

Altern und Sterben in Haft – menschenunwürdig?

Prof. Dr. Rebecca Löbmann

Die sollen doch alle mal n bisschen in ihr Herz reinkieken, ob sie das mit ihrer Familie auch so machen würden. Er war meine Familie hier drinne.

aus Steffen Schroeder „Was alles in einem Menschen sein kann – Begegnung mit einem Mörder“

Aufgrund des demografischen Wandels ist zu erwarten, dass es künftig mehr lebensältere, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen in Haft geben wird, ja dass auch das Sterben im Gefängnis keine Seltenheit mehr sein wird. Hierauf ist der deutsche Justizvollzug bislang noch nicht entsprechend vorbereitet. Vielmehr sind ältere Inhaftierte sozial isoliert, haben eingeschränkten Zugang zu resozialisierenden Maßnahmen und ein erhöhtes Viktimisierungsrisiko. Freiräume und Nähe für sterbende Strafgefangene sind ebenfalls nicht vorgesehen. Lebensältere Gefangene sind dadurch in besonderem Maße der Gefahr von Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt. Es gibt jedoch in einzelnen Bundesländern bereits spezifisch an ältere Menschen angepasste Vollzugsformen. Auch wird das Thema „Sterben im Vollzug“ derzeit auf breiter Basis ethisch diskutiert und nach Lösungen gesucht, bei der die Autonomie der Sterbenden bestmöglich gewahrt werden kann. Es ist zu hoffen, dass diese Bestrebungen in Zukunft weiterverfolgt werden.

1. Die Ageing Prisoners Crisis

Aufgrund des demografischen Wandels wächst nicht nur der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, sondern auch im Strafvollzug: Derzeit leben in Deutschland rund 42.000 Menschen in Haft. 5,5 % (n=2344) dieser Personen sind 60 Jahre und älter, 16,8 % (n=7161) 50 Jahre und älter [1]. Diese Anteile haben in den letzten Jahren stetig zugenommen (vgl. Abb. 1). Ähnliche Entwicklungen sind auch in Großbritannien und den USA zu beobachten [2]. Für die Schweiz liegt eine Hochrechnung vor, die bis zu den 2030er Jahren eine Verdopplung des Anteils der über 60-Jährigen prognostiziert [3]. Mittlerweile wird daher von der International Ageing Prisoners Crisis gesprochen [4].

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), die 1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde, besagt, dass alle Menschen Anspruch auf eine Reihe von grundlegenden Menschenrechten haben. Im Sinne der Generalprävention dient eine Freiheitsstrafe der Stärkung des Rechtsbewusstseins und dem Schutz der Allgemeinheit. Im Sinne der Spezialprävention soll sie die Täter:innen von weiteren Taten abschrecken und sie wieder in die Gesellschaft eingliedern (vgl. § 2 StVollzG). Sie dient also zum einen der Wahrung der Menschenrechte ebenjener Allgemeinheit, z. B. deren Recht auf körperliche Unversehrtheit (AEMR, Art. 3) oder deren Recht, sein Eigentum zu behalten (AEMR, Art. 17). Zum anderen schränkt sie aber auch die elementaren Freiheitsrechte der Straffälligen ein (AEMR, Art. 13): „Beschränkung der Bewegungsfreiheit auf das Minimum einer Zelle oder Abteilung, streng geregelter Alltag, weitgehender Verlust gewöhnlicher Kommunikationsmöglichkeiten mit der Außenwelt, abendlicher Einschluss, ständige Kontrolle alltäglicher Lebensvollzüge und vieles mehr“ [5]. Dieses Dilemma ließe sich nur durch den gänzlichen Verzicht auf Freiheitsstrafen auflösen, was aber derzeit in Deutschland keine Option ist.

Daher müssen die entsprechenden freiheitsentziehenden Maßnahmen sorgfältig dahingehend geprüft werden, ob sie wirklich den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit am besten entsprechen, tatsächlich zur Resozialisierung des:der Einzelnen beitragen und ob in dem gesteckten Rahmen des Vollzugs, eingedenk der unvermeidlichen Einschränkung der Freiheitsrechte, die übrigen Menschenrechte der Strafgefangenen so gut wie möglich gewahrt werden. Letzteres ist gerade bei lebensälteren Strafgefangenen fraglich. Sie sind aus verschiedenen Gründen besonders anfällig für die Verletzung von Menschenrechten in Haft, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

