

Gesundheit von Frauen im Strafvollzug

*Beseitigung von Ungleichheiten
zwischen den Geschlechtern im
Strafvollzug*

2009



Gesundheit von Frauen im Strafvollzug

*Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern
im Strafvollzug*

2009



ZUSAMMENFASSUNG

1995 startete das WHO-Regionalbüro für Europa mit Unterstützung des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheit im Strafvollzug beim britischen Gesundheitsministerium das Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“. Das Projekt erstreckt sich auf ein Netzwerk von Ländern, die sich den Schutz und die Förderung der Gesundheit im Strafvollzug im Interesse der Häftlinge, des Wachpersonals und der öffentlichen Gesundheit zum Ziel gesetzt haben. Das Netzwerk erarbeitet anhand seiner Erfahrungen und gebündelten Fachkompetenz Leitlinien für die Länder, die die Gesundheitsversorgung und Bedingungen in ihren Haftanstalten verbessern und insbesondere deren Rolle bei der Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten ausbauen möchten. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, eine bedeutende Chance zur Förderung der Gesundheit einer marginalisierten Gruppe möglichst optimal zu nutzen und so nach ihrer Rückkehr in die Gesellschaft auch zur Gesundheit der Bevölkerung allgemein beizutragen. Auf Ersuchen der beteiligten Mitgliedstaaten hat das WHO-Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“ zusammen mit Partnerorganisationen und Sachverständigen sowie mit Unterstützung des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, des Quäkerrats für Europäische Angelegenheiten, des Büros der Quäker bei den Vereinten Nationen, des Sainsbury Centre for Mental Health, der Aids-Stiftung Ost-West und der Europäischen Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht eine Bestandsaufnahme in Bezug auf all die für die Gesundheit weiblicher Häftlinge im Strafvollzug relevanten Fragen durchgeführt und dabei ein besonderes Augenmerk auf die erheblichen gesundheitlichen Ungleichheiten gerichtet, denen Frauen in Haftanstalten ausgesetzt sind. Das Projekt hat die beiliegende Erklärung und das dazugehörige Hintergrundpapier als Untermauerung der Empfehlungen und des im Schlussteil enthaltenen Handlungsappells angenommen.

Schlüsselwörter

PRISONS
PRISONERS
WOMEN'S HEALTH
EUROPE

EUR/09/5086974

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

© Weltgesundheitsorganisation 2009

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Inhalt

Vorwort	v
Danksagung.....	vii
Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug	1
Einführung.....	9
Notwendigkeit einer Erklärung über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug.....	9
Zielsetzung einer Erklärung über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug	10
Definitionen	11
Frauen, Strafvollzug und Gesellschaft	13
Fakten und Zahlen.....	13
Menschenrechtsnormen und internationale Übereinkommen	15
Frauen in Strafvollzug und Gesellschaft.....	17
Soziale Beziehungen	17
Mädchen im Strafvollzug	18
Ältere Frauen im Strafvollzug	19
Ausländische Frauen im Strafvollzug	19
Kinder von inhaftierten Frauen	20
Gesundheit von weiblichen Häftlingen	24
Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung	24
Organisation der Gesundheitsversorgung für Frauen im Strafvollzug.....	25
HIV, Hepatitis C und andere Infektionskrankheiten	26
Substanzmissbrauch	28
Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen.....	31
Selbstverletzung und Suizid.....	33
Lernstörungen.....	35
Sexuelle und reproduktive Gesundheit	35
Schwangerschaft, postnatale Versorgung und Stillen	37
Gewalt und Misshandlung	39
Mehrfacher oder komplexer Behandlungsbedarf	40
Vorbereitungen auf die Zeit nach der Haftentlassung und Kontinuität der Gesundheitsversorgung	43

Wie lässt sich die Situation verbessern? Was kann, sollte und muss getan werden?.....	46
Jüngste Entwicklungen und neue Pläne.....	47
Empfehlungen	49
Schlussbemerkungen.....	60
Literatur	61

Vorwort

In Konzepten für den Strafvollzug werden die speziellen gesundheitlichen und sonstigen Bedürfnisse von Frauen häufig übersehen. Viele Frauen in Haftanstalten leiden an schwerwiegenden psychischen Erkrankungen und sind alkohol- oder drogensüchtig und waren körperlicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt. Häufig vernachlässigt werden auch Fragen, die sich aus geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen und familiären Verpflichtungen ergeben. Obwohl Frauen nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Häftlinge stellen, steigt ihre Zahl dennoch an, und der prozentuale Anstieg ist erheblich höher als bei Männern.

Die rapide Ausbreitung des HIV-Virus, das Wiederauftreten anderer gefährlicher übertragbarer Krankheiten wie Tuberkulose und Hepatitis und die zunehmende Erkenntnis, dass Haftanstalten als Auffangeinrichtungen für Drogen- oder Alkoholabhängige oder Menschen mit psychischen Problemen ungeeignet sind, haben dem Thema Gesundheit im Strafvollzug einen hohen Stellenwert auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung verschafft. Die WHO hat unterstrichen, dass jede nationale Gesundheitsstrategie Konzepte für den Strafvollzug beinhalten muss, die sich mit diesen schwerwiegenden Gesundheitsproblemen auseinandersetzen.

