

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Zur Epidemiologie der ärztlichen Versorgung im deutschen
Justizvollzug

Der Beitrag des Anstaltsarztes

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Klaus Trusch

aus Peine

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. N. Konrad
 2. Prof. Dr. med. J. Zeiler
 3. Prof. Dr. med. T. Wetterling

Datum der Promotion: 18. 11. 2011

Für
Rebecca, Katharina, Julia
und Julian

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	7
1 Einleitung.....	9
2 Das Ziel dieser Arbeit.....	11
3 Verbrechen, Strafe und Gefängnismedizin.....	12
4 Die Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Justiz- Vollzug.....	19
4.1 Ethische Standards und das Äquivalenzprinzip.....	19
4.2 Gesetzliche Grundlagen und ihre Veränderungen.....	22
5 Methodik.....	24
5.1 Die Datensammlung.....	24
5.2 Zur Methode und Fehlerabschätzung.....	28
5.2.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage.....	29
5.2.2 Messfehler.....	30
5.2.3 Aufbereitungsfehler.....	31
5.2.4 Fehler durch Antwortausfälle.....	31
5.2.5 Der Gesamtfehler.....	32
6 Ergebnisse.....	33
6.1 Beschreibung der erfragten Daten.....	33
6.2 Die allgemeinmedizinische ärztliche Versorgung in den untersuchten Vollzugsanstalten.....	37
6.2.1 Die anstaltsärztliche Versorgung.....	40
6.2.2 Die vertragsärztliche Versorgung.....	41
6.2.3 Sonstige Ergebnisse.....	42
7 Weitere Ergebnisse und Diskussion.....	45
7.1 Das Beispiel Tuberkulose.....	47
7.2 Das Beispiel HIV.....	49

7.3	Das Beispiel Hepatitis C.....	52
7.4	Das Äquivalenzprinzip.....	53
7.5	Sonstiges.....	58
8	Ausblick.....	58
9	Zusammenfassung.....	61
10	Literaturverzeichnis.....	63
11	Lebenslauf.....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragebogen zur Dokumentation

Abbildung 2: Darstellung des Verhältnisses von Gefangenen in Deutschland und Gefangenen in befragten Anstalten

Abbildung 3: Absolute Gefangenenzahlen und Gefangene in befragten Anstalten nach Länderverteilung

Abbildung 4: Gefangenenzahlen gesamt mit Mittelwert und Fehlerindikator

Abbildung 5: Gefangenenzahlen Sachsen mit Mittelwert und Fehlerindikator

Abbildung 6: Das Verhältnis von Anstaltsärzten und Vertragsärzten in untersuchten Anstalten

Abbildung 7: Versorgungskennzahl: Anstaltsärzte und Vertragsärzte

Abbildung 8: Versorgungskennzahl: Anstaltsärzte und Vertragsärzte differenziert

Abbildung 9: Versorgungskennzahl je Land: Anstaltsärzte und Mittelwert

Abbildung 10: Versorgungskennzahl je Land: Vertragsärzte und Mittelwert

Abbildung 11: Versorgungskennzahl Vertragsärzte: differenziert nach Bezahlungsart

Abbildung 12: Alter der Anstaltsärzte

Abbildung 13: Alter der Vertragsärzte

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: TBC-Fälle JVA neu, Inzidenz JVA und BRD und deren Verhältnis

Tabelle 2: HIV-Prävalenz JVA, BRD und deren Verhältnis

Vorwort

Als ich vor über 20 Jahren mit meiner Arbeit als Arzt im Justizvollzug begann, ahnte ich nicht, dass Anstaltsmedizin mein wesentliches medizinisches Berufsfeld werden würde. Eingebettet in ein kollegiales Umfeld im Berliner Justizvollzugskrankenhaus konnte ich mich an die Besonderheiten der medizinischen Versorgung im Vollzug herantasten. Diesen Vorteil haben Ärzte in kleineren Anstalten meist nicht. Meine Beschäftigung mit Vollzugsmedizin war über die Jahre rein praktisch an den Anforderungen des Tages ausgerichtet. Erst als meine Anstaltsleitung in der JVA Tegel meinem Antrag auf Altersteilzeit zustimmte und ich meine Arbeitszeit auf die Hälfte reduzieren konnte, fand ich die Zeit, mich mehr mit Hintergründen meiner eigenen Berufstätigkeit zu beschäftigen. Ausgelöst durch einen Kongressbericht zur intramuralen Medizin, den mir mein Kollege Jürgen Golze eher beiläufig zur Kenntnis brachte – ihm sei dafür herzlich gedankt – fand ich die Ausführungen zum Äquivalenzprinzip ergänzungsbedürftig. Anstaltsärztliche Arbeit war noch nie erfolgreich deutschlandweit quantitativ beschrieben worden, aber dies wäre die erste Voraussetzung, um Aussagen zur Äquivalenz der medizinischen Versorgung im Vollzug zu treffen.

Die Möglichkeit, dieses Thema als Dissertation wissenschaftlich zu bearbeiten, verdanke ich dem Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten, Herrn Prof. Dr. med. Norbert Konrad, dem mein Dank an erster Stelle gebührt. Er hat mein Vorhaben mit großem Interesse und vielen wertvollen Anregungen begleitet und mir am Anfang und gegen Ende die Möglichkeit geboten, die Arbeit in einem größeren kollegialen Kreis vorzustellen. Zugleich hat er mir größten Freiraum in der Gestaltung gewährt und mir so die Möglichkeit einer eigenständigen und vorgabefreien Bearbeitung der Thematik gegeben.

Gleichermaßen gilt mein Dank allen Ärzten und Mitarbeitern in den medizinischen Diensten der vielen Justizvollzugsanstalten, mit denen ich sprechen durfte. Sie haben meine persönliche Erfahrung erheblich bereichert und waren der Fundus, der diese Arbeit erst möglich machte.

Ohne meine Frau Cornelia Iseringhausen wäre diese Arbeit auch nicht zustande gekommen. Sie hat mir in der ganzen Zeit den Rücken von Verpflichtungen freigehalten, war kritische Gesprächspartnerin und unterstützende Korrektorin.

Die Ärztinnen unter den Leserinnen und Lesern mögen mir nachsehen, dass ich im Text ausschließlich die männliche Form verwende, aber anders als Politikerinnen und Politiker muss ich nicht politisch korrekt sein und benutze die Form ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit.

1 Einleitung

Epidemiologische Studien befassen sich in der Regel mit dem Auftreten von Krankheiten in Populationen oder bestimmten Teilen von Populationen (ursprünglich 'Seuchenkunde'), oder mit der Bewertung der Kausalität von Exposition und Erkrankung. Auch Untersuchungen zur psychiatrischen Versorgung von Gefangenen im deutschen Justizvollzug (Missoni und Rex 1997) oder Prävalenzstudien wie eine empirische Untersuchung in der JVA Nürnberg zur Prävalenz von HIV, HAV, HBV und HCV (Langkamp 1999) sind epidemiologische Untersuchungen, in denen besondere Bevölkerungsgruppen und besondere Erkrankungen im Fokus der Untersuchung stehen. Epidemiologische Studien sind jedoch auch solche, in denen die allgemeinen Faktoren untersucht werden, die zu Gesundheit und Krankheit von Individuen oder besonderen Populationen beitragen (Kuhn und Bolte oJ). Ärzte, Krankenhäuser, Pflegestationen und vieles mehr, ihre regionale Verbreitung und Verfügbarkeit, also die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung im Allgemeinen sind Gegenstand epidemiologischer Arbeiten.

Der Anstaltsarzt ist ein wesentlicher Faktor, der zur Gesundheit des einzelnen Gefangenen und zur Gesundheit der Gefangenenpopulation beiträgt. Insofern leistet die Ermittlung ärztlicher Ressourcen für die medizinische Versorgung im Justizvollzug einen grundlegenden Beitrag zu der Fragestellung, wie die anstaltsärztliche medizinische Versorgung in Deutschland ausgestaltet ist, wie sie organisiert ist und wie viel Zeit für sie aufgewandt wird. Die unmittelbar daran anschließende Fragestellung, welche Unterschiede in der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb des Vollzuges bestehen, ist zwar nicht expliziter Gegenstand dieser Arbeit, wird aber doch im Kapitel 7.4 angerissen, vor allem in Hinblick auf zukünftige, noch zu realisierende Forschungsvorhaben.

Aufgabe der Anstaltsärzte ist im weitesten Sinne die medizinische Versorgung der in den Justizvollzugsanstalten einsitzenden Menschen. Sie beginnt mit der in der VV zu §5 des Strafvollzugsgesetzes beschriebenen Aufnahmeuntersuchung, auch Eingangsuntersuchung genannt, und erfasst den Gesundheitszustand des Gefangenen, wozu

unter anderem auch Körpergröße und Gewicht gehören, gibt aber auch schriftlich über Arbeitsfähigkeit, Sporttauglichkeit und Vollzugstauglichkeit Auskunft.

In den 185 eigenständigen Justizvollzugsanstalten (Statistisches Bundesamt 2010) und einer Vielzahl von Teilanstalten in Deutschland teilen sich angestellte und beamtete Anstaltsärzte ihre Zuständigkeit mit Vertragsärzten, die stundenweise zur medizinischen Versorgung der Gefangenen in meist kleinere Anstalten kommen. Inzwischen werden auch mittlere und größere Justizvollzugsanstalten aufgrund der Schwierigkeiten, geeignete Ärzte in Festanstellung für die anstaltsärztliche Tätigkeit zu gewinnen, durch Vertragsärzte versorgt (LT-Drucks. (Thür.) 2009). Dies sind oft Ärzte aus der Umgebung der Vollzugsanstalten, die neben ihrer Arbeit in eigener Praxis oder nach Beendigung der eigentlichen Berufstätigkeit als Beamter, Angestellter oder in einer Praxis sich vertraglich verpflichten, im Gefängnis die medizinische Versorgung zu übernehmen.

Wie viele Ärzte die Insassen deutscher Vollzugs- und Untersuchungshaftanstalten versorgen, lässt sich nicht ohne Weiteres ermitteln: Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bietet keine relevanten Daten, weil die medizinische Versorgung der Gefangenen den Landesjustizministerien obliegt und hier verstecken sich die einschlägigen Informationen in Personal- und Haushaltsplänen genereller Art. Eine 2004 durchgeführte Befragung unter den 16 Landesjustizministerien war letztlich nicht erfolgreich (Meier 2005): lediglich die vier Justizministerien Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen antworteten ausführlich und Niedersachsen verwies auf eine Landtagsdrucksache, in der Fragen von zwei niedersächsischen Landtagsabgeordneten der „Grünen“ zur „Gesundheitsversorgung in den niedersächsischen Strafvollzugsanstalten“ vom niedersächsischen Justizministerium beispielhaft gut und aktuell beantwortet worden war (LT-Drucks. (Nds.) 2004). Die verfügbaren Zahlenangaben zu Vollzugs- und Vertragsärzten sind nicht solide und wenig differenziert. Die Angaben variieren zwischen 100 hauptamtlichen Anstaltsärzten und einer nicht erfassbaren Zahl von Vertragsärzten (Zettel 1988), 395 Ärzten einschließlich Vertragsärzten (Rex 2000) und 306 hauptamtlichen Ärzten, offenbar aus einer Länderumfrage aus Baden-Württemberg (LT-Drucks. (BW) 2004), wobei in dieser Aufstellung eigentümlicherweise in Thüringen gar kein Arzt zu finden ist. Auf dieser Grundlage müssen Beiträge zur Äquivalenz kritisch betrachtet werden. Wenn schon die Quantität anstaltsärztlicher Leistung nicht ermittelt wird, fehlt damit die entscheidende Grundlage für weiterführende Forschung.

2 Das Ziel dieser Arbeit

Die Unzulänglichkeiten der bisherigen Arbeiten zum Äquivalenzprinzip und zur Äquivalenz führen zu der Notwendigkeit, in einem ersten Arbeitsschritt die Grundlage für zukünftige wissenschaftlich fundierte Arbeiten zu schaffen: Es ist erforderlich, die Quantität anstaltsärztlicher Arbeit in Deutschland zu ermitteln und sie mit allgemeinmedizinischer hausärztlicher Versorgung außerhalb des Vollzuges vergleichbar zu machen. Dafür bedarf es unter anderem auch einer Abschätzung des Mehraufwands bei der Arbeit im Vollzug aufgrund vollzugstypischer Besonderheiten wie der Selektion besonderer Erkrankungen in der Gefangenenpopulation. Quantifizierende Untersuchungen für somatische Erkrankungen im Vollzug sind bisher nur für einige Infektionskrankheiten zu finden. Deshalb werden Tuberkulose, HIV und Hepatitis C als Beispiele ausgewählt, um die besondere Belastung der Anstaltsärzte im Vergleich zum Hausarzt außerhalb des Vollzuges zu beleuchten.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, herauszufinden,

- wie viele Anstaltsärzte in Deutschland arbeiten,
- wie viele Vertragsärzte in Deutschland arbeiten,
- wie viele Gefangene sie mit welchem Zeitaufwand jeweils ärztlich versorgen

und daraus abgeleitet, wie viele Minuten ärztlicher Arbeitszeit pro einsitzenden Gefangenen und Woche jeweils zur Verfügung stehen. Diese Zahl wird im Folgenden Versorgungskennzahl genannt.

3 Verbrechen, Strafe und Gefängnismedizin

In Antik und Mittelalter wurden Inhaftierungen nur ausnahmsweise vollzogen, sie dienten nicht dem Vollzug einer Freiheitsstrafe als eigenständiger Sanktion, sondern der Aufbewahrung des Verdächtigen bis zur Aburteilung oder Aufbewahrung des Verurteilten bis zur Hinrichtung oder sonst einem Vollzug einer Leibes- oder Körperstrafe. Erst für die frühe Neuzeit (13. bis 15. Jahrhundert) finden sich Hinweise darüber, dass die Sanktionsform des Freiheitsentzuges Teil der Stadtrechte wird. Die Delinquenten wurden in Rathauskellern, Stadttürmen oder Burgverliesen eingesperrt, die nicht allzu vieler Bewachung bedurften. Gelang einem Gefangenen die Flucht, sprach man von „Türmen“ (Schwind 1988). Medizinische Versorgung in zeitgenössischer Form gab es nicht, Tod und Verstümmelung war ja sowieso meist das Ziel der Inhaftierung. In dem einleitenden ersten Kapitel des Buches „Überwachen und Strafen“ beschreibt Foucault anhand historischer Quellen die Hinrichtung des wegen versuchten Königsmordes verurteilten Robert François Damiens in Paris 1757; diese Hinrichtung war die letzte ihrer Art und kennzeichnet die dann folgende langsame Abkehr von der Körperstrafe, für die Strafjustiz bricht ein neues Zeitalter an (Foucault 1994).

Die Umstellung von Ackerbau auf Weidewirtschaft erfolgte in England, weil die Anzahl der Arbeitskräfte sich durch die Folgen der Pestepidemie erheblich verkleinerte und für den damaligen intensiven Ackerbau nicht mehr ausreichten. Da die Schafzucht sich als äußerst einträglich erwies, wurden weite Landstriche eingefriedet und die Schafzucht mit wenig Personal betrieben. Die trotz der vielen Pesttoten verbliebenen Bauern konnten sehen, wo sie blieben, sie wurden vertrieben, ganze Dörfer niedrigerissen oder die Bauern mussten ihre Länder für ein Spottgeld hergeben (Morus 1516). Die Existenz der Bauern war ernsthaft infrage gestellt. In dem großen Bauernaufstand von 1549 sollen bis zu 20 000 Schafe getötet worden sein (Lenz oJ). So war die Eröffnung der ersten Strafanstalt 1555 in England kein Zufall: Vagabunden, Diebe, Prostituierte und Bettler wurden wegen zunehmender Armut großer Teile der Bevölkerung zu einer Landplage und in der ersten Strafanstalt Bridewell zu Arbeitsmaßnahmen verpflichtet. Zusätzlich zu sozialer Kontrolle durch Freiheitsentziehung und Arbeitsmaßnahmen für Obdachlose

fanden im ersten Amsterdamer Zuchthaus ab 1596 neben Straftätern auch psychisch Kranke Aufnahme, wenn die Angehörigen in der Lage waren, dafür zu bezahlen. In den Folgejahren entstanden auch auf deutschem Boden in Bremen (1606), Lübeck (1613), Hamburg (1622) und Danzig (1629) die ersten Zuchthäuser. Schon im Amsterdamer Zuchthaus gehörte neben Werkmeister und Lehrer ein Arzt zum Innenpersonal der Anstalt, auch in Bremen findet sich ein Wundarzt in der Liste der Beschäftigten. Namentlich in den Amsterdamer Zucht- und Spinnhäusern (1595) wurde die Idee der Besserung durch Arbeit verwirklicht. Das Zuchthausmodell verbreitete sich über die Hanse in ganz Nordeuropa bis nach Russland. Daneben bestanden aber überall Kerker und Verliese als bloßer Verwehr- und Vergeltungsvollzug fort. Sie kamen mitunter Leibes- und Lebensstrafen gleich.

Unter dem Einfluss der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Folgen des Dreißigjährigen Krieges 1618 bis 1648 verschlechterten sich die Zustände in den Gefängnissen erheblich, Arbeit diente nicht mehr der Besserung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft nach einer Entlassung, vielmehr herrschten Zwangsarbeit und wirtschaftliche Ausbeutung. Die Fürsten begannen gemäß den einsetzenden merkantilistischen Regeln die Anstalten an private Unternehmer zu verpachten, die entsprechend ihrer Profitorientierung vor allem an Ernährung, Hygiene und Personal sparten. So wie Missstände häufig Reformbestrebungen auslösen, so war es auch im 18. Jahrhundert. Die ersten profunden Äußerungen zur Verbesserung der Lage der Gefangenen und damit auch zur Gefängnismedizin finden sich bei John Howard, Sohn eines wohlhabenden Möbelschmieds in einer Kleinstadt Mittelenglands. Er setzte sich nach eigenen Erfahrungen als Gefangener in der Festung Brest, persönlichen Schicksalsschlägen und weiten Reisen durch viele Gefängnisse Europas für die menschenwürdige Unterbringung der Häftlinge ein und formuliert als Erster Ziele einer besonderen Behandlung von erkrankten Gefangenen:

„The late *Act for preserving the health of prisoners* requires that an *experienced Surgeon or Apothecary* be appointed to every Gaol: a man of repute in his profession. His business is, in the first place, to order the immediate removal of the sick to the Infirmary. Their irons should be taken off; and they should have, not only medicines, but also diet suitable to their condition. He must diligently and daily visit them himself; not leaving them to journeymen and apprentices. He

should constantly inculcate the necessity of cleanliness and fresh air; and the danger of crowding prisoners together. I need not add, that he must report to the Justices at each Quarter Sessions, a state of the health of the prisoners under his care." (Howard 1777)

Wohl auch beeinflusst durch Howard, dessen Werk schon drei Jahre nach Erscheinen in England auf Deutsch verfügbar war, veröffentlichte der evangelische hallensische Strafanstaltspfarrer Heinrich Balthasar Wagnitz sein erstes Werk "Über die moralische Verbesserung der Zuchthausgefangenen" im Jahre 1787 (Wagnitz 1787). Damit war er einer der ersten Vertreter einer schwierigen Reformbewegung in Deutschland und fand Eingang in vielfältige Publikationen. Inwieweit diese Berichte möglicherweise die Wirklichkeit schwärzer färbten, als sie war, um sie wegen der bekannten Mechanismen des Buchmarktes besser absetzen zu können (Thoms 2005), sei hier dahingestellt.

Auf jeden Fall dauerte es noch mehrere Jahrzehnte, bis in England die Forderungen Howards umgesetzt wurden und nach und nach Wundärzte in einem Teil der englischen Gefängnisse in unterschiedlichem Ausmaß beschäftigt wurden (Hardy 1995).

In den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelten sich in den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts zwei konkurrierende Vollzugssysteme: das "Eastern Penitentiary" in Philadelphia mit Einzelhaft und ohne Arbeit und das Gefängnis in Auburn mit Arbeit in Werkstätten und Einzelhaft in der Nacht. Letztlich setzte sich das Auburnsche System in den Vereinigten Staaten durch, aber dieser Streit hatte auch Auswirkungen auf die Entwicklung des Strafvollzugs in Deutschland, was heute noch an der Strahlenbauweise, zuerst in Bruchsal und Berlin-Moabit (Lehrter Straße) realisiert, deutlich wird.

So wie Hunderte Jahre früher die Bauernvertreibung in England Verarmung breiter Schichten bedeutete, waren die Folgen der industriellen Revolution ähnlich. Massen armer Handarbeiter lebten zunehmend in den Städten, wurden straffällig und wurden entweder in Einzelzellen oder Gemeinschaftszellen eingesperrt. Ernährung und Hygiene waren katastrophal. Die erwünschte sittliche Besserung der Gefangenen erschöpfte sich dem Zeitgeist entsprechend in Drill und moralisierender religiöser Erziehung (Thoms 2005).