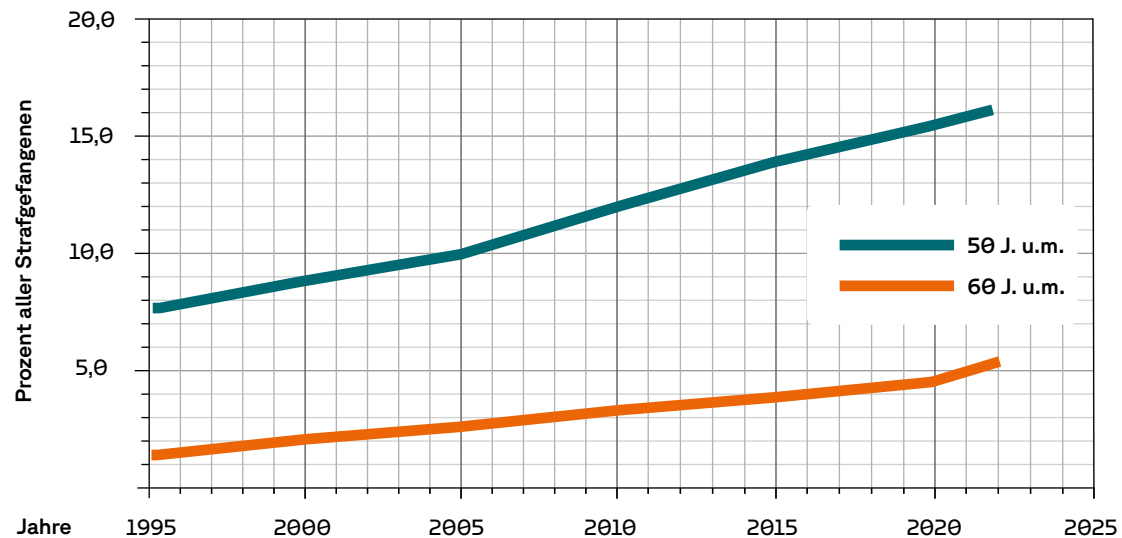


Abbildung 1: Zunahme älterer Menschen in Haft

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf den Tabellen „Strafvollzug – Demografische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.03. – Fachserie 10, Reihe 4.1“ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

2. Menschenrechtsproblematiken bei lebensälteren Menschen in Haft

2.1 Physische Gesundheit

Senioren und Seniorinnen sind anfällig für verschiedene Gesundheitsprobleme: Kardiovaskuläre Erkrankungen treten zwischen 65 und 74 Jahren dreimal häufiger, Diabetes, Niereninsuffizienz und Sehbehinderungen doppelt so häufig auf wie noch in der Altersphase von 50 bis 64 [6]. Auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der gleichaltrigen Bevölkerung nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Im Alter von 60 bis 64 Jahren beträgt die Pflegequote 4 %, zehn Jahre später, zwischen 70 und 74 Jahren bereits knapp 10 % [7].

Unter älteren Inhaftierten sind die entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ebenfalls anzutreffen: 58,2 % der Häftlinge ab 60 Jahren leiden unter chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck und Herzkrankheiten, die eine regelmäßige medizinische Versorgung erfordern [8]. 5 % bis 9 % der alternenden Menschen in Haft benötigen Unterstützung bei alltäglichen Erledigungen [9], 3,1 % von ihnen sind pflegebedürftig [10]. Das Gefängnispersonal ist jedoch möglicherweise nicht bereit oder in der Lage, diese Hilfe zu leisten. So zeigten britische JVA-Bedienstete in einer ethnografischen Studie nur eine geringe Offenheit gegenüber pflegerischen Tätigkeiten [11]. Weiterhin stellten Verhülsdonk et al. in einer Stichprobe von 58 Gefangenen mit einem Altersdurchschnitt von 65 Jahren deutliche kognitive Beeinträchtigungen fest: Im Mini-Mental-Status-Test für die Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Menschen zeigten 36,9 %, im

Demenz Detection Test 41,4 % entsprechende Beeinträchtigungen [12].

Zusätzlich zu den normalen altersbedingten Einschränkungen lässt sich ein beschleunigtes Altern in Haft feststellen: Ein solcher accelerated aging effect wurde von Meyer (2016) gefunden [13]. Sie befragte 222 Männer zwischen 50 und 74 Jahren im deutschen Strafvollzug und verglich die Ergebnisse mit den Angaben der Teilnehmenden des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Sie fand deutlich erhöhte Raten chronischer Erkrankungen: Unter fünf oder mehr Krankheiten litten 27 %, extramural wiesen nur 8 % eine solche Multimorbidität auf. Auch wurden doppelt so oft Durchblutungsstörungen der Beine, chronische Lungenerkrankungen, Diabetes und Herzinsuffizienz festgestellt. Zudem lagen deutlich stärkere Mobilitätseinschränkungen (vgl. Abb. 2) sowie stärkere Seh- und Hörbeeinträchtigungen vor. Während 58 % der 55–64-Jährigen in Haft Sehbeeinträchtigungen und 37 % Hörbeeinträchtigungen angaben, waren dies extramural nur 16 % bzw. 20 %. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Greene et al. (2018) für die USA [14]. Sie verglichen Selbstauskünfte und Krankenakten von 238 inhaftierten älteren Männern mit den Daten gleichaltriger einkommensschwacher Teilnehmer einer bevölkerungsbasierten Längsschnittstudie. Schwierigkeiten bei alltäglichen Erledigungen wie Baden, Anziehen und Essen hatten 34 % der Gefangenen, aber nur 10 % der Vergleichsgruppe. Mobilitätseinschränkungen wurden von 42 % der Inhaftierten, aber nur von 31 % der Vergleichsgruppe angegeben und Hörprobleme traten bei 45 % der Strafgefangenen, aber nur bei 29 % der Menschen in Freiheit auf. Auch war Inkontinenz häufiger (27 % vs. 11 %), und es wurden mehr Stürze berichtet (30 % vs. 23 %). Auch die Multimorbiditätsrate lag in der Gefangenengruppe mit 69 % höher als in der Vergleichsgruppe mit 56 %.

