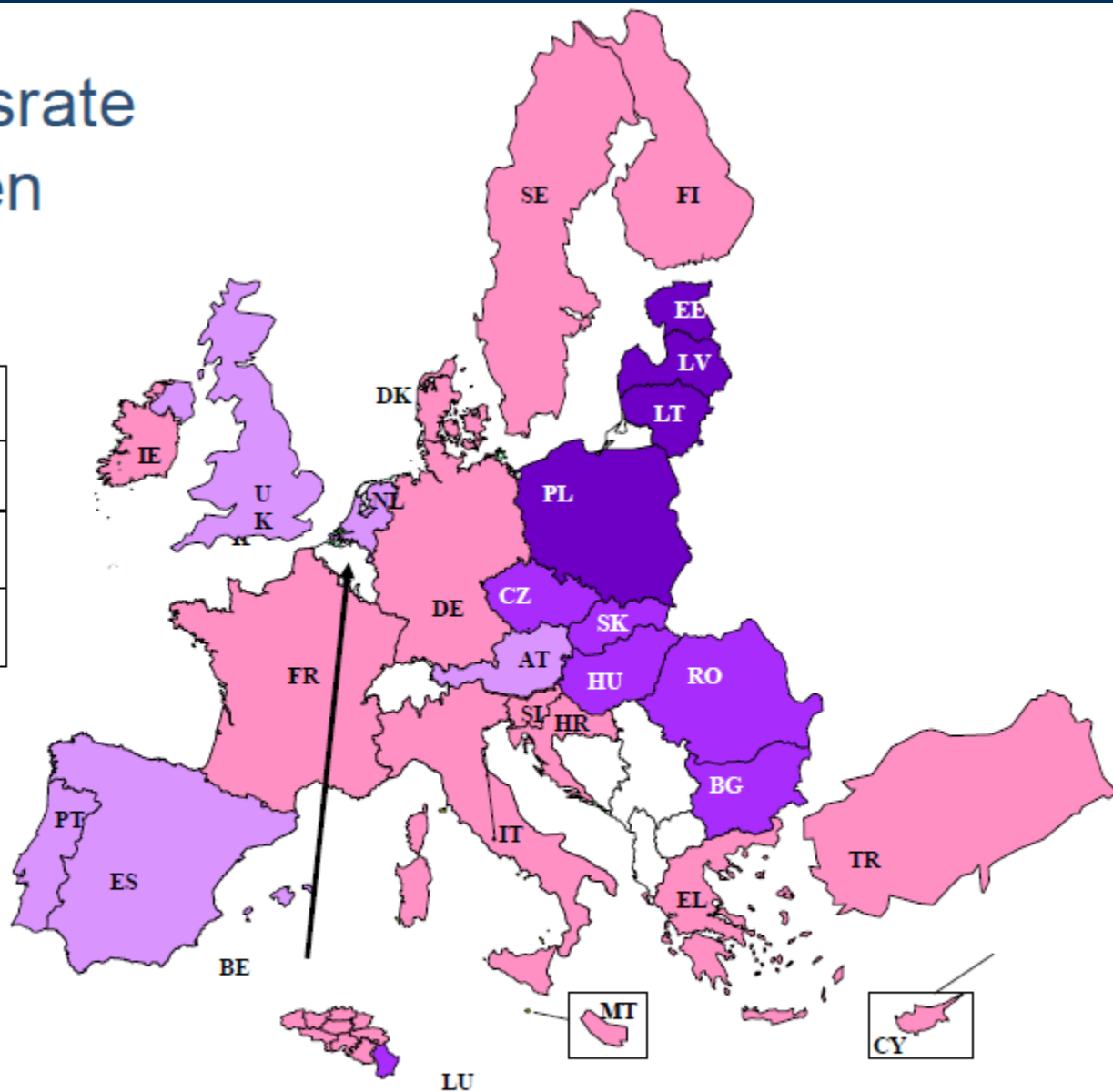
<sup>1</sup> John Howard: „The State of Prisons in England and Wales“ (1777)

# Übrigens....

- **Oberlandesgericht Hamm: Inhaftierte sind allein aufgrund medizinischer Erwägungen ärztlich zu behandeln....**