Knapp 100 Jahre nach Howards richtungweisendem Werk über Gefängnisse und auch über die Aufgaben von Ärzten in Gefängnissen wurde die erste deutsche Arbeit von Abraham Adolf Baer 1871 veröffentlicht. Baer wurde nach seinem Medizinstudium in Berlin, Wien und Prag und Promotion 1861 an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin 1866 im Nebenamt Arzt in der Strafanstalt in Naugard in Pommern. Hier entwickelte sich sein Interesse an Gefängnishygiene und Fragen der Kriminalbiologie. Die systematische Bearbeitung seiner Erfahrungen und der verfügbaren Literatur führten zu seinem ersten größeren Werk „Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme, ihre Einrichtung und Wirkung in hygienischer Beziehung“ (Baer 1871). Als 1872 das erste Haus des neu gebauten Strafgefängnisses Plötzensee, damals noch bei Berlin, in Betrieb genommen wurde, konnte Baer als neuer Oberarzt in dieser modernen Strafanstalt den ärztlichen Dienst organisieren. Außer Baer war noch ein Assistenzarzt beschäftigt und ihm unterstellt und in einer Dienstinstruktion wurden die straffe Organisation und die Verteilung der Aufgaben zwischen Oberarzt und Assistenzarzt geregelt. Herauszuheben ist, dass das Aufsichtspersonal unter Strafantwortung angewiesen wurde, von jeder eingetretenen körperlichen und geistigen Erkrankung eines Gefangenen unverzüglich Meldung zu machen. Die Ärzte hatten die Erwärmung und Lüftung der Wohn- und Arbeitsräume zu überwachen und sich um die Hygiene zu kümmern, auch die Bewegung der Gefangenen im Freien und gute Beschaffenheit der Kost, des Brotes, des Trinkwassers, der Kleidung und der Bettung unterlag ihrer Kontrolle. Erste Ansätze von Betriebsmedizin wurden realisiert, denn den Ärzten oblag, „die unzweifelhafte Gefahrlosigkeit der von den Gefangenen betriebenen Beschäftigungen in gesundheitlicher Beziehung“, zu überprüfen. Während der Oberarzt täglich bis auf sonntags in der Anstalt sein musste, um seine medizinische Arbeit zu verrichten, hatte der Assistenzarzt täglich zu erscheinen, um Aufnahmeuntersuchungen vorzunehmen und alle Gefangenen zu behandeln, die sich krankgemeldet hatten (Stürzbecher oJ).

Baers Interessen konzentrierten sich auf die Hygiene in den Gefängnissen und in diesem Zusammenhang kümmerte er sich um die Bekämpfung der Tuberkulose und der Trunksucht und machte weitreichende Vorschläge zu deren Eindämmung und zur gesamten Gefängniskunde (Baer 1897).

Medizinische Behandlung kann nur zeitgemäß sein. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es bedeutende Umwälzungen. Nachdem 1846 in Nordamerika die erste erfolgreiche Operation in Narkose mit Schwefeläther durchgeführt wurde, dauerte es bis zur breiten Anwendung noch mehrere Jahrzehnte und die Sterberate verblieb nach Operationen wegen der Wundinfektionen bei 90%, dies änderte sich erst mit der flächendeckenden Einführung der Asepsis gegen Ende des Jahrhunderts (Osburg und Schlüter 1999). Auch die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bewegten sich auf der Höhe der Zeit, was z. B. bedeutete, dass in der Regel die Perityphlitis genannte Appendizitis nicht früh operiert, sondern mit Opium und Abführmitteln therapiert wurde. Die Erkrankung Eduards VII von England, der erst 10 Tage nach Beginn seiner Appendizitis im Jahre 1902 in lebensbedrohlichem Zustande operiert wurde, wirft ein bezeichnendes Licht auf die Beharrungsfähigkeit der damaligen führenden Ärzte gegenüber längst belegten fortschrittlichen Neuerungen (Thorwald 1967).

Die erste umfassende Darstellung anstaltsärztlicher Tätigkeit in Deutschland schrieb Friedrich Leppmann (Leppmann 1909), der 1895 mit einer Arbeit über experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Äthernarkosen promoviert hatte. Sein Bruder Arthur arbeitete schon seit 1889 als Erster Arzt an der Königlichen Strafanstalt Moabit (Lehrter Straße) und Friedrich folgte ihm im Jahre 1900 an dieselbe Anstalt.

Baer, Arthur und Friedrich Leppmann, alle drei stammen aus jüdischen Familien, sind die Galionsfiguren einer tatsächlich fortschrittlichen Gefängnismedizin in Deutschland. Offensichtlich hat sich aber das medizinische Wirken der Ärzte in der damaligen Zeit von den schon im Altertum formulierten ethischen Grundsätzen ärztlicher Tätigkeit erheblich entfernt. Arthur Leppmann berichtete 1885 über die chirurgische „Castration der Frauen“ als Behandlungsmethode bei Epilepsie und „Hystero-Epilepsie“ (Leppmann 1885) und er betrieb Versuche an Gefangenen, um die schmerzstillende Wirkung von Methylenblau zu untersuchen: „Als Krankenmaterial zu unseren Versuchen standen uns die Insassen der Kgl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Beobachtungsanstalt für geisteskranken Verbrecher zur Verfügung ...“ (Ehrlich und Leppmann 1890). Arthur Leppmanns Bruder Friedrich befürwortete 1934 in einem Gesetzeskommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ die Sterilisation von alkoholkranken Menschen: „Aber der schwere Alkoholiker hat in noch typischerer Weise die Eigenschaften, die wir beim Schwachsinnigen als Grund zur Verhütung seiner Fort-

pflanzung erwähnt haben: die Rücksichtslosigkeit im geschlechtlichen Verkehr, das erziehungswidrige Verhalten gegenüber den Kindern und die Gefährdung der materiellen Existenz der Familie durch den Trunk.“ (Leppmann 1934). Baer wiederum war schon 1889 unter Verschweigung seines ärztlichen Berufes als angeblich höherer Polizeibeamter in die psychiatrische Unterbringung des Morris de Jonge in der Schöneberger Privatanstalt Maison de Santé involviert (Eschebach 1989, Schmiedebach 1996).

Die Vorarbeiten zur Verrechtlichung der Gefängnismedizin begannen 1897 mit der Verabschiedung der „Grundsätze, welche bei dem Vollzuge gerichtlich erkannter Freiheitsstrafen bis zu weiterer gemeinsamer Regelung zur Anwendung kommen“, hatten aber als einfache Ländervereinbarung weder Gesetzes- noch Verordnungskraft, hier gab es aber die ersten Regelungen zur medizinischen Versorgung im Gefängnis, wobei dieser Begriff hier für alle damaligen unterschiedlichen Haftformen gilt. In den „Grundsätzen für den Vollzug von Freiheitsstrafen“ von 1923 wurde erstmalig der Arzt im Hauptamt vorgesehen und in den Dienst- und Vollzugsordnungen der Länder detaillierte Regelungen zur Hygiene und anderen ärztlichen Versorgungsbereichen erlassen. Die 1934 erlassene „Verordnung über den Vollzug von Freiheitsstrafen“, ließ zumindest die Vorschriften über die Gesundheitsfürsorge formal unberührt (Hillenkamp 2006).

Die Entwicklung der Vollzugsmedizin im Dritten Reich ist bisher von der Forschung nicht beachtet worden. Vollzugsmedizin ist zahlenmäßig unbedeutend und vermutlich ebenso eingebettet in das Schreckensregime der Nazidiktatur wie die Psychiatrie. Immerhin hat in Bezug auf die Psychiatrie die 'Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde' es nun geschafft, 70 Jahre nach den Sterilisationen und den Euthanasiemorden eine selbstkritische Stellungnahme zur eigenen Geschichte vorzulegen (Schneider 2010). Inwieweit die Gefängnismedizin eine eigene Rolle gespielt hat, ist bis heute unklar. Offensichtlich gab es aber immer einzelne Ärzte, die sich zumindest den schlimmsten hygienischen Auswüchsen entgegenstellten, wie das Beispiel des Polizeiarztes des Polizei-Gefängnisses in Frankfurt (Main), auch Klapperfeld genannt, zeigt. Er machte seine weitere Tätigkeit von der Abstellung der Mängel abhängig (Polizeiarzt 1944).

Aus den Wirren der Nachkriegszeit liegen nur wenige Berichte vor. Der bekannteste Fall ist der des Arztes Dr. Ludwig Pflücker, der als Kriegsgefangener die medizinische Be-

treuung der Angeklagten im Nürnberger Prozess zu übernehmen hatte. Er zerbricht psychisch und wohl auch körperlich an den daraus resultierenden Widersprüchen und Belastungen (Shelliem 2006).

In der Monographie über das Zuchthaus Coswig werden Mangel an Nahrung, hygienische Missstände und erhebliche Überbelegung als die wesentlichen Arbeitsfelder der Anstaltsärzte in der Besatzungszeit und der frühen DDR eindringlich beschrieben (Ahrberg et al. 2007). Aufgrund der häufigen Todesfälle, meist wegen Tuberkuloseerkrankungen, bemühten sich Ärzte um eine bessere Versorgung der Gefangenen mit Lebensmitteln. In der Deutschen Zentralverwaltung für Justiz (DJV) wurde von 1945 bis 1949 trotz objektiv schwieriger Nachkriegsbedingungen ein äußerst ehrgeiziger Ansatz verfolgt, nämlich Abkehr vom Repressionsvollzug und Orientierung an den Reformbestrebungen der Weimarer Republik. Diese Vorstellungen konnten durch die Übernahme des Strafvollzugs durch das Ministerium des Inneren der DDR keine längeren Folgen haben, nun ging es darum, Schädlinge der Gesellschaft unschädlich zu machen, es ging um Sühne und Abschreckung (Müller 2007). Dieses unmenschliche System fand seinen Höhepunkt in den Gefängnissen der Staatssicherheit, in denen Folter, Erniedrigung und Isolation an der Tagesordnung waren und Ärzte entweder nicht präsent waren oder im Dienste der Staatssicherheit ihren Dienst taten (Jablonski 1997).

Die 1945 erlassene Kontrollrats-Direktive Nr. 19, die schon bestimmte, dass Gefangenen ärztliche, damit auch psychiatrische und zahnärztliche Fürsorge zu gewähren sei, führte in den ersten Jahren der Bundesrepublik in einer Reihe von Ländern zu Strafvollzugsordnungen, bis 1961 von den Justizministerien der Länder eine Dienst- und Vollzugsordnung (DVollzO) vereinbart wurde, die am 1. 7. 1962 in Kraft trat. Hier finden sich zum Teil minutiöse Regelungen zur medizinischen Versorgung und zur Mitwirkung des Anstaltsarztes bei vollzuglichen Maßnahmen wie Hausstrafen oder Sicherungsmaßnahmen. Hervorzuheben ist, dass auch hier Anstaltsärzte in der Regel im Hauptamt vorgesehen waren, die Erfahrungen in der inneren Medizin, der kleinen Chirurgie, der Psychiatrie und der Psychologie aufweisen und die amtsärztliche Prüfung abgelegt haben sollten (Hillenkamp 2006, Grunau 1972).

4 Die Grundlagen der medizinischen Versorgung im bundesdeutschen Justizvollzug

Anstaltsärzte stehen in Deutschland vor einem Dilemma: Ihre wesentliche Aufgabe ist die medizinische Versorgung der Gefangenen nach Qualitätsstandards, wie sie auch außerhalb des Gefängnisses gelten und gleichzeitig sind sie in das Anstaltsgefüge eingebunden und dienstrechtlich dem Anstaltsleiter untergeordnet. Dieser Doppelfunktion sind Konflikte inhärent, denen sich Ärzte nicht entziehen können. Leitlinie ihres Handelns muss aber immer das Primat der Medizin sein (Keppler 2009).

4.1 Ethische Standards und das Äquivalenzprinzip

Schon 1955 haben die Vereinten Nationen "Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen" (Vereinte Nationen 1955) angenommen, in denen unter Punkt 22.1 festgehalten wurde, dass der ärztliche Dienst in enger Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten der Gemeinde oder des Staates ausgestattet werden soll. Auch andere internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation, der Weltärztebund und Ärzte für Menschenrechte haben Erklärungen abgegeben, die sich mit der medizinischen Versorgung von Gefangenen befassen. Hervorzuheben sind hier die „Grundsätze ärztlicher Ethik“, die auf der siebenunddreißigsten Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurden und deutlich das Äquivalenzprinzip betonten:

„Medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, dem die medizinische Betreuung von Strafgefangenen oder Häftlingen obliegt, ist verpflichtet, deren körperliche und geistige Gesundheit zu schützen und ihnen im Krankheitsfall eine Behandlung von der gleichen Qualität und nach den gleichen Maßstäben zukommen zu lassen wie Personen, die sich nicht in Haft oder Gewahrsam befinden.“ (Vereinte Nationen 1982).

Die gleiche Intention verfolgt die Erklärung von Moskau aus dem Jahre 2003, in der die enge Verbindung von öffentlichen Gesundheitsdiensten und Vollzugsmedizin betont wird:

„Den Regierungen der Mitgliedsstaaten 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.“ (World Health Organisation 2003)

Von besonderer Bedeutung sind die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze, die zwar als Empfehlung für die verschiedenen Mitgliedsstaaten nicht bindend sind, aber gleichwohl in der Ausübung von politischem und moralischem Druck wesentlichen Einfluss auf die innerstaatliche Gesetzgebung und den Strafvollzug haben. Sie sind entstanden aus den Empfehlungen des Europarates zum Strafvollzug seit 1962, die zuerst 1987 als „Europäische Strafvollzugsgrundsätze“ zusammengefasst wurden und nun in einer völlig überarbeiteten und aktualisierten Form vorliegen. Ergänzend sei hier erwähnt, dass auch das Europäische Parlament am 18. Dezember 1998 mit vergleichbarer Intention eine Entschließung zu den Haftbedingungen in der Europäischen Union verabschiedet hat (Flügge 2000).

In Teil III der aktuellen Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen wird das Äquivalenzprinzip betont:

„Der anstaltsärztliche Dienst ist in enger Zusammenarbeit mit den kommunalen oder staatlichen Gesundheitsdiensten zu organisieren.

Das Gesundheitswesen im Vollzug ist in das staatliche Gesundheitssystem einzubinden und muss diesem entsprechen.

Gefangenen ist unabhängig von ihrem rechtlichen Status Zugang zur Gesundheitsfürsorge des betreffenden Staates zu gewähren.“ (Europarat 2007)

In den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen wird auch der "anerkannte Arzt für Allgemeinmedizin" in die Pflicht genommen: In Punkt 43.1 heißt es:

„Dem Arzt/der Ärztin obliegt die Fürsorge für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen. Er/Sie hat nach den außerhalb des Vollzuges geltenden Standards und Zeitabständen nach allen erkrankten Gefangenen zu sehen, die eine Krankheit oder Verletzung melden oder auf die er/sie besonders aufmerksam gemacht wird.“ (Europarat 2007)

Damit wird auch die persönliche Verantwortung des einzelnen Arztes angesprochen, nach diesen Grundsätzen zu handeln, auch Ressourcenknappheit nicht zu akzeptieren, denn

„Mittelknappheit kann keine Rechtfertigung sein für Vollzugsbedingungen, die gegen die Menschenrechte von Gefangenen verstoßen.“ (Europarat 2007).

Die deutschen gesetzlichen Regelungen erwähnen das Äquivalenzprinzip nicht explizit. Stattdessen wird im Strafvollzugsgesetz auf das Sozialgesetzbuch verwiesen und damit die Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung postuliert. Nur leicht unterschiedliche Ausformulierungen zeigen die eigenständigen Strafvollzugsgesetze von Hamburg, Niedersachsen, Hessen, Bayern und Baden-Württemberg. In den offiziellen Begründungen zum §24 des Hessischen Strafvollzugsgesetzes und §17 des Hessischen Untersuchungshaftgesetzes wird allerdings das Äquivalenzprinzip benannt:

„Entsprechend dem aus dem Sozialstaatsgebot (vgl. Art. 20 Abs.1 GG) abgeleiteten sog. Äquivalenzprinzip hat sich der Umfang der zu erbringenden Leistungen grundsätzlich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu orientieren. Gemäß dieser Verpflichtung wird den Gefangenen in Abs. 1 ein Anspruch auf eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit eingeräumt. Dies entspricht den Grundsätzen von §12 Abs. 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch, der für die gesetzlich Versicherten gilt.“ (Hessischer Landtag 2009)

4.2 Gesetzliche Grundlagen und ihre Veränderungen

In der Dienst- und Vollzugsordnung der sechziger und siebziger Jahre fanden sich in Ansätzen zwar schon die Reformbestrebungen der Weimarer Republik wieder, trotzdem herrschte noch der Erziehungsvollzug alter Prägung (Blau 1988), Zucht, Besserung und Verwahrung vor. Die Zuchthausstrafe wurde im Rahmen der Strafrechtsreform des Jahres 1969 aufgehoben und der Paradigmenwechsel beim Übergang von Dienst- und Vollzugsordnung zum Strafvollzugsgesetz war deutlich, wenn sich auch manch einer „... eine eindeutigere Ausrichtung des Gesetzes auf die seit langem angestrebte Vollzugsreform gewünscht ...“ hätte (Husen 1977).

Das bundeseinheitliche Strafvollzugsgesetz von 1977 bildete für Jahrzehnte die rechtliche Grundlage der medizinischen Versorgung in den Gefängnissen in Deutschland. Es entwickelte sich ein System, in dem die zentrale Rolle der ärztlichen Versorgung hauptamtlichen Ärzten zugewiesen wird und nur „aus besonderen Gründen nebenamtlichen oder vertraglich verpflichteten Ärzten übertragen werden“ kann (StVollzG §158). Diese „Anstaltsärzte“, die grundsätzlich eigenverantwortlich und ohne Fachvorgesetzten (Rex 2009) arbeiten, behandeln die Gefangenen, ihre Patienten, selbst. Wenn durch die Komplexität eines Falles verursacht, die fachliche Kompetenz des Anstaltsarztes nicht ausreicht, vermittelt er die Behandlung durch andere Fachärzte innerhalb oder außerhalb der Anstalt oder verlegt die Patienten in Justizvollzugs- oder andere Krankenhäuser. Weiterhin ist der Anstaltsarzt vielfach in das Anstaltsgefüge eingebunden und wird bei bestimmten Maßnahmen des Vollzuges beteiligt, soweit die einschlägigen Gesetze dies vorschreiben. Seine Tätigkeit entzieht sich einer Kontrolle von außen weitgehend, denn der Anstaltsarzt untersteht zwar der Dienstaufsicht des Anstaltsleiters, aber nicht seiner fachlichen Aufsicht (Riekenbrauck 2005). In §151 StVollzG ist die Fachaufsicht der Landesjustizverwaltungen über die Anstaltsärzte nur sehr pauschal geregelt. Häufig wird die Fachaufsicht durch Ärzte ausgeübt, die als Ministerialreferenten in dieser Funktion beschäftigt werden. Auch gleichzeitige anstaltsärztliche Tätigkeit ist möglich, dann ist aber eine weitere Fachkraft erforderlich, die über ihn hinsichtlich seiner anstaltsärztlichen Tätigkeit die Fachaufsicht ausübt (Rex 2009).

Im Rahmen der Föderalismusreform 2007 ging die Gesetzgebungshoheit für ein Strafvollzugsgesetz auf die Länder über. Hamburg, Niedersachsen, Bayern und Baden-Württemberg haben recht schnell eigenständige Strafvollzugsgesetze erlassen, Hessens Strafvollzugsgesetz trat im Oktober 2010 in Kraft, in den anderen Ländern gilt bis zur Neuformulierung das alte Strafvollzugsgesetz (Bund) weiter. Wesentliche Änderungen für die medizinische Versorgung von Gefangenen haben sich nicht ergeben. Versuche, die Zuzahlungsregelungen des Sozialgesetzbuches V auf die Gefangenen in angemessener Weise zu übertragen, wurden bisher nur in Bayern erfolgreich umgesetzt, obwohl die Landesrechnungshöfe immer wieder fordern, Medikamentenkosten entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuches von den Gefangenen einzufordern.

Wenn auf der anderen Seite zunehmend europäische und internationale Institutionen und Organisationen mit wesentlichen Richtlinien und Regelwerken auf die Vollzugsgestaltung Einfluss nehmen, erschließt sich die Sinnhaftigkeit einer Föderalisierung eines erprobten und bewährten Gesetzes nicht. Die Wunschvorstellung, dass es aber immerhin bereits wieder Überlegungen geben soll, über die Justizminister-Konferenz der Länder ein einheitliches StVollzG zu erarbeiten (Keppler 2010), scheint sich jedenfalls nicht zu bestätigen.

