



Liane Meyer

Strafvollzug und demografischer Wandel

Herausforderungen für
die Gesundheitssicherung
älterer Menschen in Haftanstalten



BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus Meyer, Strafvollzug und
demografischer Wandel, ISBN 978-3-7799-6762-0
© 2022 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6762-0](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6762-0)

Inhalt

Dank	9
I. Einleitung	11
II. Theoretische Grundlagen	20
1. Alter(n) und Gesundheit	20
1.1 Dimensionen des Alter(n)s	22
1.1.1 Soziale Dimension	23
1.1.2 Körperliche Dimension	26
1.1.3 Psychologische Dimension	29
1.2 Gesundheit und Krankheit im Alter	31
1.2.1 Chronische Erkrankungen und funktionale Einschränkungen	33
1.2.2 Depressive Störungen im Alter	37
1.2.3 Die Inkontinenz	40
1.3 Prävention im Alter	43
1.3.1 Zur Bedeutung und Prävalenz körperlicher (In-)Aktivität im Alter	46
1.3.2 Empfehlungen zur körperlichen Aktivität im Alter	48
1.3.3 Bewegungsförderung im Alter	50
2. Strafvollzug und Gesundheit	54
2.1 Strafvollzug im gesellschaftlichen Kontext	55
2.1.1 Zum Verhältnis von Strafvollzug und Gesellschaft	55
2.1.2 Gefängnis als Lebenswelt und totale Institution	59
2.1.3 Die Menschenwürde Inhaftierter – ethische Aspekte	61
2.2 Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsdienst in Haft	64
2.2.1 Der Gesundheitsdienst im Strafvollzug	64
2.2.2 Zum Äquivalenzprinzip	69
2.2.3 Problembereiche der Gesundheitsversorgung	71
3. Alte Menschen im Strafvollzug	75
3.1 Zur Altersstruktur im deutschen Strafvollzug	76
3.2 Die Gesundheit älterer Menschen im Strafvollzug	79
3.3 Probleme und Lösungsansätze in der Praxis	83

III. Studiendesign und Untersuchungsmethoden	88
1. Forschungsfeld	89
1.1 Besonderheiten im Forschungsfeld	90
1.2 Besonderheiten der Datenerhebung	92
2. Quantitative Untersuchung	93
2.1 Die Zielpopulation	93
2.2 Ausschöpfungsquote – Rücklauf	95
2.3 Fragebogen und Pretest	96
2.4 Untersuchungsablauf	99
2.5 Datenaufbereitung und Datenanalyse	101
3. Qualitative Untersuchung	102
3.1 Feldzugang	102
3.2 Problemzentrierte Interviews	105
3.3 Untersuchungsablauf	107
3.4 Datenanalyse	108
IV. Empirische Ergebnisse	111
1. Wer sind die Älteren im Strafvollzug?	112
1.1 Perspektive Inhaftierte	112
1.2 Perspektive Leitungsebene	119
1.3 Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	124
1.4 Zusammenfassung	126
2. Der Gesundheitszustand älterer Inhaftierter	128
2.1 Zur körperlichen und subjektiven Gesundheit	128
2.1.1 Perspektive Inhaftierte	129
2.1.2 Perspektive Leitungsebene	133
2.1.3 Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	135
2.1.4 Zusammenfassung	136
2.2 Zur psychischen Gesundheit und Depressivität	137
2.2.1 Perspektive Inhaftierte	139
2.2.2 Perspektive Leitungsebene	149
2.2.3 Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	152
2.2.4 Zusammenfassung	155
2.3 Inkontinenz	157
2.3.1 Perspektive Inhaftierte	158
2.3.2 Perspektive Leitungsebene	161
2.3.3 Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	165
2.3.4 Zusammenfassung	166

