

Sterben im Justizvollzug : Suchtmittelabhängigkeit und Todesfälle

Autor(en): **Hostettler, Ueli / Marti, Irene / Richter, Marina**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 2

PDF erstellt am: **14.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800339>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Sterben im Justizvollzug – Suchtmittelabhängigkeit und Todesfälle

Die Anzahl Gefangener, die im Justizvollzug alt werden und bis an ihr Lebensende hinter Gittern verbleiben, nimmt schweizweit zu. Die Betreuung von sterbenden Gefangenen wird durch die prägende Logik des Justizvollzugs (Gewahrsam, Sicherung, Resozialisierung) erschwert. Dies zeigt sich auch bei der Versorgung sterbender Gefangener, die als SuchtpatientInnen gelten.

Ueli Hostettler

Sozialanthropologe (Dr. phil.), Senior Researcher am Institut für Strafrecht und Kriminologie der Universität Bern, Schanzeneckstrasse 1, CH-3001 Bern, ueli.hostettler@krim.unibe.ch, www.prisonresearch.ch

Irene Marti

Ethnologin (M.A.), Forschungsassistentin am Institut für Strafrecht und Kriminologie der Universität Bern, irene.marti@krim.unibe.ch

Marina Richter

Soziologin (Dr.habil.), Oberassistentin und Privatdozentin am Studienbereich Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit der Universität Freiburg i.Ü., Rte des Bonnesfontaines 11, CH-1700 Freiburg, marina.richter@unifr.ch

Schlagwörter: Justizvollzug | Lebensende | Sucht | institutionelle Praxis |

Sucht und Justizvollzug sind in vielfältiger Weise miteinander verbunden. Suchtverhalten oder damit verbundene unerlaubte Handlungen, insbesondere im Zusammenhang mit verbotenen Substanzen, können an sich bereits strafbar sein und zu Haftstrafen führen. Darüber hinaus kann Rausch enthemmen, aggressives Verhalten fördern und so strafbares Handeln beeinflussen. Wenn Sucht im Zusammenhang mit legalen oder illegalen Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente) oder anderen Formen von Abhängigkeit (z.B. Spielsucht) zu Verbrechen oder Vergehen führt, kann das Gericht eine stationäre Massnahme nach Art. 60 StGB anordnen, die der Suchtbehandlung und damit der Rückfallverhinderung dienen soll. Sucht kann auch eine Reaktion auf die Haftsituation und -erfahrung sein, sich also erst im Justizvollzug ausprägen, denn hier kann der Zugang zu verbotenen Substanzen nicht vollständig verhindert werden. Neue Formen der Sucht können ebenfalls legal oder illegal beschaffte Medikamente betreffen. Tatsache ist: Viele Gefangene der Justizvollzugsanstalten haben eine durch Suchtverhalten beeinflusste oder geprägte Biographie und die von ihnen verübten Gesetzesübertretungen stehen häufig in Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch.

Wie die folgenden Ausführungen zeigen, gibt es auch Zusammenhänge zwischen Sucht und Sterben im Justizvollzug. Sucht kann Todesursache werden (Unfall) oder zur generellen Verschlechterung des Gesundheitszustands (Krankheit, «hyper-ageing») beitragen. Leider sind Drogenkonsum und Gesundheitszustand der Gefangenen im Schweizer Justizvollzug nur unzureichend dokumentiert und die vorhandenen Daten sind lückenhaft.