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht, insbesondere für Menschen, die sich in staatlichem Gewahrsam befinden. Obwohl Frauen dieselben Rechte genießen sollten wie Männer, sind doch die Strafvollzugssysteme primär auf männliche Häftlinge zugeschnitten, und so verfügen viele Haftanstalten nicht einmal über geeignete Einrichtungen, um den Schutz der Rechte und der Gesundheit von Frauen zu gewährleisten. Noch zusätzlich erschwert wird eine Auseinandersetzung mit dieser Problematik durch den Mangel an Daten und Forschungsergebnissen über die gesundheitliche Situation von Frauen in Haft. Die Gesundheitssysteme müssen geeignete Konzepte für die Gesundheit im Strafvollzug einführen, bei denen die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in allen Phasen der Planung und Realisierung gebührend berücksichtigt werden.

Seit 1995 arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa auf eine Verringerung der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch ehemalige Häftlinge sowie den Schutz bzw. die Förderung der Gesundheit im Strafvollzug hin. Das Regionalbüro hat in Berichten wie Gesundheit im Strafvollzug: Ein Leitfaden der WHO zu den Voraussetzungen für Gesundheit im Strafvollzug (2007) die

neusten Forschungsergebnisse und Analysen von Sachverständigen zusammengestellt und so dem Thema einen höheren Stellenwert verschafft. Auf der Grundlage der Gleichstellungspolitik der WHO hat das Regionalbüro Forschungsarbeiten mit dem Ziel gefördert, evidenzbasierte Leitlinien zu den wichtigsten Aspekten der Gesundheit von Frauen in Haft und im Strafvollzugssystem insgesamt zu erstellen.

Die Grundsätze und Empfehlungen der Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug sind bedeutende Schritte hin zur Verbesserung der Gesundheitssysteme und zur Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen im Strafvollzug. Ich habe die Hoffnung, dass dieser Bericht, in dem die auf der Fachkonferenz von Kiew im November 2008 zusammengetragenen Erkenntnisse und Expertenmeinungen dargestellt werden, dazu beiträgt, alle Mitgliedstaaten davon zu überzeugen, die Erklärung von Kiew anzunehmen und umzusetzen und so ihrer Verpflichtung für Menschenrechte und Gesundheitsförderung für alle nachzukommen.

Nata Menabde

Stellvertretende Regionaldirektorin für Europa der WHO

Danksagung

Für ihre wertvollen Beiträge zur Erstellung dieser Publikation möchten wir uns bei folgenden Experten bedanken:

- Isabel Yordi Aguirre, WHO-Regionalbüro für Europa
- Tomris Atabay, Referat Gerechtigkeit und Integrität, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien
- Mark Bellis, Koordinationszentrum für den Arbeitsbereich Gewalt und Gesundheit, Universität Edinburgh, Schottland, Vereinigtes Königreich
- Rachel Brett, Büro der Quäker bei den Vereinten Nationen, Genf
- Michael Browne, Gesundheitsversorgung und Drogen, Justizvollzugs- und Jugendhaftanstalt Holloway, London
- Ingrid Lycke Ellingsen, Expertengruppe für Gesundheit im Strafvollzug, Partnerschaft der Nördlichen Dimension für Gesundheit und Soziales, Norwegen
- Andrew Fraser, Kooperationszentrum für Gesundheit im Strafvollzug, Scottish Prison Service, Vereinigtes Königreich
- Mignon French, Gesundheit von weiblichen Häftlingen, Gesundheitsministerium, London
- Alex Gatherer, Berater auf Zeit, Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“, WHO-Regionalbüro für Europa
- Fabienne Hariga, Referat HIV und Aids, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien
- Paul Hayton, Kooperationszentrum für Gesundheit im Strafvollzug, Gesundheitsministerium, London
- Dagmar Hedrich, Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon
- Rachel Hunter, Gesundheit von weiblichen Häftlingen, Gesundheitsministerium, London
- Natalya Kalashnyk, Staatliche Behörde für den Strafvollzug, Kiew, Ukraine
- Morag MacDonald, Women’s Offender Health Research Interest Group, Birmingham City University, Vereinigtes Königreich

- Ruth Elwood Martin, Professorin, Vancouver Foundation, Kanada
- Lesley McDowall, Gesundheitsversorgung, Justizvollzugs- und Jugendhaftanstalt Corn-ton Vale, Scottish Prison Service, Vereinigtes Königreich
- Nick McGeorge, Vertreter der Quäker, Kommission der Vereinten Nationen für Verbre-chensverhütung und Strafrechtspflege
- Sheila McNerney, Chlamydien-Untersuchungsprogramm der Stadt Leeds, Vereinigtes Königreich
- Katherine Moloney, WHO-Regionalbüro für Europa
- Liz Scurfield, Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, Brüssel
- Mia Spolander, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien
- Nancy E. Stoller, Abteilung Gesellschaftsstudien, Universität Kalifornien, Santa Cruz
- Laura Thorne, Haftanstalten und Strafrecht, Sainsbury Centre for Mental Health, London
- Corey Weinstein, American Public Health Association, Washington

Wir bedanken uns insbesondere bei Alex Gatherer für seine tatkräftige Unterstützung bei der Er-stellung dieser Publikation.