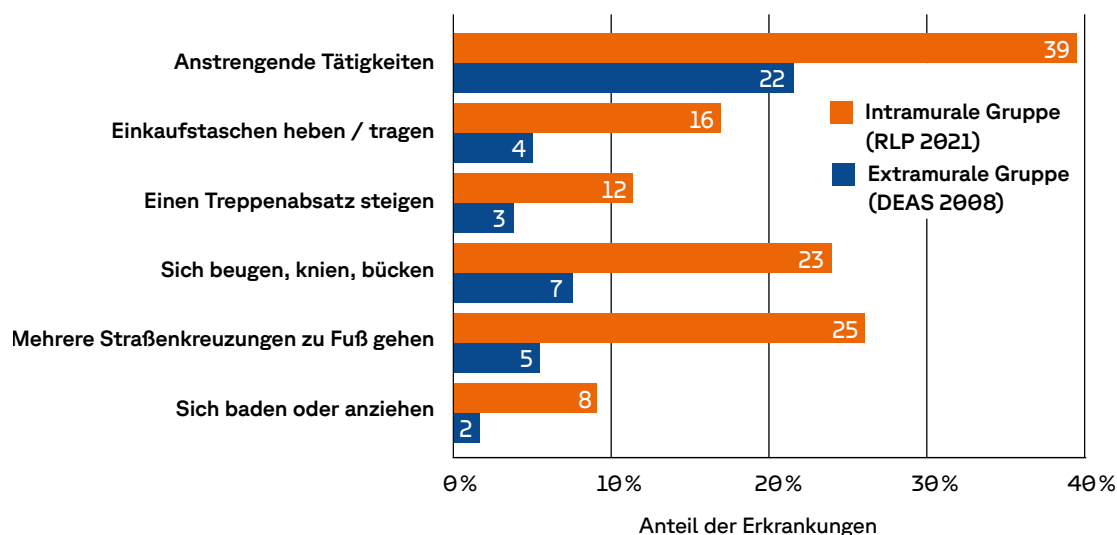


Abbildung 2: Starke Mobilitätseinschränkungen in der extra- und intramuralen Gruppe der 55- bis 69-jährigen Männer (gerundete Angaben) im Vergleich [15].

Die AEMR sieht vor, dass jeder Mensch ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher Gesundheit hat (Artikel 25). Dieses Recht wird im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) weiter elaboriert (Artikel 12). Wird durch einen (mehrjährigen) Gefängnisaufenthalt jedoch ein beschleunigter Alterungsprozess ausgelöst, würde das Recht auf Gesundheit der Gefangenen damit über Gebühr verletzt. Eine Alternativerklärung für den „accelerated aging-effect“ wäre allerdings möglich: Die betreffenden Personen könnten auch schon vor ihrer Inhaftnahme einen besonders gesundheitsbelastenden Lebensstil haben. Hier besteht demnach dringender Forschungsbedarf.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Infrastruktur von Hafteinrichtungen traditionellerweise nicht auf ältere oder betagte Inhaftierte ausgerichtet ist [16]. Aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen können lebensältere Gefangene häufig nicht mehr lange Schlange stehen, einen Toilettengang aufschieben oder sich ohne Haltegriffe und Sitzgelegenheiten sicher duschen [17]. Da Aufzüge fehlen und lange Flure zu Fuß zu bewältigen sind, ist es ihnen auch häufig nicht möglich, ihr Recht auf Hofgang in Anspruch zu nehmen [18]. Auch können Seh- und Höreinbußen dazu führen, dass Durchsagen überhört und Hindernisse und Aushänge übersehen werden.

Eine augenscheinliche Gleichbehandlung im Sinne gleicher baulicher Voraussetzungen für alle kann somit faktisch zur Segregation von Senioren und Seniorinnen im Strafvollzug führen und stellt somit eine Diskriminierung aufgrund des Alters dar, die nach den internationalen Menschenrechtsvorschriften, einschließlich der AEMR und des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, Zivilpakt, Artikel 2), zu vermeiden ist.