3.	Funktionale Gesundheit – Einschränkungen und Unterstützungsangebote	168
3.1	Funktionale Einschränkungen und sensorische Beeinträchtigungen	169
3.1.1	Perspektive Inhaftierte	170
3.1.2	Perspektive Vertreter der Leitungsebene	176
3.1.3	Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	179
3.1.4	Zusammenfassung	179
3.2	Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen	181
3.2.1	Perspektive Inhaftierte	182
3.2.2	Perspektive Leitungsebene	188
3.2.3	Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	194
3.2.4	Zusammenfassung	196
4.	Gesundheitsverhalten – körperliche Bewegung	200
4.1	Sport	201
4.1.1	Perspektive Inhaftierte	202
4.1.2	Perspektive Leitungsebene	205
4.1.3	Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	208
4.1.4	Zusammenfassung	209
4.2	Hofgang	211
4.2.1	Perspektive ältere Inhaftierte	211
4.2.2	Perspektive Leitungsebene	217
4.2.3	Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure	220
4.2.4	Zusammenfassung	220
V.	Diskussion und Implikationen	224
1.	Bilder vom Alter(n)	224
1.1	Schlussfolgerungen	229
1.2	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf	231
2.	Zur körperlichen und subjektiven Gesundheit älterer Inhaftierter	231
2.1	Schlussfolgerungen	234
2.2	Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf	236
3.	Psychische Gesundheit – Depressivität	238
3.1	Schlussfolgerungen	246
3.2	Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf	248
4.	Inkontinenz	250
4.1	Schlussfolgerungen	254
4.2	Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf	256

5.	Funktionale und sensorische Einschränkungen	256
5.1	Schlussfolgerungen	261
5.2	Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf	263
6.	Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarfe	264
6.1	Schlussfolgerungen	271
6.2	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf	273
7.	Zum Gesundheitsverhalten älterer Inhaftierter am Beispiel Bewegung	274
7.1	Schlussfolgerungen	282
7.2	Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf	287
	Fazit und Ausblick	289
	Literatur	296
	Online-Anhang	318

I. Einleitung

Der demografische Wandel, also die deutliche Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung bei einer konstant niedrigen Geburtenrate, wirkt sich auch auf die Altersstruktur der Vollzugspopulation im deutschen Strafvollzug aus (Fichte 2007: 33; Langenhoff 2015: 8; Kunz/Görgen 2019: 498). Obwohl seit 2007 eine stetige Abnahme der Gefangenzahlen zu verzeichnen ist (Meuschke 2018: 404), spiegelt sich diese Tendenz nicht in allen Altersgruppen gleichermaßen, sondern hauptsächlich bei den Jüngeren (Hasenpusch 2007: 13). Einen kontinuierlichen Rückgang gibt es insbesondere bei den unter 30-Jährigen (Görgen 2007: 6), während die Anzahl der über 50-jährigen Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten seit den 1990er Jahren sowohl relativ als auch absolut stetig angestiegen ist. Lag deren Anteil 1993 noch bei 8 Prozent (3.347 Inhaftierte), waren es 2003 schon 9,5 Prozent, nämlich 5.955 Inhaftierte (Langenhoff 2015: 8) und 2016 sogar 14,7 Prozent: 7.452 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte von insgesamt 50.858. Im Jahr 2016 machte die Gruppe der 50- bis unter 60-Jährigen rund 10 Prozent aller Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten im deutschen Strafvollzug aus. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren lag bei rund 4 Prozent. Ein Prozent (417) aller Strafgefangenen im deutschen Strafvollzug waren 70 Jahre und älter¹ (Statistisches Bundesamt 2017: Tabelle 2 und 3). Diese wachsende Minderheit älterer Straftäter² lässt sich in vielen Industrieländern weltweit beobachten (Hayes 2017: 1). Die zunehmende Zahl von lebensälteren Menschen im deutschen Strafvollzug ist jedoch nicht allein auf den demografischen Wandel zurückzuführen, sondern zu einem gewissen Teil auch ein Resultat der gestiegenen Sanktionierung³ und Registrierung von (Alters-)Kriminalität⁴ (Hasenpusch 2007: 18; Albrecht 2015: V). Wie schnell die Zahl älterer Inhaftierter weiterhin ansteigt, wird demnach auch von kriminalpolitischen Entscheidungen beeinflusst.

-
- 1 Die Daten für diese Altersgruppe werden in der amtlichen Statistik nur für die Strafgefangenen, nicht aber für die Sicherungsverwahrten ausgewiesen.
 - 2 Da im Fokus dieser Untersuchung ausschließlich männliche Insassen stehen – und diese tatsächlich auch die Mehrheit der Älteren im deutschen Strafvollzug darstellen – wird in dieser Arbeit im Wesentlichen die männliche Form verwandt. In Einzelfällen sind damit auch Interviewpartnerinnen eingeschlossen, etwa aus der Leitungsebene von Anstalten.
 - 3 Wie z.B. ein Anstieg von lebenslangen Freiheitsstrafen/Sicherungsverwahrung (Albrecht 2015: V).
 - 4 So trägt beispielsweise „der Fortschritt der DNA Analyseverfahren dazu bei, dass heute schwere Gewalt- und Sexualdelikte noch nach Jahrzehnten aufgeklärt werden. Zusammen mit der Ausdehnung von Verjährungszeiten [...] hat dies zur Folge, dass die Durchführung von Strafverfahren dann in fortgeschrittenem Lebensalter erfolgt“ (ebd.: V ff.).