Unser Dank gilt auch dem Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten für seinen finanziellen Beitrag zur Veranstaltung des Runden Tisches zum Thema Gesundheit von weiblichen Häftlin-gen sowie dem Kooperationszentrum für Gesundheit im Strafvollzug für die Ausrichtung dieser Veranstaltung am Sitz des Gesundheitsministeriums im Juni 2008 in London.

Lars Møller, Leiter, Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“

Brenda van den Bergh, Fachreferentin, Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“

WHO-Regionalbüro für Europa

Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug

1. Wir, die von den Regierungen anerkannten Vertreter der für die Gesundheit im Strafvollzug zuständigen Ministerien, das WHO-Kooperationszentrum für Gesundheit im Strafvollzug beim britischen Gesundheitsministerium, Vertreter des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, des Quäkerrats für Europäische Angelegenheiten, des Büros der Quäker bei den Vereinten Nationen, des Sainsbury Centre for Mental Health, der Aids-Stiftung Ost-West sowie anderer internationaler Organisationen aus der gesamten Europäischen Region und den Vereinigten Staaten von Amerika mit Fachkompetenz auf dem Gebiet der Gesundheit im Strafvollzug, **stellen mit Besorgnis fest**, dass der Umgang mit Straftäterinnen in den heutigen Strafvollzugssystemen oft deren grundlegenden Bedürfnissen gesundheitlicher und anderer Art nicht gerecht wird und somit erheblich hinter dem zurückbleibt, was die Menschenrechte, die anerkannten internationalen Empfehlungen und die soziale Gerechtigkeit gebieten.

2. **Wir sind darauf aufmerksam gemacht worden**, dass die Sachlage in Bezug auf Frauen im Strafvollzug komplex und schwierig ist und eine Auseinandersetzung mit ihren gesundheitlichen Bedürfnissen sehr erschweren kann.
 - Zwar ist der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Gefängnisinsassen nur sehr gering (durchschnittlich 4,9% in der Europäischen Region, allerdings mit erheblichen Unterschieden zwischen den Ländern), doch steigt in jüngster Zeit die Anzahl der weiblichen Häftlinge schneller als die der männlichen. Insgesamt befinden sich in der Europäischen Region derzeit ca. 100 000 Frauen in Haft.

 - Die Mehrzahl der verurteilten Frauen haben keine Gewalttaten begangen, sondern eher Eigentums- oder Drogendelikte; außerdem verbüßen viele Frauen nur eine kurze Haftstrafe, was eine hohe Fluktuation zur Folge hat.

- Da Frauen in der Haft häufig Opfer körperlicher Misshandlung oder sexueller Gewalt werden, sind Strafvollzugsbehörden und Wachpersonal aufgefordert, ihre Menschenwürde und Sicherheit zu bewahren und weibliche Häftlinge vor Schikanen und Übergriffen jeder Art zu schützen. Männliche Wärter sollten nicht für die unmittelbare Bewachung von Frauen zuständig sein. Sie sollten nie routinemäßig körperlichen Kontakt mit ihnen oder Zugang zu ihren Wohn- und Waschbereichen haben.
- In zahlreichen Ländern ist die Anzahl der in Untersuchungshaft befindlichen Frauen ebenso hoch oder sogar höher als die Anzahl der verurteilten Straftäterinnen. Untersuchungshäftlinge haben oft nur begrenzten Kontakt mit anderen Strafgefangenen, weniger Zugang zu Gesundheitsleistungen und Berufsausbildungsmaßnahmen und unterliegen häufig auch Beschränkungen hinsichtlich Kontakten zu Angehörigen (einschließlich Besuchsrecht); hiervon sind Frauen mit Kindern wie auch die Kinder selbst besonders stark betroffen.
- Frauen in Haft weisen eine hohe Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme auf, die nur selten in angemessener Weise behandelt werden. Die weibliche Gefängnispopulation weist hohe Raten an posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchtproblemen auf. Selbstverletzung und Suizid sind unter weiblichen Häftlingen relativ häufiger als unter männlichen.
- Ein Großteil der inhaftierten Frauen waren ihr Leben lang Opfer von Kindesmissbrauch, Vernachlässigung oder häuslicher Gewalt. Es besteht ein enger Zusammenhang zu den kriminogenen Faktoren in der Persönlichkeitsentwicklung von Frauen und zu ihrem psychischen und körperlichen Gesundheitszustand.
- Da ausländische Frauen, aber auch Mädchen und ältere Frauen in Haftanstalten Minderheiten innerhalb einer Minderheit der Gefängnispopulation darstellen, werden ihre Bedürfnisse leicht übersehen.