5 Methodik

5.1 Die Datensammlung

Da verlässliche Daten zur Quantität der in Deutschland im Vollzug arbeitenden Anstaltsärzte nicht vorliegen, war es zu ihrer Ermittlung erforderlich, möglichst viele Anstalten direkt zu kontaktieren und mit den Anstaltsärzten oder den Mitarbeitern der

Bundesland		Ort	
Fragebogen zur ärztlichen Versorgung im Justizvollzug			
Arzt			Belegungsfähigkeit ges.
Tel.			davon offener Vollz.
Fax			sonst. Anm.
Anstalt			Belegung
Tel.			Männer
Fax			Frauen
			erfragte Belegung
			Männer
			Frauen
Anzahl Anstaltsärzte festgestellt			offener Vollz.
Angest.	Beamte		freies Beschäftigungsverh.
Fachrichtung			Männer
Arbeitszeit (Wochenarbeitszeit)			Frauen
			jährl. Aufnahmeunters.
Anstaltsärzte (Vertragsärzte) h/Woche			
Sonstige Fachärzte in der Anstalt	Internisten		
Fachrichtungen	Chirurgen		
h/Woche oder Monat	Psychiater		
	HNO		
	Augen		
	Neurologen		
	Orthopäden		
	Urologen		
	Gynäkologen		
	sonst.		
Ärzte außerhalb der Anstalt			
Ausführungen Häufigkeit Fachr.			
Krankenhäuser Vorstellungen/Verlegungen/Kooperation			
Vollzugskrankenhaus Patiententage/Jahr			
Krankenstationen Patiententage/Jahr			
Physiotherapeuten u. ä. in der Anstalt			
Beteiligung d. sonst. Vollzugsbed.?			
			HIV-Inf.
			antiretrov. Th.
sonstige Anmerkungen:			HCV/ Therapie
			Methodonsubst.

Abbildung 1: Fragebogen zur Dokumentation

medizinischen Dienste zu sprechen. Zu diesem Zweck wurde ein in Abbildung 1 dargestellter Fragebogen entwickelt, der die wesentlichen Informationen zur Arbeit der medizinischen Dienste abbildet. Mitarbeiter der medizinischen Dienste sprechen ohne Genehmigung nicht ohne Weiteres mit Interviewern, deshalb war es notwendig, das Einverständnis der jeweiligen Senats- oder Ministerialabteilungen einzuholen. 14 der 16 Bundesländer hatten keine Einwände, ihre medizinischen Dienste auf der Grundlage des ihnen vorher übersandten Studiendesigns und des Fragebogens befragen zu lassen. Baden-Württemberg war nicht interessiert und verwies darauf, dass sie einerseits solche Untersuchungen selber durchführen würden und überhaupt die Daten in

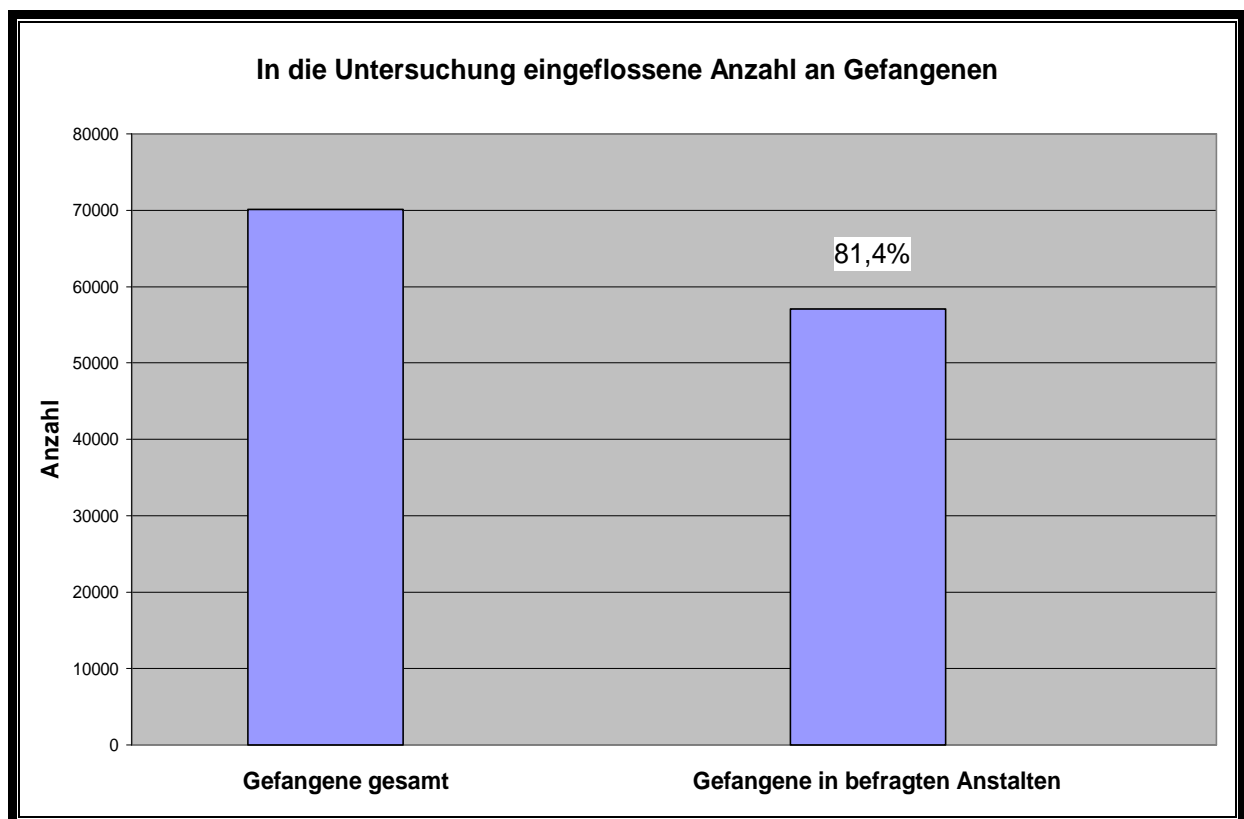


Abbildung 2: Darstellung des Verhältnisses von Gefangenen in Deutschland und Gefangenen in befragten Anstalten

der Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg verfügbar seien. Sachsen-Anhalt reagierte trotz Erinnerung nicht auf das Auskunftersuchen zu wissenschaftlichen Zwecken. Die meisten Länder waren an den Ergebnissen der Umfrage sehr interessiert und baten um Information oder Zurverfügungstellen nach Ab-

schluss der Arbeit oder waren auch nur dann mit der Untersuchung einverstanden, wenn Ihnen ein Exemplar der fertigen Arbeit überlassen werden würde.

Das ursprüngliche Ziel, mindestens zwei Drittel der in Deutschland einsitzenden Gefangenen durch die Umfrage zu erfassen, wurde erreicht. Abbildung 2 zeigt, dass zum Abschluss der Untersuchung immerhin, gemessen an der absoluten Gefangenenzahl von 70103 Personen, 81% in die Befragung einfließen konnten. Diese Gefangenenzahl basiert auf den Daten des Statistischen Bundesamts mit dem Stichtag 31. August 2010, die auch bei weiteren Vergleichen als Referenzdaten herangezogen werden (Statistisches Bundesamt 2010). Die Verteilung der absoluten Gefangenenzahlen nach Ländern und die korrespondierenden Gefangenenzahlen in befragten Anstalten zeigt Abbildung 3:

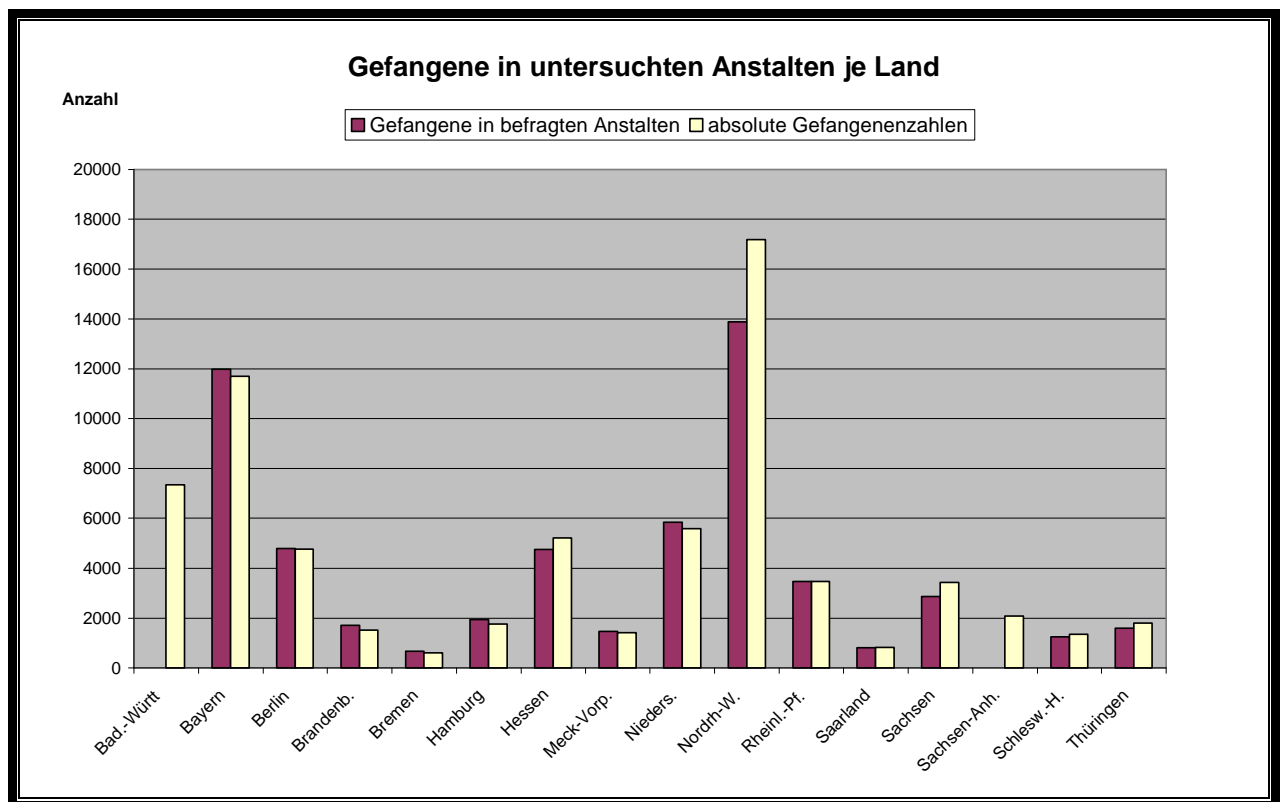


Abbildung 3: Absolute Gefangenzahlen und Gefangene in befragten Anstalten nach Länderverteilung

Die Befragung der Anstaltsärzte oder der Leiter der medizinischen Dienste gestaltete sich nicht einfach. Um den Kontakt bis hin zu zielführenden Gesprächen herzustellen,

wurden insgesamt etwa 150 Faxe versandt und weit über 1000 Telefongespräche geführt. Der Zeitraum der Befragung erstreckte sich von Mitte 2008 bis Anfang 2011.

Die Gespräche mit den Anstaltsärzten und medizinischen Mitarbeitern betrafen die medizinische Versorgung in der jeweiligen Anstalt. In vielen Fällen wurde neben der eigentlichen Datenerhebung ein vertrauensvolles kollegiales Gespräch geführt. Diese Inhalte fließen in die Untersuchung nicht ein. Häufig wurde darum gebeten, die Auswertung so zu gestalten, dass sich eine einzelne Anstalt nicht erkennen lässt.

Die folgenden Daten wurden während eines Gesprächs erfragt und in einer Tabelle erfasst:

- aktuelle Belegung
- Anzahl Gefangener in freiem Beschäftigungsverhältnis
- Anzahl der Aufnahmeuntersuchungen
- anstaltsärztliche Anwesenheitszeit
- vertragsärztliche Anwesenheitszeit
- Vermerk über Vertretungssituation (falls gegenseitige Vertretung)
- Anzahl bekannter HIV-Infektionen
- Anzahl z. Z. durchgeführter HIV-antiretroviraler Therapien
- Anzahl bekannter oder geschätzter HCV-Infektionen
- Anzahl z. Z. durchgeführter HCV-Therapien (Interferon plus Ribavirin)
- Anzahl der Methadondauersubstituierten.

Hieraus wurde errechnet:

- aktuelle Belegung minus Freigänger
- Ermittlung der effektiv zur Verfügung stehenden Arbeitszeit

In nicht allen Fällen wurde vermerkt:

- Alter des Anstalts- oder Vertragsarztes
- Anzahl der Jahre, die im Vollzug gearbeitet wurde (vollzugliche Erfahrung)
- Fachrichtung

- Bezahlung
- Unterstützung von Fortbildungsmaßnahmen
- Art der Dokumentation entweder in alter Papierform oder unter Verwendung von Computern
- Verfügbarkeit eines unbeschränkten Internetzuganges
- Anzahl im Vollzug sicher neu aufgetretener HIV-Infektionen.

5.2 Zur Methode und Fehlerabschätzung

Umfragen können entweder als Vollerhebungen oder als Stichprobenerhebungen durchgeführt werden. Das Ziehen von repräsentativen Stichproben wird in der Regel dann gewählt, wenn die zu ergebende Grundgesamtheit zu groß ist und der Aufwand nicht bewältigt werden kann oder nicht gerechtfertigt ist. Die Ausführungen in diesem Kapitel basieren im Wesentlichen auf einer Veröffentlichung der Bund-Länder-AG zur Qualität der Statistikprodukte (Bund-Länder-AG 2004).

In der vorliegenden Untersuchung, die als Vollerhebung angesehen wird, ist die Grundgesamtheit die Anzahl der in Deutschland einsitzenden Gefangenen und Verwahrten in Haft- und Untersuchungshaftanstalten, weil das Ziel der Untersuchung die Ermittlung der zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit pro Gefangenen ist. Befragt werden die Anstalts- und Vertragsärzte, die in diesem Fall als Experten für die Gefangenen gelten.

Bei Vollerhebungen treten folgende Fehler auf:

- Fehler durch die Erfassungsgrundlage
- Messfehler
- Aufbereitungsfehler
- Fehler durch Antwortausfälle.

5.2.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Im Zeitraum der Untersuchung hat sich die Grundgesamtheit verändert, deshalb ist abzuschätzen, in welcher Größenordnung sich der hierdurch verursachte Fehler auswirkt. Es konnte also keine Erfassungsgrundlage zu einem bestimmten Zeitpunkt fixiert werden. Über- und Untererfassungen können die Folge sein. Die Gefangenepopulation hat sich in den letzten Jahren in Wellenbewegungen kontinuierlich verringert. Um die Größenordnung des Fehlers abzuschätzen, wurde in Abbildung 3 dem Mittelwert der Gefangenzahlen (Statistisches Bundesamt 2010) von März 2007 bis November 2010 ein Fehlerindikator von $\pm 5\%$ zugewiesen. Damit ist die Streubreite der Gefangenzahlenentwicklung abgedeckt und ein möglicher Fehler von $\pm 5\%$ für diese Fehlerkategorie festgelegt.

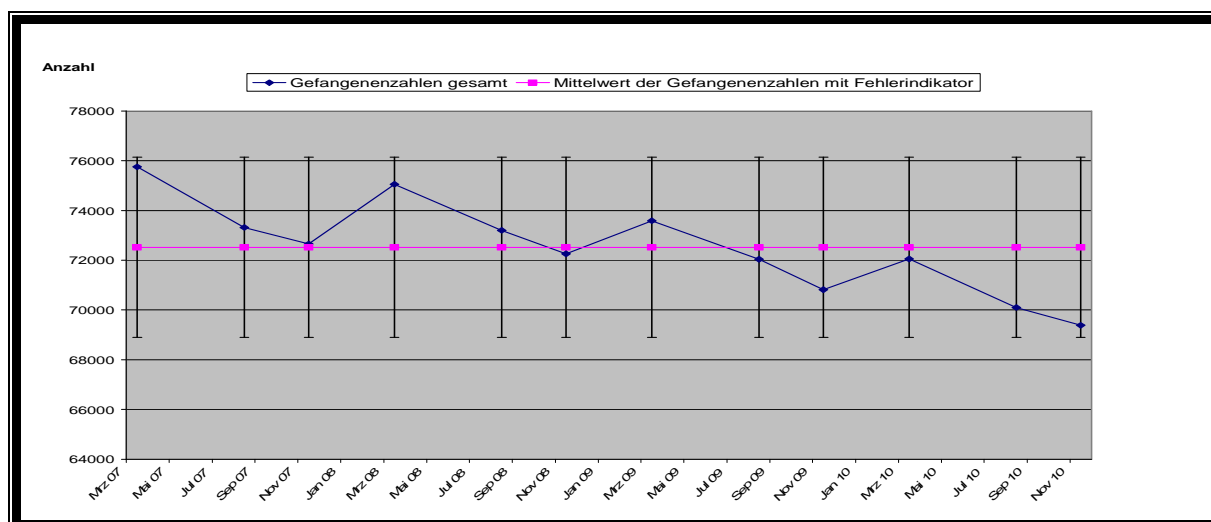


Abbildung 4: Gefangenzahlen gesamt mit Mittelwert und Fehlerindikator

Als ein weiteres Beispiel für die Entwicklung von Gefangenzahlen wurde willkürlich das Bundesland Sachsen ausgewählt. An der Abbildung 5 kann gezeigt werden, dass auch am Beispiel des Bundeslandes Sachsen bei einem Fehlerindikator von $\pm 5\%$ die Veränderungen der Gefangenzahlen abgedeckt ist.

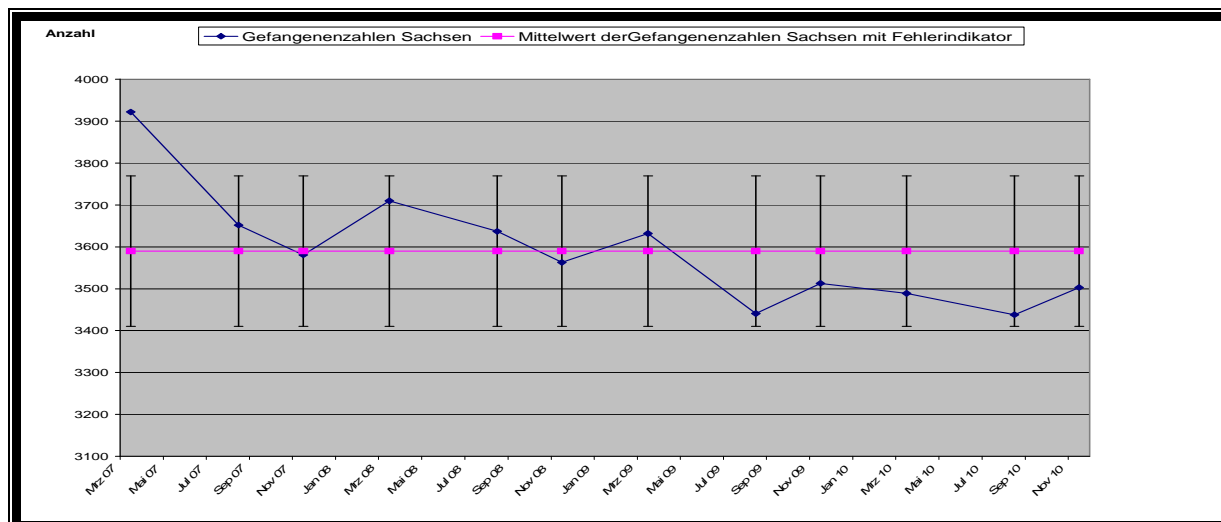


Abbildung 5: Gefangenzahlen Sachsen mit Mittelwert und Fehlerindikator

5.2.2 Messfehler

Messfehler treten in der Phase der Datenerhebung auf. Sie können durch missverständliche Formulierung der Fragen, Antwortbeeinflussung durch den Interviewer und bewusste oder unbewusste Antwortfehler entstehen. Durch missverständliche Formulierung oder Antwortbeeinflussung verursachte Messfehler lassen sich nur dann abschätzen, wenn Kontrollbefragungen mit anderen Fragebögen und anderen Interviewern durchgeführt werden können. Eine solche Maßnahme war in dieser Untersuchung nicht zu realisieren. Zur Abschätzung von Antwortfehlern bedarf es der Verfügbarkeit von Informationen aus anderen Quellen. Direkt mit anderen Quellen vergleichbar sind erfragte aktuelle Belegung und tatsächliche Belegung zum Stichtag 31. August 2010. Da die Befragung aber nicht zu einem Stichtag durchgeführt wurde und sich die Belegungszahlen, wie oben gezeigt, verändern, kann dieser Fehler nicht berechnet werden und lässt sich nur schätzen. Es wird angenommen, dass dieser Fehler $\pm 5\%$ nicht übersteigt.

5.2.3 Aufbereitungsfehler

Aufbereitungsfehler treten bei größeren Erhebungen in der Phase der Verschlüsselung, Signierung und Datenerfassung und der Plausibilisierung der Angaben auf. In dieser Untersuchung können Eingabefehler auftreten, die aber nicht mit einer Korrekturquote gemessen werden können. Die Fehlergröße wird hier mit geschätzten 2% angegeben.