Diese Veränderungen in der Altersstruktur stellen den Strafvollzug vor vielfältige Herausforderungen, da dieser vorrangig auf jüngere Inhaftierte zugeschnitten ist (Görgen 2007: 5). So steigt mit dem Anteil älterer Inhaftierter auch der Anteil gesundheitlich eingeschränkter Inhaftierter (Hinzmann 2014: 462). Dabei obliegt die gesundheitliche Versorgung der Inhaftierten in Deutschland der Vollzugsbehörde, da gleichzeitig mit dem Strafantritt im (geschlossenen) Vollzug die Mitgliedschaft der Inhaftierten in der gesetzlichen Krankenversicherung und die direkte Zuständigkeit von privaten Krankenkassen ruht (Lehmann et al. 2014: 16). In diesem Kontext sind Gefangene mit all ihren gesundheitlichen Belangen zunächst auf den Anstaltsarzt – ohne freie Arztwahl – angewiesen (Keppler 2009b: 85 ff.). Diese „Monopolmedizin“ bedingt grundsätzlich eine besondere Verantwortung des Staates (ebd.: 85 ff.; Pont 2009: 25; Stöver 2010: 13). Für ältere Inhaftierte gilt dies in besonderem Maße, da aufgrund der erhöhten Vulnerabilität und des zunehmenden Krankheitsrisikos deren gesundheitliche Versorgung im Gefängnis besonders relevant ist (Heidari et al. 2017: 223) und eine unzureichende Gesundheitsversorgung rasch zu einer nicht-menschenwürdigen Behandlung führen kann (Council of Europe 2006: 29). Angesichts der Zunahme älterer Insassen muss deshalb darüber nachgedacht werden, wie der Strafvollzug auf die Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung chronisch Kranker oder hilfe- und pflegebedürftiger Inhaftierter reagieren soll. Dies schließt Fragen einer zielgruppenspezifischen Prävention ebenso ein wie einer humanen Sterbebegleitung im Strafvollzug ein (Görgen/Koesling 2007: 43; Human Rights Watch 2012: 83 f.; Marti et al. 2014: 28).

In vielen Teilen der Welt hat sich die Aufmerksamkeit gegenüber der gesundheitlichen Situation älterer Inhaftierter bereits in den vergangenen beiden Jahrzehnten beträchtlich erhöht und zu einem Anstieg der Forschungen geführt, die sich mit den Herausforderungen einer alternden Gefängnispopulation beschäftigen (siehe etwa Williams et al. 2012; Aday/Krabbill 2013; Maschi et al. 2015; Hayes 2017; Hostettler et al. 2019). In der internationalen Forschungsliteratur wird darauf hingewiesen, dass alterstypische und chronische Erkrankungen bei älteren Inhaftierten weit verbreitet sind und etwa ein Jahrzehnt früher als in der übrigen Bevölkerung auftreten (Aday 2003: 91 ff.; UNODC 2009: 124 f.; Human Rights Watch 2012: 17, Greene et al. 2018: 1 ff.). Auch sind gesundheitliche Einbußen weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung (Fazel et al. 2001: 403). So hat fast die Hälfte der über 50-Jährigen in US-Gefängnissen mit körperlichen Leiden zu kämpfen (Human Rights Watch 2012: 17).

Zum Thema Alter(n) in Deutschland und zur Lebenssituation von Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist der DEAS (Deutscher Alterssurvey) die bedeutendste Langzeitstudie, die in einem breiten Themenspektrum auch die gesundheitliche Situation älterer Menschen erfasst (Mahne et al. 2017: 11). Zur gesundheitlichen Situation und Versorgung (älterer) Inhaftierter für Deutschland liegen bislang jedoch nur fragmentierte Daten vor. Eine systematische und