- Aufgrund der niedrigen Anzahl weiblicher Häftlinge verfügen die meisten Länder nur über wenige Hafteinrichtungen für Frauen. Deshalb sind Frauen oft in großer Entfernung von ihrem Wohnort inhaftiert, was eine zusätzliche Belastung für die Familie darstellt.
 - Viele weibliche Häftlinge sind Mütter und meist die primären oder alleinigen Verantwortlichen für die Betreuung ihrer Kinder. Nach Schätzungen sind in der Europäischen Region ca. 10 000 Säuglinge und Kleinkinder unter zwei Jahren von der Inhaftierung ihrer Mütter betroffen. Betrachtet man die gesamte Altersgruppe unter 18 Jahren, so liegt die Anzahl der Kinder, deren Mütter in Haft sind, weit höher und beläuft sich auf mehrere Hunderttausend.
 - Wenn Frauen während der Haft gebären oder für ein Kind sorgen müssen, ist es wichtig, dass die Haftbedingungen es ihnen erlauben, das Kind zu stillen und mit ihm eine Bindung aufzubauen. Das Alter, bis zu dem Kinder bei ihren Müttern in den Haftanstalten bleiben dürfen, ist in den Ländern der Europäischen Region sehr unterschiedlich geregelt. Meist liegt die zulässige Altersgrenze bei drei Jahren.
 - Die Prävalenz von HIV, anderen durch Blut übertragenen Krankheiten sowie sexuell übertragbaren Infektionen ist unter weiblichen Häftlingen oft höher als unter männlichen.
 - In Bezug auf die Prävalenz von Drogenmissbrauch und Risikoverhalten sowie die Nachfrage nach bzw. Bereitstellung von geeigneten Angeboten für Frauen in Haft fehlt es an objektiven, zuverlässigen und vergleichbaren Daten, die die Planung angemessener Gesundheitsleistungen (wie Drogenentzug) wie auch eine Evaluation ihrer Qualität und Wirksamkeit erleichtern würden.
3. **Wir räumen ein**, dass nach den vorhandenen Erkenntnissen in vielen Teilen der Europäischen Region offensichtliche Defizite vorliegen, die nicht hingenommen werden dürfen.

- Die Bedingungen in Haftanstalten werden den besonderen Bedürfnissen von Frauen nicht immer gerecht. Dazu gehören die Notwendigkeit einer angemessenen Ernährung und gesundheitlichen Versorgung sowie geeigneter Bewegungsmöglichkeiten für Schwangere, aber auch höhere hygienische Anforderungen in Verbindung mit der Menstruation, etwa regelmäßiges Duschen und die kostenlose Bereitstellung von Hygieneartikeln sowie entsprechende Entsorgungsmöglichkeiten.
- Psychische Erkrankungen, die u. a. durch Drogenprobleme und Traumatisierung bedingt sind, bleiben oft unbehandelt. Es gibt Mängel hinsichtlich der anerkannten Normen für evidenzbasierte Behandlungsmethoden wie Substitutionstherapie, Psychotherapie, Beratung, Schulung, Unterstützung durch Mithäftlinge und schadensbegrenzende Maßnahmen.
- Auch die Schulungsmaßnahmen für das Wachpersonal im Strafvollzug weisen häufig Mängel auf. Geschlechtssensible Ausbildungsmaßnahmen und gezielte Schulungen in Bezug auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse weiblicher Häftlinge sollten in allen Strafvollzugssystemen etabliert sein.
- Viele Strafvollzugssysteme stehen bei der Erstellung von Versorgungs- und Behandlungsangeboten vor der Herausforderung, ein Gleichgewicht zwischen der Achtung der Würde der Frau einerseits und Überwachungs- und Sicherheitsaspekten im Strafvollzug andererseits finden zu müssen.
- Es ist nicht ungewöhnlich, dass inhaftierte Frauen gleichzeitig feststellen, dass sie schwanger und HIV-positiv sind. Die psychische Belastung infolge der Inhaftierung in Verbindung mit der Entdeckung einer Schwangerschaft und einer HIV-Infektion kann sich katastrophal auf die Verfassung der Frau auswirken; für solche Fälle haben nur wenige Haftanstalten angemessene Hilfeangebote.
- Die Einführung eines wirksamen Systems für die Inspektion und Überwachung von Haftanstalten, die von einer unabhängigen Stelle durchgeführt werden und über ein vertrauliches

Beschwerdesystem verfügen, ist von entscheidender Bedeutung für die Verhinderung von Gewalt und Missbrauch im Strafvollzug. Häufig fehlen solche Systeme jedoch gänzlich.

- Handlungskonzepte und Programme für den Strafvollzug sind nur selten speziell auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten; dies gilt insbesondere für den grundlegend wichtigen Bereich der Vorbereitung auf die Haftentlassung und Wiedereingliederung.
- Maßnahmen im Vorfeld der Entlassung, etwa zur gezielten Verringerung der akuten Gefahr eines Drogentodes bei ehemaligen weiblichen Strafgefangenen in den ersten Wochen nach ihrer Haftentlassung, sind äußerst wichtig, werden aber oft unterlassen.
- Eine Kontinuität der Versorgung nach der Haftentlassung ist von äußerster Wichtigkeit und sollte eine gemeinsame Aufgabe für Wachpersonal, Gesundheitspersonal und zuständige Sozialbehörden sein, doch leider ist eine solche Kontinuität oft nicht gewährleistet.

4. **Wir unterstützen in vollem Umfang die Erklärung von Kiew und verpflichten uns, durch unsere verschiedenen Einflussmöglichkeiten Regierungen und Politik auf die nachstehend aufgeführten Hauptempfehlungen aufmerksam zu machen.**

Die Mitgliedstaaten sollten **auf der Regierungsebene und bei der Entscheidungsfindung** dringend ihre gegenwärtigen Konzepte und Angebote für die Erfüllung der grundlegenden präventiven und kurativen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen in allen Phasen des Strafvollzugs überprüfen und ggf. angemessene Änderungen vornehmen, die sich an folgenden Kriterien orientieren.