2.2 Psychosoziale Situation

Alternde Strafgefangene sind besonders stark psychisch belastet. In einer quantitativen Befragung in Belgien gaben 75,3% von 93 Inhaftierten über 60 Jahre an, sich einsam zu fühlen und 24,7% äußerten Suizidgedanken [19]. In einer deutschen Studie [20] gaben von 116 Inhaftierten ab 53 Jahren 48% zumindest leichte depressive Symptome im Patient Health Questionnaire (PHQ-9) an. Demgegenüber wird die Prävalenz von Depressionen in der deutschen Allgemeinbevölkerung in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) – auch unter Verwendung des PHQ-9 – mit 4,2 bis 4,5% für Männer ab 60 Jahren und 7,7 bis 9,8% für Frauen ab 60 Jahren angegeben [21]. Der Verdacht liegt nahe, dass die depressive Symptomatik durch den Gefängnisaufenthalt an sich bzw. möglicherweise auch durch die strukturelle Ausgrenzung lebensälterer Gefangener in der Institution Gefängnis (s.o.) begünstigt wird. Dies würde dann eine Verletzung des Rechts auf psychische Gesundheit darstellen (vgl. AEMR; Art. 25).

In der belgischen Studie gaben auch 63,4% der Befragten an, niemals Gespräche mit den JVA-Bediensteten zu führen und 45,2% keinen oder nur sehr wenig Besuch zu erhalten. Somit verfügen ältere Menschen inner- und außerhalb der Institution vermutlich nur über wenige Bezugspersonen. Hat ein Mensch viele Jahre im Gefängnis verbracht, ist der Kontakt zu Familie und Freunden außerhalb des Vollzugs oft verloren gegangen [22]. Depressive Verstimmungen werden hierdurch begünstigt. In einer Studie mit zu lebenslangen Strafen verurteilten älteren Gefangenen fanden Leigey und Ryder (2015), dass die Inhaftierten vor allem unter fehlenden bedeutsamen Beziehungen, dem Ausschluss vom sozialen Leben und dem Gefühl, das eigene Leben vergeudet zu haben, litten [23].

Vor diesem Hintergrund kommt sozialpädagogischen Angeboten in Haft, insbesondere Freizeitangeboten, große Bedeutung für das Aufrechterhalten sozialer Kontakte zu [24]. Darüber hinaus helfen Maßnahmen wie Weiterbildungen und kognitiv-behaviorale Gruppenprogramme den Insassen, Fähigkeiten zu entwickeln und Kenntnisse zu erwerben, die ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft nach der Entlassung begünstigen. Sie tragen so maßgeblich zur Resozialisierung bei.

Viele ältere Straftäter:innen haben jedoch keinen Zugang zu solchen Maßnahmen [25]. Das liegt zum Teil daran, dass nicht genügend personelle und finanzielle Ressourcen für ein ausreichend großes Angebot vorhanden sind. Aber es sind auch viele Maßnahmen nicht auf die Bedürfnisse älterer Strafgefangener zugeschnitten. Sie erfordern beispielsweise körperliche Aktivitäten, die für ältere Menschen zu anstrengend sind [26]. Schließlich berichten ältere Inhaftierte auch, häufig nur unzureichende Informationen bezüglich der in der Haftanstalt verfügbaren Angebote zu erhalten [27]. Vor dem Hintergrund, dass Gefangene unter anderem das Recht auf Bildung, Berufsausbildung und Arbeitserfahrung haben (vgl. Mindestgrundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung der Gefangenen, Regel 4; AEMR, Art. 26), laufen auch diese Rechte Gefahr, verletzt zu werden.

Zudem sind ältere Gefangene durch ihre körperlichen Beeinträchtigungen, aber auch durch ihre kognitiven Defizite und ihre soziale Isolation besonders vulnerabel und damit einem erhöhten Risiko körperlicher und sexueller Viktimisierung sowie von Mobbing und Belästigung ausgesetzt [28] [29] [30]. Die körperlichen Einschränkungen können auch zu einem stärkeren Hilfebedarf bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens führen, was Möglichkeiten für Ausbeutung und Missbrauch schafft. Das Recht auf die Sicherheit der Person (AEMR, Art. 3) ist somit durch das erhöhte Viktimisierungsrisiko älterer Gefangener ebenfalls gefährdet.

2.3 Sterben im Gefängnis

Menschen altern nicht nur im Vollzug, sie sterben auch dort. Jährlich sind 150 bis 200 Todesfälle in deutschen Gefängnissen zu verzeichnen. Zu etwa einem Drittel sind diese Todesfälle auf Suizide zurückzuführen [31], auch Drogentote sind zu beklagen. Aber ein nicht unbeträchtlicher Teil der Strafgefangenen stirbt auch an geriatrischen Erkrankungen. Dies wird zukünftig immer häufiger der Fall sein [32].