flächendeckende Erfassung von Erkrankungen, Funktionseinbußen sowie zum Ausmaß von Hilfe- und Pflegebedarfen älterer Inhaftierter sowie den damit verbundenen Schwierigkeiten und Auswirkungen im Haftalltag existierte zum Zeitpunkt der Datenerhebung der hier vorgelegten Untersuchung nicht (Stöver 2013: 275 f.). Es fehlen wissenschaftliche Studien der empirischen Fundierung, wie beispielsweise breit angelegte (quantitative) Datenerhebungen zur gesundheitlichen Situation von (älteren) Gefangenen, und ebenso qualitativ hochwertige Daten, die einen Einblick in die gesundheitlichen Risikodynamiken älterer Inhaftierter geben könnten (Erbacher/Drees 2014: 540). Auch einen Vergleich der Prävalenzraten geriatrischer Erkrankungen und Funktionseinbußen älterer Inhaftierter (intra-mural) mit der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung (extramural) gab es nach Wissen der Autorin zum Zeitpunkt der Datenerhebung (inter-)national noch nicht. Greene et al. veröffentlichten jüngst (2018) eine erste Studie dieser Art: „to compare the burdens of geriatric conditions among older adults in jail to rates found in an age-matched nationally representative sample of community dwelling older adults“ (Greene et al. 2018). Allerdings können die Ergebnisse zu den gesundheitlichen Belastungen und insbesondere deren Auswirkungen im Haftalltag aufgrund unterschiedlicher Gesellschafts- und Rechtssysteme, vor allem aber aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung des Strafvollzuges nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden (Schramke 1996: 1). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke zu leisten, da solche Daten im Hinblick auf die Herausforderungen, die eine steigende Zahl älterer Insassen für den Strafvollzug mit sich bringt, von besonderer Relevanz sind.

Häufig werden mit dem Stichwort demografischer Wandel Krisenbegriffe wie „Überalterung“ oder „Alterslast“ verbunden und daraus resultierende gesellschaftliche Belastungen oft (einseitig) fokussiert. Tatsächlich steigt mit zunehmendem Lebensalter – infolge altersphysiologischer Veränderungen und der über das Lebensalter hinweg kumulierten biopsychosozialen Risikofaktoren – die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen an. Darin sind degenerative und chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates ebenso eingeschlossen wie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen (Wolff et al. 2017b: 125 ff.). Zwar können diese auch schon im mittleren Erwachsenenalter auftreten, führen jedoch meist erst im späteren Lebensverlauf – durch das kumulierte Auftreten mehrerer Erkrankungen und Risikofaktoren – zu funktionalen Einschränkungen, die bei der gleichzeitigen altersphysiologischen Abnahme der Adaptations- und Kompensationsfähigkeit eine selbstständige Lebensführung gefährden (Polidori/Häussermann 2019: 249 ff.). Dieses Risiko für Multimorbidität, Funktionseinbußen und einen zunehmenden Hilfe- und Pflegebedarf steigt in der extramuralen Bevölkerung vor allem jenseits des 80. Lebensjahres, im sogenannten vierten Lebensalter, stark an (Mayer et al. 1996: 627 f.). Hingegen ist die Gruppe der älteren Menschen im sogenannten dritten Lebensalter, also zwischen dem

60. und 80. Lebensjahr, im Durchschnitt vitaler und gesünder und zumindest außerhalb von Gefängnismauern (extramural) noch relativ beschwerdefrei (Ding-Greiner/Lang 2004: 184 ff.; SVR 2009: 79). Während bei der extramuralen Bevölkerung der Beginn der Lebensphase „Alter“ in der Regel mit einer chronologischen Altersgrenze von 65 Jahren angesetzt wird, die lange Zeit auch das Renteneintrittsalter in Deutschland markierte (Tesch-Römer/Wurm 2009: 11), schwanken in der Forschungsliteratur die Einschätzungen, ab welchem Lebensalter Inhaftierte als ‚alt‘ oder ‚lebensälter‘ bezeichnet werden sollen (Aday/Krabbill 2013: 206). In vielen Forschungsartikeln, die die Bereiche „Gesundheit“ und „ältere Insassen“ thematisieren, ist das chronologische Alter von 50 Jahren das am häufigsten verwendete Mindestalter für diese Kategorisierung (Loeb/Abudagga 2006: 556).

Körperliche Erkrankungen und Einschränkungen stehen gerade auch im Alter in enger Wechselbeziehung zu seelischen Krankheitsfaktoren (Polidori/Häussermann 2019: 276): Sie haben Einfluss auf die psychische Gesundheit wie auch umgekehrt psychische Störungen die körperliche Gesundheit beeinträchtigen können (Heuft et al. 2006: 52 f.; Helmchen et al. 1996: 185). Von besonderer Bedeutung sind hierbei depressive Störungen, die im höheren Lebensalter zu den zweithäufigsten psychischen Erkrankungen gehören (Mayer et al. 1996: 610; Saß et al. 2009: 52).