- 4.1 Sämtliche Überlegungen und Maßnahmen der Konzeptgestaltung für alle Inhaftierten sollten sich an der **grundlegenden Bedeutung der Menschenrechte** orientieren.
- 4.2 Die **wichtigen Grundsätze**, die bei der Entscheidung über Maßnahmen zur Verbesserung der gegenwärtigen Praxis angewandt werden sollten, müssen folgende Elemente enthalten:

- Bei Frauen, die keine Gewaltverbrechen begangen haben und von denen keine Gefahr für die Gesellschaft ausgeht, sollte die Verhängung einer **Untersuchungs- oder Straftaft nur als letzter Ausweg** gewählt werden. Die Inhaftierung von Schwangeren sowie Frauen mit kleinen Kindern sollte auf ein Minimum beschränkt und nur dann erwogen werden, wenn keine bzw. keine geeigneten Alternativen zur Verfügung stehen.
- Alle Konzepte, die sich auf die Situation von Frauen im Strafvollzug auswirken, müssen **sowohl den speziellen Bedürfnissen von Frauen Rechnung tragen als auch der großen Bandbreite von Bedürfnissen**, die es für die verschiedenen Gruppen von Frauen geben kann.
- Beim Angebot von Gesundheitsleistungen und bei der Ausarbeitung von Gesundheitsprogrammen sollten **psychische Gesundheitsprobleme, insbesondere Substanzmissbrauch und posttraumatische Belastungsstörungen**, konkret berücksichtigt werden. Dies ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines jeden Gesundheitsversorgungssystems im Strafvollzug.
- Wenn die betroffenen Frauen Kinder haben, **muss deren Wohl das maßgebliche Kriterium** bei der Entscheidung über eine Haftstrafe für die Mutter sein; dies schließt auch eine vorrangige Berücksichtigung des Kindeswohls bei der Prüfung der Frage ein, ob und wie lange die Kinder bei ihrer Mutter im Gefängnis bleiben dürfen.
- Die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten muss den spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen gerecht werden und sollte individuell gestaltet, in einem Rahmen gefasst und **auf ganzheitliche und humane Art** angeboten werden.

4.3 Zu den wichtigsten Gesundheitsleistungen sollten gehören:

- **umfassende und eingehende Untersuchung** bei Haftantritt und in regelmäßigen Abständen während der gesamten Haftdauer; hierbei sollten der sozioökonomische und bildungsmäßige Hintergrund, die Gesundheits- und Traumageschichte, der aktuelle

Gesundheitszustand und eine Bewertung der vorhandenen bzw. erforderlichen Fähigkeiten berücksichtigt werden;

- ein **personenbezogener Versorgungs-, Behandlungs- und Entwicklungsplan**, der von den verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen und allen anderen Mitarbeitern, die an der Versorgung bzw. Bewachung der weiblichen Häftlinge beteiligt sein sollen, gemeinsam und in Absprache mit den betroffenen Frauen selbst erstellt wird;
- **Leistungen der primären Gesundheitsversorgung** in der Haftanstalt, die den Frauen während der wichtigen Einführungsphase erläutert werden; dabei sollten sie deutlich über ihr Recht auf Vertraulichkeit, Privatsphäre, Gesundheitsinformationen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufgeklärt werden, möglichst in Form einer leicht verständlichen Broschüre;
- eine **fachärztliche Versorgung**, die leicht zugänglich ist und an die Bedürfnisse der Frauen angepasst werden kann, u. a. in folgenden Bereichen: psychische Gesundheit, einschließlich Hilfe für Personen mit Missbrauchserfahrungen und posttraumatischen Belastungsstörungen; chronische Gesundheitsprobleme, HIV und Aids, einschließlich Beratung und Betreuung, Hepatitis, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten; Drogen- und Alkoholabhängigkeit; Lernstörungen; reproduktive Gesundheit; die Insassin sollte beim Gespräch über ihren persönlichen Gesundheitsplan eine Erläuterung hinsichtlich des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung erhalten; und
- **angemessen geplante und durchgeführte Vorbereitungen im Vorfeld der Haftentlassung, um eine Kontinuität der Versorgung und des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und anderen Angeboten nach der Entlassung zu gewährleisten**; Gesundheits- und Sozialleistungen dürfen nicht getrennt von anderen kommunalen Angeboten erbracht werden; ebenso wie Ärzte und Pflegepersonal beruflichen Kontakt mit Kollegen pflegen müssen, sind auch alle einschlägigen Berufsgruppen innerhalb des Strafvollzugs auf gute Kontakte mit vergleichbaren Diensten im kommunalen Bereich angewiesen.