5.2.4 Fehler durch Antwortausfälle

Verzerrungen der Ergebnisse durch Antwortausfälle können in zwei Kategorien unterschieden werden: Antwortausfälle durch „Unit-Nonresponse“ liegen vor, wenn eine Einheit überhaupt keine Daten liefert. Dies betrifft in erster Linie die beiden Länder Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt, die mit ihren zusammen 9410 Gefangenen nicht befragt werden konnten. Es wird davon ausgegangen, dass die 2073 Gefangenen in Sachsen-Anhalt und 7337 Gefangene in Baden-Württemberg in ähnlicher Weise medizinisch versorgt werden, wie die Gefangenen in den anderen Ländern. Die Ermittlung der Anzahl der für die anstaltsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Ärzte gestaltete sich ohne direkte Kontaktaufnahme schwierig. So wurde im Landtag von Sachsen-Anhalt 2006 noch von 13 Arztstellen gesprochen, in der dazugehörigen Auflistung finden sich aber nur noch 9 besetzte und 2 unbesetzte Stellen (LT-Drucks. (Sachsen-Anhalt) 2006). In einer Stellungnahme des Ministeriums der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt zur Personalentwicklung im öffentlichen Dienst aus dem Jahre 2008 ist hingegen nur noch von einem Personalbestand von 10 Stellen im höheren medizinischen Dienst die Rede (Sachsen-Anhalt 2008). Trotzdem gibt es hier auch beim damaligen Vorhandensein einer etwas größeren Krankenstation keine Zweifel, dass die medizinische Versorgung auf ähnlicher Stufenleiter wie in den anderen Bundesländern organisiert wird. Gleiches kann für Baden-Württemberg gelten, wo im März 2008 28 Anstaltsärzte für die medizinische Versorgung zuständig waren. Wie viele davon mit voller Stelle gearbeitet haben und welche Rolle Vertragsärzte bei der Versorgung kleinerer Anstalten gespielt haben, bleibt unklar (Justizministerium Baden-Württemberg 2009).

Da die gesamte Untersuchung auf freiwilliger Basis ablief, wurde in Einzelfällen die Antwort verweigert, bei einigen kleineren Anstalten konnte mit vertretbarem Zeitaufwand ein Kontakt nicht hergestellt werden oder die Beendigung der Befragung Ende Februar 2011 ließ vereinzelte Anstalten unbefragt. Insgesamt betraf dieser Teil der Antwortausfälle 3305 Gefangene, das sind 5,4% der am 31. 08. 2010 einsitzenden 60693 Gefangenen in den untersuchten 14 Bundesländern. Diese Antwortausfälle können, da sie ungeplant und zufällig entstanden sind, als rein zufällige Datenausfälle betrachtet werden. Bei diesen „missing completely at random“-Ausfällen besteht zwischen Nichtauskunftgebenden und Auskunftgebenden kein Unterschied.

In Kapitel 6.2.3 und teilweise in der Diskussion werden die Daten beschrieben, die nicht in allen Fällen vermerkt wurden. Diese fallen in die Kategorie „Item-Nonresponse“. Sie spielen jedoch für die Ermittlung der entscheidenden Versorgungskennzahl ärztlicher Arbeitskraft pro Gefangenen und Woche keine Rolle.

5.2.5 Der Gesamtfehler

Auf der Basis der Erörterungen in diesem Kapitel beträgt der additive maximal mögliche Gesamtfehler $\pm 17\%$. Im Folgenden wird auf diesen Fehler nicht mehr Bezug genommen, weil die Abweichungen durch unterschiedliche Ausgestaltung des Vollzuges, unterschiedliche Vollzugsformen und insbesondere unterschiedliche medizinische Versorgungseinrichtungen sowohl materieller als auch personeller Art in den einzelnen Anstalten zu weit größeren Unterschieden in der zeitlichen Verfügbarkeit anstaltsärztlicher Arbeitskraft führen. In den folgenden Kapiteln wird darauf noch eingegangen werden.

Bei der Berechnung der entscheidenden Versorgungskennzahl, Minuten ärztlicher Arbeitszeit pro Gefangenen und Woche, wird der mögliche Fehler wesentlich kleiner sein.

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die erhobenen Daten genutzt werden und welche Rechenoperationen erforderlich sind, um zu den Versorgungskennzahlen zu gelangen, mit denen anstaltsärztliche Versorgung quantitativ beschrieben werden kann. Zur Verdeutlichung dienen drei fiktive Beispiele der Berechnung, anschließend wird die anstaltsärztliche Versorgung anhand der ermittelten Versorgungskennzahlen beschrieben.

6.1 Beschreibung der erfragten und errechneten Daten

Die in Kapitel 5 genannten, in einer Tabelle erfassten Daten werden hier differenziert dargestellt:

1. Die aktuelle Belegung.

Hier wird in der Regel die von dem Anstaltsarzt genannte aktuelle Belegungszahl dokumentiert. In einigen Fällen stammen diese Daten aus dem medizinischen Dienst oder den Vollzugsgeschäftsstellen.

2. Aktuelle Belegung minus Freigänger (freies sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis) bedeutet, dass zur Ermittlung von vergleichbarem Arbeitsaufwand die Anzahl der Freigänger von der aktuellen Belegung abgezogen werden muss, weil Freigänger außerhalb der Justiz sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und in die Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenkasse fallen. Anstalts- oder Vertragsärzte sind nur in Notfällen wie immer und überall zur Ersten Hilfe verpflichtet. Der Aufwand für Freigänger ist erfahrungsgemäß insgesamt so gering, dass er kaum ins Gewicht fällt und aus diesem Grunde werden Freigänger aus der Belegungszahl herausgerechnet. Da Freigänger in den verfügbaren Statistiken nicht erfasst werden, werden hier die Angaben der Anstaltsärzte oder der medizinischen Dienste zugrunde gelegt.

3. Die Anzahl der Aufnahmeuntersuchungen (s. S. 9) ist von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich, bei Untersuchungshaftanstalten eher vergleichsweise hoch. Da die weitere Zielrichtung dieser Arbeit auch ist, für zukünftige Äquivalenzuntersuchungen Grundlagen zu schaffen, werden bei der weiteren Berechnung die zeitlichen Aufwendungen für Aufnahmeuntersuchungen mit 15 Minuten pro Aufnahmeuntersuchung herausgerechnet. Aufnahmeuntersuchungen sind zwar unmittelbare anstaltsärztliche Arbeit, sie sind aber mit keinem Teil hausärztlicher Versorgung zu vergleichen.

4. Anstaltsärztliche Anwesenheitszeit ist die tarifliche Arbeitszeit. Ist in der Anstalt eine Krankenabteilung vorhanden, wird die hierfür benötigte Arbeitszeit von der tariflichen Arbeitszeit abgezogen, weil diese Arbeit keine primär anstaltsärztliche Arbeit ist. In Vollzugsanstalten ohne Krankenabteilung müssten diese Patienten in Justizvollzugskrankenhäusern oder sonstigen Krankenhäusern versorgt werden. Die unterschiedliche Ausgestaltung der Krankenabteilungen wird dadurch Rechnung getragen, dass die Anstaltsärzte (AA) angeben, wie viel Arbeitszeit sie dafür aufwenden. Leitungsfunktionen auf Anstaltsarztebene werden nicht gesondert berücksichtigt, weil sie nur mehr oder weniger dezidiert in größeren Anstalten zu finden sind und diese Arbeit sonst in kleineren Anstalten von dem einzelnen Anstaltsarzt im Rahmen seiner dienstlichen Verpflichtungen übernommen wird.

5. Vertragsärztliche Anwesenheitszeit ist die Zeit, die ein Vertragsarzt in der Anstalt anwesend ist und Patienten versorgt. Diese Zeit ist entweder vertraglich vorgegeben oder sie wird per Stundensatz vergütet. Keine zeitliche Vorgabe gibt es, wenn pauschal oder nach der Gebührenordnung für Ärzte bezahlt wird. Erfragt wurde in allen Fällen die tatsächliche Anwesenheitszeit.

6. Die Vertretungssituation in einer Anstalt ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Berechnung der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit. Wenn ein einzelner Anstaltsarzt im Falle seiner Abwesenheit wie Urlaub, Fortbildung oder Krankheit von einem oder mehreren Vertragsärzten vertreten wird, muss diese Tatsache bei der rechnerischen Auswertung berücksichtigt werden. Entsprechend wird gegenseitige Vertretung berücksichtigt.

7. Mit der Berechnung der anstaltsärztlichen Arbeitszeit pro Woche und Gefangenem wird eine eingängige Größe gewählt, um medizinische Versorgung zu beschreiben. Sie ist die ärztliche Arbeitszeit pro Woche, bezogen auf die Anzahl der zu versorgenden Gefangenen und wird hier Versorgungskennzahl genannt. Sie ist nicht gleichbedeutend mit Behandlungs- oder Sprechstundenzeit. Wie diese Berechnung erfolgt, soll hier an exemplarischen fiktiven Beispielen dargestellt werden:

Beispiel Anstalt 1: 400 Gefangene, keine Freigänger, 500 Aufnahmeuntersuchungen pro Jahr, 1 Anstaltsarzt, Arbeitszeit 40 Stunden pro Woche, bei Abwesenheit wird der Anstaltsarzt von Vertragsärzten vertreten:

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden $\times 43 \times 60$ = jährlich zur Verfügung stehende Arbeitszeit in Minuten, bei Berücksichtigung von 9 Wochen Abwesenheit (Urlaub, Fortbildung und Krankheit), minus Anzahl jährlicher Aufnahmeuntersuchungen $\times 15$. Dies basiert auf der Annahme, dass für eine durchschnittliche Aufnahmeuntersuchung 15 Minuten erforderlich sind.

Daraus ergibt sich dann: $(40 \times 43 \times 60) - (500 \times 15) = 95700$ Minuten pro Jahr für anstaltsärztliche Arbeit in 43 Wochen.

Diese Minutenzahl wird dividiert durch die Anzahl der zu versorgenden Gefangenen und 43 Wochen: $95700 / 43 / 400 = 5,56$.

Dieser Wert bedeutet, dass für die anstaltsärztliche Versorgung 5,56 Minuten pro Woche und Gefangenem zur Verfügung stehen.

Beispiel Anstalt 2: 800 Gefangene, keine Freigänger, 1000 Aufnahmeuntersuchungen pro Jahr, 2 Anstaltsärzte, Arbeitszeit jeweils 40 Stunden pro Woche, bei Abwesenheit gegenseitige Vertretung.

Wöchentliche Arbeitszeit $\times 43 \times 60$ = jährlich zur Verfügung stehende Arbeitszeit in Minuten, bei Berücksichtigung von 9 Wochen Abwesenheit (Urlaub, Fortbildung und Krankheit), minus Anzahl jährlicher Aufnahmeuntersuchungen $\times 15$.

Dies ergibt dann: $(80 \times 43 \times 60) - (1000 \times 15) = 191400$ Minuten pro Jahr für anstaltsärztliche Arbeit in 43 Wochen.

Diese Minutenzahl wird dividiert durch die Anzahl der zu versorgenden Gefangenen und 52 Wochen, weil sich die tatsächliche Arbeit der beiden Ärzte auf 52 Wochen verteilt: $191400 / 52 / 800 = 4,6$.

Dieser Wert bedeutet, dass für die anstaltsärztliche Versorgung 4,6 Minuten pro Woche und Gefangenem zur Verfügung stehen.

An dieser Berechnungsweise ändert sich auch nichts, wenn in größeren Anstalten mit mehreren Ärzten grundsätzlich gegenseitig vertreten wird, weil sich dann alle Anstaltsärzte an den Vertretungen beteiligen.

Beispiel Anstalt 3: 900 Gefangene, 50 Freigänger, 500 Aufnahmeuntersuchungen pro Jahr, 1,5 Anstaltsärzte, Arbeitszeit 40 und 20 Stunden pro Woche, bei Abwesenheit keine gegenseitige Vertretung, zusätzlich Vertragsarzt 12 Stunden pro Woche, 1 Anstaltsarzt arbeitet 6 Stunden wöchentlich in der Bettenstation mit 8 Betten.

Wöchentliche Arbeitszeit x 43 x 60 = jährlich zur Verfügung stehende Arbeitszeit in Minuten, bei Berücksichtigung von 9 Wochen Abwesenheit (Urlaub, Fortbildung und Krankheit), minus Anzahl jährlicher Aufnahmeuntersuchungen x 15.

Dies ergibt dann: $[(40 + 20 - 6 + 12) \times 43 \times 60] - (500 \times 15) = 162780$ Minuten für anstaltsärztliche und vertragsärztliche Arbeit in 43 Wochen.

Diese Minutenzahl wird dividiert durch die Anzahl der zu versorgenden Gefangenen (900 – 50): $162780 / 43 / 850 = 4,45$.

Dieser Wert bedeutet, dass für die anstaltsärztliche Versorgung 4,45 Minuten pro Woche und Gefangenem zur Verfügung stehen.

8. Anzahl bekannter HIV-Infektionen ist die Zahl, die der Anstaltarzt oder die medizinischen Dienste spontan oder nach genauerer Durchsicht von Unterlagen nennen können. Sie dürfte relativ genau den Kenntnisstand abbilden, weil HIV-Infizierte auch dann, wenn sie keine antiretrovirale Therapie erhalten, regelmäßig außer bei Verweigerung labormedizinischen Kontrollen unterzogen werden.

9. Die Anzahl antiretroviraler Therapien bei HIV-Infizierten dürfte bekannt und korrekt erfassbar sein. Hier ist über Medikamentenausgabe und Therapiekontrolle eine äußerst enge Anbindung an den medizinischen Dienst erforderlich.

10. Die Zahl bekannter HCV-Infektionen ist häufig nicht bekannt. Deshalb musste hier meist auf Schätzungen zurückgegriffen werden. In dem Abschnitt über Hepatitis-C wird im Rahmen der Diskussion darauf noch eingegangen werden.

11. Gut erfassbar ist hingegen die Anzahl aktuell durchgeführter Hepatitis-C-Therapien, auch hier wegen der erforderlichen engen Anbindung an den medizinischen Dienst und auch wie bei HIV-Therapien wegen der erheblichen Medikamentenkosten.

12. Auch die Anzahl der Methadondauersubstituierten dürfte exakt zu ermitteln sein, weil die Methadonabgabe täglich erfolgt und die substituierten Personen meist persönlich bekannt sind.

6.2 Die allgemeinmedizinische ärztliche Versorgung in den untersuchten Vollzugsanstalten

Die allgemeinmedizinische Versorgung in Vollzugsanstalten wird von angestellten und verbeamteten Ärzten und von in unterschiedlicher Weise bezahlten Vertragsärzten übernommen. Obwohl beide für die anstaltsärztliche medizinische Versorgung verantwortlich sind, werden hier zur eindeutigen Unterscheidung die Ersten als Anstaltsärzte und die Zweiten als Vertragsärzte bezeichnet. Von den untersuchten 57030 Gefangenen werden 79% von angestellten und verbeamteten Anstaltsärzten versorgt. Damit bilden sie das Rückgrat der medizinischen Versorgung im Vollzug in Deutschland, wie Abbildung 6 plastisch verdeutlicht, und es wird die Forderung des §158 des Strafvollzugsgesetzes, dass „die ärztliche Versorgung ... durch hauptamtliche Ärzte sicherzustellen“ sei, erfüllt. Diese Formulierung findet sich identisch im §179 des bayrischen Strafvollzugsgesetzes, im niedersächsischen Vollzugsgesetz heißt es im §180, dass die ärztliche Versorgung „in der Regel durch hauptberuflich in der Anstalt tätige Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen“ sei. Im hamburgischen Strafvollzugsgesetz wird zwar noch zwei Mal der Begriff Anstaltsarzt erwähnt, in den einschlägigen Gesetzen in Baden-Württemberg und Hessen findet sich der Begriff nicht. Inwieweit hier schon die perspektivischen Schwierigkeiten, adäquates Personal für die hauptamtliche Besetzung von Anstaltsarztstellen zu finden, antizipiert werden, wird die Zukunft zeigen. Interpoliert man die Ergebnisse dieser Untersuchung auf ganz Deutschland, werden ca. 55000 Gefangene von hauptamtlichen Anstaltsärzten und ca. 15000 Gefangene von Vertragsärzten versorgt.

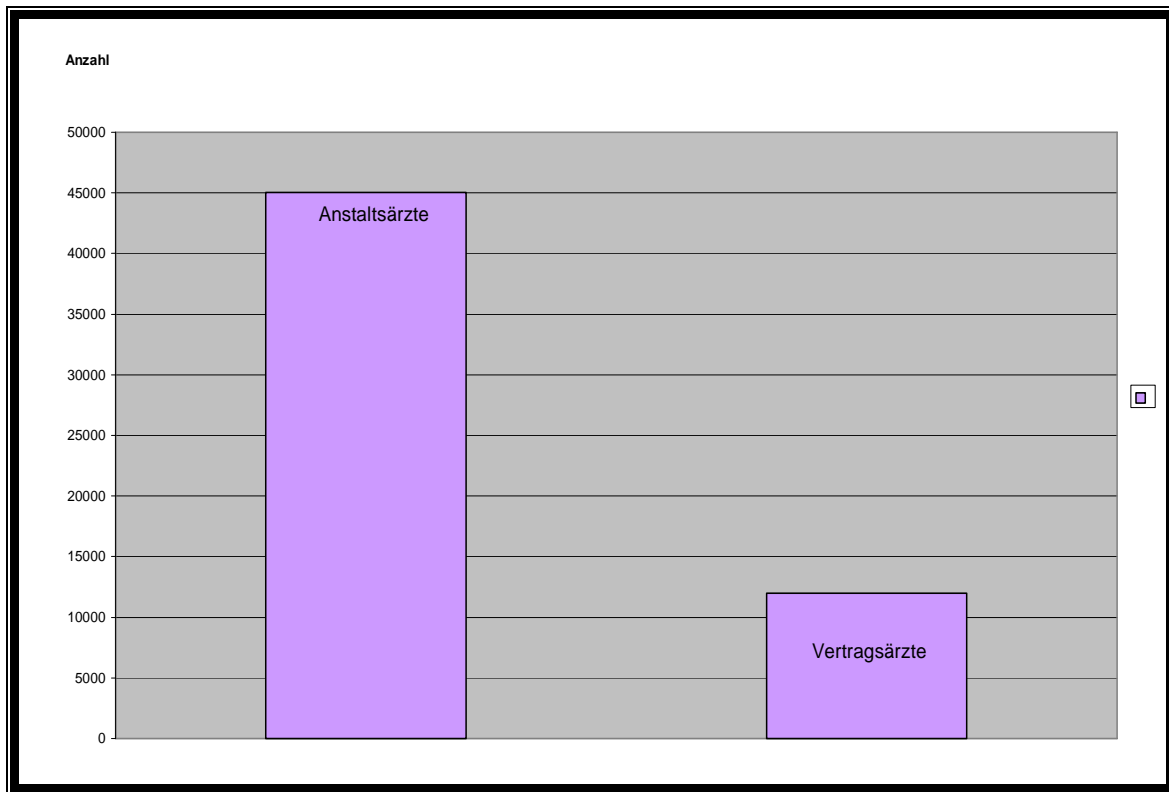


Abbildung 6: Das Verhältnis von Anstaltsärzten und Vertragsärzten in untersuchten Anstalten (Anzahl versorgte Gefangene)

Betrachtet man nun alle untersuchten Länder und Anstaltsärzte und Vertragsärzte zusammen, kommt hierbei ein relativ homogenes Bild zum Vorschein. In Rheinland-Pfalz stehen zur Versorgung der Gefangenen 3,7 Minuten und in Hessen 5,5 Minuten zur Verfügung, ein Mittelwert der Länder ergibt 4,6 Minuten. Die graphische Aufbereitung zeigt Abbildung 7.

In Abbildung 8 wird deutlich, dass eine solche integrierende Betrachtungsweise für das einzelne Land und damit in verstärktem Maße für die einzelne Anstalt nur beschränkte Aussagekraft hat. Werden die Versorgungskennzahlen nach der Art der ärztlichen Versorgung differenziert, ergibt sich ein anderes Bild. Grundsätzlich verfügen Anstaltsärzte über wesentlich mehr Zeit als Vertragsärzte, um die Gefangenen allgemeinmedizinisch zu versorgen. Die Spanne reicht bei den Anstaltsärzten von 3,8 Minuten bis 6,5 Minuten und bei den Vertragsärzten von 1,6 bis 4,7 Minuten. In dieser Abbildung ist die Standardabweichung mit eingezeichnet.