Nach der Theorie des guten Todes [33] ist für einen „guten“ Sterbeprozess vor allem die Wahrung der Selbstbestimmung eines Menschen über den Ort des Ablebens und die Personen, die ihn oder sie begleiten, entscheidend. Dagegen wird ein willkürliches oder selbstverschuldetes Ende von den meisten Menschen als ein schlechtes Sterben interpretiert. Dies deckt sich mit den Aspekten eines guten Todes, die in 42 Veröffentlichungen zum Thema „Guter Tod“ am häufigsten genannt wurden: Gefühl der Kontrolle, Gefühl des Wohlbefindens, Möglichkeit des Bilanzierens, Bestäti-

gung des Wertes der eigenen Person und Vertrauen in die Pflegenden [34].

Sterbenden in Haft sind jedoch Möglichkeiten der Selbstbestimmung bei der Entscheidung über ärztliches Fachpersonal, die Anwesenheit nahestehender Personen und den Ort ihres Sterbens verwehrt [35]. In einer Haftanstalt sind Freiräume und Nähe am Lebensende nicht vorgesehen. Es gibt für diesen Fall keine definierten Zuständigkeiten und keine personellen Ressourcen. Auch ist die palliative Versorgung nicht einheitlich geregelt [36]. Zwar ist eine vorzeitige Haftentlassung auf Bewährung nach § 455 StPO und beispielsweise eine Unterbringung in einem Hospiz möglich, allerdings gehen dem lange Verwaltungsprozesse voraus [37]. Dabei besteht im Grunde in diesem Stadium des Lebens kein Haftgrund mehr: Es ist keine Resozialisierung mehr möglich, da kein Leben nach der Haft in sozialer Verantwortung mehr gelebt werden kann. Und es ist auch nicht mehr erforderlich, die Allgemeinheit vor den Straftäter:innen zu schützen [38]. Da die Strafe somit ihren Zweck verliert, ist die Beschneidung der Freiheitsrechte sterbender Strafgefangener ethisch nicht mehr gerechtfertigt.

3. Maßnahmen und Lösungen

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Bedürfnisse lebensälterer Menschen in Haft zu wenig berücksichtigt werden. Dabei gibt es bereits Konzepte, die eine große Breite an verschiedenen Beschäftigungs- und Behandlungsmöglichkeiten und großzügige Vollzugslockerungen bieten. Kenkmann und Kolleg:innen befragten 2019 die Justizministerien der Länder: 14 Ministerien antworteten auf die entsprechende Anfrage. Fünf Bundesländer gaben an, bereits spezifische Abteilungen für ältere Gefangene vorzuhalten. In zwei weiteren Bundesländern waren solche Abteilungen in Planung [39].

Der Vollzug findet hier als Wohngruppenvollzug statt, die Häftlinge werden nur nachts auf ihren Zellen eingeschlossen, dadurch sind tagsüber vielfältige soziale Kontakte möglich. Es gibt eine barrierefreie Ausstattung und behindertengerechtes Mobiliar sowie eine medizinische, neuropsychologische und physiotherapeutische Versorgung. Ergänzt wird diese strukturelle Ausstattung durch spezifische inhaltliche Angebote für Ältere wie Psychoedukation zu altersgerechter Ernährung und altersspezifischen Krankheiten, Sport- und Fitnesskurse, Physio- und Ergotherapie, Beschäftigungsprogrammen und Arbeitstherapie sowie Computerkursen und Gedächtnistraining. Auf diese Weise werden die physische und psychische Gesundheit gefördert, und die Gefangenen sind besser auf ihre Entlassung vorbereitet.

Zu berücksichtigen sind bei der Einführung solcher Maßnahmen der entsprechende Verwaltungs- und Ressourcenaufwand. Auch stehen etwa 2.500 Betroffenen bislang nur insgesamt 331 Plätze gegenüber. Da es diese Abteilungen also noch nicht flächendeckend gibt, bedeutet ihre Zentrierung i.d.R. eine größere Entfernung zu Familie und Freunden außerhalb des Vollzugs und

somit weniger Besuche. Daher sollte es die autonome Entscheidung eines Häftlings sein, ob er den Vollzug in einer separierten Abteilung wünscht. Die oben genannten Maßnahmen einschließlich der wohnortnahen Versorgung sind im Übrigen auch anzustrebende Standards für die allgemeine Altenhilfe in Deutschland und außerhalb des Vollzugs ebenfalls noch lange nicht flächendeckend umgesetzt [40].