4.4 Die genannten Angebote und Konzepte haben nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn die **Rolle von Staat, Politik und höherer Verwaltungsebene** verstanden, akzeptiert und in die Tat umgesetzt wird. Grundsätzliche Voraussetzung dafür ist:

- dass das Strafvollzugssystem in der Gesundheitsversorgung erkennbar im Interesse der Frauen handelt, so dass geschlechtsspezifische und andere Bedürfnisse problemlos erfüllt werden können;
- dass jede Haftanstalt, in der weibliche Strafgefangene untergebracht sind, über ein schriftliches Konzept verfügt, aus dem hervorgeht, dass in der täglichen Vollzugspraxis die besonderen Bedürfnisse von Frauen berücksichtigt werden und dass das Haftpersonal durch Schulungen entsprechend sensibilisiert sind;
- dass bei Beteiligung von Kindern deren Bedürfnisse und Wohl eindeutig als erstes und maßgebliches Kriterium bei der Erstellung der entsprechenden Angebote herangezogen werden.

5. **Wir haben uns verpflichtet**, mit dem WHO-Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“ und seinen Partnern zusammenzuarbeiten, so dass **in den nächsten drei Jahren** aus den durch die bereits laufenden Initiativen und bewährten Praktiken in der Europäischen Region gewonnenen Erfahrungen Leitlinien für die Umsetzung dieser Erklärung erstellt und an alle Länder der Region weitergereicht werden können. Die WHO, das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung und die Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht werden im Rahmen ihres jeweiligen Mandats miteinander zusammenarbeiten, um die Überwachung der Gesundheitssituation im Strafvollzug zu verbessern und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Drogenproblematik zu richten. Wir werden prüfen, inwiefern wir allen Ländern bei der Überprüfung der Fortschritte hin zu verbesserten, gerechteren und geschlechtssensibleren Angeboten in sämtlichen Bereichen des Strafvollzugs behilflich sein können.

Einführung

Notwendigkeit einer Erklärung über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug

Da Haftstrafen von Männern für Männer konzipiert wurden, haben Frauen immer einen Ausnahmestatus. Es ist eine Herausforderung, passende Lösungskonzepte zu finden, die den Bedürfnissen der weiblichen Häftlinge gerecht werden.

(Kurten-Vartio, 2007)

Frauen bilden aufgrund ihres Geschlechts eine Sondergruppe innerhalb des Strafvollzugs. Auch wenn sich die Eigenschaften und damit die Bedürfnisse von weiblichen Häftlingen von Land zu Land erheblich unterscheiden können, so weist diese Gruppe doch zum überwiegenden Teil eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf. Dazu gehören die Häufigkeit psychischer Störungen, ein hohes Maß an Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung oder Gewalt vor oder während der Haft, die Vernachlässigung der geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse sowie zusätzliche Probleme im Zusammenhang mit der Verantwortung der Frauen für ihre Kinder und Familien. Viele weibliche Häftlinge sind Mütter kleiner Kinder, für deren Betreuung sie vor ihrer Inhaftierung meist primär oder ausschließlich verantwortlich waren.

Weiblichen Strafgefangenen stehen dieselben Rechte zu wie männlichen, sie haben jedoch in der Praxis meist einen schlechteren Zugang zu diesen Rechten. Da die Strafvollzugssysteme primär für Männer konzipiert sind, die in den meisten Ländern mehr als 95% der Gefängnispopulation stellen, werden die im Strafvollzug angewandten Konzepte und Verfahren häufig den gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen nicht gerecht. Daten über die Gesundheit weiblicher Häftlinge und ihre Gesundheitsversorgung sind bisher Mangelware, da die meisten Daten aus Haftanstalten nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt sind.

Der Gesundheitsstatus von Strafgefangenen ist in der Regel schlechter als der der Allgemeinbevölkerung, und die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen können in der primär auf Männer ausgerichteten Strafvollzugspraxis in erheblicher Weise vernachlässigt werden. Viele Frauen

haben vor ihrer Inhaftierung Erfahrungen mit körperlicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch, aber auch mit Alkohol- oder Drogensucht gemacht. Viele wurden vor der Haft nicht entsprechend ärztlich versorgt. Frauen im Strafvollzug leiden generell häufiger an psychischen Gesundheitsproblemen als Frauen in der Allgemeinbevölkerung. Dies ist oft durch ihre frühere Opferrolle bedingt. Psychische Störungen können sowohl Ursache für die Inhaftierung als auch Folge von Freiheitsentzug sein, und die Raten an Selbstverletzung und Suizid sind unter weiblichen Strafgefangenen merklich höher als unter männlichen. Beide Raten sind höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Oft wird die Tatsache übersehen, dass die Inhaftierung von Frauen meist schwerwiegendere soziale Folgen für Familie und Gemeinschaft hat, als dies bei Männern der Fall ist. Der Zusammenbruch von Familien, langfristige Probleme für Kinder, die in Pflegefamilien untergebracht werden müssen, und ein Verlust an Gemeinschaftsgefühl und Zusammenhalt können dazu führen, dass die Inhaftierung von Frauen mit deutlich höheren sozialen Kosten verbunden ist als die von Männern.

Das vorliegende Dokument ist ein Hintergrundpapier für die Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug, die auf der Internationalen Konferenz der WHO über Gesundheit im Strafvollzug im November 2008 diskutiert und schließlich angenommen wurde.

Das Papier enthält eine Zusammenfassung der Evidenz aus Literatursichtungen sowie der wichtigsten Erkenntnisse von Sachverständigen für die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug; ihre Namen sind im Abschnitt „Danksagung“ aufgeführt.