Klinische Experten schätzen die Prävalenz von ernsthaften Depressionen bei älteren Menschen auf 8 bis 10 Prozent (RKI 2010: 23 ff.), wobei die Prävalenzraten bei Personen in einem institutionellen Kontext deutlich höher liegen und je nach Studie zwischen 14 und 42 Prozent schwanken (Djernes 2006: 372). Nach Heuft et al. (2006) werden bis zu 40 Prozent der Depressionen im höheren Lebensalter nicht (richtig) diagnostiziert, da sie im Alter häufig untypisch zum Ausdruck kommen, etwa in Form von körperlichen Beschwerden (Seidl et al. 2004: 240). Erfahrungen wie Verluste und Trennungen, Stress und Traumata vor und während der Haft (Maschi et al. 2015: 113 f.) sowie die Angst, im Vollzug zu sterben, beeinflussen das geistige Wohlbefinden älterer Insassen in besonderem Maße (Gatherer et al. 2014b: 156). Vor allem neu inhaftierte ältere Gefängnisinsassen zeigen eine hohe Prävalenz depressiver Symptomatik (O'Hara et al. 2016: 158 f.). Wie internationale Befunde zeigen, werden ältere Inhaftierte mit einer hohen Prävalenz von Depressionen und Angsterkrankungen (20 %) vielfach nicht adäquat und nur unzureichend behandelt (Fazel/Baillargeon 2011: 956 f.; Hayes et al. 2013: 591).

Sowohl körperliche als auch geistige Erkrankungen gehen zudem mit einem erhöhten Harninkontinenzrisiko einher (Saß et al. 2009: 31 ff.). Die Harninkontinenz zählt zu den wichtigsten altersmedizinischen Syndromen (Polidori/Häussermann 2019: 252) und ist – neben der Stuhlinkontinenz und der Demenz – in der Gruppe der über 65-Jährigen eine der häufigsten Erkrankungen (Perabo 2009: 8): „Etwa 12 % aller Männer [...] sind einmal in ihrem

Leben von einer Harninkontinenz betroffen“ (Becher 2014: 199), die nach der ICS (International Continence Society) als „ungewollter Urinverlust“ definiert wird (Abrams et al. 2002: 168). Die Dunkelziffer wird jedoch höher geschätzt, da die Problematik aus Scham häufig nicht angesprochen (Heusinger et al. 2013: 55) oder – je nach Altersbild – als eine typische Alterserscheinung ohne Behandlungswert gewertet wird. Zu den Prävalenzraten der (Harn-)Inkontinenz älterer Inhaftierter liegen nur vereinzelt Daten vor (siehe hierzu z. B. Williams et al. 2006; Meyer 2016; Greene et al. 2018), und die Inkontinenzversorgung insgesamt erscheint mangelhaft (Hill et al. 2006). Über die konkreten Auswirkungen einer (Harn-)Inkontinenz im Strafvollzug gibt es bisher kaum Erkenntnisse.

Das mit zunehmendem Lebensalter steigende Risiko für alterstypische Erkrankungen und Multimorbidität, die sogenannten „Schattenseiten“ der demografischen Entwicklung, sind jedoch nur eine Seite der Langlebigkeit und des höheren Alters. Für viele dieser Erkrankungen besteht auch im fortgeschrittenen Alter ein hohes Präventionspotenzial, da der erhöhten Verletzbarkeit und den einsetzenden Verlusten Potenziale und Ressourcen gegenüberstehen, die aufgrund der Plastizität selbst im Alter noch trainierbar (Kempermann 2007: 36 f.) und für deren Verwirklichung Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention besonders bedeutsam sind (Rosenbrock 2001: 755). Die meisten chronischen Erkrankungen im Alter werden durch eine kleine Zahl an Risikofaktoren determiniert. Neben den psychosozialen Kontextfaktoren (Kuhlmey 2008: 94) zählen hierzu beispielsweise Lebensstilfaktoren wie der Bewegungsmangel (Meusel 2004: 271), für den im Strafvollzug allein durch den Freiheitsentzug ein großes Risiko besteht. Er steht an vierter Stelle der Risikofaktoren für die globale Mortalität (WHO 2010: 7) und stellt für die meisten der nicht übertragbaren Erkrankungen im Erwachsenenalter einen Hauptrisikofaktor dar (Jordan et al. 2012: 73). Im Umkehrschluss ist die „präventive und therapeutische Wirksamkeit von körperlicher Aktivität [...] wissenschaftlich eindeutig gesichert“ (BMG 2011: 1). Durch regelmäßige körperliche Bewegung kann für eine Vielzahl an Erkrankungen das Entstehungsrisiko gesenkt werden (Wurm et al. 2010: 109 ff.).