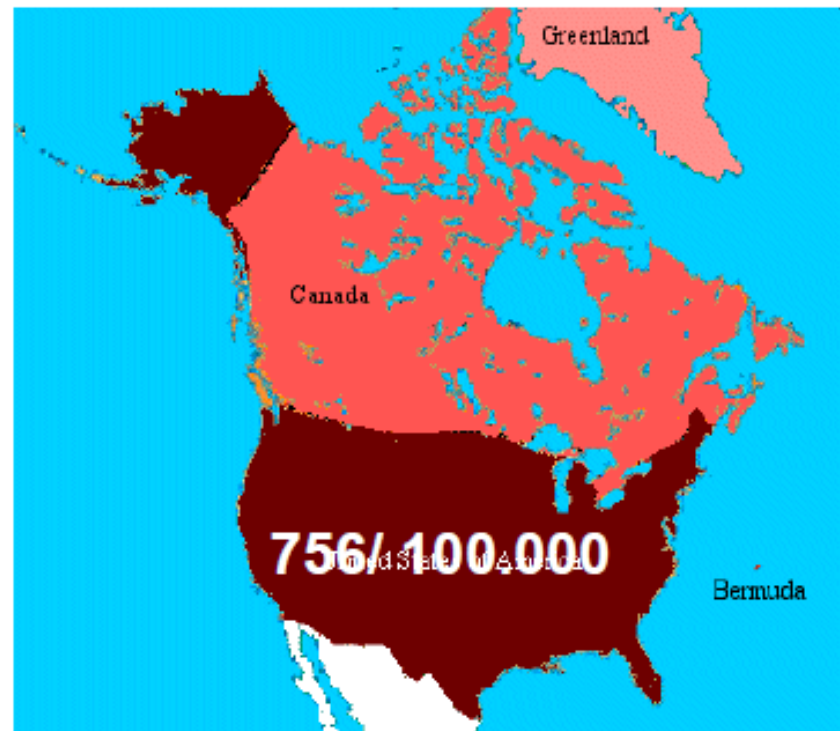
# Inhaftierungsrate in EU Staaten

Unter 100 pro 100.000 Bevölkerung
100-150 pro 100.000 Bevölkerung
151-200 pro 100.000 Bevölkerung
Mehr als 201 pro 100.000 Bevölkerung





# Inhaftierungsrate in anderen Staaten



EU: 120/ 100.000 Bevölkerung

# Übersicht:

- I. „Prison Health is Public Health“ – intern. Richtlinien und Empfehlungen
- II. Von der gefängnis- zur kommunalen/ regionalen Gesundheitsversorgung
- III. Das WHO „Health in Prison Projekt“
- IV. Beispiel mangelnder Äquivalenz: Substitutionsbehandlung + Infektionsprophylaxe
- V. Möglichkeiten der Umstellung von gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung
- VI. Sexualität in Haft

Gefängnis ↔ Gemeinde

# I. „Prison Health is Public Health“ – internationale Richtlinien und Empfehlungen

# „Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen“

(UNO 1955/1977)

- „ Der ärztliche Dienst soll in enger Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten der Gemeinde oder des Staates ausgestattet werden.“
- „Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.“

# „Ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsversorgung im Gefängnis“ (Empfehlung des Europarats)

„ **Die Rolle des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums soll im Bereich der Beurteilung der Qualität der Hygiene, der gesundheitlichen Versorgung und der Organisation der Gesundheitsdienste in Vollzugsanstalten in Übereinstimmung mit den innerstaatlichen Rechtsvorschriften gestärkt werden.** Die Aufgaben und Befugnisse des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums sollen klar getrennt werden von denen anderer zuständiger Ministerien; **bei der Durchführung einer einheitlichen Gesundheitspolitik sollen sie zusammenarbeiten.**“

13

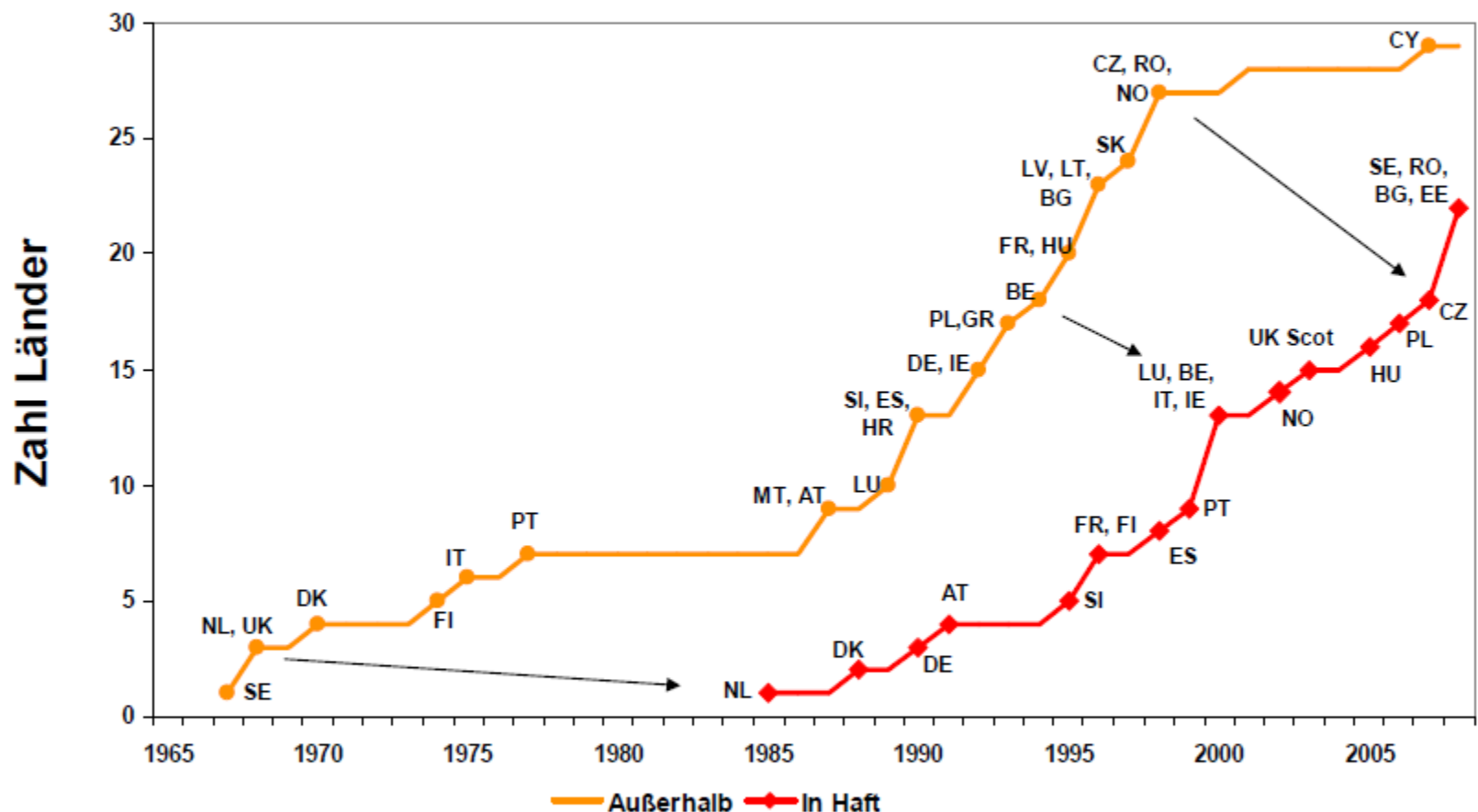
# „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ (WHO 2003)