Zielsetzung einer Erklärung über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug

Die Ziele einer Erklärung über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug sind:

1. Sensibilisierung in den Ländern der Europäischen Region der WHO für die gegenwärtige Situation hinsichtlich der Gesundheit von weiblichen Strafgefangenen und ihrer Gesundheitsversorgung in Haftanstalten der Mitgliedstaaten;

2. Forderung nach spürbaren Verbesserungen an der gegenwärtigen Situation durch Umsetzung der Empfehlungen der WHO in folgenden Bereichen:
 - ein allgemeines Konzept, das die Schaffung eines akzeptableren und geschlechtssensibleren Strafvollzugs erlaubt, bei dem die Rechte von Frauen und ggf. Kindern in besonderer Weise Berücksichtigung finden;
 - die Gesundheitsversorgung in der Haft sollte in quantitativer wie qualitativer Hinsicht mindestens ungefähr gleichwertig mit den Gesundheitsangeboten für die Allgemeinbevölkerung sein;
 - die Einführung zufrieden stellender Verfahren zur Gewährleistung einer Kontinuität der Versorgung.

Definitionen

Die in diesem Papier verwendeten Begriffe werden folgendermaßen definiert:

Ausländischer Häftling: Eine Person, die weder die Staatsbürgerschaft des Landes besitzt, in dem sie inhaftiert ist, noch in diesem Land dauerhaft ansässig ist.

Mädchen: Eine weibliche Person unter 18 Jahren.

Ältere Frau: Eine weibliche Person im Alter von mindestens 50 Jahren.

Haftanstalt: Ein Ort des Freiheitsentzugs, an dem Menschen inhaftiert sind, die auf ihren Strafprozess warten, vor Gericht stehen oder nach ihrer Verurteilung wegen einer Straftat ihre Haftstrafe verbüßen (ausschließlich Polizeizellen).

Häftling/Strafgefangene(r): Eine inhaftierte Person, die auf ihren Strafprozess wartet oder ihre Haftstrafe verbüßt.

Frau im Strafvollzug/Frau in Haft/weiblicher Häftling: Eine weibliche Person im Alter von mindestens 18 Jahren, die bis zu ihrem Strafprozess inhaftiert ist oder eine Haftstrafe verbüßt.

Gesundheit von Frauen: Ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens für alle weiblichen Säuglinge, Mädchen und Frauen unabhängig von Alter, sozioökonomischer oder ethnischer Zugehörigkeit, Rasse und Aufenthaltsort.

Frauen, Strafvollzug und Gesellschaft

In diesem Abschnitt werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen von internationalen Gesundheitsorganisationen, Forschern und anderen Experten auf dem Gebiet der Gesundheit von Frauen im Strafvollzug präsentiert.

Fakten und Zahlen

1. Weltweit sitzen mehr als eine halbe Million Frauen und Mädchen in Untersuchungs- oder Strafhäft. In der Europäischen Region sitzen ca. 100 000 Frauen und Mädchen in Haft (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Gefängnisinsassen ist weltweit nur sehr gering; er liegt in den meisten Ländern zwischen 2% und 9%. Nur 12 Strafvollzugssysteme auf der ganzen Welt melden einen höheren Frauenanteil. In der Europäischen Region liegt der Durchschnitt bei 4,4%. Innerhalb der Region hat Spanien den höchsten Frauenanteil an der Gefängnispopulation (fast 8%), Aserbaidshan den niedrigsten (unter 1,5%) (Walmsley, 2006; WHO-Regionalbüro für Europa, 2009).
2. Obwohl Frauen weltweit in den nationalen Haftanstalten eine Minderheit darstellen, steigt insgesamt die Zahl der weiblichen Häftlinge. Diese steigende Zahl von Haftstrafen erklärt sich teilweise aus einem weltweiten Trend zu einer häufigeren Verhängung von Haftstrafen auf Kosten konstruktiverer Strafmaßnahmen ohne Freiheitsentzug. Dies gilt insbesondere für Drogendelikte und Diebstähle ohne Gewaltanwendung (Penal Reform International, 2007). Den meisten Drogenstraftäterinnen könnte durch Alternativen ohne Freiheitsentzug, bei denen gezielt die Drogenabhängigkeit bekämpft wird, wesentlich effektiver geholfen werden (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Darüber hinaus fällt der Anstieg der Zahl der weiblichen Häftlinge deutlich höher aus als bei den männlichen Insassen (Bastick, 2005). So ist beispielsweise in England and Wales die Zahl der Frauen in Haft in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 200% gestiegen, die der männlichen Häftlinge dagegen nur um 50% (Prison Reform Trust, 2006). Ein Teil dieser Zunahme erklärt sich aus der weltweit zu beobachtenden Vertreibung von Frauen aufgrund von

Kriegen, Unruhen und Wirtschaftskrisen, aber auch aus Strafvollzugssystemen, die nicht ausreichend geschlechtssensibel sind.