Unter anderem wirkt sich körperliche Aktivität präventiv auf die Harninkontinenz aus (Niederstadt/Gaber 2007: 26) und beeinflusst die psychische Gesundheit positiv (BMG 2011: 1; Schweer 2008: 163 f.; Heusinger et al. 2015: 242). So kommt der Bewegungsförderung zur Krankheitsprävention im Alter ein sehr hoher Stellenwert zu, auch weil selbst gesundheitlich eingeschränkte Menschen davon profitieren können (Kruse 2006b: 11), wie randomisierte, kontrollierte Studien zur körperlichen Aktivität belgen (Renner/Staudinger 2008: 195 f.). Im Lichte der angewachsenen Zahl älterer Inhaftierter ist auch der Strafvollzug gefordert, sich stärker mit (vorbeugenden) Gesundheitsmaßnahmen und den Betreuungsbedürfnissen älterer Menschen zu beschäftigen und empirisch fundierte Lösungsansätze zu erarbeiten (Strürup-Toft et al. 2018: 20 f.). Gesundheitsförderung und Prävention für Gefangene stecken derzeit allerdings noch

in den Kinderschuhen. Präventive Maßnahmen bzw. die Bemühungen darum konzentrieren sich bislang vor allem auf die Bereiche Sucht- und Infektionserkrankungen sowie psychische Gesundheit und Suizidalität, da diese beim Großteil der (jüngeren) Gefängnisinsassen dominieren (Stürup-Toft et al. 2018: 15 f.).

Im Kontext der demografischen Entwicklung thematisiert das Bundesministerium des Inneren die Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Pflege wie folgt: „Ziel der Gesundheitspolitik ist es, allen Menschen in Deutschland auch in Zukunft unabhängig von Einkommen, Alter und gesundheitlichem Risiko die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah zur Verfügung zu stellen [...]. Gezielte Prävention [...] [ist] in einer Gesellschaft des längeren Lebens wichtiger denn je. Sie [...] [trägt] dazu bei, dass Krankheiten nicht entstehen, die Menschen gesünder älter werden und die Lebensqualität steigt“ (BMI 2011: 236 f.). Dafür ist das Wissen um die Verteilung von Krankheiten und körperlichen Einschränkungen innerhalb einer Bevölkerung sowie um die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Bevölkerungsgruppen, wie z. B. lebensältere Inhaftierte eine sind, wichtig, um nach möglichen Ursachen sowie erforderlichen Interventionen zu fragen. Umfassende und gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse sind dabei eine unerlässliche Informationsgrundlage für die Bedarfsermittlung und Planung der pflegerischen und medizinischen Versorgung, die aber auch für die Planung präventiver Maßnahmen herangezogen werden kann (RKI 2012: 67). Die relevanten theoretischen Grundlagen und Erkenntnisse zum Thema Alter(n) im Strafvollzug werden in Teil II dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

Da im Strafvollzug gut 95 Prozent aller Insassen männlich sind (Reuter/Behrens 2014: 451), konzentriert sich die vorliegende Arbeit hinsichtlich ihrer empirischen Konzeption auf die Erfassung der gesundheitlichen Situation älterer Männer im integrativen Strafvollzug. Trotz steigender Bestrebungen nach einer alterssegregierten Unterbringung lebensälterer Insassen stellt die integrative Unterbringung bisher noch den „Normalfall“ dar. Die empirische Untersuchung der gesundheitlichen Situation älterer Inhaftierter war als Vollerhebung im Bundesland Rheinland-Pfalz angelegt⁵ und orientiert sich an vier forschungsleitenden Fragestellungen:

- Wie stellt sich der Gesundheitszustand älterer Inhaftierter dar?
- Zeigen sich zwischen älteren Inhaftierten und Menschen gleichen Alters aus der extramuralen Bevölkerung Unterschiede im Gesundheitszustand?
- Mit welchen Erfahrungen und Herausforderungen sehen sich ältere Inhaftierte im Kontext ihrer gesundheitlichen Situation im Haftalltag konfrontiert?

5 Hier gab es im Untersuchungszeitraum keine speziellen Einrichtungen für ältere Gefangene.

- Wie werden die Gesundheit älterer Menschen und deren Versorgungsbedarfe im Strafvollzug wahrgenommen?