Gesetzliche Grundlagen/Drogenpolitik

Gegenwärtige Vorschriften und Regelungen im Schweizer Justizvollzug im Umgang mit dem Thema Drogen sind geprägt von den Erfahrungen und der daraus resultierenden Praxis mit DrogenkonsumentInnen und -abhängigen seit den 1980er- und 1990er-Jahren. In sämtlichen Vollzugsanstalten sind Besitz, Handel und Konsum illegaler Drogen (aber auch von Alkohol) verboten und werden durch Disziplinar massnahmen sanktioniert.¹ In Anlehnung an die allgemeine Drogenpolitik der Schweiz, werden diese repressiven Massnahmen durch Prävention, Therapie und Massnahmen zur Schadensminderung ergänzt.² Dazu zählt bspw. auch die kontrollierte Abgabe von Heroin und Methadon in Justizvollzugsanstalten. Doch gibt es in der Schweiz kaum eine Anstalt, in der keine illegalen Substanzen zirkulieren würden. Dies hängt hauptsächlich damit zusammen, dass insbesondere der Drogenschmuggel über Verstecke in Körperöffnungen nicht lückenlos kontrolliert werden kann.³ Obschon sich die Umstände und Massnahmen in den letzten Jahren gewandelt haben, ist Sucht im Justizvollzug nach wie vor ein aktuelles Thema.

Suchtmittelabhängige im Justizvollzug

Zwischen 1986 und 1995 wurden in der Schweiz im Durchschnitt 350 stationäre Suchtbehandlungen pro Jahr richterlich angeordnet. Zwischen 1996 und 2005 waren es noch 250 und zwischen 2006-2013 sank die Zahl auf 150 pro Jahr.⁴ In der Regel erfolgten die Einweisungen von Suchtmittelabhängigen in Anstalten des offenen Vollzugs.⁵

Im Gegensatz zur Zahl der Einweisungen gibt es nur unzureichende Information zu Fragen des Konsums in Anstalten. Klar ist, dass trotz Verboten, Kontrolle und Sanktionen der Konsum von illegalen Substanzen im Justizvollzug nicht zu verhindern ist. Die aktuellsten Daten beziehen sich auf die Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik von 1992/93. Damals gaben 33% der 15- bis 39-jährigen Gefangenen in offenen Anstalten an, mind. einmal wöchentlich Opiate oder Kokain zu konsumieren.⁶ Neuere internationale Studien zeigen, dass die Zahl der konsumierenden Gefangenen insgesamt in den letzten Jahren zurückgegangen ist, dass aber weiterhin ein grosser Anteil der Inhaftierten in ihrem Leben illegale Substanzen konsumiert haben und auch weiterhin problematisches Suchtverhalten in Haft zeigen.⁷

Eine Umfrage in allen Schweizer Anstalten im Jahr 2006,⁸ deren Rücklauf 85.5% aller damaligen Haftplätze abdeckt, zeigte, dass Behandlung der Drogenabhängigkeit (Methadonbehandlung, drogentherapeutische Rehabilitation, medizinisch begleiteter Entzug) verbreitet ist, wobei die drogentherapeutische Rehabilitation nur selten durchgeführt wird und wenn, dann vor allem in grossen und spezialisierten Institutionen. Insgesamt aber nehmen in 65% der Anstalten Gefangene an Programmen der Opioidsubstitution oder der kontrollierten Heroinabgabe teil. Im schweizerischen Mittel liegt der Anteil an drogenabhängigen Gefangenen gemäss Schätzung der Anstaltsleitungen relativ konstant zwischen 20% und 30%. Für die geschlossenen Anstalten geben die befragten Direktionen an, häufig drogenabhängige Gefangene zu haben (86.4%), jedoch in eher geringer Zahl: Im Durchschnitt sind schätzungsweise 15.7% der Gefangenen drogenabhängig und damit ist der Anteil kleiner als in offenen Anstalten wo ca. jeder dritte Gefangene drogenabhängig ist (30.3%).

Suchmittelabhängigkeit und Todesfälle im Justizvollzug

Im Rahmen einer Studie wurden 266 Todesfälle, die zwischen 1984 und 2000 im Schweizer Justizvollzug verzeichnet wurden, analysiert.⁹ Davon entfielen 35% auf natürliche Todesursachen (Krankheit, etc.) und von den insgesamt 65% nicht natürlichen Todesfällen waren 29% auf Überdosen zurückzuführen (75 Fälle). Damit ist Überdosis in diesem Zeitraum die häufigste nicht natürliche Todesursache von Gefangenen noch vor Suiziden.