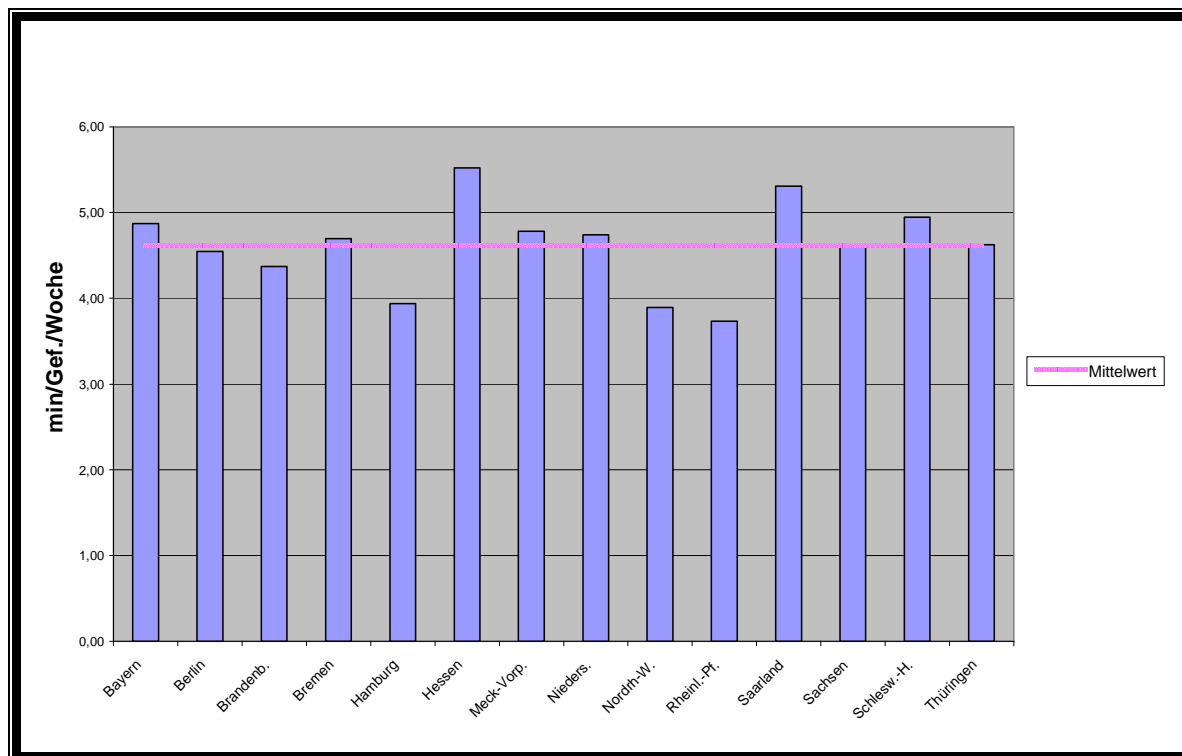


Abbildung 7: Versorgungskennzahl: Anstaltsärzte plus Vertragsärzte

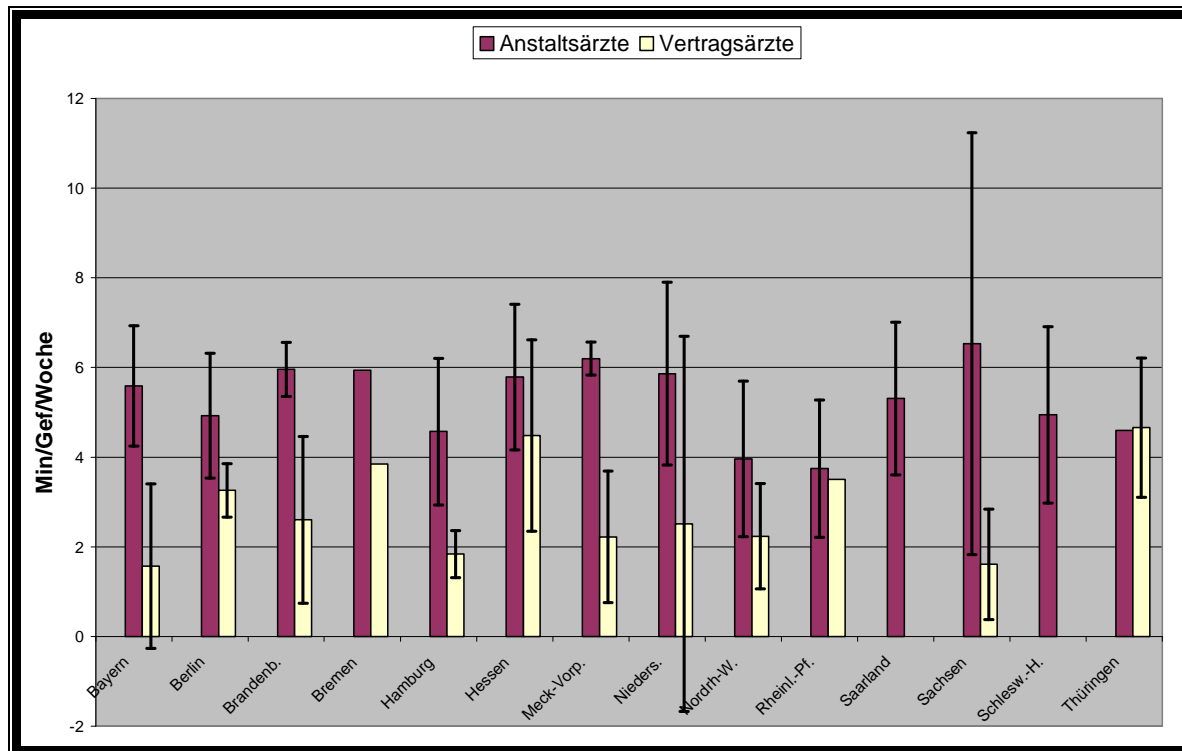


Abbildung 8: Versorgungskennzahl: Anstaltsärzte und Vertragsärzte differenziert, hier mit Standardabweichung

6.2.1 Die anstaltsärztliche Versorgung

Das Spektrum der Versorgungskennzahlen der anstaltsärztlichen Versorgung bewegt sich zwischen 3,8 Minuten in Rheinland-Pfalz und 6,5 Minuten in Sachsen. Wird der Mittelwert der Einzelwerte der untersuchten Länder gebildet, ergibt sich ein Wert von 5,3 Minuten. Das bedeutet, dass angestellten oder verbeamteten Anstaltsärzten für die allgemeinmedizinische ärztliche Versorgung der Gefangenen **ohne** Aufnahmeuntersuchungen 5,3 Minuten pro Woche und Gefangenem zur Verfügung stehen. Das bedeutet auf der anderen Seite, dass der durchschnittliche Anstaltsarzt bei einer Wochen-

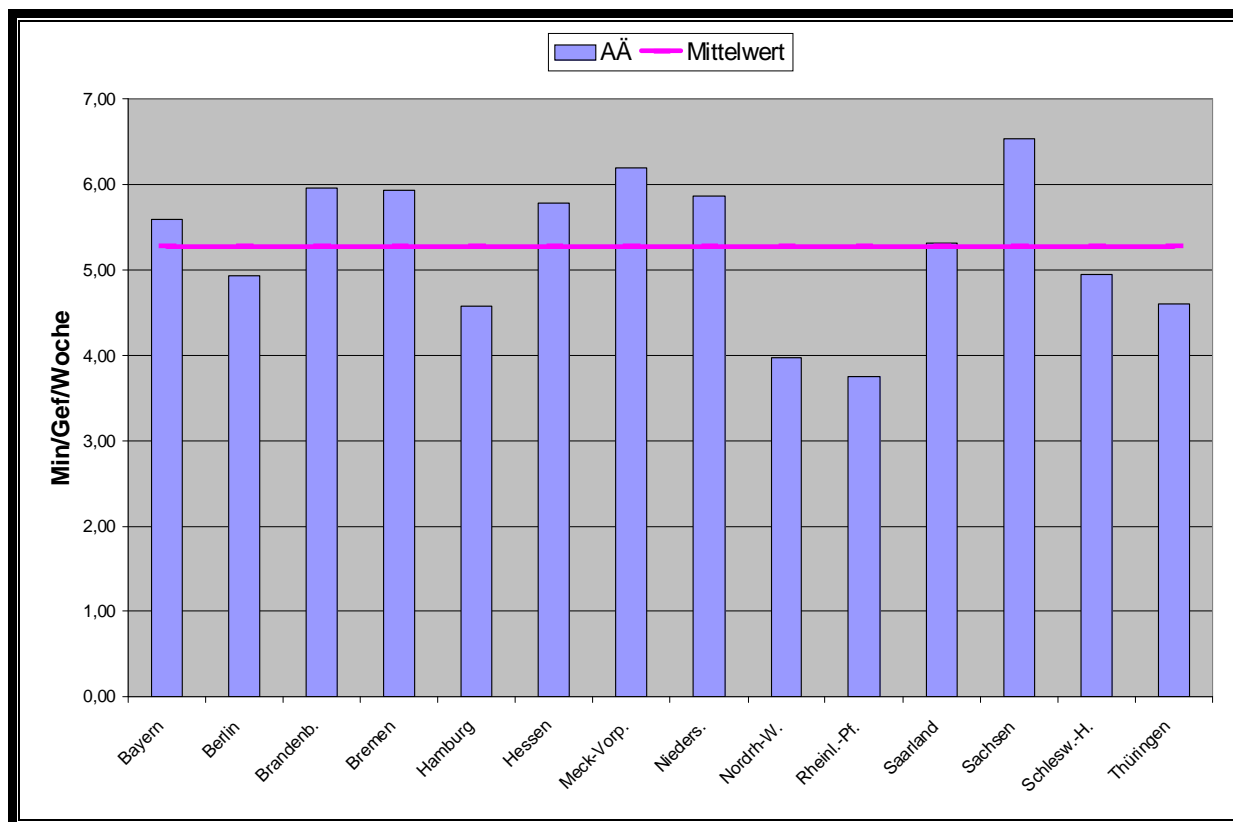


Abbildung 9: Versorgungskennzahl je Land: Anstaltsärzte und Mittelwert

arbeitszeit von 40 Stunden ohne Aufnahmeuntersuchungen 453 Gefangene versorgen kann, unter Berücksichtigung des Fehlerquotienten von $\pm 17\%$ zwischen 376 und 530 Gefangene.

6.2.2 Die vertragsärztliche Versorgung

Vertragsärzte arbeiten offenbar unter anderen Bedingungen im Rahmen der anstaltsärztlichen Versorgung, denn es steht ihnen weniger Zeit zur Verfügung. Während in Bayern und Sachsen 1,6 Minuten zur Verfügung stehen, kann Thüringen 4,7 Minuten aufwenden.

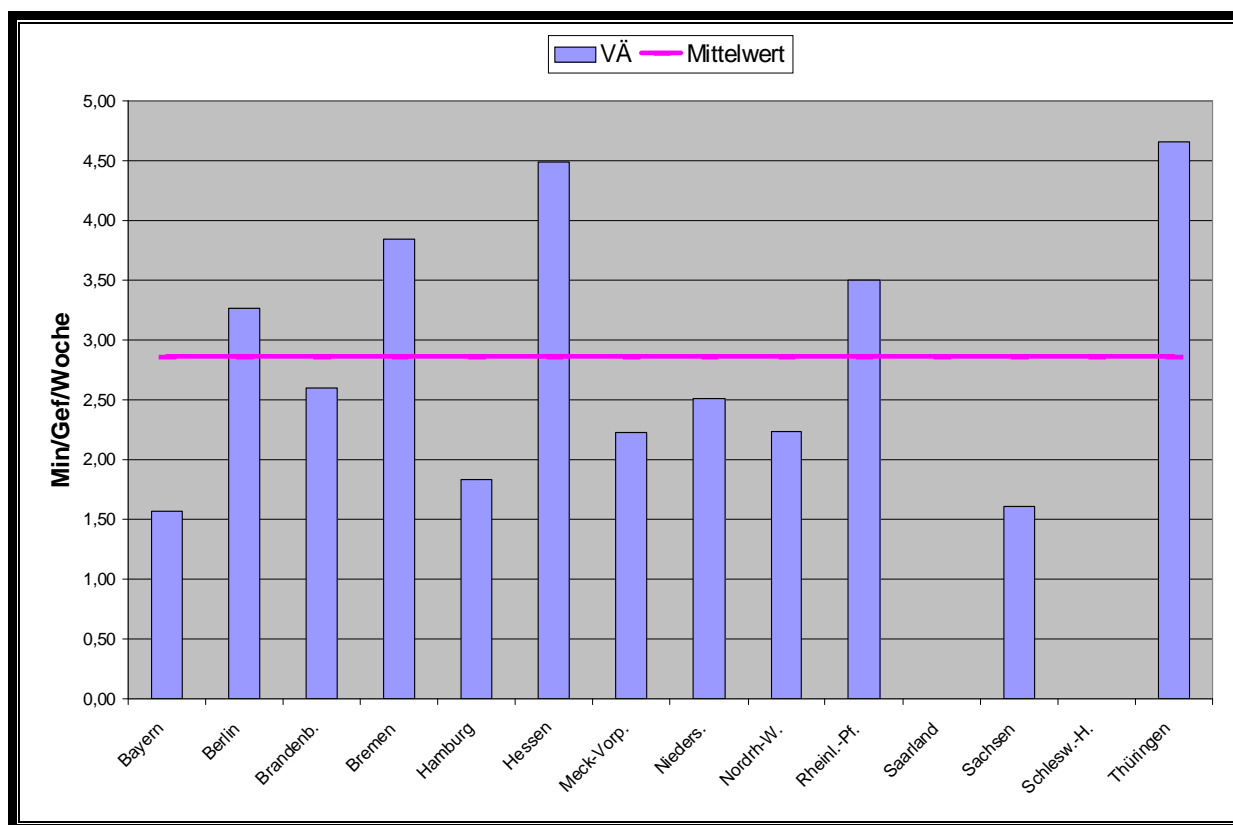


Abbildung 10: Versorgungskennzahl je Land: Vertragsärzte und Mittelwert

Diese Unterschiede werden noch beeindruckender, wenn die unterschiedliche Art und Weise der Bezahlung der Vertragsärzte in Rechnung gestellt wird. Es gibt drei Varianten:

- Bezahlung nach Stundensätzen
- pauschale Bezahlung je Sprechstunde und
- Abrechnung nach GOÄ.

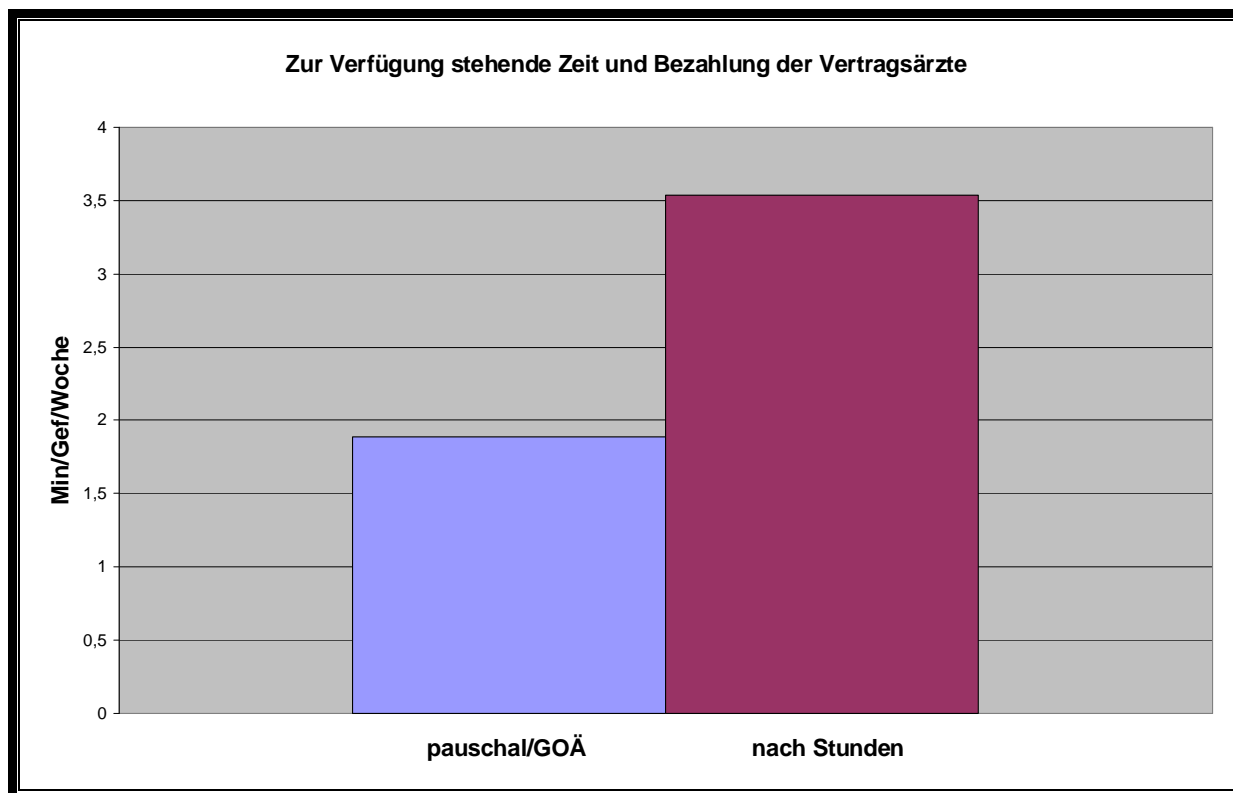


Abbildung 11: Versorgungskennzahl Vertragsärzte, differenziert nach Bezahlungsart

Die nicht stundenweise, sondern pauschal oder nach GOÄ bezahlten Vertragsärzte benötigen im Mittel 1,9 Minuten, während bei stundenweiser Bezahlung 3,5 Minuten verbraucht werden, auch hier jeweils ohne Aufnahmeuntersuchungen.

6.2.3 Sonstige Ergebnisse

Alter der Ärzte: Immerhin 15 von 90 befragten Anstaltsärzten, die ihr Alter angegeben hatten, sind 60 Jahre oder älter (17%) und werden demzufolge in den nächsten Jahren aus dem Dienst ausscheiden. Das Durchschnittsalter beträgt 51,7 Jahre. Die Verteilung zeigt Abbildung 12:

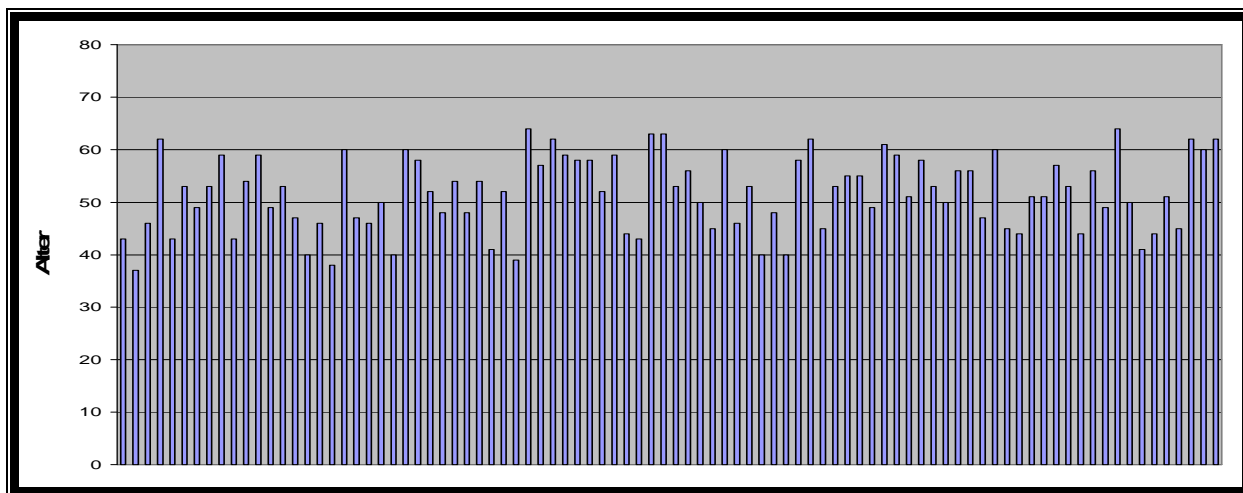


Abbildung 12: Alter der Anstaltsärzte

Von den 57 befragten Vertragsärzten, die ihr Alter angegeben hatten, sind 24 (42%) älter als 60 Jahre, 10 (18%) älter als 70 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 56,5 Jahre und die Verteilung zeigt Abbildung 13:

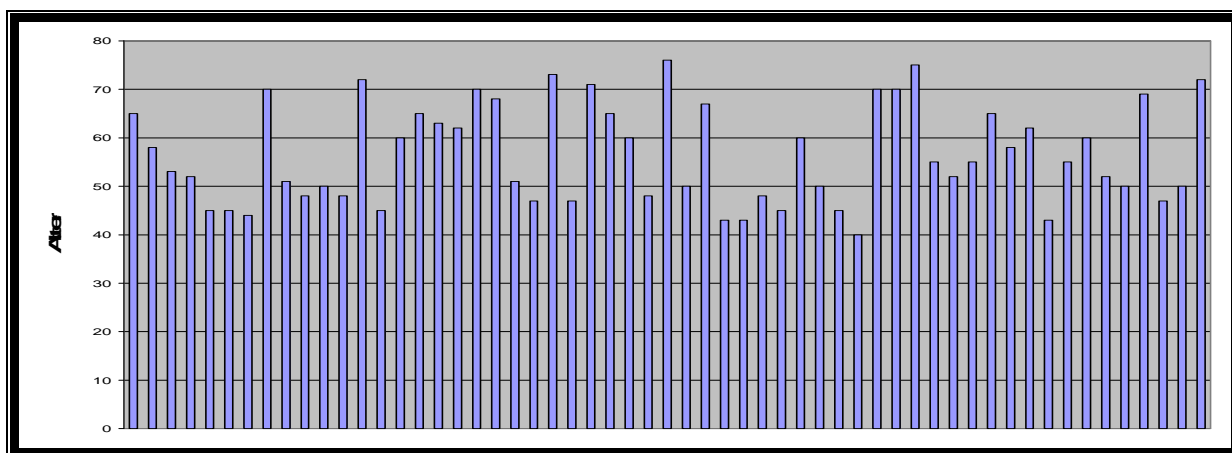


Abbildung 13: Alter der Vertragsärzte

Vollzugliche Erfahrung der Ärzte: 145 Ärzte haben durchschnittlich 12 Jahre vollzugliche Erfahrung, 37 von 145 (26%) haben mehr als 20 Jahre vollzugliche Erfahrung, 10 dieser 37 Ärzte mit mehr als 20 Jahren vollzuglicher Erfahrung arbeiten als Vertragsärzte, von den 27 Verbleibenden sind 17 Beamte.