„Den Regierungen der Mitgliedstaaten wird eine **enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen**, um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, **gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung** durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, **Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft** zu erreichen und die **Statistiken zu vereinheitlichen.**“

# Äquivalenzprinzip

- 1. Prison Health is Public Health**
- 2. Richtschnur: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (StVollzG §§56-66)**
- 3. Europäische Strafvollzugsgrundsätze**

# Möglichkeit der Substitutionsbehandlung außerhalb und in Haft





Gefängnis ↔ Gemeinde

## **II. Umstellung von gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung**

# Umstellung: gefängnis- => kommunale/regionale Versorgung

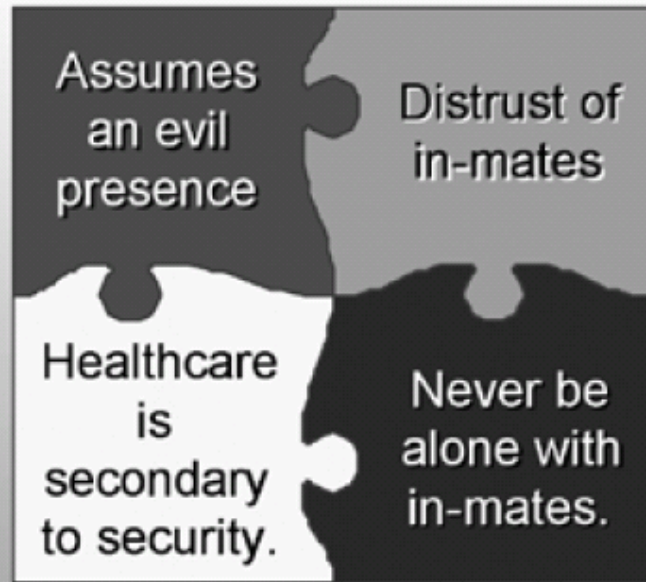
- **Norwegen (1988)**
- **Frankreich (1994)**
- **New South Wales/Australien (1997/1999)**
- **England/Wales (2000)**
  
- **tlw. umgesetzt oder in Vorbereitung:**
- **Italien (tlw.)**
- **Schweiz (tlw.)**
- **Spanien (Catalunya)**

# Gründe für die Umstellung:

- **Ärztekammern (Australien, England/Wales)**
- **Versorgungsengpässe ganzer Gruppen (v.a. psychiatrischer Patienten)**
- **Berichte unabhängiger Untersuchungskommissionen (E/W, F)**
- **Qualitätsmängel und Rolle des medizinischen Personals im Gefängnis**
- **Teil der Gefängnisreform (N)**
- **Einzelfälle, Skandale**
- **Gewerkschaften (N)**

# Konflikte divergierender Ziele der Gesundheitsprofessions-Kulturen<sup>1</sup>

## Die Gefängniskultur



## Die Krankenpflegekultur



<sup>1</sup> McNerney, S. (2008): Veränderungen in der Krankenpflegepolitik und –praxis in Gefängnissen in England und Wales. In: akzept/DAH/WIAD (Hrsg.): 3. Europ. Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. S. 41ff; siehe [www.gesundinhaft.eu](http://www.gesundinhaft.eu)

# Probleme der Umstellung: gefängnis- => kommunal/regionaler Versorgung

- **Konflikte zwischen verschiedenen Gesundheits- u. Gefängniskulturen**
- **(rechtl.) Anbindung des Gefängnispersonals**
- **Ethik**
- **Umgang mit Daten(schutz)**
- **Ressourcen**

# Vorteile der Umstellung: gefängnis- => gemeindebezogene Versorgung

- **Institutionen-unabhängige Entscheidungen**
- **Public Health – Orientierung**
- **Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Gefangenen und Personal**
- **Verbesserte Übergänge u. Kontinuität in Pflege u. Versorgung (z.B. Inanspruchnahme)**
- **Begleitung der Gefangenen („buten un binnen“)**
- **Qualität u. Motivation des Personals verändert sich positiv (z.B. Training, Karrierechancen)**
- **Einbezug in nationale Strategien (z.B. HCV, HIV/AIDS, Drogenpolitik)**
- **Begleitforschung**

# Nachteile der Umstellung: gefängnis- => gemeindebezogene Versorgung

- **Isolierung der Professionen und Disziplinen?**
- **Weniger Zeit für die PatientInnen?**
- **Budgetierungsprobleme?**