Tod als Folge des Alters

Allgemein nimmt weltweit und auch in Schweizer Justizvollzugsanstalten die Zahl älterer Gefangener stetig zu. Dies ist nicht erstaunlich, da die Gesamtbevölkerung wächst und altert. Zudem begehen immer mehr Menschen auch im fortgeschrittenen Alter Straftaten. Des Weiteren zeichnet sich insbesondere für Gewalt- und Sexualdelikte in der Schweizerischen Rechtspraxis ein Trend zu härteren und längeren Strafen ab. Dies zeigt sich etwa in Veränderungen in der Verwahrungspraxis und in der neuen Möglichkeit der lebenslangen Verwahrung (Art. 64 Abs. 1bis StGB). Dies führt insbesondere in den geschlossenen Anstalten zu einem stetigen Anstieg der Anzahl Gefangener, die im Vollzug alt werden und mit grosser Wahrscheinlichkeit bis an ihr Lebensende hinter Gittern verbleiben werden.¹⁰

Der Alterungsprozess ist im Vollzug durch eine Reihe von Einflüssen geprägt. Dazu gehören die allgemein hohe Gesundheitsbelastung als Folge von hoch-riskanten Lebensstilen (z. B. Drogenabhängigkeit) und beschleunigtes Altern aufgrund der Haftbedingungen («hyper-ageing»). Auch die Dauer der Inhaftierung wirkt sich auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsentwicklung der Gefangenen aus.¹¹

Institutioneller Umgang mit dem Thema Drogen am Lebensende

Sucht ist auch im Zusammenhang mit der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Gefangenen ein Thema. Dies wird durch die prägende institutionelle Logik des Justizvollzugs erschwert.

Betreuung Sterbender im Kontext der Bestrafung, Sicherung und Resozialisierung

Unabhängig von möglichen Suchtproblematiken stellt das Thema Lebensende den Justizvollzug vor grosse Herausforderungen.

Die meisten grossen Anstalten in der Schweiz machen sporadisch Erfahrungen mit Gefangenen, die im Justizvollzug sterben, doch existieren bezüglich der Betreuung dieser Gefangenen bis anhin keine systematische Praxis oder Regelungen, weder auf der Ebene einer einzelnen Anstalt noch auf der Ebene des Schweizer Justizvollzugs.

Im Sinne des Äquivalenzprinzips muss der Gesundheitsdienst in den Anstalten dafür sorgen, dass die Gefangenen die gleiche Behandlung erhalten wie die Menschen in Freiheit.¹² Im Kontext des Freiheitsentzugs, in dem Überwachen, Bestrafen und die Gewährung von Sicherheit im Vordergrund stehen, ist es jedoch oftmals schwierig, den Anforderungen von Pflege und Schmerzlinderung am Lebensende zu genügen.¹³

Zudem werden Vollzugsanstalten seit jeher für die Unterbringung von jüngeren, gesunden und aktiven Gefangenen konzipiert. Der Justizvollzug basiert u.a. auf dem Prinzip der Resozialisierung, ist also darauf ausgerichtet, die Gefangenen auf ein straffreies Leben in Freiheit vorzubereiten.¹⁴ Dieses Prinzip widerspiegelt sich auch in der Pflege sowie der medizinischen, psychologischen und sozialen Betreuung: Diese folgen der Logik der Akutpflege, Therapie und Prävention. Palliative Pflege dagegen erfordert eine medizinische, psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung ohne kurative Ziele. Im Vordergrund stehen die Linderung von Schmerzen und das Vorbeugen von Leiden sowie die Gewährleistung einer der individuellen Situation der PatientInnen angepassten «optimalen Lebensqualität bis zum Tode».¹⁵ Dabei wird auch eine Verkürzung der Lebenszeit in Kauf genommen.¹⁶ Einen Gefangenen «sterben zu lassen», widerspricht jedoch der Logik der kurativ-orientierten medizinischen Versorgung im Justizvollzug.¹⁷

Von diesen aus den Gegensätzen zwischen Überwachung und Pflege resultierenden Widersprüchen und Ambivalenzen ist auch der institutionelle Umgang mit Sucht am Lebensende geprägt.