Eine weitere Best Practice Maßnahme ist ein kontinuierliches gesundheitliches Monitoring für lebensältere Gefangene, d.h. ein zuverlässiges Dokumentieren und Begutachten der physischen und psychischen Gesundheit, um der vorzeitigen Alterung entgegenzuwirken. Weiterhin kann durch Einführung verlängerter Besuchszeiten das soziale Netzwerk und der Kontakt zu eventuell noch vorhandenen Angehörigen eher aufrechterhalten werden, was dann zu besseren Bedingungen bei der Haftentlassung führt. Auch wurden Zusammenhänge zwischen Besuchen während der Haft und einer verminderten Rückfallwahrscheinlichkeit gezeigt [41]. Der soziale Empfangsraum älterer Strafgefangener ist also im Blick zu behalten.

Generell stellt sich für das Übergangsmanagement die Frage nach einer altersgerechten Betreuungs-/Pflegesituation, in die man die Person entlassen kann. Resozialisierung durch Vermittlung in Arbeit ist dagegen in vielen Fällen keine Option mehr. In Deutschland gibt es aktuell zwei Organisationen, die ältere Inhaftierte bei der Entlassung unterstützen: „Drehscheibe Alter“ des humanistischen Verbands Deutschland und das „Projekt Alte Gefangene“, das unter Trägerschaft des Vereins „Projekt Chance e.V.“ realisiert wird.

Was das Sterben in Haft anbetrifft, kann die Menschenwürde der Betroffenen gestärkt werden, wenn ihnen ein möglichst großes Maß an Autonomie zugestanden wird, so dass sie im Rahmen der gegebenen Freiräume abwägen und begründet entscheiden können [42]. Ist jemand im Gefängnis gealtert, dann hat er oder sie oft außerhalb der Haftanstalt keinen Rückhalt mehr durch nahestehende Personen [43]. Das soziale Umfeld, die vertrauten Personen, befinden sich alle in der Haftanstalt. Das Gefängnis ist somit zu einem sichereren und angenehmeren Platz als das „Draußen“ geworden. Somit ist außerhalb des Vollzugs nicht immer ein menschenwürdigeres Sterben möglich als im Vollzug. Daher

sollte die inhaftierte Person selbst entscheiden können, wo sie sterben möchte. Somit sollten Menschen einerseits nicht gegen ihren Willen im Freiheitsentzug sterben müssen [44], aber im Freiheitsentzug sterben können, wenn sie das wollen.

Für die Haftanstalt ergibt sich, dass sie bei Gefangenen, die sich am Lebensende befinden, das Thema „Sterben in Haft“ thematisieren müssen, um ggf. bei einer vorzeitigen Haftentlassung zu unterstützen oder umgekehrt die Wünsche des Gefangenen für ein Sterben in Haft zu respektieren [45]. Auch an Peer Care ist hier zu denken. Vorreiter ist dabei das Medical Center of Louisiana in New Orleans, welches eine Hospizabteilung innerhalb des Angola Gefängnisses unterhält. Neben professionellem Personal werden hier auch inhaftierte Ehrenamtliche eingesetzt, die nach einer sorgfältigen Auswahl und Schulung sterbende Gefangene begleiten [46] [47].

Fazit und Ausblick

Es wird zukünftig immer mehr Menschen geben, die im Strafvollzug altern. Dabei ist der physische und psychische Gesundheitszustand älterer Inhaftierter schlechter als der Zustand Gleichaltriger außerhalb der JVA. Ungeeignete infrastrukturelle Rahmenbedingungen der Anstalt führen vor diesem Hintergrund zu Ausgrenzungsprozessen, wodurch die gesundheitlichen Probleme u.U. noch verstärkt werden. Lebensältere Strafgefangene stellen somit eine Bevölkerungsgruppe dar, die in Gefahr läuft, über Gebühr Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt zu sein. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass geeignete Schritte unternommen werden, um die besonderen Bedürfnisse und Gefährdungen älterer Menschen im Strafvollzug zu berücksichtigen, einschließlich der Bereitstellung von speziellen Haftplätzen mit angepassten Vollzugskonzepten, die u. a. eine angemessene medizinische Versorgung und psychosoziale Maßnahmen umfassen, die der sozialen Isolation und Marginalisierung älterer Gefangener entgegenwirken. In letzter Konsequenz werden auch zukünftig mehr Menschen im Gefängnis sterben. Hier sollte sowohl eine vorzeitige Haftentlassung zügig möglich sein als auch ein würdevolles Sterben in Haft, falls die Betroffenen das wünschen.

Über die Autorin



Rebecca Löbmann,
Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologin, Professorin für das Lehrgebiet „Theorien und Basisstrategien der Sozialen Arbeit“ in den Studiengängen Bachelor und Master Soziale Arbeit an der THWS.

Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Verhaltensorientierte Soziale Arbeit, Gesundheitsförderung, Wissenschaftstheorie, Resozialisierung und Kriminologie.

Literatur:

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Strafvollzug – Demografische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.03. – Fachserie 10, Reihe 4.1/ 2022. https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000108.
- [2] Her Majesty's Inspectorate of Prisons (2005): "No problems – old and quiet": Older prisoners in England and Wales, London; Human Rights Watch (2012): Old behind bars, in: www.hrw.org/reports/2012/01/27/old-behind-bars (zuletzt aufgerufen am 15. 03. 2023); Williams, B.A.; Goodwin, J.S.; Baillargeon, J.; Ahalt, C. & Walter, L.C. (2012): Addressing the aging crisis in U.S. criminal justice health care, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 60(6), 2012, S. 1150–1156. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03962.x>.
- [3] Stroezel, H.; Urwyler, C. & Schori, A. (2021): Ältere und kranke Menschen im Justizvollzug. Ergebnisse eines Pilotprojekts, Fribourg.
- [4] Maschi, T.; Viola, D. & Sun, F. (2013): The High Cost of the International Aging Prisoner Crisis: Well-Being as the Common Denominator for Action, in: *The Gerontologist*, 53(4), 2013, S. 543–554, <https://doi.org/10.1093/geront/gns125>.
- [5] Lob-Hüdepohl, A. (2015): Soziale Arbeit im Gefängnis – ein Widerspruch? Professionsethische Überlegungen (S. 2), in: *Ethik-Journal*, 3(2), S. 1–22.
- [6] Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, Berlin, <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>.
- [7] Bund-Länder-Demografieportal (2022): Altersspezifische Pflegequoten, in: www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegequote-alter.html (zuletzt aufgerufen am 15. 03. 2023).
- [8] Human Rights Watch (2012), a.a.O.; Meuschke, N. (2018): Der Lebensabend im Gefängnis, in: Maelicke, B. & Suhling, S. (Hrsg.): *Das Gefängnis auf dem Prüfstand: Zustand und Zukunft des Strafvollzugs*, Berlin, S. 403–422, https://doi.org/10.1007/978-3-658-20147-0_18.
- [9] De Smet, S.; De Donder, L.; Ryan, D.; Van Regenmortel, S.; Brosens, D. & Vandevelde, S. (2017): Factors related to the quality of life of older prisoners, in: *Quality of Life Research*, 26(6), 2017, S. 1571–1585, <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1506-8>.
- [10] Stroezel, H.; Urwyler, C. & Schori, A. (2021), a.a.O.
- [11] Crawley, E. (2004): *Doing prison work: The public and private lives of prison officers*, Cullompton. <https://doi.org/10.14409/dys.v2i32.5656>.
- [12] Verhülsdonk, S.; Folkerts, A.-K.; Höft, B.; Supprian, T.; Kessler, J. & Kalbe, E. (2021): Cognitive dysfunction in older prisoners in Germany: a cross-sectional pilot study, in: *International Journal of Prisoner Health*, 17(2), S. 111–127. <https://doi.org/10.1108/ijph-03-2020-0019>.
- [13] Meyer, L. (2016): Alte Inhaftierte in Justizvollzugsanstalten: Herausforderung für die Gesundheitssicherung, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(1), 2016, S. 37–43. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0888-x>.
- [14] Greene, M.; Ahalt, C.; Stijacic-Cenzer, I.; Metzger, L. & Williams, B. (2018): Older adults in jail: High rates and early onset of geriatric conditions, in: *Health & Justice*, 6(1), 2018, S. 3, <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0062-9>.
- [15] Meyer, L. (2016), a.a.O., S. 41.
- [16] Human Rights Watch (2012), a.a.O.
- [17] Crawley, E. (2005): Institutional Thoughtlessness in Prisons and Its Impacts on the Day-to-Day Prison Lives of Elderly Men. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 21(4), S. 350–363. <https://doi.org/10.1177/1043986205282018>.
- [18] Vgl. Meyer, L. (2016), a.a.O.
- [19] De Smet et al. (2017), a.a.O.
- [20] Verhülsdonk, S.; Dietrich, K.; Folkerts, A.K.; Christl, J.; Höft, B.; Supprian, T. & Kalbe, E. (2021): Self-rating of depression in elderly prisoners in North Rhine-Westphalia, Germany, in: *Archives of Self-rating of depression in elderly prisoners in North Rhine-Westphalia, Germany and Anxiety*, 7(2), 2021, S. 40–49. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000066>.
- [21] Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R. & Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2013, 56(5-6), S. 733–739. doi: 10.1007/s00103-013-1688-3.