Fachrichtung: Von den 110 Ärzten, bei denen die Fachrichtung ermittelt wurde, waren 50 % Allgemeinmediziner, 22% Internisten, 12% Praktische Ärzte und 11% Chirurgen. Die restlichen 9% verteilen sich auf diverse andere Fachrichtungen.

Unterstützung von Fortbildungsmaßnahmen: Nur bei angestellten und verbeamteten Ärzten werden Fortbildungen gemäß den gesetzlichen oder tariflichen Regelungen überhaupt unterstützt. Weitergehende finanzielle Förderung von Fortbildung über die mögliche Anordnung von Dienstreisen oder direktes Zurverfügungstellen von Geldern ist noch nicht die Regel. Fortbildung von Vertragsärzten wird nicht unterstützt.

Auf die weiteren Ergebnisse zur Bezahlung, Dokumentationsart, Verfügbarkeit von Internet und Infektionen im Vollzug wird in Kapitel 7 eingegangen.

7 Weitere Ergebnisse und Diskussion

In diese Diskussion werden einige weitere bisher nicht erwähnte Ergebnisse eingebunden, um eine getrennte oder doppelte Erwähnung zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere die Darstellung der drei ausgewählten Infektionskrankheiten, aber auch einige sonstige Aspekte und dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Die anstaltsärztliche Versorgung in den Vollzugsanstalten der untersuchten Länder entspricht hinsichtlich der Forderung des § 158 den Vorgaben des Strafvollzugsgesetzes. Fast 80% der Inhaftierten werden von angestellten oder verbeamteten Anstaltsärzten und nur rund 20% von Vertragsärzten versorgt. Den Teil der medizinischen Versorgung, den die „Hausärzte des Vollzuges“ nicht übernehmen können, sei es wegen fehlender Spezialisierung oder nicht vorhandener Ausstattung, übernehmen Fachärzte innerhalb oder außerhalb der Anstalten. So kommen in größeren Anstalten naturgemäß mehr Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen in die Anstalten und es werden auch mehr fachärztliche Untersuchungseinrichtungen vorgehalten. Die erforderliche Versorgung in Krankenhäusern richtet sich nach den regionalen Gegebenheiten, wenn möglich, werden Justizvollzugskrankenhäuser auch über Ländergrenzen hinweg vorgezogen, in Akutfällen wird auf regionale Krankenhäuser zurückgegriffen. Gesicherte Bereiche in regionalen Krankenhäusern finden sich in Brandenburg und in Bayern. Wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Vollzugsanstalten, die eine entscheidende Verzerrung der Versorgungskennzahlen hervorrufen würden, scheint es nicht zu geben. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass Aufnahmeuntersuchungen in den Versorgungskennzahlen nicht enthalten sind.

Für die Unterschiede der allgemeinmedizinischen Versorgungskennzahlen im deutschen Justizvollzug gibt es eine Reihe von Gründen. Unterschiedliche Gefangene brauchen unterschiedliche Intensität ärztlicher Betreuung. Herausragend ist z. B. der Aufwand, der bei Kurzstrafern und Ersatzfreiheitsstrafern zu betreiben ist, hier hat der Justizvollzug die Rolle des sozialen Lückenfüllers, der die Menschen, die durch die Maschen des sozialen Netzes fallen, von Ungeziefer befreit und ihre Lebensfähigkeit wie-

der herstellt (Rex 2000). Auch Untersuchungshäftlinge bedürfen einer wesentlich höheren Betreuungsdichte als mittellange Freiheitsstrafer. Insofern muss zur Bewertung einer Versorgungskennzahl für eine einzelne Vollzugsanstalt die jeweils individuelle Versorgungssituation berücksichtigt werden. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen wird versucht, durch eine Regelung für die Bewertung anstaltsärztlicher Arbeit dieser Versorgungssituation nahe zu kommen: Jeder Arzt versorgt 700 Gefangene, hiervon werden aber gleich 20% abgezogen für nicht auf einzelne Gefangene bezogene Arbeit, verbleiben also 560 Gefangene pro Arzt. Dies gilt für Männer und Jugendliche im geschlossenen Vollzug. Die Versorgung von Frauen erhält einen Zeitzuschlag von 10%, Untersuchungsgefangene 20%. Einen Abschlag von 10% gibt es für den offenen Vollzug und 90% für freies Beschäftigungsverhältnis. Inwieweit diese Bewertung den wirklichen Versorgungsbedürfnissen entspricht, kann hier nicht beurteilt werden.

Vertragsärzte benötigen zur medizinischen Versorgung der Gefangenen weniger Zeit als Anstaltsärzte. Sie sind nicht in das Anstaltsgefüge im gleichen Maß eingebunden, sie beteiligen sich in der Regel nicht an Sitzungen, Besprechungen und Planungen, sie sind nicht präsent, wenn die Sprechstunde vorüber ist, sie übernehmen nicht im gleichen Maß Personal- und Budgetverantwortung, machen keine Fortbildungen für das sonstige Personal, sie sind also tatsächlich in der Regel keine wirklichen „Anstalts“-ärzte. Gleichwohl füllen sie erfolgreich die Lücken, die durch das Nichtvorhandensein von hauptamtlichen Ärzten entstehen. Bedenklich erscheint die Situation bei den Vertragsärzten, die pauschal oder nach der Gebührenordnung für Ärzte bezahlt werden. Sie benötigen nur etwas mehr als die Hälfte der Zeit, die stundenweise bezahlten Vertragsärzten zur Verfügung steht. Sie werden sich in höchster Geschwindigkeit der medizinischen Versorgung widmen und in der Tat keine Zeit haben oder sie sich nicht nehmen, um erforderliche intensive Gespräche zur Konfliktlösung und Betreuung der zum Teil multimorbiden und verhaltensgestörten Gefangenen zu führen. Den besonderen Anforderungen der Vollzugsmedizin kann so nicht entsprochen werden.

Umfassende Untersuchungen über die somatische und psychische (Co-) Morbidität von Insassen des Justizvollzuges liegen nicht vor. Deshalb werden Tuberkulose, HIV und Hepatitis C als drei Beispiele herangezogen, um die Unterschiede medizinischer Versorgung intramural und extramural zu verdeutlichen:

7.1 Das Beispiel Tuberkulose

Während weltweit die Tuberkuloseinzidenz deutlich ansteigt, findet sich für Deutschland eine seit vielen Jahren (1983) abnehmende Gesamtinzidenz (Robert Koch-Institut 2010). So fiel von 2002 die Inzidenz (Erkrankungen pro 100000 Einwohner) von 9,3 im Jahre 2002 auf 5,5 im Jahre 2008. Betrachtet man aber nur die männliche Bevölkerung in Deutschland, ergibt sich schon eine Inzidenz von 6,9 und bei Betrachtung der ausländischen Bewohner Deutschlands findet man eine fast vierfache Erhöhung der Inzidenz auf 20,7 (RKI 2010). Die Situation in deutschen Gefängnissen ist eine andere. Das Robert Koch-Institut benennt JVA-Tuberkulosefälle für die Jahre 2005 bis 2008. Die Inzidenzen zeigt die folgende Tabelle, jeweils errechnet aus den Erstaufnahmegesamtzahlen des jeweiligen Jahres (Robert Koch-Institut 2007, 2008, 2009, 2010, Statistisches Bundesamt 2010):

Jahr	TBC-Fälle in JVAs	Anz. Gef. Erstaufn.	Inzidenz in JVAs	Inzidenz BRD	Verhältnis Inz. JVA/BRD
2005	79	123184	64	7,3	8,8
2006	60	116789	51	6,5	8,4
2007	63	109996	57	6,1	9,3
2008	53	108832	49	5,5	8,9

Tabelle 1: TBC-Fälle JVA neu, Inzidenz JVA und BRD und deren Verhältnis

Diese Zahlen zeigen, dass das festgestellte Vorkommen von Tuberkulose in bundesdeutschen Vollzugsanstalten etwa 9-mal häufiger ist, als in der Allgemeinbevölkerung. Für das Jahr 2002 liegt ein interessanter Vergleich vor, der zeigt, dass gerade in Vollzugsanstalten die aktive Fallfindung unabdingbar ist. 2002 fand sich für die Gefangenen in Deutschland insgesamt eine Inzidenz von 101, im Falle von aktiver Fallfindung, was damals in 5 Bundesländern praktiziert wurde, jedoch 335, also eine um den Faktor 3,3 höhere Inzidenz in den Vollzugsanstalten, wenn gezielt nach Tuberkulose gesucht wird (Rex 2005, Groß 2009). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung war die Inzidenz etwa um den Faktor 36 höher.

Im Bundesland Berlin, das als eines von wenigen Ländern im Vollzug schon seit Langem konsequente aktive Fallfindung betreibt, werden pro Jahr etwa 40 TBC-Fälle detektiert (Berliner Zeitung 2010). Bezogen auf die etwa 8000 Erstaufnahmen entspricht dies einer Inzidenz von 500. In Berlin insgesamt findet man eine Inzidenz von 8,2. Das entspricht einem etwa 60-fach höherem Auftreten von Tuberkulose im Berliner Justizvollzug. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass Berlin aufgrund seiner geografischen Lage besonders von Tuberkulose betroffen ist, sind diese Zahlen ein beeindruckender Hinweis für die Notwendigkeit aktiver Fallfindung im bundesweiten Rahmen.

Nimmt man diese Zahlen zur Grundlage einer überschlägigen Berechnung, werden etwa 120 Tuberkulosekranke in deutschen Gefängnissen jedes Jahr nicht gefunden, weil sie nicht gesucht werden.

Dabei ist die gesetzliche Grundlage für aktive Fallfindung mit dem Infektionsschutzgesetz in §36 im Jahre 2000 geschaffen worden: „Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden.“ (IfSG 2000)

Aus welchen Gründen auch immer größtenteils auf die flächendeckende Durchführung von Schirmbilduntersuchungen verzichtet wird, die Möglichkeit des Infektionsschutzgesetzes muss mehr genutzt werden, auch im Sinne eines Schutzes der Gesamtbevölkerung vor unnötigen Infektionen mit Tuberkulose. Inwieweit die neuen immunologischen Testverfahren, die das Ausmaß einer Interferon-Gamma-Ausschüttung nach Kontakt mit Tuberkulosebakterien messen (Diel et al. 2009), als praktikablere Alternative zur Röntgenuntersuchung zumindest im Einzelfall entwickelt werden kann, muss interdisziplinär diskutiert werden und wird die Zukunft zeigen. Das Infektionsschutzgesetz bietet jedenfalls auch hierfür in §36.5 hinsichtlich der körperlichen Unversehrtheit die rechtliche Grundlage.

7.2 Das Beispiel HIV

Anders als Tuberkulose ist die HIV-Infektion/Erkrankung nicht heilbar. Im Vollzug sind nur die tatsächlich nachgewiesenen Infektionen bekannt, die in der Öffentlichkeit meist verwendeten Daten sind Schätzungen des Robert Koch-Institutes auf der Basis von epidemiologischen Berechnungen. Auch für HIV-Infektionen ist es von Bedeutung, in welchem Verhältnis die Häufigkeit von HIV-Infektionen im Vollzug zur Häufigkeit von Infektionen in der Allgemeinbevölkerung steht. Die Angabe der Prävalenz in der Gefangenenpopulation und in Deutschland ist dazu erforderlich, sie wird in unterschiedlicher Weise angegeben. So benutzt das Robert Koch-Institut unter anderem geschätzte Infektionszahlen für Deutschland, in anderen Publikationen werden Infektionen pro 100000 wie oben für die Inzidenz angegeben, hier in dieser Untersuchung werden Prozentwerte benutzt, bei denen tatsächliche Infektionsfälle geteilt durch die zugehörige Grundgesamtheit multipliziert mit 100 den entsprechenden Prozentwert ergeben. In dem Aufsatz „HIV und Gefängnis“ von Kraft und Knorr in dem Buch Gefängnismedizin wird für 2005 eine Prävalenz von 0,3% für Deutschland und für Inhaftierte von 0,8% angegeben (Kraft und Knorr 2009). Damit würde HIV im Gefängnis gerade einmal 2,7-mal häufiger sein. Um zu vergleichbaren Werten zu kommen, müssten von den in dem Aufsatz angegebenen 49000 HIV-infizierten Menschen ca. 20 % abgezogen werden, um zu den tatsächlich Getesteten zu kommen. Diese dann geteilt durch die Anzahl von Erwachsenen 2005 (67,195 Millionen) (Statistisches Bundesamt 2007) führt zu einer Prävalenz von 0,06%. Unter Inhaftierten wird eine Prävalenz von 0,8% angegeben (Radun 2007). Damit bewegt sich das Verhältnis von intra- zu extramuraler Infektion bei HIV richtigerweise in der Größenordnung von 13.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ebenfalls eine Prävalenz im Vollzug in den untersuchten Vollzugsanstalten von 0,8% ermittelt. Für die Bundesrepublik Deutschland ergibt sich unter den obigen Rahmenbedingungen für 2010 mit 54 000 HIV-Fällen (getestet) und einem Bevölkerungsanteil von 70 863 250 Personen über 15 Jahre (2008) eine HIV-Prävalenz von 0,076% und damit eine etwa 11-fach höhere Infektionsrate für HIV in Gefängnissen (Statistisches Bundesamt 2010a, Robert Koch-Institut 2010a). Hieraus lässt sich aber keine signifikante Veränderung ableiten, dazu sind die Unsicherheiten zu hoch. Überhaupt nicht erschließt sich die Angabe bei Radun, dass die

Infektionsrate bei Gefangenen 80-mal höher sei als in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (Radun 2007). In einer Arbeit über infektionsmedizinische Versorgung in bundesdeutschen Haftanstalten geben die Autoren auf der Basis einer repräsentativen Umfrage eine 24-fach erhöhte Anzahl von HIV-Infizierten an. Hier dürfte die Frage der Repräsentativität eine ganz entscheidende sein (Reimer et al. 2009). Denn man findet in der vorliegenden Untersuchung einzelne Anstalten, die bezogen auf ihr Bundesland eine fast 200-fache Rate aufweisen oder z. B. die JVA Tegel in Berlin, wo die Rate mit 4,88 die niedrigste ist, weil zwar in Berlin die Prävalenz nach Hamburg die zweithöchste in Deutschland ist, die in der Stadt Infizierten aber in der Regel nicht im Gefängnis erscheinen, weil sie nicht zu den Drogen missbrauchenden Menschen gehören.

Insgesamt dürfte die Annahme einer etwa 10 bis 15-fach höheren nachgewiesenen Infektionsrate als vorläufige Größenordnung nicht falsch sein. Über das Dunkelfeld der vorhandenen, aber bislang nicht nachgewiesenen Infektionen, kann hier keine Aussage getroffen werden.

In der folgenden Tabelle finden sich, aufgeteilt auf die verschiedenen Länder:

- HIV-Prävalenz errechnet auf Grundlage vorliegender Daten dieser Untersuchung
- HIV-Fälle im jeweiligen Bundesland, entnommen den Epidemiologischen Kurzinformationen des Robert Koch-Institutes aus dem Jahre 2010 für die jeweiligen Bundesländer
- die HIV-Fälle reduziert um 23% (weil der geschätzte Anteil abgezogen werden muss, um die Prävalenz vergleichbar zu machen)
- die Bevölkerung im jeweiligen Bundesland in Millionen (Statistisches Bundesamt 2010a)
- die Prävalenz in der Bevölkerung
- das Verhältnis von Vollzugsprävalenz und Bevölkerungsprävalenz.

Die unterschiedliche Verteilung zwischen den Ländern zeigt Tabelle 2. Eine Interpretation dieser Daten, insbesondere der enorme Unterschied in den Verhältniszahlen,

kann hier nicht geleistet werden. So findet sich im Bundesland Bayern, das als Einziges systematisch alle Gefangenen beim Eintritt in den Vollzug auf eine vorliegende HIV-Infektion testet, gerade mal ein Verhältnis von 8,6. Die Vorstellung, dass intensive Testung im Vollzug mehr Infizierte findet, lässt sich so nicht bestätigen.

	Präv. JVA	HIV-Fälle in der Bev.	-23%	Bev. in Mio.	Präv. Bev.	Verhältnis
Bayern	0,5	9400	7238	12,51	0,058	8,64
Berlin	1,2	11000	8470	3,443	0,246	4,88
Brandenb.	0,3	610	469,7	2,512	0,019	16,04
Bremen	1,6	1200	924	0,662	0,140	11,46
Hamburg	1,5	6000	4620	1,774	0,260	5,76
Hessen	1,4	7000	5390	6,062	0,089	15,75
Meck-Vorp.	0,5	420	323,4	1,651	0,020	25,53
Nieders.	2,1	4700	3619	7,929	0,046	46,01
Nordrh-W.	1,0	14000	10780	17,873	0,060	16,58
Rheinl.-Pf.	0,4	2400	1848	4,013	0,046	8,69
Saarland	1,0	750	577,5	1,023	0,056	17,71
Sachsen	0,3	1200	924	4,169	0,022	13,54
Schlesw.-H.	1,1	1800	1386	2,832	0,049	22,48
Thüringen	0,1	370	284,9	2,25	0,013	7,90
BRD (14 Länder)	0,8	60850	46854,5	68,703	0,068	11,73

Tabelle 2: HIV-Prävalenz JVA, BRD und deren Verhältnis

Die sich auf Studien in den 90er Jahren außerhalb Deutschlands oder Europas beziehende, oftmals verbreitete Behauptung, eine Inhaftierung sei ein hohes Risiko für eine HIV-Neuinfektion, findet sich in den Erfahrungen deutscher Anstaltsärzte nicht. Die Befragung der Anstaltsärzte hat ergeben, dass gerade einmal drei Fälle in den letzten Jahren bekannt geworden sind, wobei in einem dieser Fälle die Infektion absichtlich geschah. Wegen der nicht systematischen Testung bleibt das Dunkelfeld jedoch unklar.

In der Bundesrepublik erhielten im Jahr 2010 von den 54000 HIV-Infizierten mittlerweile 40000, entsprechend 74%, eine antiretrovirale Therapie. Im Vollzug erhalten nur 44% (219 von 501) der infizierten Gefangenen eine Therapie. Die hierdurch verursachten

reinen Medikamentenkosten von ca. 15000 € pro Jahr und Fall belaufen sich auf ca. 3,3 Millionen Euro pro Jahr, das entspricht etwa 58 € pro Gefangenen.

7.3 Das Beispiel Hepatitis C

Solide Daten über das Vorkommen von Hepatitis C im Vollzug liegen nicht vor. Nur im Bundesland Bayern werden fast alle Gefangenen beim Eintritt in den Vollzug auf das Vorhandensein einer Hepatitis C-Infektion getestet. Hier wurden bei 11981 Gefangenen 1431 Fälle von Hepatitis C dokumentiert, das entspricht einer Prävalenz von 11,9%. Außerhalb Bayerns sind viele Anstaltsärzte nicht in der Lage, eine verlässliche Zahl von nachgewiesenen HCV-Infektionen anzugeben. Häufig wurden Angaben gemacht wie 15 bis 20% der Inhaftierten. In einem solchen Fall wurden dann 17,5% der Inhaftierten als HCV-infiziert betrachtet. In den Fällen, in denen keine Angabe gemacht wurde, musste die entsprechende Gefangenenzahl aus der Grundgesamtheit herausgerechnet werden. Die Untersuchung ergibt, dass unter 51047 Gefangenen 5571 Fälle von Hepatitis C bekannt sind, das entspricht einer Prävalenz von ca. 11%. Andere Angaben über die Prävalenz nachgewiesener HCV-Infektionen in Haft sind regional oder zeitlich begrenzt. Sie belaufen sich auf 17,6% (Radun 2007) und 8,6% unter Jugendlichen (Meyer et al. 2007). Welche wirklichen Prävalenzen vorhanden sind, lässt sich nur schwer abschätzen, umfassende Forschungen liegen nicht vor.