# Geschichtlicher Rückblick Deutschland: Missbrauchsängste, Routine, Betriebsblindheit, Rotation

- **Regierungs- u. Alternativentwurf (RE+AE):  
„Freie Arztwahl auf Kosten d. Gefangenen“**
- **AE: „Rotationsprinzip“ – 3 Jahre**
- **Anstaltsärzte wurden in Zwangsmaßnahmen eingebunden (§ 101 StVollzG)**
- **Krankenversicherung für Gefangene wurde bis heute nicht realisiert (§190ff StVollzG)**



# **III. Das WHO „Health in Prison Project“**

# WHO Health in Prison Project, gegr. 1995



# WHO Health in Prison Project

([www.hipp-europe.org](http://www.hipp-europe.org)) 1/2

- Vernetzung ‚Gesundheitsförderung‘
- Austausch „Best Practice“ – Projekte
- Bearbeitung verschiedener Themen der Gesundheitsförderung: Ernährung, Bewegung, Verbesserung d. physischen Umgebung (Zellengröße, Licht, Wärme)
- Einflussnahme auf internationale Organisationen (Europarat)

# WHO Health in Prison Project

([www.hipp-europe.org](http://www.hipp-europe.org)) 2/2

- **Empfehlungen/Standards**

- Drogen und Gesellschaft
- psychische Gesundheit
- harm reduction!
- Infektionskrankheiten (Impfungen)
- Prison Health und Public Health (Moscow Dec.)



# Health in prisons

A WHO guide to the essentials in prison health



1.

## **IV. Beispiel mangelnder Äquivalenz:**

**Drogenabhängige und  
Substitutionsbehandlung  
Opioidabhängiger in Haft**

# Überrepräsentanz gesundheitlicher Störungen im Gefängnis - Unterrepräsentanz von Selbstheilungskräften

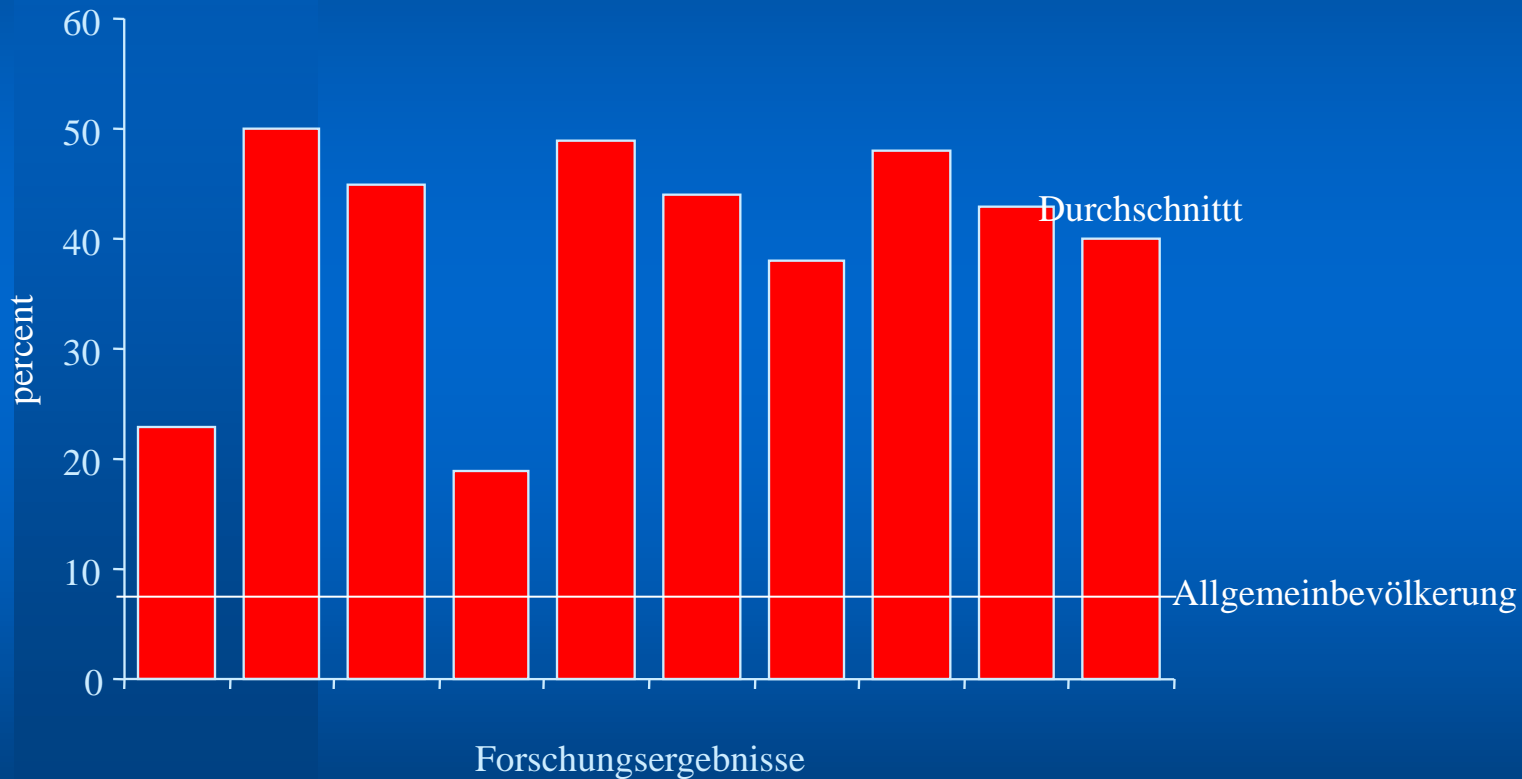
- **Überproportional hohe Suizidalität**
- **Ressourcenverringering durch vollzugliche Bedingungen:  
Unselbstständigkeit, Monotonie, Passivität,  
Bewegungs-/Reizarmut,  
Fremdbestimmung**
- **Mind. 50% setzen ihren Konsum in Haft fort - mit hochriskanten Konsummustern**
- **Rückfallrate nach Haftentlassung: 90%**
- **5-25% erste Drogenerfahrungen in Haft v.a. intravenöse Applikation**
- **Über 80% rauchen Tabak**