- [22] Laubenthal, K. (2015): Strafvollzug an älteren Menschen, in: Kunz, F. & Gertz, H.-J. (Hrsg.): Straffälligkeit älterer Menschen (S. 131–142), Berlin, https://doi.org/10.1007/978-3-662-47047-3_8.
- [23] Leigey, M.E.; Ryder, M.A. (2015): The pains of permanent imprisonment: examining perceptions of confinement among older life without parole inmates. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(7), S. 726–742. <https://doi.org/10.1177/0306624x13517868>
- [24] Laubenthal, K. (2015), a.a.O.
- [25] Her Majesty's Inspectorate of Prisons (2005), a.a.O.
- [26] Kammerer, K.; Spohr, J. (2013): Haft und Haftentlassung im Alter, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(4), 2013, S. 317–322. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0487-7>.
- [27] Ebd.; Meuschke, N. (2018), a.a.O.
- [28] Bieneck, S. (2015): Überlegungen zur Unterbringung von älteren Inhaftierten im Berliner Justizvollzug, in: *Forum Strafvollzug*, 2015, 64 (1), S. 16–18.
- [29] Laubenthal, K. (2015), a.a.O.
- [30] Wooldredge, J.; Steiner B. (2013): Violent victimization among state prison inmates, in: *Violence and Victims*, 28, S. 531–551. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.11-00141>.
- [31] Suhling, S.; Dietzel, C. (2018): Suizide im deutschen Justizvollzug 2000 bis 2017: Untersuchung demographischer und kriminologischer Merkmale unter Berücksichtigung der Strafvollzugsstatistik, Celle.
- [32] Bereswill, M.; Neuber, A. (2019): Sterben im Strafvollzug, in: *Sozial Extra*, 43(4), 2019, S. 249–253, <https://doi.org/10.1007/s12054-019-00195-0>.
- [33] Campbell, S.M. (2020): Well-Being and the Good Death, in: *Ethical Theory and Moral Practice*, 23(3), 2020, S. 607–623, <https://doi.org/10.1007/s10677-020-10101-3>.
- [34] Kehl, K.A. (2006): Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death, in: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(4), 2006, S. 277–286, <https://doi.org/10.1177/1049909106290380>.
- [35] Wulf, R. (2017): Im Umgang mit sterbenden Gefangenen erkennt man den Zustand eines Staates, in: *BAGS Informationsdienst Straffälligenhilfe*, 25(1), 2017, S. 14–17.
- [36] Handtke, V.; Wangmo, T. (2014): Ageing Prisoners' Views on Death and Dying: Contemplating End-of-Life in Prison, in: *Journal of Bioethical Inquiry*, 11(3), 2014, S. 373–386, <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9548-x>.
- [37] Hostettler, U.; Marti, I. & Richter, M. (2016): Das Leben soll lebenswert bleiben: Die Zunahme älterer Gefangener wird sich tiefgreifend auf den Vollzugsalltag auswirken, in: *Informationen zum Straf- und Massnahmenvollzug*, 2016, 41(2), S. 4–12.
- [38] Becka, M. (2021): (Selbst-)Bestimmung am Lebensende? Altern und Sterben in Haft. Vortrag gehalten auf der Digitalen Fachwoche Straffälligenhilfe 2021 der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Straffälligenhilfe im Deutschen Caritasverband vom 29.11.–01.12.2021.
- [39] Kenkmann, A.; Erhard, S.; Maisch, J. & Ghanem, C. (2020): Altern in Haft – Angebote für ältere Inhaftierte in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Kriminologie – das Online-Journal*, 1, S. 101–122.
- [40] Wintergerst, T., persönliche Kommunikation, 13. April 2023.
- [41] Ghanem, C. (2019): Menschen(un)würdig: Prof. Dr. Christian Ghanem im Interview über den Strafvollzug bei älterwerdenden Menschen, in: *das ksh Jahr*, 5, S. 62–64.
- [42] Becka, M. (2021), a.a.O.
- [43] Bereswill, M.; Neuber, A. (2019), a.a.O.
- [44] Hostettler, U., Marti, I., & Richter, M. (2019): Sterben im Justizvollzug. Juristische, ethische und praktische Möglichkeiten und Herausforderungen, in: *Bewährungshilfe – Soziales · Strafrecht · Kriminalpolitik* 66, S. 356–366.
- [45] Becka, M. (2021), a.a.O.
- [46] Evans, C.; Herzog, R. & Tillman, T. (2002): The Louisiana State Penitentiary: Angola Prison Hospice, in: *Journal of Palliative Medicine*, 5(4), 2002, S. 553–558, <https://doi.org/10.1089/109662102760269797>.
- [47] Cloyes, K. G., Rosenkranz, S. J., Berry, P. H., Supiano, K. P., Routt, M., Shannon- Dorcy, K., & Llanque, S. M. (2016): Essential Elements of an Effective Prison Hospice Program, in: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(4), 2016, S. 390–402, <https://doi.org/10.1177/1049909115574491>.