Ein ähnliches Problem zeigt aber auch der Versuch, die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung zu ermitteln. Es ist hier nicht der Ort, die Problematik der Bestimmung der HCV-Prävalenz detailliert zu erörtern, in Deutschland schätzt das Robert-Koch-Institut jedoch, dass 400 000 bis 500 000 Personen Virusträger einer chronischen Hepatitis C sind (Hüppe et al. 2007), das entspräche einer Prävalenz von etwa 0,5%. Damit findet sich Hepatitis C in deutschen Gefängnissen 17 bis 35 Mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung.

1999 wurde in der JVA Nürnberg der Hepatitis- und HIV-Status bei allen Neuaufnahmen im Rahmen einer Studie ermittelt (Langkamp 1999). Die Prävalenz für HCV betrug 11,9% (120 von 1014), damit war sie 1999 bis auf die Nachkommastelle genauso hoch

wie der in dieser Untersuchung ermittelte Wert für Bayern (1431 von 11981). Interessanterweise war die hier ermittelte HIV-Prävalenz für Justizvollzugsanstalten in Bayern mit 0,5% (59 von 11981) genauso groß wie die 1999 ermittelte HIV-Prävalenz für die JVA Nürnberg (5 von 1014). Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass sich die Infektionsrate nicht wesentlich verändert hat. Ob das für alle Vollzugsanstalten gilt, kann hier nicht beantwortet werden.

Für die Behandlung der Hepatitis C steht mittlerweile eine für viele Fälle erprobte Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin zur Verfügung. Nur in 104 von 5571 Fällen wurde im Vollzug die Therapie durchgeführt. Die entstehenden Kosten (20000 bis 40000€/Fall) belaufen sich auf ca. 60€ pro Jahr und Gefangenen und liegen damit in ähnlicher Höhe wie die der HIV-Therapie im Vollzug.

Diese drei Beispiele zeigen deutlich, dass der Anstaltsarzt im Vergleich zum niedergelassenen Hausarzt durch Diagnostik, Delegation, Überprüfung und Vermittlung der Ergebnisse und Therapien an den Patienten selbst bei den Erkrankungen, deren Behandlung er in der Regel nicht selbst übernehmen wird, in höherem Maße belastet und gefordert wird, denn die 9 bis 60-fache Häufigkeit von Tuberkulose, die 10 bis 15-fach häufigeren HIV-Fälle und die 17 bis 35-fach häufigeren HCV-Fälle werden nicht einfach im Rahmen einer Sprechstunde abzuhandeln sein.

7.4 Das Äquivalenzprinzip

Will man Aussagen über die Äquivalenz der allgemeinmedizinischen Versorgung im Vollzug treffen, werden miteinander vergleichbare Größen benötigt. Dabei ist es nicht zielführend, einfach die Anzahl der im Vollzug insgesamt arbeitenden Ärzte mit der Anzahl der berufstätigen Ärzte in Beziehung zu setzen (Meier 2005, Meier 2009), sondern es ist erforderlich, die jeweiligen beruflichen Tätigkeitsfelder und die Menge möglicher Patienten zu vergleichen. Hierfür bietet sich in erster Linie die Allgemeinmedizin des Anstaltsarztes und Vertragsarztes auf der einen Seite und die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung auf der anderen Seite an.

Im Vollzug versorgen 114 Anstaltsärzte und 79 Vertragsärzte in einem Umfang von insgesamt 4757 Wochenstunden 57030 Gefangene. Aufnahmeuntersuchungen und die Arbeit in Krankenrevieren sind hierin ebenso wenig enthalten wie Urlaub, Fortbildung und Krankheit der festangestellten Anstaltsärzte. Das bedeutet, dass mit einer vollen Stelle von 40 Wochenstunden 480 Patienten allgemeinmedizinisch versorgt werden, wenn ständige Präsenz oder Vertretung gegeben ist.

In der Bundesrepublik Deutschland arbeiteten 2009 60 374 Hausärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009) und versorgten 82 000 000 Menschen, das sind 1358 Menschen pro Hausarzt. Unter der angenommenen Voraussetzung, dass der für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehende Anteil der Arbeitszeit sich in einer vergleichbaren Größenordnung bewegt, das heißt, dass die Belastung des Anstaltsarztes durch Vollzugsspezifika ähnlich zu bewerten ist wie der Verwaltungsaufwand des Hausarztes, steht im Vollzug etwa 2,8-mal mehr Zeit zur Verfügung.

Ob dieser Faktor 2,8, um den der Allgemeinmedizin im Vollzug mehr Zeit zur Verfügung steht, ausreicht, das Äquivalenzprinzip einzuhalten, kann hier abschließend nicht beurteilt werden. Angesichts der besonderen Schwierigkeit der Aufgabe und der Multimorbidität der Patienten könnte er eher zu niedrig sein und das würde dann darauf hindeuten, dass im bundesdeutschen Vollzug das Äquivalenzprinzip nur unzureichend eingehalten wird.

7.5 Sonstiges

Da ein wesentlicher Teil der Gefängnisinsassen zu den Drogen missbrauchenden Menschen gehört (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2002), ist ihre medizinische Versorgung integraler Bestandteil anstaltsärztlicher Arbeit. Dazu gehört das Erkennen von Drogenmissbrauch, gegebenenfalls Behandlung in der Entgiftungsphase nach Eintritt in den Vollzug bei Alkohol- und sonstigem Drogenmangel und zunehmend Maßnahmen und Überlegungen, wie Substitution in den Vollzug integriert werden kann. Mit der Neufassung der Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer im Februar 2010

(Bundesärztekammer 2010) sind auch erstmals Vollzugsanstalten explizit benannt worden, sich an diese Richtlinien zu halten. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die direkte Übertragung der Verhältnisse in der Bundesrepublik mit den Aufgaben der Vollzugsanstalten in Übereinstimmung gebracht werden kann. So sind mittlerweile Methadon und Buprenorphin die auf dem Markt am leichtesten verfügbaren und günstigsten illegalen Drogen geworden (Focus 2009). Inwieweit hier auch Grenzen der Äquivalenz bestehen, z. B. was sogenannten Beigebrauch betrifft, müsste breit und interdisziplinär diskutiert werden. Dazu gehört auch die Überlegung, dass eine Ausweitung von Substitutionsprogrammen die Verfügbarkeit der Gesamtdrogenmenge im Vollzug erhöht und dann neue Konsumenten für den illegalen Drogenanteil gefunden werden müssen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden 1324 Fälle von Methadondauersubstitution ermittelt, das entspricht einem Anteil von 2,3% der Gefangenen, auf die gesamte Bundesrepublik bezogen sind dies ca. 1600 Substitutionsfälle und damit mehr als doppelt so viele wie 2009 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung festgestellt wurde (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Die Mehrzahl findet sich in den großen Städten, der hierdurch verursachte Arbeitsanfall durch die erforderliche intensive Betreuung der hochgradig komplizierten und anspruchsvollen Patienten ist erheblich und ohne engmaschige Behandlung und psychosoziale Betreuung der Patienten macht Substitution im Vollzug keinen Sinn. Ohne zusätzliche personelle Ressourcen ist eine Ausweitung des Substitutionsprogramms nicht leistbar.

Dass die psychiatrische Versorgung im Vollzug aufgrund der weitaus höheren Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen nicht den Notwendigkeiten entspricht, ist oftmals dargelegt worden (Konrad 2000, Konrad und Missoni 2001, Konrad 2003). Häufig übernehmen Anstaltsärzte eine Basisversorgung und überweisen nur in schwerwiegenden Fällen an Fachärzte. Gerade den Vollzugsbetrieb nicht sonderlich störende chronisch psychisch kranke Gefangene gelangen nicht zur Vorstellung beim Psychiater, obwohl dies zu ihrer sozialen Integration im Sinne der Erreichung des Vollzugsziels erforderlich wäre (Konrad 2002).

Inwieweit die etwa 10-fach höhere Suizidrate in deutschen Gefängnissen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einer exakten Überprüfung hinsichtlich der hauptsächlich betroffenen Population (jüngere Männer) standhält, ist noch nicht hinreichend geklärt. Je-

denfalls werden etwa die Hälfte aller Suizide im Gefängnis während der Untersuchungshaft verübt (Bennefeld-Kersten 2009). Insbesondere in der ersten Zeit seiner Unterbringung bedarf der Untersuchungshäftling einer besonders intensiven ärztlich-psychiatrisch-psychologischen Betreuung (Utting 2002). Anstaltsärzte sind die Schnittstelle, an der für eine bessere und fachgerechtere Versorgung durch den flexiblen Einsatz von Fachpsychiatern gesorgt werden kann.

Ärzte sind grundsätzlich zur Fortbildung verpflichtet, auch wenn dem Anstaltsarzt anders als dem Kassenarzt oder Arzt im Krankenhaus keine Sanktionen drohen, wenn er die erforderlichen Weiterbildungspunkte nicht vorlegt. Eine Förderung durch den Dienstherrn durch die Anordnung von Dienstreisen für eine begrenzte Zahl von Fortbildungen pro Jahr würde die Anbindung an den „Betrieb“ verbessern und würde dem Anstaltsarzt verdeutlichen, dass seine Arbeit geschätzt wird.

Vor einigen Jahren war die Verfügbarkeit eines Internetzuganges noch eine Rarität. Mittlerweile steht ein weitestgehend uneingeschränkter Internetzugang nahezu überall zur Verfügung. Die fast flächendeckend eingeführten Datenverarbeitungsanlagen und die Einführung von Buchhaltungsprogrammen führen zur Entlastung von repetitiven Verwaltungsaufgaben. Für die medizinische Dokumentation sind in 5 Bundesländern die Voraussetzungen geschaffen worden, nur in Berlin wird das Programm Basis Web flächendeckend genutzt. Dieses Programm, das ohne Handbuch und mit häufig erforderlichen Updates ohne Dokumentation betrieben werden muss, treibt das Personal an die Grenze der Belastungsfähigkeit. Erschwert wird die Arbeit zusätzlich noch durch unzureichende Hardwareausstattung, sodass häufig ein flüssiges Arbeiten nicht möglich ist (Persönliche Mitteilung 2011). Das medizinische Versorgungszentrum in Thüringen, das einen Teil der Versorgung übernommen hat, dokumentiert seine Arbeit mit einem kommerziellen Praxisprogramm.

Durch diese Untersuchung konnten die ungefähren Medikamentenkosten für die Behandlung von HIV und HCV ermittelt werden: ca. 120€ pro Jahr und Gefangenem werden hierfür verbraucht. Umfassende Daten für Medikamentenkosten im Vollzug stehen nicht zur Verfügung. Hamburg hat 2009 Medikamentenkosten von 694 930€ angegeben (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt 2010), das entspricht ca. 380€, Berlin hat an Apothekenkosten im 1. Quartal 2009 ca. 360 000€ (Burjanko 2010), das entspricht etwa

290€ pro Gefangenen und Jahr. Für gesetzlich Krankenversicherte ohne Rentner betragen die Arzneimittelausgaben je GKV-Mitglied 355€ (ABDA o. J.). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Justizvollzugsanstalten ihre Medikamente oft zu einem Bruchteil des üblichen Apothekenverkaufspreises beziehen können, dürfte die Menge der verbrauchten Medikamente im Justizvollzug wesentlich höher sein als unter GKV-Mitgliedern.

Es ist durch diese Untersuchung deutlich geworden, dass viele Fragen gegenwärtig nicht beantwortet werden können. Wissenschaftliche Begleitforschung, die aufgrund der föderalen Zersplitterung nur im Einvernehmen mit den Ländern koordiniert durch kriminologische oder universitäre Forschungsstellen durchgeführt werden könnte, wäre in der Lage, die Vollzugsmedizin auf eine fundiertere Ebene zu heben, damit sie ihrem gesetzlich normierten Anspruch genügen kann. So sind u. a. die Kosten der Vollzugsmedizin bisher nicht ermittelt und beschrieben oder die fachärztliche Versorgung ist hinsichtlich ihrer Äquivalenz nicht untersucht worden.

8 Ausblick

Die allgemeinmedizinische Versorgung im bundesdeutschen Justizvollzug befindet sich in einer schwierigen Phase. In fast allen Bundesländern werden Anstaltsärzte für eine Festanstellung gesucht und teilweise seit Jahren können die vakanten Stellen aufgrund der nicht konkurrenzfähigen Vergütungssituation nicht mehr besetzt werden. Zwar wurde auf Initiative von Niedersachsen (Niedersächsisches Justizministerium 2009) auf der 80. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister im Juni 2009 in Dresden eine Verbesserung der Vergütung für Ärzte im Justizvollzug gefordert, aber die wenigen erfolgten Maßnahmen haben bisher keine Entspannung gebracht. Auf dem Hintergrund der angespannten Arbeitsmarktsituation für Ärzte ist das auch kein Wunder. In den Augen der Öffentlichkeit und auch unter ärztlichen Kollegen ist die Arbeit im Vollzug kein attraktives Feld, der Verdienst ist eher niedrig und in der Regel nicht durch Nachtdienste oder Rufbereitschaften zu verbessern, die Aufstiegsmöglichkeiten sind äußerst begrenzt, der ständige Umgang mit Straftätern und in der Regel nur mit Männern erscheint nicht erstrebenswert.

In dieser Situation hat die Berliner Senatsverwaltung mit dem Marburger Bund einen neuen Tarifvertrag für die Ärzte abgeschlossen, die im Justizvollzugskrankenhaus Berlin überwiegend Aufgaben der Patientenversorgung wahrnehmen (Tarifvertrag 2011). Hierunter fallen zukünftig auch alle Anstaltsärzte, die dann dienstrechtlich dem Justizvollzugskrankenhaus zugeordnet werden. Nach diesem neuen Tarifvertrag verändern sich die jährlichen Bruttobezüge der angestellten Ärzte (Marburger Bund 2010). Hier ein realistisches Beispiel: Ein Facharzt, seit drei Jahren in Vergütungsgruppe I b gemäß Fallgruppe 7 des Teils I der Anlage 1 a zum BAT, Lebensaltersstufe 45, verheiratet, Ehegatte nicht im öffentlichen Dienst, verdiente 2010 als Anstaltsarzt bei einer Arbeitszeit von 38,5 Stunden im Jahr brutto € 60.196,15. Nach dem neuen Tarifvertrag, der eine Arbeitszeit von 41 Stunden vorsieht, verdient der gleiche Facharzt € 59.791,56. Dies entspricht einer Gehaltsreduktion von ca. 0,7%, bei einer gleichzeitigen Arbeitszeitverlängerung von ca. 6,5%, also insgesamt einer schlechteren Bezahlung von ca. 7%.

Damit wird der Beschluss der 80. Justizministerkonferenz vom Juni 2009, sich in der Bezahlung von Anstaltsärzten flexibel zu zeigen, um notwendiges Personal gewinnen zu können, konterkariert. Die Unflexibilität der Ministerial- und Senatsverwaltungen führt nun auf der anderen Seite dazu, dass die einzelnen Justizvollzugsanstalten oder mit der Organisation beauftragte Justizvollzugskrankenhäuser zu abenteuerlichen Maßnahmen greifen, um wenigstens eine rudimentäre medizinische Basisversorgung zu gewährleisten. So werden Honorarärzte für Monatshonorare von bis zu 15000 Euro beschäftigt oder Medizinische Versorgungszentren mit der anstaltsärztlichen Versorgung größerer Anstalten auf der Basis GOÄ 1,8-fach betraut, was zu noch höheren Ausgaben führen kann.

Eine Verbesserung der Bezahlung, Förderung von Fortbildung über das tarifliche Maß hinaus und die Übernahme von Kammergebühren, die im Vollzug nur Ärzte und Psychotherapeuten zu bezahlen haben, würde auch für die dringende Nachwuchsgewinnung hilfreich sein. Für die Vertragsärzte gilt, dass ihre Honorierung, die sich z. Z. zwischen 25 Euro und 125 Euro je Stunde bewegt, vereinheitlicht werden und sich für Fachärzte an dem Justizvergütungshonorar M3 in Höhe von 85 Euro orientieren sollte (JVEG). Ein Stundensatz von 85 Euro für einen Facharzt, der manchmal nur für wenige Stunden in die Anstalt kommt, dürfte eine angemessene Größenordnung sein, um qualifiziertes und flexibles Personal zu gewinnen. Von der pauschalen Bezahlung sollte wegen der daraus resultierenden Hochgeschwindigkeitsmedizin Abstand genommen werden. Angesichts der Prognose, dass 2020 56.000 ärztliche Stellen nicht mehr besetzt werden können (PricewaterhouseCoopers 2010), wird zukünftig vermehrt Kreativität in der Vollzugsmedizin erforderlich sein.

Der Situationsbeschreibung der Berliner Senatsverwaltung von 1977 wurde durch die in den 90er Jahren auftretende Ärzteschwemme die prognostische Schärfe genommen, heute jedoch gilt sie gleichermaßen wie 1977 und mit einer neuen Ärzteschwemme ist nicht zu rechnen:

„Seit Jahren bereitet es in Berlin und auch in den übrigen Bundesländern größte Schwierigkeiten, die Stellen für Anstaltsärzte und Krankenhausärzte im Vollzug zu besetzen. Aber gerade die ärztliche Tätigkeit im Vollzuge kann nur wirkungs-

voll ausgeübt werden, wenn durch eine Kontinuität bei der Besetzung der Stellen das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Gefangenen hergestellt werden kann. Versuche der Verwaltung, durch eine attraktivere Ausgestaltung der Eingruppierung einen Anreiz zu schaffen, ließen sich über das bisher erreichte Maß nicht verwirklichen. Die Verdienstmöglichkeiten frei praktizierender Ärzte und die Einkommensentwicklung von Krankenhausärzten lassen für die ärztliche Arbeit im Vollzug keine materiellen Anreize zu. Nicht nur die Nachwuchsgewinnung bei Anstaltsärzten und Krankenhausärzten gestaltet sich schwierig, sondern auch die Gewinnung von geeigneten Fachärzten für die Arbeit im Vollzuge lässt sich kaum noch in wünschenswertem Umfang realisieren.“ (Der Senator für Justiz 1977)

9 Zusammenfassung

In 14 der 16 Bundesländern wurde eine telefonische Umfrage unter Anstaltsärzten zu den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit durchgeführt. Im Zentrum stand die allgemeinmedizinische Versorgung in den Vollzugsanstalten. Diese Beschränkung war erforderlich, um eine Vergleichbarkeit zur hausärztlichen Versorgung zu erreichen.

In der Bundesrepublik Deutschland arbeiten 140 angestellte und verbeamtete Anstaltsärzte und 97 Vertragsärzte in der allgemeinmedizinischen Versorgung der ca. 70000 Gefangenen in 185 eigenständigen Justizvollzugsanstalten. Hinzu kommen eine hier nicht ermittelte Anzahl von Ärzten in Vollzugskrankenhäusern und Pflegeabteilungen und eine wohl mehrere Hundert betragende Zahl von anderen Fachärzten innerhalb und außerhalb der Vollzugsanstalten.

Zur Kennzeichnung der Versorgungssituation wurden Versorgungskennzahlen ermittelt, die in Minuten pro Gefangenen und Woche den zeitlichen Verfügungsrahmen beschreibt, der zur medizinischen Versorgung zur Verfügung steht. Für festangestellte Anstaltsärzte bewegt sich die Versorgungskennzahl zwischen 3,8 und 6,5 und im Mittel 5,3 Minuten pro Gefangenen und Woche. Vertragsärzten stehen bei pauschaler Bezahlung 1,9 Minuten und bei stundenweiser Vergütung 3,5 Minuten zur Verfügung. Die Aufnahmeuntersuchungen sind hierbei nicht berücksichtigt.

Die allgemeinmedizinische Versorgung durch Anstalts- und Vertragsärzte verfügt über 2,8-mal so viel zeitliche Ressourcen für die Inhaftierten wie ein Hausarzt für die zu versorgende Bevölkerung. Dabei muss beachtet werden, dass die Vollzugsmedizin besonders durch eine hohe Rate von Infektionskrankheiten gefordert ist, die bei HIV 10 bis 15 Mal, bei HCV 17 bis 35 Mal und bei Tuberkulose 9 bis 60 Mal so häufig auftritt wie in der Allgemeinbevölkerung. Auch psychiatrische Erkrankungen finden sich weit überproportional häufig, Suizidprävention bedarf wegen der 10-mal höheren Suizidrate ein besonderer Augenmerk. Das Äquivalenzprinzip wird so möglicherweise nur unzureichend eingehalten, zusätzliche Aufgaben wie ausgeweitete Substitutions-

programme können nur mit entsprechend zusätzlichem ärztlichen Personal übernommen werden.