Umgang mit Sucht und (potentiellen) Suchtmitteln am Lebensende

Den Gefangenen allgemein und insbesondere jenen, die an einer Sucht leiden oder Suchtverhalten aufweisen, begegnet der Justizvollzug grundsätzlich mit Misstrauen. Dieses institutionell verankerte Misstrauen äussert sich in den systematischen und engmaschigen anstaltsinternen Kontrollen der Gefangenen (z. B. Leibesvisitation nach Besuchen, regelmässige Urinkontrolle). Aus Angst vor Missbrauch oder Handel müssen Gefangene ärztlich verschriebene Medikamente – welche aus der Perspektive der Institution potentielle Suchtmittel darstellen – grundsätzlich unter Aufsicht des Personals einnehmen. Ärztlich nicht bewilligtes Aufbewahren von Medikamenten, bspw. von Schlaftabletten, wird bestraft. Diese Regelungen und Vorschriften gelten auch im Krankheitsfall und können sich insbesondere bei der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Gefangenen als problematisch erweisen. Der genaue Sterbeprozess ist medizinisch nur schwer bestimmbar und voraussehbar und die Bedürfnisse der sterbenden Person, bspw. in Bezug auf die Schmerzbehandlung, verändern sich fortlaufend und kurzfristig. Dies erfordert rasches und flexibles Handeln vonseiten des Pflegepersonals. Eingeschränkte oder gar fehlende Mitbestimmung und Autonomie bei der Medikamenteneinnahme am Lebensende können unnötiges Leiden verursachen. Die Aufrechterhaltung der Fremdbestimmung am Lebensende gründet einerseits im institutionellen Auftrag, Missbrauch und Handel mit Suchtmitteln zu unterbinden. Andererseits will der Gesundheitsdienst, welcher sich bis

an hin an der Logik der Therapie und Prävention orientiert hat, eine mögliche Verkürzung der Lebenszeit, verursacht durch den Konsum von Medikamenten, vermeiden.

Des Weiteren ist das medizinische Personal (Pflegefachkräfte und ÄrztInnen) in den Justizvollzugsanstalten je nach Grösse, Ressourcen und Ziel der Anstalten unterschiedlich stark präsent. Dies kann von einer während 24 Stunden ganzjährig besetzten Krankenstation bis zu einer wöchentlichen Sprechstunde mit einer/einem konsiliarisch eingebunden Ärztin/Arzt reichen. Die von Anstalt zu Anstalt variierende Präsenz von AnstaltsärztInnen, welche die Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen tragen und alle gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu treffen haben, kann unter Umständen dazu führen, dass nicht immer schnell genug und flexibel auf die Leiden der PatientInnen reagiert werden kann und der oder die strebende Gefangene auf ein dringend benötigtes Medikament warten muss.

Ausblick

Das Leisten von palliativer Pflege bei Gefangenen wird durch die prägende Logik des Justizvollzugs (Gewahrsam, Sicherung, Resozialisierung) erschwert. Dies zeigt sich auch bei der Versorgung sterbender Gefangener, die als SuchtpatientInnen gelten. Bspw. kann ihnen aufgrund anstaltsinterner Regelungen bezüglich der Medikamentenabgabe (nur unter Aufsicht) auch am Lebensende der freie und selbstbestimmte Zugang zu Medikamenten verwehrt werden. Eine unregelmässige Präsenz des Anstaltsarztes oder der Anstaltsärztin kann des Weiteren dazu beitragen, dass sterbende Gefangene nicht rasch und flexibel genug medizinisch versorgt werden können. Um humanes und menschenwürdiges Sterben im Vollzug zu ermöglichen, muss deshalb die Logik des Vollzugs am Lebensende ausgeblendet und der sterbende Mensch mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum aller Bemühungen gerückt werden. ●

Literatur

- Baechtold, A./Weber, J./Hostettler, U. (2016): Strafvollzug. Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Stämpfli Verlag.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2011): Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Nationale Leitlinien Palliative Care.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1998): Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Bögemann, H./Keppeler, K./Stöver H. (Hrsg.) (2012): Gesundheit im Gefängnis: Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Weinheim: Juventa.
- Dubler, N.N. (1998): The collision of confinement and care: End-of-life in prisons and jails. *Journal of Law Medicine & Ethics* 26: 149–156.

- Elger, B.S. (2008): Medical ethics in correctional healthcare: an international comparison of guidelines. *Journal of Clinical Ethics* 19: 234–248.
- EKDF - Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006): Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Hans Huber Hogrefe AG.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012): Prisons and drugs in Europe: The problem and responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fazel, S./Hope, T./O'Donnell, I./Piper, M./Jacoby, R. (2001): Health of elderly male prisoners: Worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age and Ageing* 30: 403–407.
- Hostettler, U./Marti, I./Richter, M. (2016): Lebensende im Justizvollzug. Gefangene, Anstalten, Behörden. Bern: Stämpfli Verlag.
- Karger, T. (1996): Die Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Masia, M./Acheremann, C./Hostettler, U./Richter, M. (2007): Auswertungsbericht zum Fragebogen «Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten zu Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs». Freiburg i. Ü.: Universität Freiburg.
- Nelles, J./Fuhrer, A. (Hrsg.) (1997): Risikominderung im Gefängnis: Strategien gegen Drogen, AIDS und Risikoverhalten. Bern: Peter Lang.
- Royuela, L./Montanari, L./Rosa, M./Vicente, J. (2014): Drug use in prison. Assessment report. Luxembourg: Publications Office of the European Union/European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Sattar, G./Killias, M. (2005): The Death of Offenders in Switzerland. *European Journal of Criminology* 2(3):317–340.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013): Palliative Care. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen.
- Schneeberger Georgescu, R. (2007): Gelassenheit oder Handlungsbedarf? Überlegungen zur Situation von älteren Inhaftierten in der Schweiz. *Kriminalpädagogische Praxis* 45: 27–32.
- Schneeberger Georgescu, R. (2006): Über 60-Jährige im Vollzug. Zahlen und Fakten zur aktuellen Situation in der Schweiz. Information zum Straf- und Massnahmenvollzug – infobulletin 31(2): 3–9.
- Wangmo, T./Meyer, A. H./Bretschneider, W./Handtke, V./Kressig, R.W./Gravier, B./Büla, C./Elger B.S. (2015): Ageing Prisoners' Disease Burden: Is Being Old a Better Predictor than Time Served in Prison? *Gerontology* 61: 116–123.

Endnoten

- 1 Baechtold/Weber/Hostettler 2016: 239.
- 2 Vgl. EDKF 2006.
- 3 Baechtold/Weber/Hostettler 2016: 238–241.
- 4 Baechtold/Weber/Hostettler 2016:312.
- 5 Vgl. Karger 1996.
- 6 Vgl. BFS 1998.
- 7 Vgl. EMCDDA 2012; Royuela et al. 2014.
- 8 Masia/Acheremann et al. 2007: 28–29.
- 9 Vgl. Sattar/Killias 2005.
- 10 Vgl. Schneeberger Georgescu 2006; 2007.
- 11 Vgl. allgemein: Dubler 1998: 150; Fazel et al. 2001; Bögemann et al. 2012; und für die Schweiz: Wangmo et al. 2015.
- 12 Vgl. Elger 2008.
- 13 Vgl. Dubler 1998; Hostettler/Marti/Richter 2016.
- 14 Vgl. Baechtold/Weber/Hostettler 2016.
- 15 Vgl. BAG 2011.
- 16 Vgl. SAMW 2013.
- 17 Vgl. Hostettler/Marti/Richter 2016.