In dem zweiphasig angelegten quantitativ-qualitativen Untersuchungsdesign erfolgte zunächst die quantitative Vollerhebung der Zielpopulation. Dazu wurden alle in Rheinland-Pfalz inhaftierten Männer aus dem geschlossenen und offenen Vollzug, die bei der stichtagsbezogenen Datenerhebung mindestens das 50. Lebensjahr vollendet hatten, angeschrieben und um das Ausfüllen und Zurücksenden eines Fragebogens gebeten. Von den insgesamt 389 älteren männlichen Insassen nahmen 224 Männer im Alter von 50 bis 74 Jahren teil, der Datenanalyse liegen 222 gültige Fragebögen zugrunde. In dieser vollstandardisierten schriftlichen Befragung zum Gesundheitszustand lag der Fokus auf den selbstberichteten Angaben von Erkrankungen und Einschränkungen, da eine Einsicht in die Krankenakten aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht möglich war. Solche Selbstauskünfte zur Gesundheit bilden jedoch ein ähnlich gutes Maß wie die medizinisch diagnostizierten Erkrankungen (Wolff et al. 2017b: 126) und wurden auch im Rahmen der Erhebungen des DEAS genutzt (Wurm et al. 2010: 94). Dadurch war auch eine vergleichende Darstellung der Gesundheit älterer Inhaftierter mit der extramuralen Bevölkerung (Männer gleichen Alters) bezogen auf die Daten des DEAS möglich.

Auf die quantitative folgte eine qualitative Datenerhebungssequenz, um die gesundheitliche Situation älterer Inhaftierte mit ihren Auswirkungen und Herausforderungen im Haftalltag facettenreicher abbilden (Flick 2012b: 318 ff.) und die Rahmenbedingungen, Prozesse und Interaktionen des zu untersuchenden Problemfeldes besser erfassen und charakterisieren zu können (Kelle/Erzberger 2012: 304). Auf dieser Grundlage sollten sowohl die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen älterer Inhaftierter zu ihrer Gesundheit sichtbar gemacht wie auch die Standpunkte der jeweiligen Leitungsebene der Vollzugsanstalten und anstaltsübergreifenden fachlichen Akteure erfasst werden. Der qualitativen Datenerhebung liegen insgesamt 18 Interviews mit älteren Inhaftierten, acht mit Vertretern aus der Leitungsebene und drei mit anstaltsübergreifenden fachlichen Akteuren zugrunde.

Dieses zweiphasige quantitativ-qualitative Untersuchungsdesign wird zusammen mit den Untersuchungsmethoden in Teil III dieser Arbeit detailliert dargestellt. Dabei wird in Kapitel III 1. zunächst auf die Besonderheiten des Forschungsfeldes und der Datenerhebung im Strafvollzug hingewiesen. In Kapitel III 2. wird der zeitlich vorangestellte quantitative Untersuchungsteil in Bezug auf Zielpopulation, Ausschöpfungsquote, Fragebogenkonstruktion, Untersuchungsablauf sowie Datenaufbereitung erläutert. In Kapitel III 3. wird der qualitative Untersuchungsteil näher skizziert, indem sowohl der Feldzugang als auch die problemzentrierten Interviewleitfäden sowie der Untersuchungsablauf und die Datenanalyse näher erläutert werden.

Die empirischen Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Untersuchungssequenzen werden in Teil IV der vorliegenden Arbeit dargestellt. Die Datentriangulation der quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnisse (aus drei unterschiedlichen Perspektiven) erfolgt in diesem Teil der Arbeit themenspezifisch, sodass die gesundheitliche Situation älterer Inhaftierter in den ausgewählten Themenbereichen vertiefend abgebildet werden kann (Flick 2012b: 318). Jeder Themenbereich wird dabei aus den Perspektiven der drei Untersuchungsgruppen in folgender Reihenfolge beleuchtet: ‚Perspektive Inhaftierte‘, ‚Perspektive Leitungsebene‘ und ‚Perspektive Anstaltsübergreifende Akteure‘. Hinsichtlich der Perspektive der Inhaftierten werden themenentsprechend zunächst die quantitativen Ergebnisse, meist in Form von Häufigkeiten und Verteilungen bestimmter Variablen, vorgestellt und mit den qualitativ erhobenen Daten zum entsprechenden Thema vertieft.