# IDUs, Infektionskrankheiten: Gefängnis und Allgemeinbevölkerung

	<b>IDUs<sup>3</sup></b>	<b>HCV</b>	<b>HIV</b>
<b>Haft</b>	21.9 <sup>2</sup> –29.6 <sup>1</sup> %	14.3 <sup>2</sup> –17 <sup>1</sup> %	0.8 <sup>1</sup> –1.2 <sup>2</sup> %
<b>Allgemein Bevölkerung</b>	0.3%	0.4–0.7%	0.05%
<b>Faktor</b>	73–98	26–32	16–24

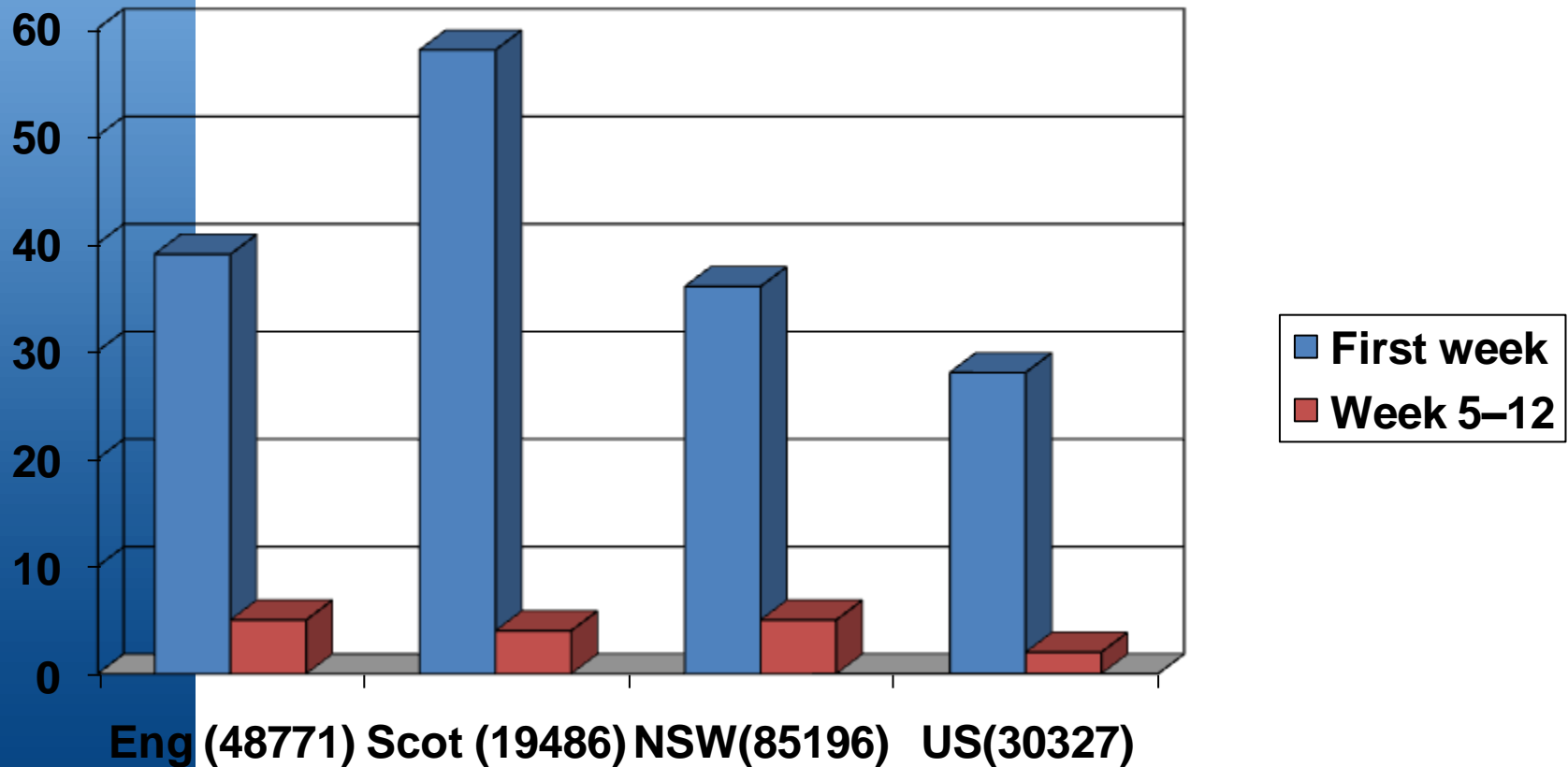


# Probl. Drogen- und Alkoholgebrauch in europ. Gefängnissen (E. Blaauw)



# Mortalität nach Haftentlassung

(N=183.780)



Deaths per thousand person years

# Substitution: ‚coverage rate‘

- 16.500-22.200 IVDA (total 75.000)
- ca. 2.800 Gefangene in OST-Erhaltungsprogrammen
- coverage rate in Gefängnissen: ca. 10%
- coverage rate Freiheit: ca. 50%
- OST nur in 3 von 4 Gefängnissen (74 %)
- in einigen BL kaum/keine OST: Bayern?
- Behandlungsziele abstinenz-orientiert

# Evidenz-Basierung von OST in Gefängnissen

- Risiko ‚intravenöser Drogengebrauch‘ –  
Reduktion: 55–75% (1)
- Risiko ‚Spritzentausch‘ –  
Reduktion: 47–73% (1)

(1) Larney, S.: Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review – *Addiction* 105, 216–223

# Opioidsubstitutionsbehandlung

- ... wirksam auch in Gefängnissen!
- Methode der Wahl
- ...reduziert:
  - (i.v.) Konsum von Drogen
  - Übertragung von HIV/HCV
  - Drogen-bezogene Gewalt und Kriminalität nach Entlassung
  - Rückfall

| *Dolan et al. 2005; Stallwitz & Stöver 2008* |

# Schlüsselprobleme (1/3): Verstehen von Abhängigkeit

- **Opioidabhängigkeit: chronisch rezidivierendes Phänomen (Beigebrauch/Kriminalität)**
- **Substitutionsbehandlung**  
Standardtherapie, Mittel der Wahl,
  - Stabilisierung der PatientInne
  - Behandlungsangebote

# Schlüsselprobleme (2/3):

## Umgang mit DrogenkonsumentInnen

- **Verneinung**
- **Angebotsreduktion + abstinenz-orientierte Maßnahmen**
- **Kein Zusammenhangsverstehen zwischen Krankheit, Beigebrauch und Kriminalität**
- **Ignoranz evidenz-basierten Wissens**
  - **Wenig akademisches Personal**
  - **Hierarchische Strukturen**
  - **Politische Interessen**
  - **Dominanz moralischer Haltungen**
- **Therapie statt Strafe**
- **Organisationelle Strategien (drug-free units)<sup>39</sup>**

# Schlüsselprobleme (3/3)

- keine einheitliche Justizvollzugspraxis – hohe Heterogenität – keine einheitliche Gesundheitsbehandlung
- Mangelnde Kommunikation/Kooperation
- Kaum Erfahrungsaustausch
- Wenig Integration evidenz-basierter Wissens und reflektierten Erfahrungswissens
- Umsetzung des Äquivalenzprinzips?



# Neue Richtlinien der BÄK<sup>1</sup> (1/2):

„Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, **Inhaftierung** oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die **Kontinuität der Behandlung** durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“

**1 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –**

# Neue Richtlinien der BÄK<sup>1</sup>(2/2):

„In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, **Gefängnis**) eingeleitet werden“.

**1 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –**

# Verbesserung OST-Zugang - NRW<sup>1</sup>

- „Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wesentliches Anliegen der Arbeitsgruppe ist daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen zu erhöhen und eine möglichst einheitliche Handhabung im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sicher zu stellen „

# Neue Substitutionsbedingungen NRW<sup>1</sup>

- a) Patienten in ärztlicher Opiatsubstitution ohne problematisches Beikonsum
  - Weitersubstitution, als Dauersubstitution
- b) Patienten in ärztlicher Opiatsubstitution mit problematischem Beikonsum
  - Detoxifikation vom Beikonsum mit dem Ziel einer stabilen Dauersubstitution
- c) Patienten mit polytoxikomaner Opiatabhängigkeit
  - Detoxifikation mit gleichzeitiger ärztlicher suchttherapeutischer Behandlung einschließlich der Prüfung der Substitutionsindikation

# Kriterien für Dauersubstitution in Haft<sup>1</sup> (1/2)

- Dauer der Haft hat keinen Einfluss auf die Indikation zur Substitution.
- Abbruch der Substitution erfolgt nach Entscheidung durch den Arzt, ggf. mit suchttherapeutischen Arbeitsgruppe der JVA.
- Abbruch einer Substitution bedeutet nicht dauerhafter Ausschluss von OST
- Wiederbeginn der Substitution Entscheidung im Einzelfall.

# Kriterien für Dauersubstitution in Haft<sup>1</sup> (2/2)

- **Untersuchungshaft: Beginn der Substitution nur möglich, wenn Weitersubstitutionsplatz**
- **Strafhaft: bei Haftdauer von mehr als zwei J. nicht erforderlich, dass ein Weitersubstitutionsplatz bekannt ist.**
- **Strafhaft unter zwei J.: Weitersubstitutionsplatz sollte bekannt sein.**

# Probleme der Einführung/Durchführung

- **Zeitverzug Einführung: 10–15 Jahre**
- **Behandlungsabbruch bei Inhaftierung**
- **Nur Entzugsbehandlung**
- **Eindosierung (6 M.) vor Haftentlassung?**
- **Umstellung der Medikation?**
- **Unterdosierung?**
- **Entzugsschritte zu schnell?**
- **Beikonsum?**
- **Bezug zu anderen Suchtbehandlungsformen**

Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver

# Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings

## A Practical Guide



world health organisation



UNITED NATIONS  
OFFICE ON DRUGS AND CRIME

### Editorial Group

Fabienne Hariga (UNODC HQ Vienna/Austria)

Karlheinz Keppler (Women's Prison, Vechta/Germany)

Rick Lines (IHRA, London/United Kingdom)

Morag MacDonald UCE, Birmingham/United Kingdom

David Marteau (Offender Health, London/United Kingdom)

Lars Møller (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen/DK)

Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead,

Offender Health London/United Kingdom)

Ambros Uchtenhagen (Zürich/Switzerland)

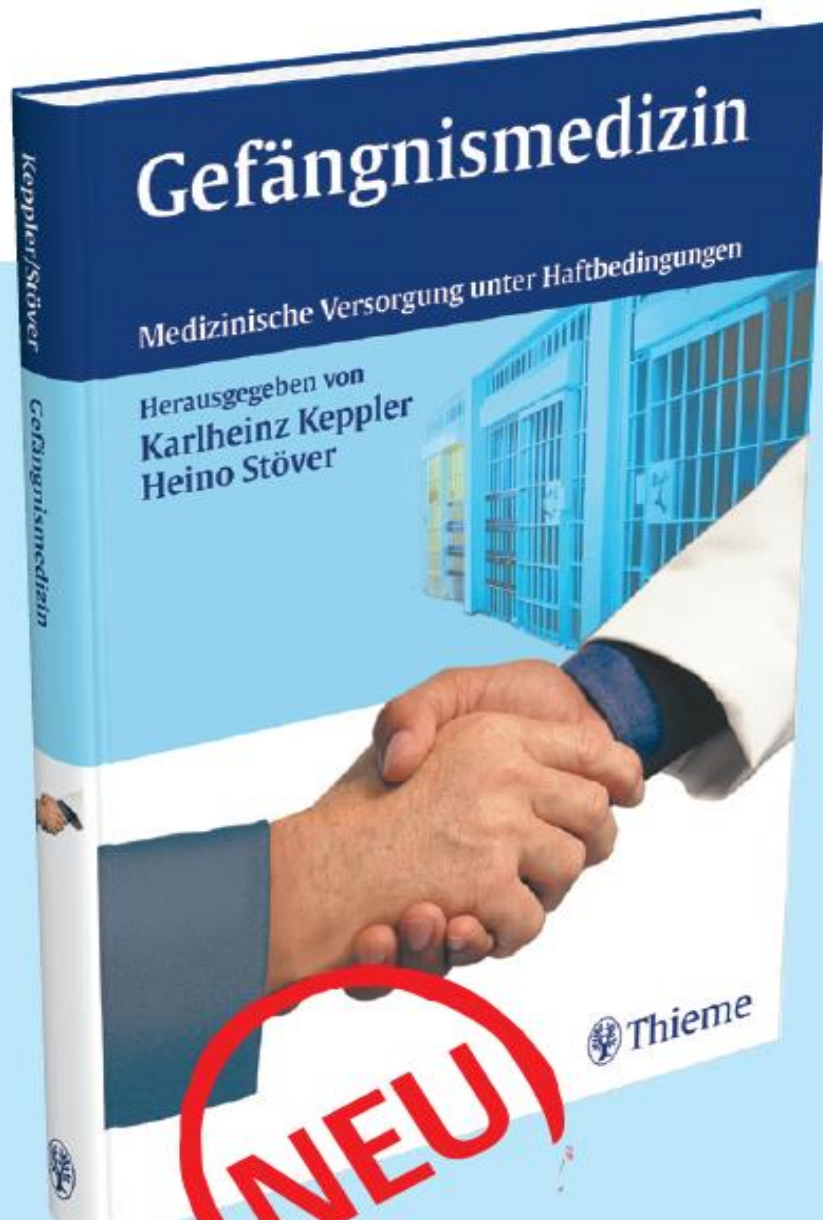
Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Germany)

Nat Wright (HMP Leeds/United Kingdom)

Übersetzt und erweitert – Deutsche AIDS-Hilfe



# Gesundheitsversorgung in Haft



- **Rechtliche Grundlagen** der medizinischen Versorgung im Strafvollzug und **strafrechtliche Risiken** für den Anstaltsarzt
- **Besonderheiten der medizinischen Versorgung** z.B. im Frauen- und Jugendstrafvollzug, bei Migranten und Migrantinnen
- Problematik der **Simulation und Aggravation**
- **Infektionskrankheiten** (HIV, Hepatitis, Tbc), Abhängigkeitserkrankungen
- Psychiatrische Versorgung, Hungerstreik, Zwangsernährung; Notfälle
- **Polizeigewahrsam und Maßregelvollzug**
- **Beurteilung der Haftfähigkeit** und praxisnahe Hilfe bei der Erstellung von Gutachten
- **Infoboxen zu länderspezifischen Besonderheiten** in Österreich und der Schweiz
- **Glossar gefängnistypischer Ausdrücke**

## Gefängnismedizin Keppeler, Stöver

ca. 4. Quartal 2008.  
300 S., 50 Abb., geb.,  
ISBN 978 3 13 147731 6

**Ca. 89,95 € [D]**

Ca. 97,50 € [A/G/S] 149,- CHF

1.