Die besondere Qualifikation des allgemeinmedizinisch tätigen Anstaltsarztes, seine oftmals vorzufindende Personal- und Budgetverantwortung sowie seine Belastung durch häufig schwierige Patienten werden nicht durch eine besondere Wertschätzung seiner Arbeit honoriert. Die Bezahlung im öffentlichen Sektor ist niedrig, Fortbildung wird nur sehr begrenzt gefördert, gehört aber zu den Pflichten des Arztes, Kammergebühren werden nicht vom Arbeitgeber übernommen. Die Suche nach neuen Ärzten im Vollzug gestaltet sich unter diesen Bedingungen schwierig, vor allem auch im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel in Deutschland. Um die entstehenden Lücken zu schließen, müssen einerseits die Rahmenbedingungen für fest einzustellende Ärzte verbessert werden und andererseits werden zunehmend Vertragsärzte in flexibler Weise die ärztliche Versorgung unterstützen müssen.

10 Literaturverzeichnis

- ABDA.** o. J. Die Apotheke Zahlen, Daten, Fakten 2009
www.apotheker.de/rubriken/apotheke/zahlen-daten-fakten/ (abgerufen am 27. 3. 2009)
- Ahrberg E, Fuhrmann A, Preiß J.** 2007. Das Zuchthaus Coswig (Anhalt), Schriftenreihe Band 61, Der Landesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Magdeburg: Garloff Media GmbH
- Baer A.** 1871. Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme, Ihre Einrichtung und Wirkung in hygienischer Beziehung. Berlin: Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin
- Baer A.** 1897. Die Hygiene des Gefängniswesens. Der Vollzug von Freiheitsstrafen in hygienischer Beziehung. In: Weyl T. Handbuch der Hygiene, Fünfter Band, Zweite Abteilung. Jena: Verlag von Gustav Fischer
- Bennefeld-Kersten K.** 2009. Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Berliner Zeitung.** 2010. Tuberkulose hinter Gittern. 14. 01. 2010.
<https://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/berlin/151990/151991.php> (abgerufen am 28. 03. 2011)
- Blau G.** 1988. Die Entwicklung des Strafvollzugs seit 1945 – Tendenzen und Gegen-tendenzen. In: Schwind H-D, Blau G, Hrsg. Strafvollzug in der Praxis. Berlin, New York: de Gruyter, 17 - 29
- Bundesärztekammer.** 2010. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitu-tionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger.
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf (abgerufen am 28. 04. 2011)
- Bund-Länder-AG.** 2004. Qualität der Statistikprodukte – Qualitätsmerkmale für statisti-sche Ergebnisse – Definitionen, Maßzahlen, Erläuterungen.
<http://unstats.un.org/unsd/EconStatKB/Attachment14.aspx> (abgerufen am 16. 01. 2011)
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg.** 2010. Drucksache 19/6890
<https://www.buergerschaft-hh.de/Parldok/tcl/PDDocView.tcl?mode=show&dokid=30326&page=0> (abgerufen am 26. 3. 2011)
- Burjanko S.** 2010. Arzneimittelversorgungen im Strafvollzug. Unveröffentlichte Power-Point-Präsentation im Krankenhaus der Berliner Vollzugsanstalten
- Der Senator für Justiz** 4402/1 – V/16 Sdh.II. 1977. Die medizinische Versorgung der Insassen in den Berliner Vollzugsanstalten (Bericht und Organisationsstudie). Unver-öffentlicher Bericht

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Hrsg. 2002. Drogen- und Suchtbericht Mai 2002

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/moderne-drogenpolitik-drogenbericht-2002.pdf (abgerufen am 28. 04. 2011)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Hrsg. 2009. Drogen- und Suchtbericht Mai 2009

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/moderne-drogenpolitik-drogenbericht-2009.pdf (abgerufen am 28. 04. 2011)

Diel R, Hauer B, Loddenkemper R, Manger B, Krüger K. 2009. Empfehlungen für das Tuberkulosescreening vor Gabe von TNF- α -Inhibitoren bei rheumatischen Erkrankungen. *Pneumologie* 63: 329 - 334

Ehrlich P. und Leppmann A. 1890. Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. *Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 23: 493 – 494.

Eschebach I. 1989. Die Maison de Santé in den Augen der Öffentlichkeit. In: Bezirksamt Schöneberg. Die Maison de Santé, Ehemalige Kur- und Irrenanstalt. Berlin, 69 - 67

Europarat 2007, Europäische Strafvollzugsgrundsätze, Die Empfehlung des Europarates REC(2006)2. Bundesministerium d. Justiz, Berlin, Bundesamt für Justiz, Bern, Bundesministerium für Justiz, Wien, Hrsg. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. (Das authentische Dokument in der zugrunde gelegten englischen Fassung lautet wie folgt: Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers´ Deputies)).

Flügge C. 2000. Instrumentalisierung der Vollzugsmedizin zu nichtmedizinischen Zwecken. *ZaeFQ*, 94:265-271.

Focus. 2009. Rauschgift-Studie „Der absolute Renner“. 28. 06. 2009
http://www.focus.de/gesundheit/news/rauschgift-studie-der-absolute-renner_aid_412052.html (abgerufen am 28. 04. 2011)

Foucault M. 1994. Überwachen und Strafen - Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Groß F. 2009. Tuberkulose. In: Keppler K, Stöver H. Hrsg. Gefängnismedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag, 184 – 187

Grunau T. 1972. Vollzug von Freiheitsentziehung Teil II, Erläuterungen zur Dienst- und Vollzugsordnung (DVollzO) – Strafvollzug an Erwachsenen. Köln: Carl Heymanns Verlag

Hardy A. 1995. Development of the Prison Medical Service, 1774 – 1895. In: Creese R, Bynum W F, Bearn J. Hrsg. The Health of Prisoners, Amsterdam: Editions Rodopi B. V., 59 – 80

Hessischer Landtag. 2009. Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Schaffung und Änderung hessischer Vollzugsgesetze. Drucksache 18/1396. http://starweb.hessen.de/cgi-bin/webhltlinks.pl?form=/webhlt_links.html&typ=drs&title=Drucksache&nb=18/1396 (abgerufen am 06. 01. 2011)

Hillenkamp T. 2006. Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug. In: Kern B-R et. al. Hrsg. Humaniora: Medizin – Recht – Geschichte, Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag. Berlin: Springer, 881-907

Hillenkamp T. 2008. Intramurale Medizin in Deutschland. In: Tag B, Hillenkamp T. Hrsg. Intramurale Medizin im internationalen Vergleich - Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs. Berlin: Springer 73-160

Howard J. 1777. The State of the Prisons in England and Wales with preliminary Observations and an Account of some foreign Prisons, Warrington. http://books.google.de/books?id=4EhNAAAAYAAJ&printsec=frontcover&dq=the+state+of+prisons+in+England&source=bl&ots=pHV1eroASv&sig=WUZOGGoWwy1rvGTqZbrT6suymmY&hl=de&ei=7df8TOnXIIimg8QO7r-XpCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=17&ved=0CKcBEogBMBA#v=onepage&q&f=false (abgerufen am 06. 01. 2011)

Hüppe D et al. 2007. Epidemiologie der chronischen Hepatitis C in Deutschland – Eine Analyse von 10326 Hepatitis-C-Infizierten aus Schwerpunktpraxen und –ambulanzen. Z. Gastroenterol, 45: 1-11

Husen D. 1977. Ärztlicher Dienst im Justizvollzug. In: Eisen G. Hrsg. Handwörterbuch der Rechtsmedizin, 3. Bd. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

IfSG. 2000. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_36.html (abgerufen am 19. 3. 2011)

Jablonski M. 1997. "Verhören bis zum Geständnis" – Der Operativ – Vorgang "Optima". Zweite Aufl. Magdeburg: JVA-Druckerei Naumburg. <http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=18270> (abgerufen am 9. 2. 2011)

Justizministerium Baden-Württemberg. 2009. Gesundheitsberichterstattung 2008 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Stuttgart

JVEG. Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetz. <http://www.gesetze-im-internet.de/jveg/BJNR077600004.html> (abgerufen am 2. 5. 2011)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2009. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt Stand: 31. 12. 2009

Keppler K. 2009. Anstaltsärztliches Handeln in der historischen Rückschau – Verfehlungen und Perspektiven. In: Keppler K, Stöver H. Hrsg. Gefängnismedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag, 10 - 18.

Keppler K. 2010. Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Bundesgesundheitsbl. 53:233-244.

Konrad N. 2000. Psychisch Kranke im Justizvollzug – Sicht des forensischen Psychiaters. ZaeFQ 94: 288 - 292

Konrad N, Missoni L. 2001. Psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemein-psychiatrischen Einrichtungen am Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Psychiat Prax 28 (1): 35 - 42

Konrad N. 2002. Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H. Hrsg. Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund / Aktion Psychisch Kranke. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Konrad N. 2003. Ersatzfreiheitsstrafe – Psychische Störungen, forensische und soziodemographische Aspekte. ZfStrVo 52: 216 - 224

Kraft E, Knorr B. 2009. HIV und Gefängnis. In: Keppler K, Stöver H. Hrsg. Gefängnismedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag, 170 - 176.

Kuhn J, Bolte G. o.J. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=491d01b3c196fd3bbb6df90d6c325cc9&id=angebot&idx=98> (abgerufen am 22. 04. 2011)

Langkamp H. 1999. Empirische Untersuchung in der JVA Nürnberg zur Prävalenz von HIV, HAV, HBV und HCV mit besonderer Berücksichtigung verschiedener Risikogruppen und Nationalitäten und einer Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Wissen um die Infektionen und der Hafterfahrung, Im Rahmen der Arbeitsgruppe Hepatitis im Bayrischen Strafvollzug. Nürnberg.

Lenz H. o J. Schafhaltung bedingt Hüteweise. <http://huetefuchs.de/537096981f0b7d705/5370969b8b09aeb01/index.html> (abgerufen am 06. 01. 2011)

Leppmann A. 1885. Castrationen bei Epilepsie und Hystero-Epilepsie. In: Archiv für Gynaekologie. 26: 57 - 71

Leppmann F. 1909. Der Gefängnisarzt. Leitfaden für Aerzte an Gefängnissen, Zucht- und Arbeitshäusern, Zwangs- und Fürsorge-Erziehungsanstalten. Berlin: Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz.

Leppmann F. 1934. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Zeitschrift für Kinderforschung. 42: 264 - 270

LT-Drucks. (BW). 2004. 13/3624. http://www.landtag-bw.de/wp13/drucksachen/3000/13_3624_d.pdf. (abgerufen am 28. 12. 2010)

LT-Drucks. (Nds.). 2004. 15/1192.

<http://www.landtag-niedersachsen.de/Drucksachen/Drucksachen%5F15%5F2500/1001-1500/15-1192.pdf> (abgerufen am 28. 12. 2010)

LT-Drucks. (Sachsen-Anhalt) 2006. 5/293.

http://www.landtag.sachsen-anhalt.de/intra/landtag3/ltpapier/drs/5/d0293cak_5.pdf (abgerufen am 18. 03. 2011)

LT-Drucks. (Thür.). 2009. 4/5476.

<http://www.parldok.thueringen.de/parldok/tcl/PDDocView.tcl?mode=show&dokid=35339&page=0> (abgerufen am 06. 01. 2011)

Marburger Bund. 2010. Tarifabschluß Land Berlin

<http://p59202.typo3server.info/berlin-brandenburg/beitraege/2011/Land-Berlin.php> (abgerufen am 8. 5. 2011)

Meier BD. 2005. Ärztliche Versorgung im Strafvollzug: Äquivalenzprinzip und Ressourcenknappheit. In: Hillenkamp T, Tag B, Hrsg. Intramurale Medizin - Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer-Verlag, 35-55.

Meier BD. 2009. Äquivalenzprinzip. In: Keppler K, Stöver H. Hrsg. Gefängnismedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag, 76-84.

Meyer MF, Wedemeyer H, Monazahian M, Dressman J, Manns MP, Lehmann M. 2007. Prevalence of hepatitis C in a German prison for young men in relation to country of birth. *Epidemiology and Infection.* 135: 274 - 280

Missoni L, Rex R. 1997. Strukturen psychiatrischer Versorgung der Gefangenen im deutschen Justizvollzug. *ZfStrVo* 46:335 – 339

Morus T. 1516. Utopia.

<http://www.textlog.de/morus-utopia.html> (abgerufen am 28. 12. 2010)

Müller J. 2007. Das Haftsystem der SBZ/DDR von 1945 bis zur Mitte der 1970er Jahre unter besonderer Berücksichtigung der Haftbedingungen politischer Häftlinge. In: DDR-Geschichte(n) 2007. Einblick in die Forschungswerkstätten der Stipendiatinnen und Stipendiaten der Stiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur. 7. Stipendiatenkolloquium Berlin. 16 – 19

<http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQhglwAA&url=http%3A%2F%2Fwww.stiftung-aufarbeitung.de%2Fdownloads%2Fpdf%2Fstipreader07.pdf&rct=j&q=Das%20Haftsystem%20der%20SBZ%2FDDR%207.%20Stipendiatenkolloquium%20Berlin%20m%C3%BCller&ei=SQqRTfSnG8nNswaJ4KybDw&usg=AFQjCNE7O1Bzvyl-nmvFfXmB3O0v6YCLrQ&cad=rja> (abgerufen am 18. 03. 2011)

Niedersächsisches Justizministerium. 2009. 109. Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder vom 6. bis 8. Mai 2009 in Worpsswede

Osburg A, Schlüter C. 1999. Die Geschichte der Anästhesie. Studienbegleitender Leistungsnachweis im Diplomstudiengang Biologie. Bremen.

www-user.uni-bremen.de/~d02q/GdA2.pdf (abgerufen am 14. 01. 2011)

Persönliche Mitteilung 2011. Pflegedienstleitung der JVA Tegel, Berlin

Polizeiarzt. 1944. Schreiben des Polizeiarztes des Pol.-Gefängnisses Frankfurt (Main) an den Leitenden Polizeiarzt v. 22. 01. 1944. In: Zustände im Klapperfeld. <http://www.klapperfeld.de/de/ausstellung/zustaende-im-klapperfeld.html> (abgerufen am 02. 02. 2011)

PricewaterhouseCoopers 2010. Gesundheitswesen Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.

Radun D. 2007. Epidemiologie von Hepatitis C in Deutschland. Robert-Koch-Institut Berlin. Vortragsfolien EpiGrid 2007 Auftaktworkshop 05.11.07 – 07.11.07 http://www.fernuni-hagen.de/epigrd/pdf/Radun_epiGRID_Hagen_2007.pdf (abgerufen am 23. 03. 2011)

Reimer J, Schulte B, Stöver H. 2009. Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung in bundesdeutschen Haftanstalten. HIV & more 1/2009 www.hivandmore.de/archiv/2009-1/HIVm1_09_FoBiReimer.pdf (abgerufen am 24. 03. 2011)

Rex R. 2000. Die Stellung des Arztes im Justizvollzug – staatlicher Strafanspruch – rechtsstaatlich garantierte Individualinteressen. ZaeFQ 94: 258-265.

Rex R. 2005. Zur Tuberkulosesituation im Justizvollzug Am Berliner Beispiel der aktiven Fallfindung und des Case-Management. ZfStrVo 54 (2): 99 - 100

Rex R. 2009. Aufsichtsstrukturen, Beschwerde- und Klagewege. In: Keppler K, Stöver H. Hrsg. Gefängnismedizin. Stuttgart: Thieme-Verlag, 96-100.

Riekenbrauck W. 2005. Gesundheitsfürsorge. In: Schwind H-D, Böhm A, Jele J-M. Hrsg. Strafvollzugsgesetz. Berlin: de Gruyter, 473 - 525

RKI 2010. Tuberkulose-Überwachung in Deutschland. Daten aus dem Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2008. Berlin http://www.rki.de/cln_151/nn_274324/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2008_Daten,templated=raw,property=publicationFile.pdf/TB2008_Daten.pdf (abgerufen am 18. 03. 2011)

Robert Koch-Institut. 2007. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2005. Berlin http://www.rki.de/cln_151/nn_274324/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2005,templated=raw,property=publicationFile.pdf/TB2005.pdf (abgerufen am 18. 03. 2011)

Robert Koch-Institut. 2008. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2006. Berlin http://www.rki.de/cln_151/nn_196658/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2006,templated=raw,property=publicationFile.pdf/TB2006.pdf (abgerufen am 18. 03. 2011)

Robert Koch-Institut. 2009. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2007. Berlin
http://www.rki.de/cln_151/nn_274324/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB2007.pdf (abgerufen am 18. 03. 2011)

Robert Koch-Institut. 2010. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2008. Berlin
http://www.rki.de/cln_151/nn_274324/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2008.html (abgerufen am 18. 03. 2011)

Robert Koch-Institut. 2010a. Epidemiologisches Bulletin 22. November 2010/Nr. 46 Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health
http://www.rki.de/cln_109/nn_208946/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/46__10,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/46_10.pdf

Sachsen-Anhalt. 2008. Ministerium der Justiz. Die Gestaltung einer zukunftsfähigen Personalentwicklung im öffentlichen Dienst des Landes Sachsen-Anhalt. Stellungnahme des Ministeriums der Justiz gegenüber der Enquetekommission des Landtages von Sachsen-Anhalt für den Schwerpunktbereich Justizvollzug. Anhörung am 24.10.2008

Schmiedebach H-P. 1996. Eine "antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende. In: Dinges M. Hrsg. Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933), Stuttgart: Franz Steiner Verlag. 127 - 159

Schneider F. 2010. Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung. Rede von DGPPN-Präsident Prof. Frank Schneider anlässlich der Gedenkveranstaltung am 26. November 2010.
<http://www.dgppn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/psychiatrie-12.html> (abgerufen am 24. 01. 2011)

Schwind H-D. 1988. Kurzer Überblick über die Geschichte des Strafvollzuges. In: Schwind H-D, Blau G, Hrsg. Strafvollzug in der Praxis. Berlin: de Gruyter, 1-16

Shelliem J. Hrsg. 2006. Als Gefängnisarzt im Nürnberger Prozess. Das Tagebuch des Dr. Ludwig Pflücker. Marburg: Jonas Verlag

Statistisches Bundesamt 2007. Statistisches Jahrbuch 2007 Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
[doku.iab.de/externe/aeltere/i780829a03\(2007\).pdf](http://doku.iab.de/externe/aeltere/i780829a03(2007).pdf) (abgerufen am 23. 03. 2011)

Statistisches Bundesamt. 2010. Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Wiesbaden.
<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1025819>.(abgerufen am 06. 01. 2011)

Statistisches Bundesamt 2010a. Statistisches Jahrbuch 2010 Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf> (abgerufen am 30. 03. 2011)

Stürzbecher M. oJ. Abraham Adolf Baer. Referat anlässlich einer Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft der Oberlehrer an Justizvollzugsanstalten in der BRD in Kassel

StVollzG. Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung.

<http://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/BJNR005810976.html> (abgerufen am 28. 12. 2010)

Tarifvertrag. 2011. Tarifvertrag zur Übernahme des zwischen der Tarifgemeinschaft deutscher Länder und dem Marburger Bund vereinbarten Tarifrechts für Ärztinnen und Ärzte beim Land Berlin (Übernahme-TV Ärzte Land Berlin)

Thoms U. 2005. Anstaltskost im Rationalisierungsprozeß. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner Verlag

Thorwald J. 1967. Das Jahrhundert der Chirurgen. Frankfurt am Main: Büchergilde Gutenberg

Utting F. 2002. Prävalenz psychischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen [Dissertation]. Berlin. Freie Universität Berlin

Vereinte Nationen. 1955. Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen. Genf. (Deutscher Übersetzungsdienst, Vereinte Nationen, New York, Mai 1977).

<http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/gefangene.pdf> (abgerufen am 28. 12. 2010)

Vereinte Nationen. 1982. Generalversammlung, Siebenunddreißigste Tagung. 37/194. Grundsätze ärztlicher Ethik.

www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar37194.pdf (abgerufen am 28. 12. 2010)

Wagnitz H. B. 1787. Ueber die moralische Verbesserung der Zuchthaus-Gefangenen. Halle: Hemmerde

World Health Organisation. 2003. Erklärung zu Gesundheit im Strafvollzug als Teil der Öffentlichen Gesundheit. Moskau, 24. Oktober 2003.

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/120469/E94242g.pdf (abgerufen am 28. 12. 2010)

Zettel D. 1988. Anstaltsarzt und ärztliche Versorgung. In: Schwind HD, Blau G, Hrsg. Strafvollzug in der Praxis. Berlin: Walter de Gruyter

11 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Erklärung

„Ich, Klaus Trusch, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zur Epidemiologie der ärztlichen Versorgung im deutschen Justizvollzug – Der Beitrag des Anstaltsarztes“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift