

Palliativversorgung hinter Gittern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Christine Katharina Scholl

aus Neuss

2023

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Lukas Radbruch
2. Gutachter: Prof. Dr. jur. Torsten Verrel

Tag der Mündlichen Prüfung: 11.07.2023

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Gewidmet meinem
Opa Kurt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Methoden	12
2.1 Forschung im Justizvollzug	12
2.2 Fragebogenentwicklung	13
2.3 Zugang zum Fragebogen, Bearbeitung und Befragungszeitraum	14
2.4 Stichprobe	15
2.5 Ethikkommission	16
2.6 Online-Umfrage und Datenschutz	17
2.8 Interviewleitfaden	17
2.9 Auswertung der Interviews	18
2.10 Interviews und Datenschutz	19
3 Ergebnisse	19
3.1 Quantitative Erhebung	19
3.2 Umfrageergebnisse	23
3.3. Qualitative Erhebung	41
3.4 Qualitative Ergebnisse	41
4 Diskussion	47
4.1 Haftunterbrechung	47
4.2 Erkrankungen in Justizvollzugsanstalten	52
4.3 Todesfälle in Justizvollzugsanstalten	53

4.4 Assessment zur Identifikation von Inhaftierten mit palliativem Versorgungsbedarf	54
4.5 Interne Möglichkeiten zur palliativen Versorgung	55
4.6 Medikamente in der JVA	57
4.7 Patientenverfügung	59
4.8 SAPV-Teams und Hospizdienste	60
4.9 Methodenkritik	61
5 Zusammenfassung	62
6 Anhang	64
6.1 Online-Fragebogen	64
6.2 Interviewleitfaden	73
6.3 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Online-Fragebogen	75
6.4 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Expert*inneninterview	77
6.5 Abbildungsverzeichnis	81
6.6 Tabellenverzeichnis	81
7 Literaturverzeichnis	82
8 Danksagung	87

Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
AZ	Allgemeinzustand
BTM	Betäubungsmittel
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNR	Do not resuscitate
DNI	Do not intubate
EMA	European Medicines Agency
FTE	Full Time Equivalent
IAHPC	International Association for Hospice & Palliative Care
ICD	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
i.v.	intravenös
JM NRW	Justizministerium NRW
JVA	Justizvollzugsanstalt
KrimD	Kriminologischer Dienst
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
NRW	Nordrhein-Westfalen
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 179 Justizvollzugsanstalten (Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, 2021). Im März 2020 befanden sich in diesen 59.487 Gefangene und Sicherungsverwahrte; 4,4% von ihnen gehörten zu den lebensälteren Inhaftierten (Statistisches Bundesamt, 2021). Dazu zählen alle Inhaftierten, die das 60. Lebensjahr überschritten haben. In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl der lebensälteren Inhaftierten stark zugenommen. (2010: 3,46%; 2021: 5,14% (Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022).) Die steigende Anzahl von lebensälteren Inhaftierten stellt die Justizvollzugsanstalten (JVAen), die räumlich und personell auf jüngere, männliche Gefangenenklientel ausgerichtet sind, vor zunehmende Herausforderungen (Hostettler et al., 2019). Diese Herausforderungen beziehen sich neben einer schwindenden Mobilität und/oder Pflegebedürftigkeit aufgrund von Multimorbidität auch auf die altersgerechte Förderung von Körper und Geist und eine an das Alter angepasste Zielsetzung für die Zeit nach der Entlassung. Kenkmann et al. (2020) haben in ihrer Studie zum Thema „Altern in Haft“ 2019 in 14 von 16 Justizministerien in der Bundesrepublik Deutschland mittels Online-Umfrage Daten erhoben, die den Bedarf und die Angebote einer psychosozialen Versorgung von lebensälteren Inhaftierten ermitteln. Sie machen deutlich, dass Altern nur dann gelingt, wenn die Inhaftierten nicht nur eindimensional nach chronischen Krankheiten oder Multimorbidität betrachtet werden, sondern sich die Angebote in den JVAen speziell für lebensältere Inhaftierte an mehreren Aspekten orientieren. Dazu gehören die „Perspektive nach der Entlassung, die kognitiven Fähigkeiten, die sozialen Kompetenzen und die Funktionsfähigkeit im Alltag“ (Kenkmann et al., 2020). Die Angebote der JVAen variierten stark zwischen den Bundesländern und zwischen Einrichtungen mit und ohne spezielle Haftplätze für Ältere. So bieten gerade die JVAen, die spezifische Haftplätze für ältere Gefangene besitzen, vielseitige Kurse wie bspw. Seniorenschwimmkurse, Gedächtnistraining oder Kochkurse an, während sich das Angebot in anderen JVAen wenig bis gar nicht an dem Alter der Inhaftierten orientiert (Kenkmann et al., 2020). Kenkmann et al. weisen allerdings auch auf die Limitierung ihrer Arbeit hin, da sich die Beteiligung an der Befragung nicht auf alle Bundesländer erstreckt und die Aufzählung der Angebote durch die befragten Justizministerien unterschiedlich detailliert ist. Bereswill

und Neuber (2019) beschreiben in ihrer Forschungsarbeit „Das Gefängnis – (k)ein Ort zum Sterben?“, dass die Zahl von „Gefangenen, die im Gefängnis altern, steigt und damit auch die Anzahl natürlicher Tode im Vollzug zunimmt“ und es trotz dieser Tatsache noch keinen routinierten Umgang mit Sterben und Sterbeprozessen, die im Zusammenhang mit natürlichen Toden stehen, in JVAen gibt. Allerdings bereitet nicht nur das höhere Alter Inhaftierten gesundheitliche Schwierigkeiten, sondern auch die im Vergleich zur nicht-inhaftierten Bevölkerung gesteigerte Morbidität in den Gefängnissen aufgrund besonderer Lebensumstände außerhalb sowie innerhalb der JVA. So wurden in einer Studie von Opitz-Welke et al. 2018 die häufigsten Erkrankungen von Inhaftierten in deutschen Gefängnissen beschrieben. Darunter fallen Infektionskrankheiten - wie Hepatitis C, das Humane Immundefizienz-Virus und Tuberkulose -, Drogenabhängigkeit und Zahnerkrankungen. Psychiatrische Erkrankungen machen ebenfalls einen großen Anteil der Erkrankungen aus.

Diese gesteigerte Morbidität und die steigende Zahl lebensälterer Inhaftierter haben zur Folge, dass erkrankte Inhaftierte nicht nur kurativ, sondern auch ggf. palliativ versorgt werden müssen. Die World Health Organization (WHO) definiert „Palliativversorgung“ als einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfangreiche Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen (Sepulveda et al., 2002). Palliativversorgung soll für Patienten zur Verfügung stehen, die an einer lebenslimitierenden oder lebensbedrohenden Erkrankung leiden und möglichst frühzeitig beginnen und parallel zur Kausaltherapie erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2016). Diese Versorgung definiert sich durch ihre Multiprofessionalität und bietet verschiedene Ansätze zur Symptomkontrolle und Steigerung der individuellen Lebensqualität. Neben Ärzt*innen und Pflegekräften tragen Physio- und Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Seelsorger*innen, Trauerbegleiter*innen sowie Ehrenamtliche ihren Teil zur Multiprofessionalität bei.

Die medizinische Versorgung ist durch die Landesstrafvollzugsgesetze der jeweiligen Bundesländer geregelt und gibt vor, dass die medizinische Versorgung der Inhaftierten

den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen soll. Zu dieser Versorgung gehört die Palliativversorgung für Inhaftierte mit lebenslimitierenden Erkrankungen. In den Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wird eine Reihe von Maßnahmen zur Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung von Menschen in Vollzugseinrichtungen empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Bundesärztekammer, 2017). Unter anderem werden Universitäten aufgefordert, Studien zu Fragen der Palliativversorgung bei Menschen im Vollzug durchzuführen. Bereits in den o.g. Forschungsprojekten von Bereswill/Neuber (2019) und Kenkmann et al. (2020) wurde angedeutet, dass weder eine strukturelle Hospiz- oder Palliativversorgung in den JVAen vorhanden ist, noch ist bekannt, inwiefern der Bedarf einer solchen vorliegt. Eine Publikation zur palliativen Versorgung von Inhaftierten in Deutschland ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Forschungsprojekts nicht bekannt.

In der vorliegenden Studie soll nun untersucht werden, inwieweit Palliativversorgung in die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug integriert ist und wo gegebenenfalls Lücken in der Versorgung bestehen. Die Befragung fand sowohl in Einrichtungen des offenen als auch des geschlossenen Vollzugs statt. Gemäß § 6 Abs. 3 StVollzG NRW haben „Anstalten des offenen Vollzugs keine oder nur verminderte Vorkehrungen gegen Entweichungen“. Im Gegensatz zum geschlossenen Vollzug, in dem Inhaftierte durch „baulich und technische Sicherheitsvorkehrungen ständig und grundsätzlich zu überwachen“ sind, können Inhaftierte des offenen Vollzugs ihren Gefängnisalltag weitestgehend an ihren persönlichen Alltag anpassen und bspw. tagsüber ihrer gewohnten Arbeit nachgehen. Die Planung der Studie erfolgt in Kooperation mit Prof. Torsten Verrel (Kriminologisches Seminar, Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bonn).

2 Methoden

2.1 Forschung im Justizvollzug

Voraussetzung für die Durchführung eines externen Forschungsprojekts in Justizvollzugsanstalten in Deutschland ist die Genehmigung des zuständigen Kriminologischen Dienstes (KrimD) oder Justizministeriums des jeweiligen Bundeslandes. Am 06.03.2020 stellten wir zunächst in allen Bundesländern den Antrag auf externe Forschung. In Niedersachsen, Sachsen, Bayern und im Saarland wurde der Antrag postalisch gestellt, in den restlichen Bundesländern wurde der Antrag per E-Mail versandt. Niedersachsen und Hessen wünschten das Votum aus NRW abzuwarten. Nach Erhalt des positiven Bescheids aus NRW (23.03.2020) versandten wir diesen nach Niedersachsen und Hessen. In der Tab. 2: Genehmigungsverfahren - Zeitraum sind zusätzliche Zeitpunkte der Antragsstellung aufgeführt, die nach ausbleibender Rückmeldung oder bei Bitte um eine erneute Antragsstellung im Jahresverlauf erforderlich waren.

Die einzureichenden Unterlagen umfassten in der Regel: ein je Bundesland spezifisches Antragsformular, ein Exposé des Forschungsvorhabens, ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Bonn, ein positives Votum des KrimD Nordrhein-Westfalen (NRW als Sitzland des Forschungsprojekts), das Instrument der Studie (Online-Fragebogen), eine Doktoranden-Betreuungsbestätigung durch Herrn Prof. Dr. Radbruch, eine unterschriebene Verpflichtungserklärung, die Ergebnisse der Studie den Bundesländern mitzuteilen, eine Teilnehmerinformation und ein Datenschutzkonzept.

Im Rahmen der Studie wollten wir zusätzlich zur quantitativen Datenerhebung qualitative Expert*innen-Interviews durchführen. Die Planung hierzu fand ebenfalls bereits 2019 vor der Coronapandemie statt. Aus forschungsökonomischen Gründen (Durchführung von Interviews in Wohnortnähe) und zur Vermeidung einer Ablehnung durch die KrimDe (Sicherheitsbedenken und/oder höherer Zeitaufwand für Mitarbeitende in den JVAen) der einzelnen Bundesländer, haben wir die Interviews auf Nordrhein-Westfalen (NRW) beschränkt. Ein vorläufiger Interviewleitfaden wurde bereits zusammen mit dem ersten Ethik-Antrag bei der Ethikkommission der Universität Bonn durch uns eingereicht. Wir

entschieden uns, nach Zustimmung der Ethikkommission, zunächst die Anträge bundesweit einheitlich zur Durchführung der Online-Umfrage zu stellen.

Nach der Auswertung der Online-Umfrage ergaben sich für uns nicht nur neue inhaltliche Schwerpunkte für den Interviewleitfaden, sondern auch im Rahmen der Coronapandemie eingeschränkte Möglichkeiten der Durchführung von Interviews. So stellten wir einen Antrag auf Änderung des Forschungsprojekts, nach erneuter positiver Beurteilung der Ethikkommission der Universität Bonn, beim JM NRW. Wir reichten neben dem modifizierten Interviewleitfaden auch eine Beschreibung der veränderten Interviewsituation ein. Die Interviews sollten telefonisch oder online (Teams, Zoom, Skype, etc.) stattfinden. Dadurch erhofften wir uns eine höhere Teilnahmebereitschaft. Die Genehmigung durch das JM NRW erhielten wir am 19.07.2021.

2.2 Fragebogenentwicklung

Der dreiteilige Fragebogen wurde im Zeitraum von September bis November 2019 entwickelt.

Der Fragebogen beginnt mit einleitenden allgemeinen Fragen zur Justizvollzugsanstalt, in der die Teilnehmer*innen tätig sind. Die Fragen und ihre Antwortmöglichkeiten wurden so gewählt, dass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer*innen gezogen werden können. So wurde beispielsweise bei der Frage nach der Haftanstaltsgröße die Skalierung so breit gewählt, dass die wenigen sehr großen oder sehr kleinen JVAen bei Teilnahme nicht zu identifizieren gewesen wären.

Im Hauptteil wird das Vorhandensein von palliativer Versorgung und deren Umfang in der teilnehmenden JVA erfragt. Dieser Umfang schließt die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), Hospizdienste und Psychoonkologische Dienste sowie anstaltsinterne Expertise mit ein. Weitere Fragen des Hauptteils beziehen sich auf vorhandene oder nicht vorhandene Patientenverfügungen, Haftaussetzung durch schwere Erkrankungen und Trauerangebote in den Justizvollzugsanstalten sowie die medikamentöse Versorgung von Inhaftierten und deren durch die Rahmenbedingungen limitierten Möglichkeiten. Für die Zusammenstellung der Items wurden u.a. die Bedarfsdimensionen der Palliativversorgung (körperlich, psycho-sozial, spirituell), die palliativen und hospizlichen Dienste und Einrichtungen, Regelversorgung, Mortalitätsstatistiken, epidemiologische Statistiken (Sepulveda et al., 2002) sowie die

Verfügbarkeit der grundlegend wichtigen Medikamente berücksichtigt (De Lima et al., 2007).

Im dritten Teil des Fragebogens fragten wir soziodemographische Details der Teilnehmer*innen ab.

Die Fragen beziehen sich auf das Referenzjahr 2019. Zunächst wurde der Fragebogen für das Jahr 2018 entwickelt. Der Ethikantrag wurde von uns Ende 2019 eingereicht und nach Änderungen im Januar 2020 genehmigt. Aufgrund der Verzögerung wurde das Referenzjahr auf 2019 geändert, damit die erhobenen Daten aktueller sind und die Teilnehmer*innen eventuell leichter auf nicht weit zurückliegende Daten zugreifen konnten.

Der Fragebogen wurde im April 2020 auf der Online-Plattform SoSci Survey erstellt und einem ersten und zweiten Pretest durch Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universitätsklinik Bonn und Palliativmediziner*innen unterzogen und nach deren Rückmeldung leicht modifiziert.

Bei Fragen zu Anzahlen, z.B. bei wie vielen Inhaftierten es 2019 zu einer Haftaussetzung kam, konnten die Teilnehmer*innen beim Eintrag wählen, ob es sich um eine geschätzte oder genaue Angabe handelt, damit eine ggf. aufwändige Recherche nach den tatsächlichen Zahlen nicht zu einem Abbruch der Teilnahme führte, da diese Felder obligatorisch waren und bei Fehlen einer Angabe der Fragebogen nicht weiter hätte bearbeitet werden können.

Abschließend konnten die Teilnehmer*innen in einem Freitextfeld Anmerkungen zum Fragebogen eintragen. Der Fragebogen sowie alle Informationsschreiben und Anschreiben wurden gendergerecht formuliert. Der Fragebogen besteht aus 50 Items inkl. Filterfragen. Ggf. wurden den Teilnehmer*innen deshalb weniger als die 50 möglichen Fragen gestellt. Der Fragebogen findet sich im Anhang (6.1 Online-Fragebogen).

2.3 Zugang zum Fragebogen, Bearbeitung und Befragungszeitraum

Der Zugang zum Fragebogen wurde durch einen Hyperlink ermöglicht und durch ein Passwort geschützt, welches den Anstaltsleiter*innen in einer E-Mail mitgeteilt wurde. Das Passwort war notwendig, da sonst der Zugriff auf den Fragebogen für jeden möglich gewesen wäre, der zufällig auf die Internetseite des Fragebogens gelangt.

Der Fragebogen konnte während der Bearbeitung zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt weiterbearbeitet werden. Für den Bearbeitungszeitraum wählten wir sechs Wochen und schickten nach vier Wochen einen Reminder an die angeschriebenen Anstaltsleiter*innen. Aufgrund der zeitlich versetzten Rückmeldungen aus den einzelnen Bundesländern variieren die Zeiträume der Datenerhebung stark.

Tab. 1: Datenerhebungszeitraum

Datenerhebungszeitraum		
Bundesländer	Beginn	Ende
Nordrhein-Westfalen	08.06.20	20.07.20
Bayern	08.06.20	20.07.20
Hamburg	08.07.20	19.08.20
Hessen	11.08.20	22.09.20
Baden-Württemberg	14.08.20	25.09.20
Sachsen-Anhalt	07.09.20	19.10.20
Mecklenburg-Vorpommern	11.09.20	23.10.20
Saarland	11.09.20	23.10.20
Bremen	12.10.20	23.11.20
Rheinland-Pfalz	15.10.20	26.11.20
Brandenburg	16.11.20	28.12.20

Über einen Kontaktschalter konnten während der Bearbeitung auftretende Unklarheiten bzgl. des Fragebogens direkt per E-Mail an die Doktorandin geschrieben werden. Dies wurde zweimal genutzt.

2.4 Stichprobe

Die Stichprobe der Befragten setzt sich aus Anstaltsärzt*innen der Justizvollzugsanstalten der teilnehmenden Bundesländer zusammen. Hierbei kann es sich um angestellte Ärzt*innen in der JVA selbst oder um Ärzt*innen handeln, die außerhalb der JVA niedergelassen und/oder angestellt sind und für die Behandlung der Inhaftierten in die JVA kommen.

Voraussetzungen für die Arbeit als Anstaltsarzt*in sind „die Approbation oder die Voraussetzungen für eine Berufserlaubnis in Deutschland, Vorliegen einer

Gebietsbezeichnung bzw. Voraussetzung für die Erlangung einer Gebietsbezeichnung nahezu erfüllt, z.B. als Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder als Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und die Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung bzw. die Bereitschaft diese zu erlangen“ (Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022).

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig.

Es wurde ein Anschreiben inkl. Hyperlink und Datenschutzkonzept per E-Mail an die Anstaltsleiter*innen gesendet. Die E-Mail-Adressen der JVAen wurden im Internet recherchiert oder bei Genehmigung des Forschungsvorhabens durch den KrimD oder Justizministerium mitgesandt. Eine direkte Kontaktaufnahme zu Anstaltsarzt*innen, etwa durch vorherige Übermittlung von deren dienstlichen E-Mail-Adressen durch die jeweiligen Anstaltsleiter*innen war aus Datenschutzgründen nicht möglich.

2.5 Ethikkommission

Am 04.12.2019 reichten wir unseren Ethik-Antrag bei der Ethikkommission der Universität Bonn ein. Nach einer Bearbeitung der von uns vorgelegten Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung teilte die Ethikkommission am 06.02.2020 mit, dass es gegen die geplante Studie keine berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken zu erheben gibt (Nr. 450/19).

Am 06.04.2021 stellten wir einen Antrag auf Änderung unseres Forschungsprojektes bei der Ethikkommission der Universität Bonn. Dieser bezog sich auf die notwendig gewordene Modifizierung des Interviewleitfadens und eine der Pandemie angepasste Teilnehmerinformation. Der Grund für die Änderung des Interviewleitfadens war, dass sich nach Auswertung der Daten, die wir durch die Befragung mittels Online-Fragebogen erhalten haben, für uns neue thematische Schwerpunkte ergaben, die wir, auch aufgrund eines geringen Rücklaufs, vertiefen wollten. Am 20.05.21 stimmte die Ethikkommission den Änderungen zu (Nr. 450/19).

Nach der positiven Beurteilung durch die Ethikkommission der Universität Bonn konnten wir einen Antrag auf Erweiterung unseres Forschungsprojekts beim Justizministerium NRW stellen. Die Genehmigung der Interviewdurchführung sowie die Ankündigung, die

Anstaltsleiter*innen der JVAen in NRW zu informieren, erfolgte am 19.07.2021 durch das JM NRW.

2.6 Online-Umfrage und Datenschutz

Das notwendige Einverständnis zur Teilnahme an der Befragung sowie die Erlaubnis der Speicherung und Verwendung dieser Daten erfolgte im Survey über Anklicken eines Buttons nach entsprechender Information.

Ein ausführliches Informationsschreiben mit allen erforderlichen Angaben zur Studie, zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung, zu Löschung und Widerruf war zuvor den Anstaltsleitungen per E-Mail zugegangen. Die Teilnehmerinformation und das Datenschutzkonzept finden sich im Anhang (6.3 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Online-Fragebogen).

2.7 Auswertung des Online-Surveys

Die Auswertung erfolgte mittels des Softwareprogramms Microsoft® Excel 365, Version 16.55. Für die deskriptive Auswertung der gültigen Fälle wurden alle Datensätze gezählt, in denen das oben genannte Einverständnis gegeben worden war.

Aufgrund des geringen Rücklaufs und einiger nicht vollständig bearbeiteten Fragebögen variieren die gültigen Fälle im Verlauf der Auswertung (s. Abb. 1 Teilnehmer*innen im Verlauf).

Die Darstellung der Auswertung wird tabellarisch vorgenommen. Dabei wird zwischen den Angaben aus einem offenen Vollzug, geschlossenen Vollzug und einer gemischten Vollzugsform unterschieden sowie zwischen geschätzten oder genau bestimmten Angaben.

2.8 Interviewleitfaden

Nach der Auswertung der Online-Umfrage modifizierten wir den Interviewleitfaden entsprechend dem nach der quantitativen Befragung aufgetretenen Interesse an bestimmten thematischen Vertiefungen und Ergänzungen.

Der Interviewleitfaden bestand aus fünf Abschnitten. Der erste bezog sich auf den demographischen Wandel und wie er sich ggf. in Haftanstalten bemerkbar macht. Der zweite und der dritte Abschnitt bestanden jeweils aus zwei Fallvignetten. Bei Fallvignette

A wurden die Expert*innen gebeten zu schildern, welche Möglichkeiten der medizinischen Versorgung bei einem Inhaftierten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) in der Haft bestehen. Außerdem wurden sie gefragt, ob sie sich Unterstützung von außen in Form eines SAPV-Teams holen würden und welche Gründe dafür oder dagegen sprechen.

In Fallvignette B ging es um eine inhaftierte Person, die mit einem neu diagnostizierten Pankreas-Karzinom unter starken Beschwerden leidet. Auch hier wurden die Expert*innen gebeten, über die medizinische Versorgung der fiktiven inhaftierten Person im Strafvollzug zu sprechen sowie über die Möglichkeit einer Verlegung in ein Hospiz oder eine ähnliche Einrichtung.

Im vierten Abschnitt wurden die Expert*innen gefragt, ob es für sie weitere oder andere Fälle gibt, in denen sie ein SAPV-Team, ambulante Hospizdienste oder psychoonkologische Dienste in Anspruch nehmen würden. Weiter erfragten wir, wie der Prozess bei einer medizinisch bedingten Verlegung aussieht, etwa wer für die Vorbereitung und das Entlass-Management zuständig ist und wie der Anschluss der medizinischen Versorgung nach der Haft bzw. bei Haftaussetzung funktioniert.

Aus der aktuellen Situation der Coronapandemie ergab sich für uns zudem die Frage, ob sich die palliative Versorgung von Inhaftierten durch die Pandemie verändert hat (bspw. durch Aufnahmestopp in Krankenhäusern, Hospizen etc.).

Im letzten und abschließenden Teil konnten die Expert*innen sagen, inwiefern sie das Thema „Palliativversorgung hinter Gittern“ für wichtig bzw. notwendig halten und welchen Verbesserungsbedarf sie ggf. in der medizinischen Versorgung sehen. Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang (6.2 Interviewleitfaden).

2.9 Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden telefonisch geführt. Vor Durchführung der Interviews lagen uns die schriftlichen Einwilligungen der Teilnehmenden vor, die Gespräche aufzeichnen und auswerten zu dürfen. Erst nach erneuter mündlicher Bestätigung dieser zu Beginn des Telefonats erfolgte die Aufzeichnung der Interviews. Die Teilnehmer*innen wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ein ausführliches Informationsschreiben mit allen erforderlichen Angaben zur Studie, zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung, zu Löschung und Widerruf erhielten die Teilnehmer*innen vor der Durchführung der

Interviews. Das Informationsschreiben und das Datenschutzkonzept finden sich im Anhang (6.4 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Expert*inneninterview).

2.10 Interviews und Datenschutz

Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät digital aufgezeichnet und pseudonymisiert gespeichert. D.h., dass die Identifizierungsmerkmale (z.B. Name/Beschäftigungsort) durch einen Code ersetzt wurden. Die Aufnahmen wurden anschließend transkribiert; dabei wurde das Transkript anonymisiert, sodass im Text kein Rückschluss mehr auf die Interviewteilnehmenden und im Interview benannten Personen oder Einrichtungen etc. möglich ist. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch.

3 Ergebnisse

3.1 Quantitative Erhebung

Für die Umfrage mittels Fragebogen kamen alle Justizvollzugsanstalten infrage, deren zugehörige Justizministerien und/oder Kriminologischen Dienste der Studienteilnahme zugestimmt haben.

In der ersten Antragsrunde erhielten wir eine Zustimmung aus NRW (23.3.20), Bayern (01.04.20) und Hamburg (01.07.20), abgelehnt wurde der Antrag in Sachsen (12.03.20), Schleswig-Holstein (14.4.20) und Niedersachsen (15.06.20). Bremen (21.03.20) und Berlin (18.03. und 06.05.20) lehnten den Antrag zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der Corona-Pandemie ab, baten uns allerdings, im Jahresverlauf noch einmal Kontakt aufzunehmen, falls sich die allgemeine Lage verbessern sollte.

Die Erinnerung an unsere Anträge sendeten wir am 03.08.2020 an alle Bundesländer, von denen wir noch keine Rückmeldung erhalten hatten, oder die, die um eine spätere Kontaktaufnahme baten. Hierzu zählten: Hessen, Saarland, Brandenburg, Bremen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg.

Daraufhin stimmten Hessen (10.08.20), Baden-Württemberg (13.08.20), Sachsen-Anhalt (28.08.20), Mecklenburg-Vorpommern (09.09.20) und das Saarland (09.09.20) dem Antrag zu. Thüringen (10.08.20) lehnte den Antrag ab.

Ab dem 12.10.20 kontaktierten wir erneut die ausstehenden Bundesländer. Bremen (12.10.20) und Rheinland-Pfalz (15.10.20) stimmten dem Antrag zu. Berlin und Brandenburg konnten aufgrund der erneuten Zuspitzung der Corona-Pandemie zum aktuellen Zeitpunkt keine Genehmigung erteilen, verwiesen aber auf eine mögliche Teilnahme in coronaruhigeren Zeiten. Brandenburg stimmte am 13.11.20 einer Teilnahme zu.

Insgesamt stimmten damit die Ministerien in elf Bundesländer zu, Berlin, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen lehnten eine Teilnahme ab.

Tab. 2: Genehmigungsverfahren - Zeitraum

Bundesland	Runde 1 06.03.2020	Rückmeldung	Runde 2 03.08.2020	Rückmeldung	Runde 3 12.10.2020	Rückmeldung
Nordrhein-Westfalen	✓	23.03.20				
Bayern	✓	01.04.20				
Hamburg	✓	01.07.20				
Sachsen	X	12.03.20				
Schleswig-Holstein	X	14.04.20				
Niedersachsen	X	15.06.20				
Bremen	→	21.03.20	?		✓	12.10.20
Berlin	→	18.03.2020 + 06.05.2020			→	12.10.20
Hessen	?		✓	10.08.20		
Saarland	?		✓	09.09.20		
Brandenburg	?		→		✓	13.11.20
Thüringen	?		X	10.08.20		
Sachsen-Anhalt	?		✓	28.08.20		
Mecklenburg-Vorpommern	?		✓	09.09.20		
Rheinland-Pfalz	?		?		✓	15.10.20
Baden-Württemberg	?		✓	13.08.20		

✓ = Zusage; X = generelle Absage; → = Absage für den aktuellen Zeitpunkt, Wiederanfrage zu späterem Zeitpunkt erwünscht

Nach Genehmigung dieser Justizministerien und/oder Kriminologischen Dienste wurden die Anstaltsleiter*innen der JVAen in den jeweiligen Bundesländern per E-Mail kontaktiert

und über die Studie informiert. Zum Inhalt der E-Mail gehörte eine Teilnehmerinformation des Fragebogens und unser Datenschutzkonzept, die Genehmigung des zugehörigen Justizministeriums und ein Anschreiben, dass über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufklärte sowie die Bitte, unsere E-Mail und den beinhalteten Hyperlink zu unserer Online-Befragung an die Anstaltsärzt*innen der angeschriebenen JVA zu senden.

Baden-Württemberg und Hessen schlossen mit ihren Genehmigungen namentlich die Teilnahme von Jugendhaftanstalten und JVAen für Untersuchungshaft bzw. Kurzzzeitstrafen aus (JVAen Rockenberg, Wiesbaden und Rottweil). Deren Anstaltsleiter*innen wurden von uns nicht angeschrieben.

Der Kriminologische Dienst in Hamburg teilte die Bereitschaft mit, dass die Leiterin des Zentralkrankenhauses mit Anbindung an die Untersuchungshaftanstalt Hamburgs an unserer Befragung teilnehmen könnte. In diesem Fall wurde der Fragebogen sowie die oben genannten Materialien über den Kriminologischen Dienst an die teilnehmende Ärztin weitergeleitet.

Trotz Recherche der Anstaltsformen kam es vor, dass Jugendhaftanstalten oder Anstalten für Kurzzzeitstrafen durch uns angeschrieben wurden. Dies wurde durch die Anstaltsleiter*innen an uns zurückgemeldet (JVA Ebrach (Bayern) und JVA Stralsund (Mecklenburg-Vorpommern)). Diese schlossen wir von der Befragung aus.

Insgesamt schrieben wir 126 JVAen an.

Vier Anstaltsleiter*innen teilten uns per E-Mail mit, dass eine Teilnahme aufgrund der hohen Arbeitsbelastung während der Corona-Pandemie und durch die davor schon bestehende personelle Unterbesetzung nicht möglich sei.

Damit der Fragebogen durch die Anstaltsärzt*innen ausgewertet und bearbeitet werden konnte, musste der Teilnahme durch Anklicken eines entsprechenden Felds im Online-Fragebogen zugestimmt werden. Insgesamt wurde der Fragebogen 46mal geöffnet. Vier der Teilnehmer*innen lehnten die Teilnahme ab. 36 Teilnehmer*innen stimmten der Teilnahme zu.

Alle deskriptiven Auswertungen erfolgten mit Microsoft® Excel 365, Version 16.55.

3.2 Umfrageergebnisse

Es werden nur gültige Fälle - das sind Fälle zu deren Datensätzen uns das Einverständnis zur Teilnahme an der Befragung sowie die Erlaubnis der Speicherung und Verwendung dieser Daten vorliegt - tabellarisch dargestellt. Das folgende Balkendiagramm stellt die gültigen Fälle im Verlauf des Fragebogens dar. Es variiert, da die Bearbeitung der Fragebögen durch einige Teilnehmende vorzeitig abgebrochen wurde.

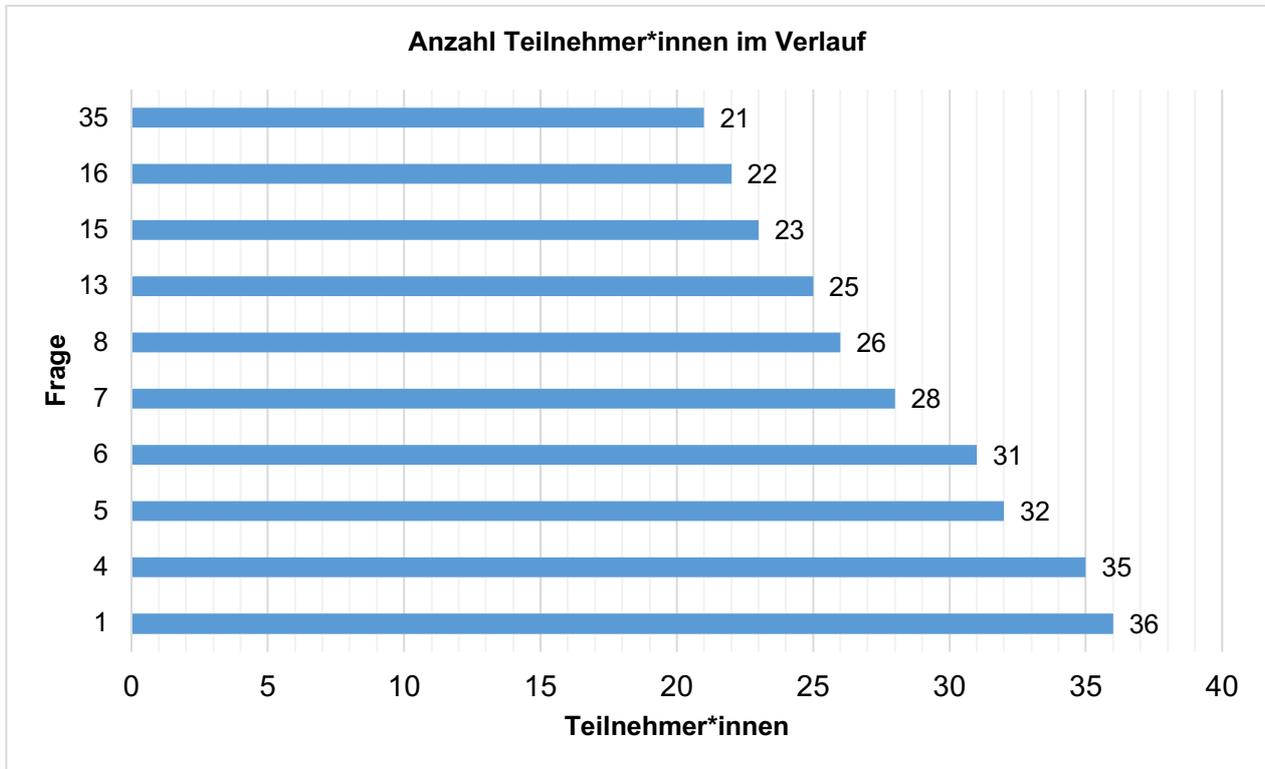


Abb. 1: Teilnehmer*innen im Verlauf

Die Befragung haben 40 Teilnehmer*innen begonnen. Vier haben angegeben, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen möchten; 21 der Teilnehmer*innen haben den Fragebogen abgeschlossen. Von diesen 21 Teilnehmer*innen sind 16 in einer JVA angestellt, 5 arbeiten als Vertragsärzt*in für eine oder mehrere JVAen.

Tab. 3: Berufserfahrung Teilnehmer*innen

Wie lange arbeiten Sie bereits als Arzt/Ärztin mit Häftlingen? (n=21)				
Arbeit mit Inhaftierten	0 - 5 Jahre	6 - 15 Jahre	16 - 25 Jahre	> 25 Jahre
		5	5	9

Tabelle 3 zeigt die Berufserfahrung der teilnehmenden Anstaltsärzt*innen, die den Fragebogen abgeschlossen haben.

Vier angestellte Ärzt*innen und ein/e Vertragsarzt/ärztin arbeiten seit 0 – 5 Jahren in einer JVA. Drei der Vertragsärzt*innen arbeiten seit 6-15 Jahren mit Inhaftierten, zwei weitere bereits seit 16-25 Jahren. Sieben angestellte Ärzt*innen arbeiten seit mind. 16 Jahren in der Einrichtung und zwei sogar über 25 Jahre.

Im Median ist eine 100%-Stelle im Full Time Equivalent (FTE) mit einer/m angestellten Anstaltsärztin/Anstaltsarzt besetzt, dies gilt ebenso unter den vertragsärztlich Tätigen.

Sechzehn der teilnehmenden Ärzt*innen haben angegeben, dass es niemanden mit einer palliativen Zusatzweiterbildung oder Fortbildung in ihrer JVA gibt. Drei antworteten, dass sie es nicht wüssten. Zwei gaben an, dass es jemanden mit einer palliativen Zusatzfortbildung gibt. Es wurde eine Anmerkung gemacht, dass eine Pflegefachkraft die „Zusatzqualifikation als Psychiatriepflegekraft“ erlangt habe.

Tab. 4: Vollzugssystem (n=36)

Arbeiten Sie in einem offenen, geschlossenen oder gemischten Vollzugssystem?			
Offener Vollzug	Geschlossener Vollzug	Gemischt	Σ
4	14	18	36

Vier der 36 Teilnehmer*innen arbeiten in einem offenen Vollzug, 14 Teilnehmer*innen in einem ausschließlich geschlossenen und 18 in einem gemischten Vollzug.

Tab. 5: JVA nach Geschlechtern und Vollzugssystem (n=36)

Bietet die JVA, in der Sie tätig sind, Haftplätze für Frauen und/oder Männer?				
Optionen	Frauen	Männer	Sowohl als auch	Σ
Offener Vollzug	0	3	1	4
Geschlossener Vollzug	1	11	2	14
Gemischter Vollzug	0	10	8	18

Unter den teilnehmenden Einrichtungen war eine JVA nur für Frauen, 24 nur für Männer und elf Einrichtungen hatten sowohl Männer als auch Frauen als Insassen.

Tab. 6: Größe nach Vollzugssystem der Einrichtungen (n=36)

Wie viele Haftplätze stehen Ihrer JVA zur Verfügung? (n=36)				
Optionen	< 500	500 - 1000	> 1000	Σ
Offener Vollzug	2	1	1	4
Geschlossener Vollzug	8	5	1	14
Gemischter Vollzug	8	9	1	18

In 18 der 36 Einrichtungen stehen weniger als 500 Haftplätze zur Verfügung. Die Größe von 15 Einrichtungen liegt zwischen 500 und 1000 Haftplätzen und drei Einrichtungen bieten mehr als 1000 Inhaftierten einen Haftplatz.

Tab. 7: Verstorbene (n) in der JVA (n=32); Referenzjahr 2019

Wie viele Häftlinge sind 2019 in der JVA verstorben? (n=32)			
Optionen	Offener Vollzug (n=4)	Geschlossener Vollzug (n=13)	Gemischter Vollzug (n=15)
Verstorbene 2019 (n)	1	19	18

Insgesamt berichteten die Einrichtungen, dass 38 Inhaftierte 2019 verstorben sind.

Tab. 8: Todesursachen

Was waren die Todesursachen? (n=31)			
Optionen	Offener Vollzug (n=4)	Geschlossener Vollzug (n=13)	Gemischter Vollzug (n=15)
Suizid	0	7	5
Intoxikationen	0	0	2
Gewalttaten	0	0	0
Tumorerkrankungen	0	3	2
Neurolog. Erkrankungen	0	0	1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1	6	7
HIV/AIDS	0	0	0
Tuberkulose	0	0	0
Hepatitis	0	1	0
Sonstige, z.B. Unfall	0	1	0
Unbekannt	0	0	1

Die Anstaltsärzt*innen wurden im Fragebogen gebeten anzugeben, ob die Anzahl der jeweiligen Todesursache „genau bestimmt“ oder „geschätzt“ geworden ist.

Zwei Anstaltsärzt*innen der vier Teilnehmenden, die im *offenen Vollzug* arbeiten, haben angegeben, dass ihre Anzahl der Todesursachen genau bestimmt ist. Dazu zählt die inhaftierte Person, die 2019 an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung verstorben ist. Ein/e Teilnehmer*in hat angegeben, die Anzahl geschätzt zu haben, und ein/e Teilnehmer*in hat dazu keine Angabe gemacht.

Dreizehn Teilnehmer*innen haben Angaben zu den Todesursachen im *geschlossenen Vollzug* gemacht. Hiervon haben zehn ihre Anzahlen für „Suizid“ und „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ als genau bestimmt, zwei haben sie als geschätzt angegeben und ein/e Teilnehmer*in hat für alle Todesursachen gar keine Angabe über die Genauigkeit der Anzahlen gemacht.

Sechs der Suizide sind als „genau bestimmt“ klassifiziert worden, einer wurde geschätzt. Vier der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen wurden als genau angegeben, zwei wurden geschätzt.

Für die restlichen Kategorien „Intoxikationen“, „Gewalttaten“, „Tumorerkrankungen“, „Neurologische Erkrankungen“, „HIV/AIDS“, „Tuberkulose“, „Hepatitiden“, „Sonstige“ und „Unbekannt“ haben elf Anstaltsärzt*innen ihre Angaben als genau bestimmt angegeben und eine*r seine Angaben geschätzt.

Zwei der durch Tumorerkrankungen Verstorbenen wurden als „genau bestimmt“ angegeben. Zu der dritten Tumorerkrankung als Todesursache wurde hierzu keine Angabe gemacht.

Die jeweils einmalig angegebene Todesursache durch „Hepatitiden“ und „Sonstiges (z.B. Unfall)“ wurden genau bestimmt.

Für einen Verstorbenen 2019 in einem geschlossenen Vollzug wurde keine Angabe zu der Todesursache gemacht. Dies erklärt die 19 Verstorbenen im geschlossenen Vollzug, aber nur 18 angegebene Todesursachen.

Fünfzehn Teilnehmer*innen haben Angaben zu den Todesursachen im *gemischten Vollzug* gemacht. Hiervon haben 12 ihre Anzahlen für „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ genau bestimmt und zwei haben sie als geschätzt angegeben. Für die restlichen Kategorien haben 13 Teilnehmer*innen ihre Anzahlen genau bestimmt und eine*r hat sie als geschätzt angegeben.

Als Todesursache sind fünf Suizide, zwei Intoxikationen, zwei Tumorerkrankungen, eine Neurologische Erkrankung und eine unbekannte Ursache als genau bestimmt eingeordnet worden. Vier der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Inhaftierten sind genau bestimmt, zwei sind als geschätzt angegeben.

Tab. 9: Ranking häufigste Erkrankungen in den JVA (n=27); Referenzjahr 2019

Was waren 2019 die fünf häufigsten vorkommenden Erkrankungen unter allen Häftlingen in der JVA? (n=27)					
Erkrankungen nach ICD-10-GM-2022 (DIMDI, 2022)	Reihenfolge				
	1	2	3	4	5
Psychische & Verhaltensstörungen (F00-F99)	1	6	6	3	1
Psychische & Verhaltensstörungen - Affektive Störungen (F30-F39)	0	2	2	2	2
Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	13	7	3	2	0
Summe der genannten F-Diagnosen	14	15	11	7	3
Krankheiten des Muskel-Skelett-System und des Bindegewebes (M00-M99)	5	2	3	6	1
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (T08-T14)	0	0	1	3	1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	6	3	9	5	1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	2	2	0	0	1
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	0	0	1	1	3
Virushepatitis (B15-B19)	1	0	2	0	4
Summe der genannten infektiösen Diagnosen	1	0	3	1	7
Diabetes mellitus (E10-E14)	0	2	0	2	4
Krankheiten des Atmungssystem (J00-J99)	0	2	0	0	1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K99)	0	0	0	0	1
Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)	0	1	0	1	4

Bei der Frage nach den fünf häufigsten vorkommenden Erkrankungen in den Einrichtungen sollten die Teilnehmer*innen ein eigenes Ranking erstellen und die Erkrankungen den Plätzen 1 - 5 zuordnen. Dafür standen Freitextfelder zur Verfügung. Zur Auswertung teilten wir die Antworten nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD) der WHO den jeweiligen Organsystemen zu. Die zehnte deutsche Version wurde durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben.

Die „Psychischen und Verhaltensstörungen“ wurden in den gegebenen Antworten häufig differenziert, sodass sich hier eine Gliederung der F-Diagnosen ergab. Dasselbe stellte sich bei den infektiösen Erkrankungen dar. Zur Auswertung nutzten wir die jeweiligen Summen der ICD-Kapitel. Als häufigste in den JVAen vorkommende Erkrankungen wurden die F-Diagnosen, also „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit insgesamt 50 von 27 Teilnehmer*innen angegeben. Danach kommen Erkrankungen des Kreislaufsystems und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Sieben Einrichtungen ordneten den infektiösen Erkrankungen, wie bspw. Virushepatitiden, den fünften Platz zu.

Tab. 10: Identifizierung des palliativen Versorgungsbedarfs

Wie identifizieren Sie den palliativen Versorgungsbedarf eines Häftlings? (n=26)			
Optionen	Offener Vollzug	Geschlossener Vollzug	Gemischter Vollzug
Ja, Identifizierung palliativen Bedarfs (Freitextangabe)	1	7	7
Gar nicht	0	3	3
Weiß nicht	0	1	4

Von 15 Einrichtungen wurde angegeben, dass sie den palliativen Behandlungsbedarf eines Inhaftierten identifizieren. In dem zugehörigen Freitextfeld haben fünf Einrichtungen u.a. angegeben, dass der palliative Bedarf „z. Zt. keine Relevanz hat“, „es sich um eine Jugendstrafanstalt handelt und daher sehr wenige schwerwiegende Erkrankungen vorhanden sind“, dies „in einem U-Haftgefängnis kein Thema ist“ und es „aufgrund der

Gefangenenklientel keinen Bedarf an Palliativversorgung gibt“. Eine Einrichtung gab an, dass die Identifizierung „individuell und selten ist, da von vollzuglicher Seite immer auf eine Haftunterbrechung gedrängt wird“.

Zehn Einrichtungen identifizieren den Bedarf „anhand der Diagnose und der Klinik“ oder „anhand des Krankheitsverlaufs/Beschwerdebildes“ sowie durch „Untersuchung“ und „Anamnese“, „anhand der typischen Symptome“ und/oder „durch die Schmerztherapie“. Sechs der Einrichtungen gaben an, den Bedarf gar nicht zu identifizieren und fünf gaben an, dass sie es nicht wissen.

Auf die Frage, ob ihrer JVA Anweisungen für die palliative Versorgung von Häftlingen zur Verfügung stünden, gaben drei der 26 Einrichtungen an, dass es Anweisungen gibt. Zwanzig haben keine Anweisungen und drei wissen es nicht.

Bei der Frage nach der Art der Anweisungen konnten die Teilnehmer*innen Mehrfachantworten geben. Von den drei Einrichtungen mit Anweisungen für die palliative Versorgung gab eine Einrichtung an, dass es sich hierbei um Verfahrensanweisungen handelt. Die zwei anderen gaben in einem Freitextfeld „eigene Erfahrungen“ und „Prozedere, den Patienten aus der Haft zu entlassen“ an.

Tab. 11: Interne Möglichkeiten der palliativen Versorgung

Welche internen Möglichkeiten besitzt Ihre JVA zur palliativen Versorgung? (n=25)			
Interne Möglichkeiten zur palliativen Versorgung	Offener Vollzug	Geschlossener Vollzug	Gemischter Vollzug
Keine	0	5	9
Weiß nicht	0	1	0
Ja (Freitextangabe)	1	5	4

Von 24 Einrichtungen gaben 14 an, keine Möglichkeiten zur palliativen Versorgung in ihrer JVA zu besitzen, eine Einrichtung wusste es nicht.

Zehn der Einrichtungen führten als ihre Möglichkeiten „Schmerztherapie“, „Verlegung in ein Krankenhaus“, „Hinzuziehung eines Pflegedienstes“, „Haftunterbrechung“, Verlegung

in die „Krankenabteilung“, „psychische Unterstützung“, „ärztliche Behandlung“, „medizinisches Personal“ und „Pflege“ an.

Auf die Frage, welche Assessmenttools oder Skalen den Einrichtungen zur Identifizierung des Behandlungsbedarfs zur Verfügung stehen, antworteten 21 von 24 Einrichtungen, dass es keine Assessmenttools oder Skalen gibt. Eine Einrichtung gab an, es nicht zu wissen. Eine Einrichtung antwortete, dass dies der „externen Versorgung“ unterliegt und eine andere gab an „im Bedarfsfall danach zu suchen“.

Tab. 12: Eingesetzte Medikamentengruppen

Welche Medikamentengruppen setzen Sie in der palliativen Versorgung ein? (n=23)			
Medikamenten-einsatz	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=11)
Nichtopioide Analgetika	1	9	8
Niedrigpotente Opioide	1	7	7
Hochpotente Opioide	1	7	6
Benzodiazepine	1	7	7
Kortikosteroide	1	4	5
Antidepressiva	1	10	7
Antikonvulsiva	1	5	3
Neuroleptika	1	7	5
Antiemetika	1	9	6
Anticholinergika	0	3	2
Antihistaminika	1	4	2

Bei dieser Frage konnten die Teilnehmer*innen Mehrfachantworten angeben.

Achtzehn der 23 Einrichtungen gaben an, nichtopioide Analgetika und Antidepressiva zur palliativen Versorgung einzusetzen.

Von 23 Einrichtungen nutzten 16 u.a. Antiemetika. Niedrigpotente Opiode und Benzodiazepine wurden von 15 der 23 Einrichtungen gebraucht, hochpotente Opiode nutzen 14 Einrichtungen.

Zu dem Sortiment von 13 der Einrichtungen zählten Neuroleptika. Zehnmal wurden Kortikosteroide und neunmal Antikonvulsiva als Bestandteil der eigenen palliativen Versorgung ausgewählt.

Sieben wählten zudem Antihistaminika aus und lediglich fünf der Einrichtungen gaben an Anticholinergika zu verordnen.

Die Frage, ob es Substanzen gibt, die aufgrund der Haftsituation gar nicht verordnet werden, verneinten 15 von 22 Einrichtungen. Ein/e Teilnehmer*in gab an, es nicht zu wissen. Sechs der Einrichtungen gaben an, dass es Einschränkungen von Substanzen im Vollzug gibt. Hier wurden „Opioidpflaster und -pumpensysteme“, „Betäubungsmittel“, „hochpotente Opiode“ sowie „Medikinet/Ritalin“, „Lyrica/Pregabalin“ und „Morphine“ genannt.

Tab. 13: Auflagen zur Ausgabe von Betäubungsmitteln

Im Vergleich zur Betäubungsmittelausgabe außerhalb der JVA - gibt es besondere formale Vorgaben/Auflagen zur AUSGABE von Betäubungsmitteln? (n=22)			
Besonderheiten Ausgabe BTM	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10)
Ja	1	8	6
Nein	0	2	4
Weiß nicht	0	1	0

Sechs der 22 Einrichtungen sahen keinen Unterschied in der Ausgabe von BTM in der JVA im Vergleich zur BTM-Ausgabe außerhalb der JVA.

Fünfzehn Einrichtungen antworteten, dass es Unterschiede gibt. Diese zeigten sich vor allem in der „Ausgabe unter Aufsicht“ bzw. in der Ausgabe „unter Einnahmekontrolle“, um einen Missbrauch zu vermeiden.

Tab. 14: Auflagen zur Applikation von Betäubungsmitteln

Im Vergleich zur Betäubungsmittelausgabe außerhalb der JVA - gibt es besondere formale Vorgaben/Auflagen zur APPLIKATION von Betäubungsmitteln (n= 22)			
Besonderheiten Applikation BTM	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10)
Ja	0	7	5
Nein	1	4	5
Weiß nicht	0	0	0

Zehn der 22 Einrichtungen geben keinen Unterschied in der Applikation von BTM in der JVA an. Unter den zwölf Einrichtungen, die Unterschiede angaben, zeigten sich diese u.a. darin, dass „keine Pflaster“ verordnet werden, es „keinen (eigenen) i.v.-Konsum“ oder „intrathekale oder andere Pumpsysteme“ gibt, die „Einnahme unter Aufsicht“ erfolgt und die Substanzen „wenn möglich in flüssiger Form verabreicht“ werden.

Tab. 15: SAPV

Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10)
SAPV-Teams vorhanden			
Ja	1	6	8
Nein		1	1
Weiß nicht		4	1
Entfernung SAPV-Teams			
< 10 km	1	4	6
10 - 25 km		2	1
26 - 50 km			
> 50 km			1
Nutzung SAPV-Teams			
Ja		1 (0x 2019)	1 (3x 2019)
Nein	1	9	8
Weiß nicht		1	1

Fünfzehn der 22 Teilnehmer*innen gaben an, dass es in ihrer Nähe ein oder mehrere Team/s der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung gibt, jedoch nur zwei Einrichtungen gaben an, diese auch zu nutzen, und nur eine von den beiden hat dies 2019

getan. Zwei gaben an, in der Nähe sei kein SAPV-Team, fünf machten ihren Eintrag bei „weiß nicht“. Die Entfernung der SAPV-Teams zur Einrichtung betrug zumeist unter 10 km, in drei Fällen 10 – 25 km und nur in einem Fall über 50 km.

Als Gründe die SAPV-Teams hinzuzuziehen, nannten die Einrichtungen „Beratung in der Schmerzbehandlung“ und „Unterstützung in der Pflege“ sowie nach „Bedarf des Patienten“.

Die Frage, ob die Einrichtungen Ambulante Hospizdienste nutzen, verneinten 20 der 22 Einrichtungen. Eine Einrichtung gab an, es nicht zu wissen. Ein/e Teilnehmer*in gab an, dass Ambulante Hospizdienste genutzt würden. Dies sei jedoch 2019 nicht geschehen.

Tab. 16: Psychoonkologische Dienste

Werden Psychoonkologische Dienste in Anspruch genommen? (n=22)			
Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10)
Ja	1	1	2
Nein	0	9	8
Weiß nicht	0	1	0

Vier der 21 Befragten gaben an, psychoonkologische Dienste in Anspruch zu nehmen. Das Angebot wurde zweimalig 2019 im befragten Offenen Vollzug angenommen. In den drei anderen Einrichtungen wurde 2019 kein Gebrauch von einem psychoonkologischen Dienst gemacht. Siebzehn der Einrichtungen kreuzten an, nie psychoonkologische Dienste zur Unterstützung hinzuzuziehen. Ein/e Befragte/r machte die Angabe bei „weiß nicht“.

Tab. 17: Haftaussetzung

Bei wie vielen Häftlingen kam es 2019 aufgrund einer Erkrankung zu einer Haftaussetzung? Wohin wurden die Häftlinge entlassen, deren Haft aufgrund schwerer Erkrankung 2019 ausgesetzt wurde? (n=22)			
Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10)
Wie viele Haftaussetzungen gab es 2019?			
	10	15	51
Entlassung...			
ins familiäre Umfeld	2	5	17
ins Krankenhaus		9	21
in ein stat. Hospiz		1	3
anderer Ort	0	0	4

Von den 76 Haftaussetzungen 2019 wurden von den Einrichtungen 22 als genaue Anzahl bestimmt, wohingegen die restlichen 54 Haftaussetzungen als geschätzt markiert wurden. Genau angegebene 13 Entlassungen und geschätzte elf Entlassungen fanden in das familiäre Umfeld statt.

Von den 30 Verlegungen in ein Krankenhaus sind zwölf gesichert und 18 geschätzt. Dreimal wurden Inhaftierte definitiv und einmal geschätzt in ein stationäres Hospiz verlegt. Im Freitextfeld hinter „anderer Ort“ wurden u.a. eine „forensische psychiatrische Abteilung“ und einmal „Pflegeheim“ benannt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass es keine Verlegung von Schwerkranken gab (wohl aber von anderen Inhaftierten) oder es in den meisten teilnehmenden Einrichtungen keine schwerkranken Inhaftierten gibt. Zwei Antworten wurden als ungültig gewertet.

Tab. 18: Patientenverfügung

Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=10) / (n=9)
Wird dokumentiert, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist?			
Ja	1	5	5
Nein		6	3
Weiß nicht			2
Zu welchem Zeitpunkt?			
Bei Haftantritt		3	1
Bei Neuerkrankung		3	3
Bei AZ-Verschlechterung*		4	4
Andere Möglichkeit	1	1	4
Ist die Patientenverfügung für Mitarbeitende einsehbar?			
Ja	1	4	3
Nein		7	4
Weiß nicht			2
Ist eine Verfassung einer Patientenverfügung während der Haft möglich?			
Ja	1	8	7
Nein		1	
Weiß nicht		2	2

*AZ=Allgemeinzustand

Elf der 22 Einrichtungen dokumentieren, ob Inhaftierte eine Patientenverfügung haben. Darunter gab eine Einrichtung im Freitext an, dass dies 20mal 2019 geschehen ist und eine weitere gab schätzungsweise zwei dokumentierte Patientenverfügungen an. Neun dokumentieren nicht und zwei wissen es nicht.

Die Dokumentation findet sowohl bei Haftantritt als auch bei einer Neuerkrankung und bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes statt.

In elf der 21 Einrichtungen ist die Patientenverfügung für Mitarbeitende nicht einsehbar, für acht Einrichtungen ist die Verfügung einsehbar, zwei wissen es wiederum nicht.

In 16 Einrichtungen ist die Verfassung einer Patientenverfügung während der Inhaftierung möglich. Auf Wunsch auch mit ärztlicher Beratung. Dieses Angebot wurde 2019 in einer

JVA einmal und in einer weiteren fünfmal genutzt. In den restlichen 13 Einrichtungen mit dieser Möglichkeit kam es 2019 zu keiner Verfassung einer Patientenverfügung. In einer Einrichtung ist die Verfassung nicht möglich, vier wissen es nicht.

Tab. 19: Verabschiedung von Verstorbenen

Haben Mithäftlinge/Personal/Angehörige die Möglichkeit, sich von verstorbenen Inhaftierten zu verabschieden? (n=21)			
Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=9)
Ja, Verabschiedung von verstorbenen Inhaftierten ist möglich für...			
Mithäftlinge		1	3
Personal		3	3
Angehörige	1	3	3

Sieben von 21 Einrichtungen gaben an, dass sich Angehörige von ihren in Haft Verstorbenen verabschieden können. Dies trifft ebenfalls für das Personal in sechs der Einrichtungen zu. Lediglich in vier der 21 Einrichtungen ist eine Verabschiedung von verstorbenen Inhaftierten für Mitinhaftierte möglich. In drei Einrichtungen gebe es Räumlichkeiten, die dafür vorgesehen sind. U.a. wurde die „Kirche in der JVA“ und der „Besuchsraum“ genannt.

Tab. 20: Verfügbarkeit Trauerangebote

Verfügt Ihre JVA über Trauerangebote für Häftlinge/Personal? (n=21)			
Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=11)	Gemischter Vollzug (n=9)
Trauerangebote für...			
Inhaftierte	1	6	5
Personal	1	6	4

Zwölf der 21 Einrichtungen besitzen Trauerangebote für Inhaftierte, elf der Einrichtungen auch für ihr Personal.

Die Einrichtungen, die Trauerangebote angaben, wurden zur Art der Angebote und deren Nutzung gefragt.

Tab. 21: Angebot und Nutzung Trauerangebote

Optionen	Offener Vollzug (n=1)	Geschlossener Vollzug (n=7)	Gemischter Vollzug (n=5)	
Welche Trauerangebote gibt es?				
Psychologischer Dienst	1	7	5	
Trauerbegleitung		1		
Seelsorger	1	7	5	
Andere (n)		3	1	
Wie werden die Angebote angenommen von...				
Optionen	Sehr gut	Eher ja	Eher nein	Gar nicht
Inhaftierten	2	6	4	1
Personal	1	4	7	1

Während der Psychologische Dienst und Seelsorger von allen Einrichtungen genutzt werden, spielt die Trauerbegleitung fast keine Rolle unter den Trauerangeboten.

Weitere Angebote stellen „Kriseninterventionsteams“, der „Sozialdienst“, die „Psychosoziale Notfallversorgung“ und „Trauerangebote durch eigene Mitarbeiter“ dar.

Bei den 13 antwortenden Teilnehmenden zeigt sich, dass Mithäftlinge die Trauerangebote eher annehmen als das Personal.

Tab. 22: Sonderregelungen

Welche Möglichkeiten an Sonderregelungen können Häftlinge in Anspruch nehmen, wenn Angehörige im Sterben liegen? (n=21)					
Sonderregelungen	Besuch am Sterbebett	Besuch einer Beerdigung	Besuch einer religiösen Einrichtung	Friedhofsbesuch	Andere
Ja, alle, die es sich wünschen	2	2	1	1	2
Ja, unter bestimmten Umständen	15	17	12	16	5
Nein	4	2	8	4	14

Drei Viertel der antwortenden Einrichtungen gaben an, dass es unter bestimmten Umständen Vollzugslockerungen gibt, die Besuche am Sterbebett, einer Beerdigung, einer religiösen Einrichtung oder eines Friedhofs ermöglichen. In manchen Einrichtungen sind solche Sonderregelungen nicht vorgesehen und nur in wenigen Einrichtungen gibt es keine Einschränkungen. Für „andere“ Möglichkeiten einer Sonderregelung wurden „Telefonate“, „Sonderbesuch durch Angehörige“ und „Seelsorger“ angegeben. Als Anmerkung wurde hinzugefügt, dass die Sonderregelungen in „Abhängigkeit von Delikt und Haftsituation“ bestimmt werden.

In einem letzten Punkt konnten die Teilnehmer*innen Anmerkungen zu dem Fragebogen hinterlegen. Sechs der 21 Einrichtungen machten davon Gebrauch. U.a. wurde geschrieben, dass „Palliativversorgung keine Rolle“ in der betreffenden JVA spiele. Kritikpunkte am Fragebogen selbst waren zum einen, dass die „Datenerfassung zu eng“ sei und „die Auswahlmöglichkeiten nicht zutreffen“. Ein/e andere/r Teilnehmer*in merkte an, dass die Einweisung in ein Justizvollzugskrankenhaus bspw. vor der Einweisung in ein Hospiz nicht bedacht wurde. Ein/e Teilnehmer*in schrieb, dass gute Palliativversorgung „wesentlich von gutem Arzt/Pflege-Patientenkontakt“ abhängig sei und sich das nicht messen lasse. Aus Hessen kam der Hinweis, dass dort die Fälle von multimorbiden Patienten im Rahmen von Qualitätszirkeln besprochen werden.

Es sei gut, dass sich des Themas angenommen werde. Durch eine juristisch anberaumte schnelle Entlassung aus der Haft im „Endstadium“, setze man sich mit der palliativen Versorgung nicht auseinander und müsse im Bedarfsfall improvisieren.

3.3. Qualitative Erhebung

Zur Rekrutierung der Interviewpartner*innen schrieben wir zunächst einzelne Anstaltsärzt*innen direkt per E-Mail an. Dies zeigte jedoch keinen Erfolg aufgrund fehlender Rückmeldungen, woraufhin wir die Kontaktaufnahme über die Anstaltsleiter*innen in NRW versuchten. Am 04.08.21 verschickten wir unsere Anfrage zur Durchführung eines Expert*innen-Interview an 32 JVAen in NRW. Die Anfrage enthielt eine kurze Darstellung des Forschungsprojekts, die Genehmigung durch die Ethikkommission der Universität Bonn sowie durch das Justizministerium NRW mit der Bitte die Informationen an die Anstaltsärzt*innen weiterzuleiten.

Daraufhin erhielten wir bis zum 26.10.21 acht Rückmeldungen. In zwei Haftanstalten gibt es keine palliative Versorgung aufgrund der jungen Inhaftiertenklientel, in einer findet sie nicht statt aufgrund des offenen Vollzugssystems. In einer weiteren Haftanstalt hat der Anstaltsarzt keine zeitliche Kapazität für das Interview und eine weitere gibt an, keinen eigenen Anstaltsarzt zu haben. In einer anderen findet ebenfalls keine palliative Versorgung statt, weil die Inhaftierten vor der Notwendigkeit verlegt oder entlassen werden.

Zwei Anstaltsärzt*innen stimmten einem Interview zu.

Wir entschieden uns für die Durchführung der beiden Experten*innen-Interviews; zum einen zur Klärung unserer entstandenen Fragen nach der Auswertung der Online-Umfrage und zum anderen erhofften wir uns weitere thematische Denkanstöße und Einblicke in den medizinischen Anstaltsalltag.

3.4 Qualitative Ergebnisse

Wir kategorisierten die beiden Interviews in sechs thematische Bereiche. Diese sind *Medizinische Versorgung in der JVA, Pflegemöglichkeit, Haftunterbrechung, Unterstützung von extern, Pandemie und frühe Einbindung*.

Im Folgenden werden die interviewten Ärzt*innen zur Aufrechterhaltung der Anonymität und der Genderneutralität als interviewte Person 1 und 2 (iP1 und iP2) unter den Zitaten genannt. Eine separate Analyse der Fallvignetten war nicht möglich, weil sich diese im Interview als thematischer Anreiz zur weiteren Ausführung der oben genannten Kategorien zeigten. Sie wurden deshalb inhaltsanalytisch gemeinsam mit den restlichen Aussagen ausgewertet.

Medizinische Versorgung in der JVA

Beide Ärzt*innen waren sich einig, dass sie schwer kranke Patienten hausärztlich in der JVA behandeln können.

„(...) wir haben eigentlich alle Mittel, können alles das machen, was Sie normalerweise über eine Hausarztpraxis machen können.“ [iP2]

„(...) unsere medizinische Versorgung grundsätzlich in unserer JVA entspricht eigentlich nur der einer Hausarztpraxis.“ [iP1]

Betont wurde, dass die extrinsische, aber auch die intrinsische Vorgabe für den medizinischen Dienst ist, dass:

„(...) ein Inhaftierter keinen medizinischen Nachteil erleiden soll, dadurch, dass er inhaftiert ist.“ [iP1]

„(...) wir arbeiten ja auch mit allen möglichen Einrichtungen der Umgebung zusammen. Das Vollzugskrankenhaus, die haben einen CT und Röntgen und was schön ist, auch eine eingeschränkte Physiotherapie, aber die können ja weiß Gott nicht alles leisten.“ [iP1]

Pflegemöglichkeit

Den limitierenden Faktor in der medizinischen Versorgung sahen beide in pflegerischen Tätigkeiten. Beide Ärzt*innen arbeiten in JVAen ohne Pflegebetten und sehen sich hierdurch bereits frühzeitig in der medizinischen Versorgung von Inhaftierten gebremst, sobald Inhaftierte pflegerische Unterstützung benötigen.

„Mit Ausnahme, dass sie [die JVAen] keine Pflegemöglichkeiten haben (...) was wir nicht leisten können, ist Pflege. (...) Das ist also relativ niederschwellig schon gebremst.“ [iP2]

„[Es gibt] keine stationären Betten (...) Wir haben auch gar keine Zulassung dafür. (...) insofern ist es natürlich eine Einweisungsindikation.“ [iP1]

„Man kann nicht einfach stationär Leute behandeln. Da müssen natürlich bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Allein schon baulicher Art (...) pflegequalitätsmäßig usw.“ [iP1]

„Ein paar Tage geht immer alles gut. Das ist also nicht das Problem. Aber das Problem ist, dass so wie sich die Situation chronifiziert, weil das auch die Mitarbeiter nicht mehr mitmachen. Die sind da relativ rasch limitiert und die passen da auch auf, weil die wollen natürlich keine Präzedenzfälle schaffen, sonst sind wir dann zum Schluss eine Pflegeanstalt und keine JVA.“ [iP2]

Haftunterbrechung

Beide befragten Ärzt*innen antworteten auf die Nachfrage, wie die Inhaftierten palliativ versorgt würden, dass dies mit einer Verlegung bzw. Haftunterbrechung einher ginge als meist genutzte Option.

„[Wenn kein Pflegeplatz zur Verfügung steht] „(...) dann ist der Abteilungsleiter gefordert. Der bekommt von mir eine Stellungnahme. Dass das aus den und den Gründen nicht möglich ist. Dass er aus ärztlicher Anstaltssicht nicht haftfähig ist, und der muss sich dann mit dem Staatsanwalt bzw. mit dem Gericht auseinandersetzen und versuchen, den (...) Haftunfähigkeitsstatus zur Unterbrechung oder eine definitive Haftunfähigkeit zu erreichen. Wir können keine Haftunfähigkeit ausstellen als ärztlicher Dienst. Wir können immer nur eine Empfehlung aussprechen. Die Haftunfähigkeit stellt der Richter bzw. der Staatsanwalt fest. (...) Das geht von Stunden bis Wochen.“ [iP2]

„Regelvorgehen ist so, dass eine Haftunterbrechung gewährt wird.“ [iP1]

„(...) der Sozialdienst hat dann auch für eine nahegelegene Unterbringung mitunter gesorgt.“ [iP1]

Zum Thema *Haftunterbrechung* ist hinzuzufügen, dass es für die Inhaftierten auf zwischenmenschlicher Ebene schwer sein kann, ihr gewohntes Umfeld mit vertrauten Personen verlassen und den Kontakt in das Gefängnis abbrechen zu müssen.

„(...) also der Schnitt zwischen...wenn jemand in so einer Phase ist, also in **so einer** Phase der Palliativversorgung oder anstehenden Hospizversorgung. So richtig final, sozusagen. Dann ist der Schnitt für die Leute tatsächlich manchmal hart. Die haben sich hier auch eingelebt und Bindungen zu Mitgefangenen geschaffen und zu Sozialbediensteten und ja auch zum medizinischen Dienst und dann sind die, wenn die hier raus sind, dann sind die raus. (...) Das wäre vielleicht noch mal eine Sache, dass der Übergang fließender gestaltet wird. Dass der Sozialdienst dann nochmal dahinter – also ich meine, das wird zwar gemacht, aber eigeninitiativ, ne. Es gibt keine Grundlage, oder so für Beschäftigte (...) also der medizinische Dienst, also niemand von der Justiz hat dann noch irgendetwas mit denen zutun. Die können ja auch keinen Besuch empfangen... von ihren Kumpels hier.“ [iP1]

Auf die Frage, ob Inhaftierte nicht entlassen werden wollen, antworteten die interviewten Personen:

„(...) das kann man sich sicher theoretisch vorstellen, aber praktisch habe ich so etwas noch nicht erlebt.“ [iP2]

Wie in der Online-Umfrage bereits festgestellt, findet eine Entlassung häufig in das familiäre Umfeld oder in ein Krankenhaus statt. Interessant war für uns zu erfahren, wohin die Inhaftierten ansonsten nach Haftunterbrechung entlassen werden, etwa in ein stationäres Hospiz.

„Ich könnte mir so eine Situation vorstellen, aber wir würden eigentlich versuchen, es nicht so weit kommen zu lassen. (...) Also das wäre für mein Selbstverständnis etwas zu lange gewartet... (...) wenn sowas absehbar ist, immer etwas früher zu bewerkstelligen. Im Idealfall natürlich eine familiäre Betreuung zu bekommen oder ne... Sie müssen dann schauen, ist eine Wohnung vorhanden, gibt es da Möglichkeiten, gibt es betreuende Hausärzte, gibt es ein betreuendes Pflorgeteam? (...) Wir würden versuchen, die medizinische Sache zu klären und zu formulieren, und der weitere administrative Weg geht dann über die Abteilungsleitung.“ [iP2]

Unterstützung von extern

bezieht sich auf eventuelle Zusammenarbeit mit SAPV-Teams oder Ambulanten Hospizdiensten.

SAPV-Teams

„(...) die JVAen sind nicht gut aufgestellt. (...) das wäre toll, wenn man die Möglichkeit dazu hätte so'n Team zu aktivieren. Im Einzelfall natürlich.“ [iP1]

„(...) mir ist es nicht untergekommen hier in den letzten –drei bis vier Jahren. Ich weiß auch gar nicht, ob das vorgesehen ist, ob wir überhaupt ein Team an der Hand hätten, die wir so ohne Weiteres bitten könnten bei uns tätig werden zu können. Ehm, das müsste man, wenn man das installiert, müsste man die Voraussetzung erfüllen. Das sind natürlich Sicherheitsvoraussetzungen, dass ihnen der Zugang möglich ist bei uns. (...) es muss da auch eine Abrechnungsmodalität gefunden werden. Das haben wir, eh, meines Wissens, noch nicht durchgeführt.“ [iP2]

„(...) es müsste ein SAPV-Team in die Anstalt kommen an dem und dem Tag, dann würde das auch hier klappen. Das würde dann hier organisiert werden. (...) also ich meine organisiert werden, muss es ja immer. Draußen auch.“ [iP1]

Hospize/Hospizdienste

Eine mögliche Ursache, warum die Zusammenarbeit mit Hospizen eher weniger bis gar nicht stattfindet, wurde darin begründet, dass es sowohl für Hospizmitarbeitende als auch für Mitarbeitende von Justizvollzugsanstalten unbekanntes Terrain darstellt.

„(...) aber das ist ungewöhnlich, weil die das nicht kennen. Aber dann, wir haben diese Leute dann mal besucht. Ich glaube zwei Hospize sogar und die dann auch mal hierher eingeladen, um da persönliche Bindung zu schaffen. (...) Also auf der persönlichen Ebene hat sich das dann ganz gut entsponnen und hat dann auch ganz gut funktioniert.“ [iP1]

Frühe Einbindung

„Entweder sind die im Stadium der Diagnostik, manchmal kommen die ja als gesunde Inhaftierte rein, eh also mehr oder weniger gesund angesehene Inhaftierte, wo wir im Laufe der Zeit mehr und mehr Diagnostik stellen und dann merken, dass eine ausgedehnte Tumorbehandlung nötig ist oder ein orthopädisches Leiden oder sonst irgendwelche stark limitierende Erkrankungen, so dass man sich im Laufe der Zeit überlegen muss, was macht man.“ [iP2]

„Die [Patientenklientel] sind ja auch nicht nur junge Leute, die wir da behandeln, sondern auch alte Leute in fortgeschrittenen Stadien“ [iP2]

[Zur Fallvignette COPD] „(...) wir haben Sauerstoffzugang natürlich wegen, bei entsprechender Indikation. Das machen wir schon, aber so starke Luftnot als Notfall würde dann natürlich ganz einfach in das nächstgelegene Krankenhaus kommen.“ [iP1]

Pandemie

Aufgrund der besonderen Situation durch die Coronapandemie stellte sich uns die Frage, inwiefern sich diese auf die medizinische Versorgung in den JVAen auswirkt.

„(...) durch die vielen Tests, die Verwaltungen arbeiten langsamer (...) Dokumentationen (...) das betrifft auch unser JVK, das betrifft natürlich alle Einrichtungen...“ [iP1]

„Unsere Anstalt nimmt auch weniger [Inhaftierte], weil wir ja eine Quarantäneabteilung freihalten sollen.“ [iP1]

„Wir merken es eigentlich schon sehr, weil wir Probleme haben (...) Termine zu bekommen.“ [iP2]

In unseren Interviews stellten wir abschließend die Frage, ob sich die interviewte Person bezüglich der Möglichkeiten der Palliativversorgung in JVAen Verbesserungen oder Änderungen wünsche. Eine Aussage daraufhin war:

„Das ist relativ schwierig zu beantworten. Ich weiß ja nicht, was unser Ziel ist. Weil ich meine, wenn ich Möglichkeiten schaffe, dann werden die ja auch genutzt. Ich weiß nicht, ob das verständlich ist, was ich so sage. D.h. wenn ich Pflegebetten besorge und zur Verfügung stelle, dann ist das ja nicht so, dass die leer bleiben. D.h. dass ich zum Schluss genau so viele pflegebedürftige Gefangene habe wie ich Pflegebetten habe. Und ob das im Sinne des Strafvollzuges ist, dass ich lauter Pflegefälle im Gefängnis habe, das weiß ich nicht.“

4 Diskussion

4.1 Haftunterbrechung

Im Falle einer nicht-behandelbaren Erkrankung oder einer langwierigen Therapie, die außerhalb des Vollzugskrankenhauses stattfinden muss und mit einer Hin- und Rückverlegung vom externen Krankenhaus oder Praxis in die JVA des Inhaftierten einhergehen würde, wird eine Haftunterbrechung gemäß § 455 Abs. 4 der Strafprozessordnung (StPO) beantragt (Keppler et al., 2009). Haftunterbrechung bedeutet, dass die Strafvollstreckung nicht unterbrochen wird, aber der Strafvollzug pausiert. Bei Verbesserung des Gesundheitszustands wird der Vollzug der Strafe fortgesetzt. Der Antragssteller sollte der oder die Inhaftierte sein, kann aber auch ohne Einwilligung der Gefangenen durch die Anstaltsärzt*innen und -leitung initiiert werden (Göttinger und Lütkehölter, 2018). Der Antrag wird nach einer medizinischen Beurteilung durch die Anstaltsärzt*innen über die Anstaltsleitung an die zuständige Staatsanwaltschaft gestellt (Interview). Ergänzt wird der § 455 StPO durch den § 455a StPO. Dieser führt als weiteren Grund zur Haftunterbrechung neben der gesundheitlichen Situation des Inhaftierten eine unzureichende Vollzugsorganisation zur Versorgung auf und befähigt den Anstaltsleiter zur vorzeitigen Unterbrechung, wenn die Entscheidung der Staatsanwaltschaft nicht rechtzeitig eingeholt werden kann (Göttinger und Lütkehölter, 2018).

Unsere Befragung zeigt, dass es keine formale Vorgabe im Sinne eines auszufüllenden Schriftstücks gibt, sondern eine individuelle Stellungnahme durch die Anstaltsärzt*innen erfolgt. Zudem gibt es keine einheitliche Vorgabe, welche Kriterien erfüllt sein müssen, um eine Haftunterbrechung beantragen zu können. Die Beantragung ist somit abhängig vom Ermessen der jeweils verantwortlichen Mitarbeiter*innen und den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung innerhalb der betreffenden JVA. So kann ein gesundheitlich eingeschränkter oder lebensälterer Inhaftierter adäquater in einer JVA mit einer Pflegeabteilung versorgt werden als in einer JVA ohne Pflegeabteilung. Wenn eine Verlegung in eine JVA mit Pflegeabteilung nicht möglich ist, wird über eine Haftunterbrechung nachgedacht (Interview). In die Entscheidung über den Antrag auf Haftunterbrechung fließt letztendlich auch die „Verhältnismäßigkeit von Haftgrund und Haftlänge zur Schwere der Erkrankung und ihren Risiken“ ein (Göttinger und Lütkehölter, 2018).

Die Tabelle 17 „Haftaussetzung“ zeigt, dass im Jahr 2019 76 Haftunterbrechungen in den an der Befragung teilnehmenden JVAen berichtet wurden, davon wurde über die Hälfte als geschätzte Anzahl angegeben. Leider gibt es keine zentrale Datenerhebung, wie häufig Haftunterbrechungsanträge aus den JVAen heraus gestellt werden und wie häufig sie genehmigt werden, sodass wir keine Vergleichsmöglichkeiten zu diesen Werten haben. Da die Haftaussetzung bzw. -unterbrechung als häufige „palliative“ Maßnahme genannt wurde, wäre es interessant zu wissen, wie oft davon in JVAen Gebrauch gemacht werden muss.

Die Zahl der Haftunterbrechungen im offenen Vollzug stammt aus einer JVA. Im Verhältnis zu den Haftunterbrechungen 2019 im geschlossenen oder gemischten Vollzugssystem fällt diese hohe Zahl im offenen Vollzug auf. Dies könnte darin begründet sein, dass zum einen kürzere Reststrafzeiten im offenen Vollzug gegeben sind und zum anderen die öffentliche Sicherheit weniger in Frage gestellt wird, da die Inhaftierten im Rahmen des offenen Vollzugs bereits am öffentlichen Leben partiell wieder teilnehmen und die Begehung einer erneuten Straftat für unwahrscheinlich gehalten wird.

Die meisten Inhaftierten wurden 2019 ins Krankenhaus entlassen, wobei es sich um externe Krankenhäuser handeln muss, da eine Verlegung in ein Justizvollzugskrankenhaus nicht einer Haftunterbrechung entsprechen würde. Zweithäufigster Ort war das familiäre Umfeld.

Dreimal wurde das Hospiz angegeben. Diese geringe Zahl der Verlegungen ergibt sich vermutlich aus der Tatsache, dass Inhaftierte, die im Verlauf ihrer Erkrankung in ein Hospiz aufgenommen werden, bereits im Vorfeld medizinisch und pflegerisch nicht ausreichend in der JVA versorgt werden können und deshalb frühzeitig in ein Justizvollzugskrankenhaus oder in ein externes Krankenhaus verlegt werden.

Der spürbare demographische Wandel in Gefängnissen ist in anderen europäischen Ländern sowie Großbritannien und den USA ein Grund, sich intensiver mit der Versorgung von gesundheitlich stark beeinträchtigten Inhaftierten zu befassen. Die USA und Großbritannien beschäftigen sich bereits seit mehreren Jahren mit dem Thema palliative Versorgung und „end-of-life care“ von Inhaftierten. Die Literaturanalyse durch Ghanem und Kenkmann (2019) ergab, dass für Gefängnisse „in den USA in den 1980er die ersten Hospizprogramme in Zusammenarbeit mit externen Trägern der Hospizversorgung gegründet“ wurden. Zudem sei das Mitversorgen der schwerkranken Inhaftierten durch

Mitinhaftierte „eine tragende Säule“ des Hospizkonzepts. Die erstmalige Auseinandersetzung mit der Hospiz- und Palliativversorgung in Gefängnissen variiert zeitlich zwischen den Ländern stark, so wurde beispielsweise in Frankreich erstmalig 2018 eine Studie zu diesem Thema veröffentlicht (Pazart et al., 2018).

Die medizinische Versorgung von Inhaftierten ist in Deutschland durch die Landesstrafvollzugsgesetze der einzelnen Bundesländer geregelt. Für den Strafvollzug in NRW gilt nach dem § 43 StVollzG NRW, dass „für das körperliche, seelische, geistige und soziale Wohlergehen der Gefangenen zu sorgen ist“ und „Gefangene die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen haben“. Die Inhaftierten sollen „eine medizinische Betreuung erhalten, die den Standards und Leitlinien außerhalb des Vollzugs entspricht.“ (Äquivalenzregel) (Schwind et al., 2019). Weiter ist nach den Empfehlungen des Ministerkomitees der Mitgliederstaaten des Europäischen Rats über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze (Council of Europe, 2020) das Vollzugssystem in Europa zu erhalten bzw. anzupassen.

Marti et al. (2017) beschreiben die ebenso steigende Anzahl von lebensälteren Inhaftierten in der Schweiz und die damit verbundene Schwierigkeit einer angemessenen medizinischen Versorgung - nicht nur aufgrund fehlender räumlicher Ausstattung und fehlender Ausbildung des Personals, sondern auch aufgrund des schwierigen Gleichgewichts zwischen Strafe und Rehabilitation. Da Gefängnisse ursprünglich auf junge, gesunde Männer ausgelegt waren und danach auch die Ausbildung des Personals ausgerichtet wurde – kein körperlicher Kontakt, keine emotionale Bindung, ausschließlich für die Sicherheit sorgen –, muss durch das Älterwerden und die damit in Verbindung stehende Multimorbidität der Gefangenen die Versorgung der Lebensälteren im Gefängnis überdacht werden (Marti et al., 2017). Abgesehen von den fehlenden Möglichkeiten, schwer kranke Inhaftierte im Gefängnis adäquat versorgen zu können, stehen die schweizerischen Haftanstalten vor der Schwierigkeit, dass selbst schwer kranke Inhaftierte noch als Gefahr für die Gesellschaft eingestuft werden können, wodurch Verlegungen in ein Pflegeheim oder ein Hospiz erschwert oder unmöglich werden (Marti et al., 2017).

Exemplarisch beschreiben Hostettler et al. (2019), wie ein Sterben außerhalb des Gefängnisses in der Schweiz ermöglicht werden kann. Hierzu konstruierten sie exemplarisch drei ungleiche Fälle. In dem ersten Fall geht es um einen Ersttäter, der sich

im Verlauf seiner Haftstrafe jetzt bereits im Offenen Vollzug befindet. Sein fortgeschrittenes Alter und sein schlechter Gesundheitszustand erlauben eine Entlassung auf Bewährung. Das bedeutet, dass seine Haftstrafe aufgrund der aktuellen Straftat beendet ist. Er verstirbt in einem Pflegeheim.

Der zweite Fall beschreibt eine abweichende Vollzugsform als Lösung. Da sich der Inhaftierte wegen eines schweren Deliktes im geschlossenen Vollzug befindet und nicht zwei Drittel seiner Haftstrafe verbüßt hat, jedoch die Rückfallgefahr als gering eingeschätzt wird, kann er auf eigenen Wunsch in ein Hospiz verlegt werden, wo er verstirbt. Der Unterschied zum ersten Fall ist, dass dieser Patient noch der Justiz unterstellt ist. Er müsste im Falle einer Besserung seines Gesundheitszustands die Haft fortsetzen.

Im dritten geschilderten Fall durch Hostettler et al. (2019) geht es um einen Patienten, der nach mehrfachen schweren Straftaten als weiterhin rückfallgefährdet eingeschätzt wird und nach seiner Haftstrafe sich nun in Sicherungsverwahrung befindet. Er kann nicht entlassen oder in eine abweichende Vollzugsform verlegt werden. Nach einem Schlaganfall kann er vorübergehend durch externe Dienste palliativ versorgt werden, muss aber aufgrund der fehlenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten des Gefängnisses gegen seinen Willen auf die Bewachungsstation (BEWA) am Berner Inselspital verlegt werden, wo er letztendlich verstirbt.

Hostettler et al. (2019) beschreiben sehr anschaulich die verschiedenen Alternativen, vor allem aber auch ihre Limitierungen, für Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in Haft bleiben können. Je häufiger ein Patient straffällig geworden ist und je rückfallgefährdeter er eingeschätzt wird, desto schwieriger wird die medizinische Versorgung außerhalb eines Gefängnisses und desto wichtiger eine gute Versorgung innerhalb jener. Hostettler et al. (2016, 2019) sprechen, aufgrund fehlender institutioneller Praxis im Umgang mit sterbenden Gefangenen und dem Sterben an sich, von der Empfindung „Sterben als Notfall“.

In Frankreich wurde erstmalig von 2011 bis 2013, in Abstimmung und mit Erlaubnis durch das französische Justizministerium, das Gesundheitsministerium und der Gefängnisverwaltung, eine Studie durch Pazart et al. (2018) durchgeführt, um die tatsächliche Anzahl und charakteristischen Eigenschaften der palliativ zu betreuenden Inhaftierten in Frankreich zu identifizieren.

Überraschenderweise benötigten doppelt so viele Inhaftierte eine palliative Versorgung wie Nicht-Inhaftierte desselben Geschlechts und Alters außerhalb des Gefängnisses (Pazart et al., 2018). In Frankreich können wie in Deutschland Inhaftierte selbst eine Haftaussetzung beantragen. Diese gilt für Strafgefangene, bei denen feststeht, dass sie an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden oder ihr dauerhaft körperlicher oder seelischer Zustand nicht mit einer Haft vereinbar ist und davon auszugehen ist, dass sie außerhalb der Haft nicht erneut straffällig werden (Article 720-1-1 Code de procédure pénale, 2020). Hierzu muss durch die zuständigen Ärzt*innen ein Gutachten erstellt werden und dem/der Strafvollzugsrichter*in vorgelegt werden. Die Haftaussetzung pausiert lediglich die Haftstrafe und endet bei verbessertem Gesundheitszustand. Das bedeutet, dass bei Beendigung der Haftaussetzung die pausierte Zeit nachgeholt werden muss und sich die Strafe kalendarisch verlängert. Strafvollzugsrichter*innen können jederzeit ein erneutes Gutachten anfordern und die Voraussetzungen für eine Haftaussetzung überprüfen (Article 720-1-1 Code de procédure pénale, 2020).

Pazart et al. identifizierten unter den als schwer gesundheitlich beeinträchtigt geltenden Inhaftierten, und deshalb in der Studie eingeschlossenen, 93%, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden und aufgrund dieser eine Lebenserwartung von unter einem Jahr haben und damit gesetzlich ein Recht auf eine Haftunterbrechung oder eine Hafterlassung haben. Jedoch stellten lediglich zwei Drittel einen Antrag auf Haftaussetzung und nur die Hälfte derer wurde stattgegeben (Pazart et al., 2018). Pazart et al. (2018) versuchten Gründe für diese niedrige Zahl der Haftaussetzungen zu finden. Sie vermuten, dass es Inhaftierte gibt, die von ihrem (schlechten) Gesundheitszustand nicht wissen oder die Möglichkeit der Haftaussetzung nicht kennen. Andere Inhaftierte möchten eventuell das Gefängnis nicht verlassen, weil sie sich dort ihr soziales Umfeld aufgebaut haben, vor allem, wenn es sich um längere Haftstrafen handelt. Wiederum andere sind kurz vor ihrem Haftende und möchten die Strafe nicht unnötigerweise verlängern. Die Staatsanwaltschaft kann den beantragenden Inhaftierten als weiterhin gefährlich und rückfallgefährdet einschätzen und so eine Haftaussetzung verhindern. Als weiteren Grund gaben die Wissenschaftler an, dass es für die beteiligten Personen schwer sei, die Lebenserwartung einschätzen zu können. Deutlich hervorgehoben wurde durch Pazart et al. (2018), dass in Frankreich die Inhaftierten die Initiative zur

Antragsstellung ergreifen müssen und mutmaßlich teilweise nicht über ihre Möglichkeiten informiert waren.

In unserer Befragung konnten wir nicht feststellen, inwiefern mögliche Anträge auf Haftunterbrechung nicht gestellt oder abgelehnt wurden. Rückblickend wäre dies eine interessante Ergänzung gewesen, um ein Vorgehen bei nicht stattgegebener Haftunterbrechung zu erfahren. Im Interview wurde berichtet, dass, falls es aufgrund bürokratischer Hürden zu lange mit der Bearbeitung des Antrags auf Haftunterbrechung dauert, Inhaftierte in Begleitung von Justizvollzugsbeamt*innen verlegt werden können. Dies bedeutet zum einen einen enormen personellen Aufwand für die betroffene JVA und zum anderen, dass der/die verlegte Inhaftierte weiterhin der Justiz unterstellt ist. An dieser Stelle sind dann Flexibilität und Kreativität auf Seiten der JVA und des Verlegungsortes gefragt. So konnte man sich in einem geschilderten Fall darauf einigen, dass die abgestellten Beamt*innen statt in Uniform in Zivilkleidung einen im Hospiz untergebrachten Inhaftierten bewachten (Interview).

4.2 Erkrankungen in Justizvollzugsanstalten

In unserer Umfrage zeigt sich, dass die psychischen Erkrankungen den größten Anteil der Erkrankungen im Gefängnis ausmachen. Die Übersichtsarbeit von Opitz und et al. (2018) „medicine in the penal system“ präsentiert ein ähnliches Bild im deutschen Strafvollzug. In den Jahren 1966 – 2010 wurde bei Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Prävalenz von Psychosen und schweren Depressionen festgestellt (Opitz et al., 2019). Ein weiteres Indiz für einen hohen Anteil von psychiatrischen/psychischen Erkrankungen sehen die Wissenschaftler um Opitz in der hohen Suizidrate unter Gefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Das Justizministerium NRW hat für das Jahr 2019 35 Todesfälle angegeben, wovon elf Suizide waren (Justiz NRW, 2022). Das sind immerhin 31,43% der Todesfälle in den JVAen in NRW. Im BKK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2018 (Knieps und Pfaff, 2021) entfielen von ca. neun Millionen BKK-Versicherten 15,7 % der Arbeitsunfähigkeits- (AU)Tage auf Psychische Störungen, die damit Platz drei belegen. An erster Stelle standen Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts mit 23,8% gefolgt von Erkrankungen des Atmungssystems mit 16,4% (Knieps und Pfaff, 2021). Erkrankungen des Kreislaufsystems machten lediglich einen Anteil von 4,1% aus. Es bestätigt sich lediglich bedingt, dass dieselben

Erkrankungen mit ähnlichen Häufigkeiten im Vergleich zur JVA (bspw. psychische Störungen) eine ärztliche Konsultation begründeten. Die Daten des BKK-Gesundheitsreports beziehen sich auf die AU-Tage und nicht auf Arztbesuche ohne Krankschreibung – beispielsweise Kontroll- und/oder Verlaufsuntersuchungen oder zum Ausstellen von Rezepten bei chronischen Erkrankungen. Es existiert eine Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Krankheitslast in Deutschland, in dem ein Ranking der zehn wichtigsten Erkrankungen, differenziert zwischen Frauen und Männern, für das Jahr 2010 aufgeführt ist. Hier belegten bei beiden Geschlechtern psychische und Verhaltensstörungen Platz vier. Bei Frauen waren auf Platz eins Muskuloskelettale Erkrankungen und bei Männern Herz-Kreislaufkrankungen zu finden. Herz-Kreislaufkrankungen belegten Platz zwei bei den Frauen. Krebs kam an dritter Stelle bei Frauen und an zweiter Stelle bei Männern, gefolgt von Muskuloskelettalen Erkrankungen (Plass et al., 2014). Die in unserer Umfrage genannten Infektionskrankheiten fanden sich 2010 in der Gesundheitsberichterstattung lediglich zusammengefasst unter dem Punkt „Durchfallerkrankungen, Erkrankungen der unteren Atemwege und andere Infektionskrankheiten“ auf Platz zehn bei den befragten Frauen. Unter den zehn wichtigsten Erkrankungen der Männer waren sie nicht vertreten. Wie durch Opitz et al. (2018) beschrieben, machen jedoch Infektionskrankheiten eine signifikante Krankheitslast in JVAen aus. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung lag die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten deutlich höher. Das Verhältnis von Hepatitis C lag bei 1:48-69, Hepatitis B 1:7-8, HIV 1:7-12 und Tuberkulose 1:14 (Opitz et al., 2018). Auch in unserer Befragung zeigte sich, dass die Infektionskrankheiten (differenziert in „*Virushepatitiden*“ und „*Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten*“) unter den fünf häufigsten Erkrankungen im Justizvollzug vorkommen (s. Tab. 9 „Häufigsten Erkrankungen in der JVA“). Diese Häufung von Infektionserkrankungen und vor allem Hepatitiden ist am ehesten im Zusammenhang mit der Häufigkeit von Drogenkonsum bei den Inhaftierten zu sehen.

Eine zentrale Datenerfassung zur Krankheitslast in JVAen findet nicht statt.

4.3 Todesfälle in Justizvollzugsanstalten

Laut Statistischem Bundesamt starben 2019 in Deutschland 939.520 Menschen; Erkrankungen des Kreislaufsystems waren mit 331.211 die häufigste Todesursache,

gefolgt von 239.591 Neubildungen. Durch Suizide starben 9041 Menschen. In unserer Befragung (Tabelle 8: Todesursachen) zeigte sich, dass in den teilnehmenden JVAen im Jahr 2019 vierzehn Inhaftierte durch Herz-Kreislaufkrankungen, fünf an Tumorerkrankungen und zwölf durch Suizide gestorben sind. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung gehören somit sowohl in als auch außerhalb von Gefängnissen Herz-Kreislaufkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. Ein signifikanter Unterschied ist bei Suiziden festzustellen, die intramural die zweithäufigste Todesursache ausmachen. Dies ist allerdings nicht überraschend, da Suizide innerhalb von JVAen ein bekanntes und seit einigen Jahren präventiv angegangenes Problem darstellen.

Nach den Ergebnissen der Umfrage waren 2019 insgesamt 38 Inhaftierte in den JVAen verstorben. Ein Vergleich mit Todesfallstatistiken aus den JVAen war nicht möglich. Auf Nachfrage teilte das Bundesamt für Justiz im Januar 2022 mit, dass die Statistik der Todesfälle in den JVAen ab dem Erhebungsjahr 2019 umgestellt und noch nicht fertiggestellt sei.

4.4 Assessment zur Identifikation von Inhaftierten mit palliativem Versorgungsbedarf

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen hat 2014 eine Konzeption zur „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen“ herausgegeben, in denen u.a. empfohlen wird, an regelmäßigen Qualitätszirkeln teilzunehmen. Diese sind Teil des Qualitätsmanagements und bestehen aus Arbeitsgruppen von Mitarbeiter*innen und ggf. Externen, die in regelmäßigen zeitlichen Abständen zusammenkommen, um Standards zu überarbeiten und ggf. neue Konzepte zu entwickeln, die neben qualitativen Anforderungen auch teilweise kreative Ideen benötigen. Dies soll dazu dienen, auf komplexe Krankheits- oder Sterbefälle reagieren zu können und auf zukünftige ähnliche Fälle vorbereitet zu sein. In unserer Befragung gab ein/e Teilnehmer*in an, dass multimorbide Patienten im Rahmen solcher Qualitätszirkel besprochen werden. Aus unserer Befragung geht nicht hervor, ob es weitere JVAen gibt, die Qualitätszirkel nutzen und, falls dem nicht so ist, ob ein Bedarf besteht. Aufgrund der Multimorbidität vieler Inhaftierten lässt sich zumindest mutmaßen, dass es Krankheitsfälle geben könnte, die einer interdisziplinären Auseinandersetzung bedürfen.

Auf Nachfrage, welche Assessmenttools zur Identifizierung genutzt werden, gaben die Teilnehmer*innen an, dass es keine standardisierten Tools gebe. In den Freitextfeldern wurde angegeben, dass die Patienten anhand von Diagnosen, Anamnese oder eigenen Erfahrungen eingeschätzt würden.

Ein palliativmedizinisches Basisassessment unterscheidet sich inhaltlich und umfänglich von herkömmlichen Assessments bei Aufnahmeuntersuchungen im Krankenhaus. Nach der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2016) sollen neben der körperlichen Dimension weitere Dimensionen, wie bspw. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit und Alltagskompetenz, berücksichtigt werden. Hierzu empfiehlt die DGP eine Kombination aus mehreren Assessments, um die vielseitigen Dimensionen abfragen zu können.

Es lässt sich nicht sicher sagen, ob nicht doch in den teilnehmenden JVAen empfohlene Assessments genutzt werden, die auch im Rahmen der medizinischen Versorgung von nicht palliativ zu versorgenden Patienten genutzt werden können. Hierzu zählt bspw. der Barthel-Index zur Beurteilung der Mobilität und Alltagskompetenz. Dieser war, in einer an das Gefängnis adaptierten Version, Teil der Identifizierung von schwer erkrankten Inhaftierten in der Studie von Pazart et al. (2018).

Da sich in unserer Befragung zeigt, dass kein standardisiertes Verfahren zur Identifikation von „zu schwer“ für die Haft Erkrankten für Anstaltsärzt*innen existiert und die medizinische Beurteilung und Empfehlung für eine Entlassung oder Haftunterbrechung nach individuellem Ermessen durch die Ärzt*innen geschieht, würde ein ausgewähltes Angebot an Assessments ggf. eine Arbeitserleichterung, eine Zeitersparnis und eine im Sinne des Qualitätsmanagements bedarfsorientierte Behandlung ermöglichen.

4.5 Interne Möglichkeiten zur palliativen Versorgung

Die Befragung zeigt, dass mehr als die Hälfte der Anstaltsärzt*innen (14 von 25) keine internen Möglichkeiten zur palliativen Versorgung sehen. Immerhin zehn der befragten Ärzt*innen gaben solche Optionen an. Genannt wurden „Schmerztherapie“, „Hinzuziehung eines Pflegedienstes“, „Verlegung in ein Krankenhaus oder Krankenabteilung“, „Antrag auf Haftunterbrechung“ und „Psychische Unterstützung“.

Orientierend an vier Dimensionen der Hospiz- und Palliativarbeit Psychosoziale Begleitung, Spirituelle Begleitung, Palliativpflege und Palliativmedizin (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., 2022), spiegelt die Gesamtheit der Antworten fast die Breite der Palliativversorgung wider. Aus unserer Befragung geht nicht deutlich hervor, ab wann Ärzt*innen ihre Patienten als „palliativ zu betreuen“ einschätzen. Es ist anzunehmen, dass palliativ gleichgesetzt wird mit stark pflegebedürftig.

In den beiden geführten Interviews gaben die Ärzt*innen an, dass ihre medizinische Ausstattung der einer Hausarztpraxis entspreche. Dahingehend überrascht die überwiegende Verneinung der palliativen Versorgungsmöglichkeit in den teilnehmenden JVAen, wenn wir davon ausgehen, dass Hausärzt*innen außerhalb der JVAen die allgemeine palliative Betreuung ihrer eigenen Patienten übernehmen können sowie die Organisation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

In unseren Interviews stellten wir abschließend die Frage, ob sich die interviewte Person bezüglich der Möglichkeiten der Palliativversorgung in JVAen Verbesserungen oder Änderungen wünsche. Eine teilnehmende Person beschrieb ihre Zweifel daran, ob JVAen überhaupt pflegebedürftige Inhaftierte behandeln bzw. diese ihre Haftstrafe weiter absitzen müssen sollten, weil sich aus der Möglichkeit der Durchführung aufwendiger Pflege auch die tatsächliche Umsetzung ergeben würde und ob sich das mit dem Sinn des Strafvollzugs vereinbaren lasse. Die Aussage wirft die Frage auf, inwiefern Palliativversorgung in einer JVA Einzug erhalten soll. Dieser Thematik haben sich bereits Bereswill und Neuber (2019) in einer explorativen Studie zum Thema „Das Gefängnis – (k)ein Ort zum Sterben?“ gewidmet. Sie führten hierzu Experteninterviews mit Mitarbeitenden im psychologischen, seelsorgerischen und ärztlichen Dienst, Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes und einer Anstaltsleitung. Ziel der Studie war es, herauszufinden, „wie Tod und Sterben im gegenwärtigen Vollzugsalltag thematisiert und wie der Umgang mit Sterbenden organisiert wird. Weiterhin wurde exploriert, welche Möglichkeiten und Grenzen die Fachdienste im Umgang mit der konkreten Herausforderung, Sterbeprozesse von Inhaftierten zu begleiten sehen und wie die autoritäre Struktur des Strafvollzugs und das gesellschaftliche Ideal des guten, selbstbestimmten Sterbens kollidieren“ (Bereswill und Neuber, 2019).

Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass die Fachdienste der JVAen zwar den Inhaftierten ein gutes Sterben ermöglichen wollen und dies „handlungsleitend“ (Bereswill

und Neuber, 2019) sei, es jedoch aufgrund der Sicherheitsvorkehrungen und strengen Regelungen und der Limitierung von Abweichmöglichkeiten kaum umgesetzt wird bzw. werden kann.

Über die Hälfte der befragten Anstaltsärzt*innen gaben an, über Trauerangebote für Inhaftierte zu verfügen. Mehr als die Hälfte der 21 JVAen bot Trauerangebote auch für ihr Personal an. Falls vorhanden, werden die Trauerangebote durch den Psychologischen Dienst und/oder Seelsorger gestellt. Spezielle Trauerangebote, wie bspw. in Form einer Trauerbegleitung, wurde lediglich einmal als Angebot angegeben.

Der Psychologische und der Seelsorgerische Dienst gehören zu den Fachdiensten, die laut Justizverwaltungsvorschriften in Justizvollzugseinrichtungen eingesetzt (Justizportal NRW, 2017) und deshalb vermutlich in allen 21 JVAen tätig sind. Vor diesem Hintergrund ist zu hinterfragen, ob tatsächlich keine Trauerangebote in den befragten JVAen zur Verfügung stehen, und wenn dem so wäre, warum nicht. Die Tabelle 19 „Verabschiedung von Verstorbenen“ zeigt, dass lediglich Angehörige in dem teilnehmenden offenen Vollzug die Möglichkeit haben, sich von dem Verstorbenen verabschieden zu können. Das Personal und die Mithäftlinge wurden nicht genannt. Aus unseren Ergebnissen geht nicht hervor, warum Personal und Mithäftlinge sich nicht verabschieden können. Da es sich um die offene Vollzugsform handelt, sollten einer Verabschiedung eigentlich weniger Sicherheitsvorkehrungen im Wege stehen als im gemischten oder geschlossenen Vollzug. Eine mögliche Erklärung wäre hier eine geringere Bindung zwischen Mithäftlingen und Personal im offenen Vollzug.

4.6 Medikamente in der JVA

Die in der JVA eingesetzten Medikamente (Tab. 12) wurden mit den Empfehlungen der International Association For Hospice And Palliative Care (IAHPC) für essenzielle Medikamente in der Palliativversorgung verglichen. Hierbei zeigt sich, dass es keine Medikamentengruppe gibt, die gar nicht in der JVA eingesetzt wird, allerdings gibt es deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der angewandten Medikamente. So werden von mehr als der Hälfte der befragten Anstaltsärzt*innen Antidepressiva und Nichtopioid-Analgetika verordnet. Die IAHPC empfiehlt den Einsatz von Amitriptylin, Citalopram und Mirtazapin zur Behandlung von Depressionen, im Falle von Amitriptylin außerdem zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen. Ibuprofen® und Paracetamol® finden ihre

Anwendung als Nichtopioid-Analgetika. Im Unterschied zu der Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation zur Tumorschmerztherapie empfiehlt die deutsche Leitlinie der Palliativmedizin zusätzlich den Einsatz von Metamizol, das in vielen anderen Ländern nicht zur Verfügung steht (Leitlinie Palliativmedizin, 2020).

Am wenigsten werden Anticholinergika, wie z.B. Butylscopolamin, und Antihistaminika, wie z.B. Diphenhydramin, eingesetzt mit fünf bzw. sieben von 23 Zustimmungen. Antikonvulsiva und Kortikosteroide werden ebenfalls seltener eingesetzt.

Eine mögliche Erklärung, warum manche Medikamentengruppen wenig eingesetzt werden, ist der potenzielle Substanzmissbrauch unter den Inhaftierten. Obwohl in unserer Befragung 15 von 22 Anstaltsärzt*innen angaben, dass es keine Medikamentengruppe gebe, die sie nicht verordneten, gaben zumindest sechs Einschränkungen an. Im Freitextfeld wurden als nicht verordnete Substanzen Medikinet®/Ritalin® und Lyrica®/Pregabalin angegeben.

Pregabalin stellt seit einigen Jahren ein zunehmendes Problem in der Drogenszene dar. In Überdosierung und in Kombination mit Alkohol oder Methadon kann ein „Kick“ erzeugt werden (Klinik rechts der Isar TUM, 2017). Aufgrund der euphorisierenden und sedierenden Wirkung von Pregabalin besteht ein Abhängigkeitspotenzial, weshalb die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfiehlt, die Anwendung von Pregabalin bei suchterkrankten Menschen zu vermeiden (Köberle et al., 2020).

Medikinet® und Ritalin® mit dem Wirkstoff Methylphenidat unterliegen der Betäubungsmittelverschreibungsordnung und sind aufgrund ihres euphorisierenden, konzentrationsfördernden und wachhaltenden Nebenwirkungsprofils nicht nur für deren Substanzmissbrauch innerhalb des Gefängnisses bekannt, sondern auch außerhalb, vor allem unter Studierenden (Gallah et al., 2018). Bei Einnahme von Methylphenidat kann es außerdem sehr selten zu medikamenteninduzierten Leberschädigungen kommen und bis zum akuten Leberversagen führen (Dtsch. Ärzteblatt, 2015). Die Europäische Arzneimittel-Agentur unternahm 2009 ein Verfahren zur Risikobewertung zur Beurteilung von kardio- und zerebrovaskulären und psychiatrischen Ereignissen (Dtsch. Ärzteblatt, 2015) und beschloss die Verschreibung von Methylphenidat, aufgrund einer positiven Nutzen-Risiko-Abwägung, nicht einzuschränken, formulierte jedoch zu erfüllende Voraussetzungen (Dtsch. Ärzteblatt, 2015; European Medicine Agency (EMA), 2009).

Aus unserer Befragung geht nicht hervor, warum Medikinet® und Ritalin® nicht verordnet werden. Mutmaßlich könnte der mögliche Substanzmissbrauch von Methylphenidat der limitierende Faktor sein, aber auch die eventuelle Entstehung von psychiatrischen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wie bspw. Depressionen und Suizidgedanken (EMA, 2009) könnten, aufgrund des ohnehin schon hohen Anteils von psychiatrischen Erkrankungen bei Inhaftierten, den Einsatz nichtig machen. Die Ausgabe und Einnahme der notwendigen Medikamente erfolgen unter Aufsicht. Substitutionsformen, die ein Missbrauchspotenzial durch Zweckentfremdung aufweisen, wie bspw. Fentanylpflaster oder intravenöse Applikation, werden vermieden.

Wir analysierten nach den Angaben der eingesetzten Medikamente in den JVAen häufig verwendete Kombinationen. U.a. schauten wir nach dem kombinierten Einsatz von Medikamenten, die dem WHO-Schmerzstufenschema (WHO, 2018) entsprechen. Dies sind Kombinationen aus Nicht-Opioid-Analgetika und einem niedrig- oder hochpotenten Opioid. Zur Verstärkung der Wirkung und zur Linderung von eventuellen Nebenwirkungen werden adjuvante Medikamente, wie bspw. Antiemetika und Laxantien, und Ko-Analgetika, wie bspw. Antidepressiva, Glukokortikoide, Neuroleptika und Bisphosphonate, empfohlen. Von 22 teilnehmenden JVAen kombinieren elf im Sinne des WHO-Schmerzstufenschemas. Drei gaben an, hochpotente Opioide, aber keine niedrigpotenten oder Nicht-Opioid-Analgetika zu verwenden. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich die Kombinationen nicht sicher als WHO-Stufenschema interpretieren lassen. In den JVAen, in denen nur hochpotente Opioide angegeben wurden, könnte es sich um die Substitutionsbehandlung mit Methadon handeln. Eine Angabe im Sinne des Schmerz-Stufenschemas könnte unberücksichtigt geblieben sein. Zum Verständnis der eingesetzten Medikamente könnten zukünftige Forschungsarbeiten differenziert nach Präparaten und der Indikation für ihren Einsatz fragen.

4.7 Patientenverfügung

In den Empfehlungen des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die Europäischen Strafvollzuggrundsätze (Council of Europe, 2020) wird in Teil II unter 15.1 darauf hingewiesen, dass alle Angaben zur Gesundheit des/der Gefangenen, die für das physische und psychische Wohl des/der Gefangenen oder Dritter von Bedeutung sind,

dokumentiert werden sollen. Hieraus geht leider nicht hervor, was diese Angaben umfassen sollen.

Bezogen auf die palliative Versorgung von Inhaftierten spielt eine Patientenverfügung eine entscheidende Rolle. Nur die Hälfte unser befragten Anstaltsärzt*innen gibt an, dass überhaupt das Vorhandensein einer Patientenverfügung dokumentiert wird. Der Zeitpunkt dieser Dokumentation variiert zwischen Haftantritt, Verschlechterung des Allgemeinzustands oder einer Neuerkrankung der Inhaftierten. Da die Dokumentation über das Vorhandensein einer Patientenverfügung vor allem bei der Verschlechterung des Allgemeinzustands oder einer Neuerkrankung stattfindet, wird die Dokumentation eventuell erst bei Bedarf durchgeführt und gehört nicht zur standardisierten Abfrage. Für den klinischen Alltag könnte zumindest der Hinweis, ob der/die Inhaftierte im Notfall reanimiert oder intubiert werden möchte oder ob es Maßnahmen gibt, die der/die Inhaftierte ablehnt, falls keine Patientenverfügung vorliegt, hilfreich sein. Diese individuellen Wünsche/Vorgaben ergeben sich nicht immer aus einer lebenslimitierenden Erkrankung, sondern können auch spirituell/religiös bedingt sein.

4.8 SAPV-Teams und Hospizdienste

Während es in anderen Ländern zur regelhaften medizinischen Versorgung von Inhaftierten gehört, unterstützende Teams von extern hinzuziehen (McParland und Johnston, 2019, 2021), findet diese Maßnahme wenig Anwendung in den befragten JVAen. Zu dieser Unterstützung zählen nicht ausschließlich Besuche in den Gefängnissen, sondern auch beratende Tätigkeiten von extern.

In unserer Befragung geben lediglich zwei der 22 Anstaltsärzt*innen an, SAPV-Teams zu nutzen (Tab. 15 „SAPV“), und nur in einer JVA zieht man ambulante Hospizdienste hinzu. In unseren Interviews zeigte sich, dass ein Miteinbeziehen dieser Dienste vorstellbar, aber noch nicht zum Einsatz gekommen sei. Dies liegt zum einen laut der Befragten daran, dass Inhaftierte, die der Unterstützung durch SAPV-Teams oder ambulante Hospizdienste bedürfen, verlegt werden oder eine Haftunterbrechung beantragt wird. Die Organisation eines Teams von extern sieht ein/e Interviewpartner*in nicht als Hindernis, da solche Besuche auch außerhalb der JVA organisiert werden müssen. Die Organisation unterscheidet sich ggf. inhaltlich aufgrund der Sicherheitsvorkehrungen, aber nicht in ihrem Aufwand.

Ein Einwand, der vorab geklärt werden müsse, ist die Kostenübernahme für den Einsatz von externen Diensten. Das Justizportal NRW schreibt in dem Merkblatt über die Sozialversicherung und Arbeitslosenversicherung der Gefangenen (2014), dass: „(...) das Versicherungsverhältnis für Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der Inhaftierung endet, da der die Versicherungspflicht begründete Sachverhalt (z.B. sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, Bezug von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II) entfällt.“ Die anfallenden Kosten, die durch die Gesundheitsfürsorge in der Haft entstehen, übernimmt der Justizvollzug des jeweiligen Bundeslandes. Danach sollte davon auszugehen sein, dass auch der Einsatz eines SAPV-Teams oder eines Ambulanten Hospizdienstes, der eine dem Äquivalenzprinzip entsprechende, einzusetzende Maßnahme darstellt, finanziell vom Justizvollzug getragen werden würde. Bei Entlassung ist der Justizvollzug nicht weiter der Kostenträger und der oder die Entlassene kann entweder die vorherige, während der Haft, ruhende gesetzliche Krankenversicherung wieder aufnehmen oder muss sich eigenständig um die Aufnahme in eine Krankenversicherung kümmern. Dies ist u.U. mit Schwierigkeiten verbunden.

4.9 Methodenkritik

Es zeigte sich, dass einige Teilnehmer*innen im Verlauf des Fragebogens die Bearbeitung abbrachen. Ein Grund dafür könnte sein, dass eine Frage zunächst beantwortet werden musste, um zu der nächsten Frage gelangen zu können. So wollten wir sicherstellen, dass möglichst viele Fragen beantwortet werden. Für die Teilnehmer*innen war es ggf. frustrierend, wenn sie eine Frage nicht beantworten konnten/wollten und nicht weiterkamen in der Bearbeitung des Fragebogens. Der Umfang der Umfrage könnte ebenfalls zum Abbruch geführt haben angesichts der hohen und in der Pandemie noch höheren Arbeitsbelastung der Teilnehmenden. Aufgrund der bürokratischen Strukturen und dem vorgeschriebenen Ablauf der Kontaktaufnahme mit potenziellen Teilnehmer*innen (Kontaktaufnahme über Poststelle der einzelnen JVAen > Weiterleitung an Anstaltsleiter*innen > Weiterleitung an Anstaltsärzt*innen) ließ sich weder für die Online-Umfrage noch für die Interviews keine höhere Beteiligung ermöglichen. Dennoch wurde mit insgesamt 36 vollständig beantworteten Fragebögen bei 126 angeschriebenen JVAs eine Antwortrate von 29%, und vor allem Aussagen aus 11 von 16 Bundesländern erreicht.

Einzelne Rückmeldungen der Teilnehmenden wiesen uns auf Verbesserungsmöglichkeiten des Online-Fragebogens hin. Beim Aufbau des Fragebogens folgten die Fragen zur Ausgabe und zur Applikation von BTMs auf separaten Seiten aufeinander. Es wäre zur Verdeutlichung der Unterschiede beider Fragen ratsam gewesen, sie gemeinsam auf einer Seite abzubilden. Zur Beurteilung, welche medizinischen Möglichkeiten in einer JVA gegeben sind, wäre eine Abfrage nach einer Pflegeabteilung hilfreich gewesen, da sich hieraus andere Möglichkeiten im Umgang mit schwer erkrankten Inhaftierten ergeben. Dadurch wäre allerdings die Gefahr entstanden, die teilnehmenden JVAen identifizieren zu können, weil es in Deutschland nicht viele JVAen mit Pflegeabteilungen gibt.

5 Zusammenfassung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 179 Justizvollzugsanstalten. Im März 2020 befanden sich in diesen 59.487 Gefangene und Sicherungsverwahrte; 4,4 % gehörten zu den lebensälteren Inhaftierten. Dazu zählen alle Inhaftierten, die das 60. Lebensjahr überschritten haben. Die steigende Anzahl der lebensälteren Inhaftierten stellt die JVAen räumlich und personell zunehmend vor Herausforderungen. Diese Herausforderungen beziehen sich neben einer schwindenden Mobilität und/oder zunehmenden Pflegebedürftigkeit aufgrund von Multimorbidität auch auf die altersgerechte Förderung von Körper und Geist und eine an das Alter angepasste Zielsetzung für die Zeit nach der Entlassung. Die steigende Morbidität und Zahl lebensälterer Inhaftierter haben zur Folge, dass erkrankte Inhaftierte nicht nur kurativ, sondern auch ggf. palliativ versorgt werden müssen. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, inwieweit Palliativversorgung in die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug integriert ist und wo gegebenenfalls Lücken in der Versorgung bestehen.

Voraussetzung für die Durchführung eines externen Forschungsprojekts in Justizvollzugsanstalten in Deutschland ist die Genehmigung des zuständigen Kriminologischen Dienstes oder Justizministeriums des jeweiligen Bundeslandes. Für eine ursprünglich bundesweit geplante Datenerhebung stellten wir in allen Bundesländern einen Antrag auf die Durchführung eines externen Forschungsprojekts. Nach Zustimmung von elf Bundesländern führten wir eine Online-Umfrage unter Anstaltsärzt*innen in den

teilnehmenden Bundesländern durch. Der dabei verwendete Fragebogen bestand aus 50 Items inklusive Filterfragen und umfasste neben allgemeinen Fragen zur Justizvollzugsanstalt, in der die Teilnehmenden tätig sind, auch solche zum Vorhandensein von palliativer Versorgung und deren Umfang in den teilnehmenden Justizvollzugsanstalten. Dieser Umfang schließt die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), Hospizdienste und Psychoonkologische Dienste sowie anstaltsinterne Expertise mit ein. Weitere Fragen des Hauptteils beziehen sich auf Patientenverfügungen, Haftaussetzung durch schwere Erkrankungen und Trauerangebote in den Justizvollzugsanstalten sowie die medikamentöse Versorgung von Inhaftierten und deren durch die Rahmenbedingungen limitierten Möglichkeiten. Abschließend fragten wir soziodemographische Details der Teilnehmenden ab. Aus den 126 angeschriebenen Justizvollzugsanstalten nahmen 36 Anstaltsärzt*innen an der Online-Umfrage teil und vier lehnten die Teilnahme ab. Die anderen Einrichtungen gaben keine Gründe für die fehlende Teilnahme an. Allerdings liegt eine Rücklaufquote von 28,6% in einem für eine Online-Umfrage durchaus akzeptablen Bereich.

Nach der Auswertung der Online-Umfrage modifizierten wir einen vor der Umfrage entworfenen Interviewleitfaden. Diese Änderungen orientierten sich an neu aufgetretenem Interesse an bestimmten thematischen Vertiefungen und Ergänzungen nach der quantitativen Befragung. Mit der Genehmigung des Justizministeriums NRW fragten wir in 36 Justizvollzugsanstalten in NRW für ein Interview an, jedoch nahmen nur zwei Anstaltsärzt*innen an den Interviews teil.

Bei der insgesamt geringen Beteiligung an der Online-Umfrage und an den Interviews sind die Ergebnisse nicht als repräsentativ zu betrachten. Dennoch werden mit dieser Arbeit zum ersten Mal und aus einer großen Stichprobe Ergebnisse zur Palliativversorgung im Strafvollzug in Deutschland vorgelegt.

Nach den Einschätzungen der teilnehmenden Ärzt*innen gibt es durchaus den Bedarf an einer Palliativversorgung in den JVAen, und es gibt auch schon eine Palliativversorgung in einzelnen JVAen, insbesondere analog zu einer hausärztlichen Versorgung durch die angestellten oder Vertragsärzt*innen. Selten werden externe Dienstleister für die Palliativversorgung hinzugezogen. Allerdings sind wesentliche Bestandteile der Palliativversorgung oder Palliativversorgung insgesamt eben in vielen JVAen nicht vorhanden.

Die Möglichkeiten der Palliativversorgung in JVAen stoßen schnell an ihre Grenzen, wenn die Inhaftierten Pflege benötigen, da nur wenige JVAen über Pflegebetten verfügen. Begründet werden die eingeschränkten oder fehlenden Optionen zur intramuralen Palliativversorgung von den Teilnehmenden damit, dass bei schwerer Erkrankung in aller Regel eine Haftunterbrechung oder -aussetzung erfolgt, und dann die Palliativversorgung in der häuslichen Umgebung oder einer Pflegeeinrichtung oder bei Bedarf auch in einem Hospiz erfolgen kann. Überraschenderweise gaben die Befragten aber auch an, dass viele Langzeitinhaftierte das gar nicht unbedingt wollen, weil sie ihr soziales Bezugssystem in der JVA haben.

Auch Möglichkeiten der Trauerbegleitung sind nur eingeschränkt zu finden. Dies ist zu bedauern, da Mitinhaftierte und Mitarbeitende von solchen Möglichkeiten genauso profitieren würden wie Mitglieder in anderen sozialen Gemeinschaften wie zum Beispiel Pflegeheimen.

6 Anhang

6.1 Online-Fragebogen

1. Arbeiten Sie in einem offenen oder geschlossenen Vollzug?

- Offener Vollzug
- Geschlossener Vollzug
- Gemischt

2. Bietet die JVA, in der Sie tätig sind, Haftplätze für Frauen und/oder Männer?

- Frauen
- Männer
- Sowohl als auch

3. Wie viele Haftplätze stehen in Ihrer JVA zur Verfügung?

- < 500
- 500 – 1000
- > 1000

4. Wie viele Haftplätze waren 2019 durchschnittlich belegt? (Bitte geben Sie an, ob Ihre eingegebene Anzahl genau bestimmt oder geschätzt ist)

- „Freitexteingabe“

5. Wie viele Häftlinge sind 2019 in Ihrer JVA verstorben? (Bitte geben Sie an, ob Ihre eingegebene Anzahl genau bestimmt oder geschätzt ist)

- „Freitexteingabe“

6. Was waren die Todesursachen? (Bitte geben Sie an, ob Ihre eingegebene Anzahl genau bestimmt oder geschätzt ist)

- Suizid: „Freitexteingabe“
- Intoxikationen: „Freitexteingabe“
- Gewalttaten: „Freitexteingabe“
- Tumorerkrankungen: „Freitexteingabe“
- Neurologische Erkrankungen: „Freitexteingabe“
- Herz-Kreislaufkrankungen: „Freitexteingabe“
- HIV/AIDS: „Freitexteingabe“
- Tuberkulose: „Freitexteingabe“
- Hepatitiden: „Freitexteingabe“
- Sonstige (z.B. Unfall): „Freitexteingabe“
- Todesursache unbekannt: „Freitexteingabe“

7. Was waren 2019 die fünf häufigsten vorkommenden Erkrankungen unter allen Häftlingen in Ihrer JVA? (Bitte benennen Sie die Krankheiten in der Reihenfolge der Häufigkeit, beginnend mit der häufigsten.)

8. Wie identifizieren Sie den palliativen Versorgungsbedarf eines Häftlings?

- „Freitexteingabe“
- Gar nicht
- Weiß nicht

9. Stehen in Ihrer JVA Anweisungen für die palliative Versorgung zur Verfügung?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

10. Welche Anweisungen stehen Ihnen zur Verfügung? (Mehrfachnennungen möglich.)

- Richtlinien
- Leitlinien
- Verfahrensanweisungen
- Andere: „Freitexteingabe“

11. Werden darin bestimmte Personengruppen besonders berücksichtigt?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

12. Welche Personengruppen werden bzgl. einer palliativen Versorgung besonders berücksichtigt?

- „Freitexteingabe“

13. Welche internen Möglichkeiten der palliativen Versorgung besitzt Ihre JVA?

- „Freitexteingabe“
- Keine
- Weiß nicht

14. Welche Skalen/Assessmenttools nutzen Sie zur Erhebung von Symptomen/psychosozialen Problemen/ existential distress?

- „Freitexteingabe“
- Keine
- Weiß nicht

15. Welche Medikamentengruppen setzen Sie in der palliativen Versorgung ein? (Mehrfachnennungen möglich.)

- Nichtopioidanalgetika
- Niedrig-potente Opioide
- Hoch-potente Opioide
- Benzodiazepine
- Kortikosteroide
- Antidepressiva
- Antikonvulsiva
- Neuroleptika
- Antiemetika
- Anticholinergika
- Antihistaminika

16. Welche Substanzen verordnen Sie im Rahmen der palliativen Therapie am häufigsten? (Bitte benennen Sie die Substanzen in der Reihenfolge der Häufigkeit, beginnend mit der häufigsten.)

17. Gibt es Substanzen, die Sie aufgrund der Inhaftierung gar nicht verordnen?

- Ja, Begründung: „Freitexteingabe“
- Nein
- Weiß nicht

18. Im Vergleich zur Betäubungsmittelausgabe außerhalb der JVA – gibt es besondere formale Vorgaben/Auflagen zur AUSGABE von Betäubungsmitteln?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

19. Welche Vorgaben/Auflagen gibt es?

- „Freitexteingabe“

20. Im Vergleich zur Betäubungsmittelausgabe außerhalb der JVA – gibt es besondere formale Vorgaben/Auflagen zur APPLIKATION von Betäubungsmitteln?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

21. Welche Vorgaben/Auflagen gibt es?

- „Freitexteingabe“

22. Gibt es in Ihrer Region ein oder mehrere Team/s der Ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Team/s)?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

23. Wie weit ist deren Standort von Ihrer JVA entfernt?

- < 10 km
- 10 – 25 km
- 26 – 50 km
- > 50 km

24. Nutzt Ihre Einrichtung die Teams der Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der Betreuung von Häftlingen?

- Ja
- Nein, Begründung: „Freitexteingabe“
- Weiß nicht

25. Was sind die drei häufigsten Gründe die SAPV hinzuziehen?

- „Freitexteingabe“

26. Wie häufig kam dies 2019 vor?

- „Freitexteingabe“

27. Werden ambulante Hospizdienste genutzt?

- Ja
- Nein, Begründung: „Freitexteingabe“
- Weiß nicht

28. Wie häufig kam dies 2019 vor?

- „Freitexteingabe“

29. Werden Psychoonkologische Dienste genutzt?

- Ja
- Nein, Begründung: „Freitexteingabe“
- Weiß nicht

30. Wie häufig kam dies 2019 vor?

- „Freitexteingabe“

31. Bei wie vielen Inhaftierten kam es 2019 aufgrund einer Erkrankung zu einer Haftaussetzung?

- „Freitexteingabe“

32. Wohin wurden die Häftlinge entlassen, deren Haft aufgrund schwerer Erkrankung 2019 ausgesetzt wurde?

- Familiäres Umfeld: „Freitexteingabe“
- Krankenhaus: „Freitexteingabe“
- Stationäres Hospiz: „Freitexteingabe“
- Andere: „Freitexteingabe“

33. Wird dokumentiert, ob Häftlinge eine Patientenverfügung besitzen?

- Ja, „Freitexteingabe“, wenn Anzahl bekannt
- Nein

- Friedhofsbesuche Ja, alle die es sich wünschen | Ja, unter bestimmten Umständen | Nein

- Andere: „Freitexteingabe“

- Anmerkungen: „Freitexteingabe“

46. Wie viele Ärzt*innen sind in Ihrer JVA angestellt? (Full Time Equivalent)

- „Freitexteingabe“

47. Wie viele Ärzt*innen arbeiten als Vertragsärzt*innen in der JVA? (Full Time Equivalent)

- „Freitexteingabe“

48. Sind Sie angestellt oder arbeiten Sie als Vertragsarzt/-ärztin?

- Angestellt

- Vertragsarzt/-ärztin

49. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie Arzt/Ärztin bereits mit Häftlingen?

- 0 – 5 Jahre

- 6 – 15 Jahre

- 16 – 25 Jahre

- über 25 Jahre

50. Arbeiten in Ihrer JVA Kolleg*innen oder Mitarbeiter*innen, die eine palliative Zusatzweiterbildung oder Fortbildung absolviert haben?

- Ja

- Nein

- Weiß nicht

- Anmerkungen: „Freitexteingabe“

51. Haben Sie Anmerkungen zu dem Fragebogen oder weitere Hinweise zur palliativen Versorgung von Häftlingen, die im Fragebogen nicht hinreichend berücksichtigt wurden?

- Ja, „Freitexteingabe“

- Nein

6.2 Interviewleitfaden

Opening

1. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Anstaltsärztin/-arzt mit Inhaftierten?
2. Ist der demographische Wandel der immer älter werdenden Bevölkerung für Sie im Vollzug in Ihrer Rolle als Arzt/Ärztin spürbar?
 - Wenn ja, inwiefern?
 - Haben Erkrankungen dadurch insgesamt zugenommen oder sind im Vergleich zu Zeiten eines jüngeren Altersdurchschnitts andere Erkrankungen vorrangig geworden?

Vignette A COPD

1. Stellen Sie sich bitte vor, dass ein Häftling mit fortgeschrittener COPD zu Ihren Patienten gehört. Er leidet immer häufiger an starker Dyspnoe und damit verbundenen Angstattacken.
2. Welche medizinische Versorgung ist für ihn in Ihrer JVA möglich?
3. In unserer Befragung hat sich gezeigt, dass SAPV-Teams nur in wenigen Fällen genutzt werden – würden Sie in diesem Fall ein SAPV-Team hinzuziehen? Wenn ja, welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?

Vignette B Pankreas-CA

1. Stellen Sie sich bitte einen Inhaftierten vor, bei dem kürzlich die Diagnose Pankreas-CA gestellt wurde. Er leidet u.a. aufgrund von Lebermetastasen unter starken Leberkapselschmerzen und sein Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend.
2. Welche medizinische Versorgung ist für ihn in Ihrer JVA möglich?
3. Würden Sie in diesem Fall ein SAPV-Team hinzuziehen? Wenn ja, welche Unterstützung wäre für Sie hilfreich?

4. Würden Sie eine Verlegung in eine stationäre Einrichtung erwägen, die über eine palliativmedizinische Expertise verfügt?

Allgemeines

1. Sehen Sie für andere Situationen als in den besprochenen Fallvignetten Bedarf für die Hinzuziehung von
 - SAPV-Teams?
 - Ambulanten Hospizdiensten?
 - Psychoonkologischen Diensten?
2. Wenn Sie über eine Verlegung entscheiden, welche medizinischen Kriterien sind für Sie dafür ausschlaggebend?

In unserer Befragung zeigte sich, dass die meisten schwer erkrankten Inhaftierten in ein Krankenhaus verlegt werden, gefolgt von denjenigen, die in ihr familiäres Umfeld entlassen werden...

- Wer ist für die Vorbereitung bzw. das Entlassmanagement verantwortlich?
 - Wer bahnt den Inhaftierten außerhalb der JVA eine medizinische Versorgung?
 - Gibt es Fälle, in denen Inhaftierte bei sehr schwerer Erkrankung weder ins Krankenhaus möchten noch in andere Einrichtungen (z.B. Hospiz) oder in eine familiäre Umgebung wollen oder können?
 - Wenn ja, wie gehen Sie dann vor?
3. Hat die Pandemiesituation Auswirkungen auf die palliative Versorgung gehabt? (z.B. durch einen Aufnahmestopp in den Einrichtungen?)

Abschluss

1. Halten Sie „Palliativversorgung hinter Gittern“ für ein Thema, das mehr Aufmerksamkeit bekommen sollte? Wenn ja, wie sollte dies angestrebt werden?

2. Sehen Sie Verbesserungsbedarf für die Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten von schwer erkrankten Inhaftierten?

- Gibt es etwas, das Sie sich für Ihre internen Möglichkeiten wünschen?
- Gibt es etwas, das Sie sich von Seiten der Politik wünschen?

3. Gibt es noch etwas, was Sie sagen oder anmerken möchten?

6.3 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Online-Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an der vorliegenden Untersuchung. Hiermit möchten wir Ihnen eine zusammenfassende Information über unser Anliegen zukommen lassen. Bitte zögern Sie nicht, auftretende Fragen zu diesen Informationen zu stellen. Sollten Sie sich entschließen, an dieser Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, dies auf der ersten Seite des Online-Fragebogens anzukreuzen.

Projektbeschreibung:

Das Forschungsprojekt trägt den Titel „Palliativversorgung hinter Gittern“ und wird durch die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt. Mit dieser Studie soll untersucht werden, inwieweit Palliativversorgung in die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug integriert ist und wo gegebenenfalls Lücken in der Versorgung bestehen.

Ziel der Studie ist es, herauszufinden,

- welche Maßnahmen/Interventionen bei Inhaftierten mit palliativem Versorgungsbedarf ergriffen werden;
- welche Krankheiten Anlass für eine Palliativversorgung geben und welche die häufigsten sind;
- wie viele Verstorbene in einem bestimmten Zeitraum eine Palliativversorgung benötigt haben;
- ob und ggf. welche Regelungen/Vorkehrungen (physisch, spirituell, psychosozial) für den Umgang mit Sterbenden vorliegen;
- ob Opioide eingesetzt werden und ob ggf. zusätzliche Hürden für eine Verordnung und Abgabe der Medikamente im Vergleich zu Nicht-Inhaftierten bestehen.

Projektname: Palliativversorgung hinter Gittern

Einrichtung: Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Das Team: Prof. Dr. Lukas Radbruch (Direktor Klinik für Palliativmedizin), Dr.ⁱⁿ Birgit Jaspers (Forschungskordinatorin)

Kooperationspartner: Prof. Torsten Verrel (Kriminologisches Seminar, Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bonn)

Laufzeit: 01.09.2019 bis 31.10.2021

Ansprechpartner: Prof. Dr. Lukas Radbrauch und Dr.in Birgit Jaspers, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn;

Studiendesign:

Im Rahmen dieses Projektes möchten wir erfahren, wie die palliative Versorgung von Häftlingen in Justizvollzugsanstalten aussieht, welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede zu nichtinhaftierten Patienten bestehen (Auswahl der Medikamente, Einbezug von Hospizen/SAPVs, Umgang mit dem Sterben), welche Erkrankungen ursächlich führend sind und welche Hürden sich für die palliative Versorgung in einer JVA stellen. Dazu haben wir einen Online-Fragebogen entwickelt, dessen Bearbeitung ca. 30 Minuten dauert.

Mögliche Risiken und erwarteter Nutzen:

Die befragten Personen haben durch das Forschungsprojekt keinen persönlichen Nutzen oder Nachteil zu erwarten. Vielmehr tragen alle Befragten dazu bei, eine gute vorausschauende Planung, die notwendigen Informationen und Kontinuität der palliativmedizinischen Versorgung für zukünftige Patient*innen zu gewährleisten und zu verbessern.

Hinweise zum Datenschutz und Datenmanagement:

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Zur Gestaltung des Fragebogens haben wir uns für die Onlineplattform SoSci Survey, die ihren Sitz in München hat, entschieden. Die Teilnahme erfolgt über einen Hyperlink und ist anonymisiert. Die Fragen sind nicht personenbezogen und so formuliert, dass keine Rückschlüsse auf den*die Teilnehmer*in gezogen werden können. „Anonymisierte Daten“ sind laut Erwägungsgrund 26 der EU-DSGVO „Informationen, die sich nicht auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche

Person beziehen, oder personenbezogene Daten, die in einer Weise anonymisiert worden sind, dass die betroffene Person nicht oder nicht mehr identifiziert werden kann.“ Deshalb unterliegen anonymisierte Daten nicht der EU-DSGVO. Die Daten sind anonymisiert und werden auf dem Server der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin zugriffsgeschützt gespeichert und dem beteiligten Projektteam zugänglich gemacht. Diese Maßnahmen werden zum Schutz ihrer Daten getroffen, um eine unbefugte Weitergabe an Dritte zu verhindern. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB und werden nach den Bestimmungen des Landes-/Bundesdatenschutzes vor jedem Missbrauch geschützt. Alle anonymisierten Daten werden in Anlehnung an die Leitlinie 17 „Archivierung“ aus den „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlichen Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) mindestens zehn Jahre lang aufbewahrt und die Empfehlungen der Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“ der DFG eingehalten. Sie dürfen jederzeit bei den zuständigen Datenschutzbeauftragten Beschwerde über die Studie einlegen.

Datenverarbeitung verantwortliche Person (Projektleiter):

Prof. Dr. Lukas Radbruch

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, Gebäude 66, 53127 Bonn

Lokaler Datenschutzbeauftragter Universitätsklinikum Bonn:

Herr Achim Flender

Venusberg-Campus 1, Gebäude 01, 53127 Bonn

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

6.4 Teilnehmerinformation und Datenschutzkonzept zum Expert*inneninterview

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an der vorliegenden Untersuchung. Hiermit möchten wir Ihnen eine zusammenfassende Information über unser Anliegen zukommen lassen. Bitte zögern Sie nicht, auftretende Fragen zu diesen Informationen zu stellen. Sollten Sie sich entschließen, an dieser Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, dies auf der ersten Seite des Online-Fragebogens anzukreuzen.

Projektbeschreibung:

Das Forschungsprojekt trägt den Titel „Palliativversorgung hinter Gittern“ und wird durch die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt. Mit dieser Studie soll untersucht werden, inwieweit Palliativversorgung in die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug integriert ist und wo gegebenenfalls Lücken in der Versorgung bestehen.

Ziel der Studie ist es, anhand einer Online-Befragung herauszufinden,

- welche Maßnahmen/Interventionen bei Inhaftierten mit palliativem Versorgungsbedarf ergriffen werden;
- welche Krankheiten Anlass für eine Palliativversorgung geben und welche die häufigsten sind;
- wie viele Verstorbene in einem bestimmten Zeitraum eine Palliativversorgung benötigt haben;
- ob und ggf. welche Regelungen/Vorkehrungen (physisch, spirituell, psychosozial) für den Umgang mit Sterbenden vorliegen;
- ob Opioide eingesetzt werden und ob ggf. zusätzliche Hürden für eine Verordnung und Abgabe der Medikamente im Vergleich zu Nicht-Inhaftierten bestehen.

Zusätzliche Interviews mit Expert*innen haben das Ziel, die Erkenntnisse anhand von zwei vorgegebenen Vignetten und weiteren Fragen zur Einbindung von palliativmedizinischen Diensten und Einrichtungen bei schwerer Erkrankung, Modalitäten von Verlegungen in andere stationäre Einrichtungen oder ins häusliche Setting zu vertiefen.

Studiendesign:

Im Rahmen dieses Projektes möchten wir erfahren, wie die palliative Versorgung von Inhaftierten in Justizvollzugsanstalten aussieht, welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede zu nichtinhaftierten Patienten bestehen (Auswahl der Medikamente, Einbezug von Hospizen/SAPVs, Umgang mit dem Sterben), welche Erkrankungen ursächlich führend sind und welche Hürden sich für die palliative Versorgung in einer JVA stellen.

Nach Abschluss einer Online-Befragung werden zur Vertiefung der Erkenntnisse Gespräche mit Anstaltsärzt*innen geführt. Die Gespräche dauern ungefähr 30 Minuten. Den Interviewleitfaden legen wir diesem Informationsschreiben zu Ihrer Information bei. Die Gespräche werden von einer in Interviewführung geschulten Doktorandin der

Palliativmedizin geführt, mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und im Anschluss ano- sowie pseudonymisiert.

Mögliche Risiken und erwarteter Nutzen:

In den Gesprächen werden alle Teilnehmenden gebeten, über ihre Erfahrungen und (berufliche) Tätigkeit in der Palliativversorgung von Inhaftierten zu sprechen. Dies kann dazu führen, dass Sie sich unwohl oder belastet fühlen. Die befragten Personen haben durch das Forschungsprojekt keinen persönlichen Nutzen oder Nachteil zu erwarten.

Vielmehr tragen alle Befragten dazu bei, eine gute vorausschauende Planung, die notwendigen Informationen und Kontinuität der palliativmedizinischen Versorgung für zukünftige Patientinnen/Patienten zu gewährleisten und zu verbessern.

Hinweise zum Datenschutz und Datenmanagement:

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät digital aufgezeichnet und pseudonymisiert gespeichert. D.h., dass die Identifizierungsmerkmale (z.B. Name/Beschäftigungsort im Dateinamen) durch einen Code ersetzt werden. Eine Liste mit den Namen/Beschäftigungsorten der Teilnehmenden und den entsprechenden Codes für die Bezeichnung der Audioaufnahme und das Transkript wird verschlüsselt im Datentresor der Abteilung für Palliativmedizin gespeichert; auf diese haben nur die beteiligten Forscher*innen Zugriff, wenn es z.B. im Rahmen eines Widerrufs der Beteiligung notwendig ist. Die Aufnahmen werden anschließend wörtlich abgetippt (transkribiert); dabei wird das Transkript anonymisiert, sodass im Text kein Rückschluss mehr auf die Interviewteilnehmenden und im Interview benannten Personen oder Einrichtungen etc. möglich ist. „Pseudonymisierung“ heißt gemäß Art. 4 Abs. 5 der EU-DSGVO: „die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren Person zugewiesen werden.“ „Anonymisierte Daten“ sind Erwägungsgrund 26 der EU-DSGVO „Informationen, die sich nicht auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen, oder personenbezogene Daten, die in einer Weise anonymisiert worden sind, dass die betroffene Person nicht oder nicht mehr identifiziert werden kann.“ Deshalb

unterliegen anonymisierte Daten nicht der EU-DSGVO. Die Transkripte werden passwortgeschützt auf einem Datenträger gespeichert. Die Tonbandaufnahmen werden im Anschluss an eine Transkription gemäß Art. 5 der DSGVO gelöscht. Zugang zu den Daten und die Auswertungen erfolgt anschließend auf der Basis der Abschriften. Die Abschriften werden auf dem Server der Klinik für Palliativmedizin zugriffsgeschützt gespeichert und dem beteiligten Projektteam zugänglich gemacht. Diese Maßnahmen werden zum Schutz Ihrer Daten getroffen, um eine unbefugte Weitergabe an Dritte zu verhindern. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB und werden nach den Bestimmungen des Landes-/Bundesdatenschutzes vor jedem Missbrauch geschützt. Alle anonymisierten Daten werden in Anlehnung an die Leitlinie 17 „Archivierung“ aus den „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlichen Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) mindestens zehn Jahre lang aufbewahrt und die Empfehlungen der Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“ der DFG eingehalten. Sie dürfen jederzeit bei den zuständigen Datenschutzbeauftragten Beschwerde über die Studie einlegen:

Datenverarbeitung verantwortliche Person (Projektleiter):

Prof. Dr. Lukas Radbruch

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, Gebäude 66, 53127 Bonn

Lokaler Datenschutzbeauftragter Universitätsklinikum Bonn:

Herr Achim Flender

Venusberg-Campus 1, Gebäude 01, 53127 Bonn

Sie haben das Recht, jederzeit über die im Rahmen der Studie erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft, einschließlich ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu erhalten. Bei Rückfragen zu Ihren Daten wenden Sie sich bitte an den zuständigen Projektleiter des Universitätsklinikums Bonn.

Sie können Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen oder die Löschung Ihrer Daten verlangen, ohne dass hieraus Nachteile entstehen.

6.5 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Teilnehmer*innen im Verlauf	23
--	----

6.6 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Datenerhebungszeitraum	15
Tab. 2: Genehmigungsverfahren - Zeitraum	21
Tab. 3: Berufserfahrung Teilnehmer*innen	24
Tab. 4: Vollzugssystem (n=36)	24
Tab. 5: JVA nach Geschlechtern und Vollzugssystem (n=36)	25
Tab. 6: Größe nach Vollzugssystem der Einrichtungen (n=36)	25
Tab. 7: Verstorbene (n) in der JVA (n=32); Referenzjahr 2019	26
Tab. 8: Todesursachen	27
Tab. 9: Ranking häufigste Erkrankungen in den JVA (n=27); Referenzjahr 2019	29
Tab. 10: Identifizierung des palliativen Versorgungsbedarfs	30
Tab. 11: Interne Möglichkeiten der palliativen Versorgung	31
Tab. 12: Eingesetzte Medikamentengruppen	32
Tab. 13: Auflagen zur Ausgabe von Betäubungsmitteln	33
Tab. 14: Auflagen zur Applikation von Betäubungsmitteln	34
Tab. 15: SAPV	34
Tab. 16: Psychoonkologische Dienste	35
Tab. 17: Haftaussetzung	36
Tab. 18: Patientenverfügung	37
Tab. 19: Verabschiedung von Verstorbenen	38
Tab. 20: Verfügbarkeit Trauerangebote	38
Tab. 21: Angebot und Nutzung Trauerangebote	39
Tab. 22: Sonderregelungen	40

7 Literaturverzeichnis

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Akutes Leberversagen unter Methylphenidat-Therapie (Aus der UAW-Datenbank). Dtsch. Ärztebl. 2015; 112(7): A-295/B-255 / C-251

Bereswill M, Neuber A. Das Gefängnis – (k)ein Ort zum Sterben; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2019; 102(3): 177-183

Council of Europe, 01.07.2020: Recommendation of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016809ee581 (Zugriffsdatum: 19.01.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2016: Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf (Zugriffsdatum: 27.06.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsgg.), September 2017: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf (Zugriffsdatum: 29.01.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2018: Palliativmedizinisches Basisassessment. <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html> (Zugriffsdatum: 26.02.2022)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., 2022: Palliative Care. https://www.dhpfv.de/themen_palliativecare.html (Zugriffsdatum: 30.01.2022)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2022: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.

Revision, German Modification. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/> (Zugriffsdatum: 03.07.2022)

De Lima L, Krakauer EL, Lorenz K, Prail D, Macdonald N, Doyle D. Ensuring palliative medicine availability: the development of the IAHPIC list of essential medicines for palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 2007; 33(5): 521-526

European Medicines Agency (EMA), 22.01.2009: European Medicines Agency makes recommendations for safer use of Ritalin and other methylphenidate-containing medicines in the EU. https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/european-medicines-agency-makes-recommendations-safer-use-ritalin-other-methylphenidate-containing_en.pdf (Zugriffsdatum: 26.01.2022)

Fallah G, Moudi S, Hamidia A, Bijani A. Stimulant use in medical students and residents requires more careful attention; *Caspian Journal of Internal Medicine* 2018; 9(1): 87-91

Ghanem C, Kenkmann A. Psychosoziale Unterstützungsangebote für lebensältere Menschen in Haft – Eine Literaturanalyse. *Bewährungshilfe*, 2019; 4: 320-344

Göttinger G, Lütkeholter M. *Medizinische Versorgung in Justizvollzugsanstalten*. Berlin: Springer, 2018: 26 – 34

Hostettler U, Marti I, Richter M. Sterben im Justizvollzug. Juristische, ethische und praktische Möglichkeiten und Herausforderungen. *Bewährungshilfe*, 2019; 66: 356-366

Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022; Alter der Strafgefangenen und Untergebrachten der Sicherungsverwahrung. https://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/zahlen_fakten/statistiken/justizvollzug/bellegungsdaten/weitere_Daten/alter_strafgefingene_sicherungsverwahrte.pdf (Zugriffsdatum: 03.04.2022)

Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022; Berufe in der Justiz NRW. <https://www.menschen-im-sinn.justiz.nrw/berufe/justizvollzug/arzt-mwd> (Zugriffsdatum: 29.01.2022)

Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2017; Justizverwaltungsvorschriften-Online.
<http://www.jvv.nrw.de/anzeigeText.jsp?daten=1133&daten2=Vor> (Zugriffsdatum:
15.04.2022)

Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022; Offener Vollzug.
https://www.justiz.nrw.de/BS/recht_a_z/O/Offener_Vollzug/index.php (Zugriffsdatum:
16.07.2022)

Justizportal Nordrhein-Westfalen, 2022; Todesfälle in den JVAen.
https://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/zahlen_fakten/statistiken/justizvollzug/todesfaelle.pdf (Zugriffsdatum: 01.05.2022)

Kenkmann A, Erhard S, Maisch J, Ghanem C. Altern in Haft – Angebote für ältere Inhaftierte in der Bundesrepublik Deutschland; Kriminologie – Das Online-Journal 2020; 2: 101-122

Keppler K, Stöver H. Gefängnismedizin. Stuttgart, New York, Delhi, Rio: Thieme, 2009: 56 - 58

Knieps F, Pfaff H. BKK Gesundheitsreport 2021. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Vertragsgesellschaft, 2021: 91

Klinikum rechts der Isar TUM, 2017: Steigender Pregabalin-Missbrauch in München.
<https://www.mri.tum.de/news/steigender-pregabalin-missbrauch-muenchen>
(Zugriffsdatum: 20.01.2022)

Köberle U, Stammschulte T, Acquarone D, Bonnet U. Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin; Arzneiverordnung in der Praxis 2020; 47: 62 - 65

Marti I, Hostettler U, Richter M. End of Life in High-Security Prisons in Switzerland; Journal of Correctional Health Care 2017; 23: 32 – 42

McParland C, Johnston BM. Palliative and end of life care in prisons: a mixed methods rapid review of the literature from 2014-2018; *BMJ Open* 2019; 9

McParland C, Johnston BM. Caring, sharing, preparing and declaring: how do hospices support prisons to provide palliative and end of life care? A qualitative descriptive study using telephone interviews; *Palliative Medicine* 2021; 35 (3): 563- 573

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014; Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf> (Zugriffsdatum: 21.02.22)

Ministerium der Justiz Nordrhein-Westfalen, 2021: Verzeichnis der Vollzugsanstalten in der Bundesrepublik Deutschland. https://justiz.de/onlinedienste/vollstreckungsplaene/vollzugsanstalten_deutschland.pdf (Zugriffsdatum: 21.01.2022)

Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N: Medicine in the penal system. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2018; 115: 808–814

Pazart L, Godard-Marceau A, Chassagne A, Vivot-Pugin A, Cretin E, Amzallag E, Aubry R. Prevalence and characteristics of prisoners requiring end-of-life care: A prospective national survey; *Palliative medicine* 2018; 32(1): 6 – 16

Plass D, Vos T, Hornberg C: Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Dtsch. Ärzteblatt Int* 2014; 111: 629-638

République française, 01.01.2020: Article 720-1-1 Code de procédure pénale. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039279123/ (Zugriffsdatum: 27.01.2022)

Schwind H-D, Böhm A, Jehle J-M, Laubenthal K. Strafvollzugsgesetze: Bund und Länder. Berlin, Boston: De Gruyter, 2019. 521-590

Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002; 24: 91-96

Statistisches Bundesamt (Destatis), 07.04.2020: Rechtspflege – Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs Januar bis Juni 2019. https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00136784
(Zugriffsdatum 15.05.2022)

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021: Rechtspflege – Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs Januar bis Dezember 2020. <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=24321-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1642763803066#abreadcrumb>
(Zugriffsdatum: 21.1.2022)

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022: Todesursachen 2019. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1643116862869&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=23211-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> (Zugriffsdatum: 25.01.2022)

World Health Organization, 2018. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf>
(Zugriffsdatum: 02.05.2022)

8 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Radbruch für sein offenes Ohr für die Idee dieser Doktorarbeit, für die Unterstützung in ihrer Umsetzung und für die lehrreiche Hilfestellung beim wissenschaftlichen Arbeiten.

Ich danke Frau Dr. Jaspers für die vielen Telefonate, der geduldigen Beantwortung von Fragen und Beseitigung von Unklarheiten sowie ihre motivierenden und aufbauenden Worte.

Herrn Prof. Dr. Verrel vielen Dank für neue Denkanstöße und die Unterstützung bei der korrekten Anwendung und Formulierung juristischer Inhalte.

Ebenso danke ich Herrn Dr. Holger Brunsch für die Tipps und Tricks bei der Erstellung eines Online-Fragebogens.

Ich danke Andrew für seine schlichtenden Worte, wenn es zwischen Excel und mir zu Auseinandersetzungen kam. Außerdem danke ich ihm für seine ständige mentale Unterstützung und dem konsequenten Glauben an diese Doktorarbeit.

Meiner Mama, meinen Freundinnen Talina und Sabine danke ich für das Gegenlesen der Doktorarbeit und all ihren Anregungen und Vorschlägen.

Ich danke meinem Opa Kurt, dem ich diese Doktorarbeit gewidmet habe, dass er immer an mich glaubt und mir alles zutraut.

Ein großer Dank geht an alle Teilnehmer*innen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.