Die quantitativen Daten werden hier an einigen Stellen mit den Daten der entsprechenden Alters- und Geschlechtspopulation aus dem DEAS verglichen. So können an einigen Beispielen die Unterschiede der intra- und extramuralen Prävalenzraten skizziert werden. In Bezug auf die Perspektive der Leitungsebene finden sich die themenspezifischen Daten aus den Interviews mit den acht Vertretern dieser Ebene. Entsprechend ist drittens auch die Perspektive der anstaltsübergreifenden Akteure aufbereitet und enthält die Resultate der Gespräche mit diesen Experten. Zusammenfassungen am Ende geben jeweils einen kurzen Ergebnisüberblick zu jedem Themenbereich.

Die aufgrund des weitgehend unbekanntem Forschungsfeldes und des erschwerenden Feldzugangs sehr breit erhobenen Daten konnten nicht vollumfänglich in die Datenauswertung und -darstellung aufgenommen werden. Die vorliegende Themenauswahl im Ergebnisteil orientiert sich dabei eng an den forschungsleitenden Fragestellungen, wie auch an der im Zuge der Feldforschung entstandenen Prioritätenliste. Hierbei sind neben der Identifizierung von Alterszuschreibungen (Kapitel IV 1.) vor allem die Erfassung des Gesundheitszustandes älterer Inhaftierter und dessen Auswirkungen auf den Haftalltag bedeutsam. Der Gesundheitszustand älterer Inhaftierter (Kapitel IV 2.) wird in der vorliegenden Arbeit anhand der subjektiven Gesundheit, dem Vorliegen selbstberichteter chronischer Erkrankungen und der im Alter häufig tabuisierten Harninkontinenz sowie von depressiven Veränderungen aufgezeigt. Unter ‚Funktionale Gesundheit – Einschränkungen und Unterstützungsangebote‘ (Kapitel IV 3.) finden sich sowohl die Ergebnisse zu den funktionalen Einschränkungen und sensorischen Beeinträchtigungen älterer Inhaftierter sowie deren Auswirkungen im Haftalltag als auch die daraus resultierenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe. Im letzten Kapitel des Ergebnisteils zum ‚Gesundheitsverhalten – Körperliche Bewegung‘ (Kapitel IV 4.) wird das Nutzungsverhalten älterer Inhaftierter, als Teil der Prävention im Alter, im Hinblick auf die einschlägigen Bewegungsangebote (Sport und Hofgang) im Strafvollzug thematisiert.

Die Diskussion in Teil V dieser Arbeit ist entsprechend den Themen aus dem Ergebnisteil aufgebaut. In einem ersten Schritt werden die vorliegenden Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation älterer Inhaftierter und ihren besonderen Bedarfen unter Bezugnahme auf die gerontologische Forschung sowie unter Rückgriff auf die Vorgaben im Strafvollzugsgesetz themenspezifisch diskutiert. In einem zweiten Schritt werden dann für die jeweilige Thematik Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Implikationen für die Bewältigung des sich abzeichnenden demografischen Wandels innerhalb der Gefängnispopulation bzw. für die Planung und Gestaltung der Haftbedingungen älterer Menschen im Strafvollzug abgeleitet. In einem dritten Schritt werden themenspezifische Limitationen und weitere Forschungsbedarfe herausgearbeitet.

Im abschließenden Fazit und Ausblick (Teil VI) der Arbeit wird auf die – aus Sicht der Autorin – wichtigsten Voraussetzungen und Veränderungsimpulse zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation (älterer) Inhaftierter in integrativen Haftanstalten hingewiesen, die auch im Hinblick auf deren (Re-)Sozialisierung von großer Bedeutung ist (Kammerer/Spohr 2013: 317). Als Voraussetzung einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Haft spielen politische Weichenstellungen eine große Rolle (Hayes 2017: 1). Die gesundheitliche Versorgung auch für benachteiligte Randgruppen – zu denen ältere Inhaftierte gehören – gerecht zu gestalten, stellt für eine soziale Demokratie eine große Verpflichtung dar und sollte in unserem hochentwickelten Land auch aus ethischer Sicht sichergestellt werden (Lehmann 2013: 284). Schließlich verdichten sich im Strafvollzug gesellschaftliche Zustände in besonderem Maße, denn „Strafanstalten [...] spiegeln die Probleme einer Gesellschaftsordnung gelegentlich in übersteigerter Form wider. Sie repräsentieren Aspekte des politischen, menschlichen und ökonomischen Klimas ihrer Gesellschaft wie in einem Vergrößerungsglas“ (Weis 1988: 240)