# V. Beispiele mangelnde Äquivalenz:

## Infektionsprophylaxe



# Monitoring harm reduction in europ.

## Gefängnissen: Dublin Declaration

Harm Reduction Measure	# countries/WHO region
Kondome	18
<b>Spritzenausgabe, D:1</b>	<b>6</b>
Substitutionsbehandlung	17
Ausgabe von Desinfektionsmitteln	9
Freiwilliger HIV-Test und Beratung	9
Sexuelle Gesundheit	<sup>51</sup> Keine Daten

# Schlußfolgerungen (1/2)

- **Konsens über Behandlung Drogenabhängiger herstellen**
- **Behandlung im interdisziplinären Team**
- **Initiierung und Einbezug von Selbsthilfe (v.a. AA, NA) Einbezug der Ehrenamtlichen**
- **Wirksamkeit von Substitution und Infektionsprophylaxe auch unter Haftbedingungen**
- **Enge Kooperation mit Gesundheits-/Sozialdiensten in der Kommune**
- **Standards, Verfahrensabläufe u. Leitlinien entwickeln**
- **Zielgruppenspezifische, lebensweltnahe Prävention!**

# Schlußfolgerungen (2/2)

- **Verstärkte Maßnahmen zur Mortalitätsprophylaxe nach Haftentlassung**
- **Ausweitung der Diamorphinvergabe auf die JVs**
- **Alkohol-/Tabakprävention und –behandlung verbessern**
- **Behandlung drogenbedingter Störungen und somatischer Erkrankungen (v.a. HIV/HCV-Therapie)**
- **Interventionen basieren auf:**
  - **Menschenrechte**
  - **Evidenzen**
  - **Partizipation, Dialog, Konsens**

# Weitere Informationen

[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)



See also:

<http://www.archido.de>





Gefängnis ↔ Gemeinde

## VI. Sexualität in Haft

# Kondome?

- In der JVA Stadelheim wird ein Platz gesucht, an dem Kondome anonym von den Gefangenen abgegriffen werden können!
- Die Bayrische Staatszeitung vom 29.8.2014
- Gesundheitsförderung in Haft Stöver, Bonn 2014 BAG S.ppt



Gefängnis ↔ Gemeinde

## **VII. Möglichkeiten der Umstellung von gefängnis- zur kommunalen/regionalen Gesundheitsversorgung**

# Gründe für eine Umstellung?

- **Es gibt keinen Grund! „Die Gesundheit von Gefangenen ist besser als draußen!“**
- **Überhaupt erreichbar, ansprechbar**
- **Erstmalig in Beratung/Behandlung**
- **Umfassende Behandlung(seinleitung)**
- **Dramatische körperliche Erholung (Gewichtszunahme!)**
- **(noch) keine Praxisgebühr!**

# Gründe für die Überprüfung einer Umstellung (1/3)?

- **Parallelsystem gesundheitlicher Versorgung bringt viele Schnittstellen-/Übergangsprobleme**
- **Qualität der gesundheitlichen Versorgung unbekannt?**
- **Qualitätsmanagement?**
- **Keine Kunden-/Patientenbefragung in JVAs (Ausnahme: M. Vahjen, JVA Celle<sup>1</sup>)**
- **Gesundheit der Bediensteten?**
- **Fortbildung f. Mediziner nicht vorgeschrieben, keine Qualitäts-/Leistungskopplung**

<sup>1</sup> Vahjen, M. (2009): Qualitätsmanagement. In. Keppler/Stöver, (Hrsg.):

# Gründe für die Überprüfung einer Umstellung (2/3)?

- **Inadäquate Präventionsmaßnahmen für die größte Zielgruppe: Drogenabhängige**
  - Übergang Substitutionsbehandlung?
  - Schutzmöglichkeiten HIV/HCV
  - Therapiemöglichkeiten (z.B. HCV)
- **Zeit nach Haftentlassung bis Einbezug in die Krankenversicherung**
- **Behandlungsunterbrechungen/-abbrüche**
- **Nachhaltigkeit?**
- **Pflegedienst adäquat organisiert?<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Weyhl/Wiegand (2010): „Ganz alltägliche Probleme: Substitution in der pflegerischen Praxis“. In: akzept (Hg.): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft, S.90

# Gründe für die Überprüfung einer Umstellung (3/3)?

- **Gesundheitsberichterstattung/Evaluationen/ Planungsdaten/Erhebung/Aggregation<sup>1</sup>**
- **20 x „Die zur Beantwortung benötigten Daten werden nicht gesondert statistisch erfasst. Eine Einzelfallauszählung ist in der für die Beantwortung einer Parlamentarischen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit mit vertretbarem Verwaltungsaufwand nicht möglich.“ (116 Fragen)**

<sup>1</sup> Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (27.08.2010): Große Anfrage und Antwort des Senats. Betr.: Gesundheitsfürsorge und –förderung im Justizvollzug

# Lösungsvorschläge

- **Einsetzung einer unabhängigen Kommission zur Überprüfung der Situation der gesundheitlichen Versorgung**
- **Forschung zu den Gesundheitsbedingungen von Gefangenen und Bediensteten**
- **Einschluss in die kommunale GBE**
- **Fallanalyse(n)**
- **Förderung systematischer Gesundheitsförderung**
- **Umwandlung von gefängnis- in gemeindebezogene Gesundheitsversorgung =>**

# Weitere Informationen

[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)



See also:

<http://www.archido.de>