3. Viele Frauen verbüßen nur eine kurze Haftstrafe, was eine hohe Fluktuation zur Folge hat. Die Mehrzahl der verurteilten Frauen haben keine Gewalttaten begangen, sondern eher Eigentums- oder Drogendelikte (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Weltweit werden Frauen häufiger für Drogendelikte verurteilt als für jede andere Straftat (Taylor, 2004). Drogenhändler benutzen oft Frauen, meist aus einkommensschwachen Ländern, als Drogenkuriere, die die Ware für wenig Geld über Grenzen schmuggeln (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).
4. In vielen Ländern ist die Anzahl der in Untersuchungshaft befindlichen Frauen ebenso hoch oder sogar höher als die Anzahl der verurteilten Straftäterinnen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Untersuchungshäftlinge haben oft nur begrenzten Kontakt mit anderen Strafgefangenen, weniger Zugang zu Gesundheitsleistungen und Berufsausbildungsmaßnahmen und unterliegen häufig auch Beschränkungen hinsichtlich Kontakten zu Angehörigen (einschließlich Besuchsrecht); hiervon sind Frauen mit Kindern wie auch die Kinder selbst besonders stark betroffen (Penal Reform International, 2007).
5. Frauen, die Haftstrafen verbüßen, stammen oft aus benachteiligten Verhältnissen; viele haben vor der Haft Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und einer unzureichenden Gesundheitsversorgung gemacht (Penal Reform International, 2007). Weiterhin leiden Frauen zum Zeitpunkt ihrer Inhaftierung häufiger als Männer an psychischen Störungen, die oft durch häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch bedingt sind (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).
6. Da es nur wenige Haftanstalten für Frauen gibt, sind oft Häftlinge, die für eine Vielzahl verschiedener Straftaten verurteilt wurden, in derselben Einrichtung untergebracht. Die Sicherheitsvorschriften werden dann von den hohen Sicherheitsanforderungen für nur einige wenige hochgefährliche Häftlinge bestimmt. Insgesamt sind die Sicherheitsvorschriften für die männliche Gefängnispopulation konzipiert, was insofern eine Diskriminierung der weiblichen

Häftlinge darstellt, als diese überwiegend nicht für Gewaltverbrechen verurteilt wurden und daher keine hohe Sicherheitsstufe benötigen (Penal Reform International, 2007).

Menschenrechtsnormen und internationale Übereinkommen

Das Konzept der Gleichberechtigung umfasst weit mehr als nur eine Gleichbehandlung aller. So wird durch Gleichbehandlung verschiedener Personen in unterschiedlichen Situationen Ungerechtigkeit eher fortgesetzt als beseitigt.

(Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte, 1994)

7. Frauen in Haft genießen trotzdem den Schutz von Menschenrechtsvorschriften. Die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Vereinte Nationen, 1948)* besagt, dass der Staat die Ausübung der Rechte und Freiheiten von Personen, einschließlich Strafgefangenen, nur Beschränkungen unterwerfen darf, „die das Gesetz ausschließlich zu dem Zweck vorsieht, die Anerkennung und Achtung der Rechte und Freiheiten anderer zu sichern und den gerechten Anforderungen der Moral, der öffentlichen Ordnung und des allgemeinen Wohles in einer demokratischen Gesellschaft zu genügen.“

Die wichtigste Norm der Vereinten Nationen für die Menschenrechte von Frauen, die die Grundlage für die Verwirklichung von Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern bildet, ist das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Vereinte Nationen, 1979). Deren Artikel 2 besagt:

Die Vertragsstaaten verurteilen jede Form von Diskriminierung der Frau; sie kommen überein, mit allen geeigneten Mitteln unverzüglich eine Politik zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau zu verfolgen, und verpflichten sich zu diesem Zweck,

- a) den Grundsatz der Gleichberechtigung von Mann und Frau in ihre Staatsverfassung oder in andere geeignete Rechtsvorschriften aufzunehmen, sofern sie dies noch nicht getan haben, und durch gesetzgeberische und sonstige Maßnahmen für die tatsächliche Verwirklichung dieses Grundsatzes zu sorgen;
- b) durch geeignete gesetzgeberische und sonstige Maßnahmen, gegebenenfalls auch Sanktionen, jede Diskriminierung der Frau zu verbieten;

- c) den gesetzlichen Schutz der Rechte der Frau auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit dem Mann zu gewährleisten und die Frau durch die zuständigen nationalen Gerichte und sonstigen öffentlichen Einrichtungen wirksam vor jeder diskriminierenden Handlung zu schützen;
 - d) Handlungen oder Praktiken zu unterlassen, welche die Frau diskriminieren, und dafür zu sorgen, daß alle staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit dieser Verpflichtung handeln;
 - e) alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau durch Personen, Organisationen oder Unternehmen zu ergreifen;
 - f) alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung aller bestehenden Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung der Frau darstellen;
 - g) alle innerstaatlichen strafrechtlichen Vorschriften aufzuheben, die eine Diskriminierung der Frau darstellen.
8. Zu den wichtigsten internationalen Normen, die dem Schutz der Menschenrechte von Strafgefangenen dienen und dafür sorgen, dass ihre Behandlung ihrer späteren Wiedereingliederung in die Gesellschaft förderlich ist, gehören:
- die Mindestgrundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung von Gefangenen (Vereinte Nationen, 1955);
 - die Grundprinzipien für die Behandlung der Gefangenen (Vereinte Nationen, 1990);
 - die Europäischen Strafvollzugsvorschriften 2006 (Europarat, 2006);
 - die Entschließung des Europäischen Parlaments zur besonderen Situation von Frauen im Gefängnis und die Auswirkungen der Inhaftierung von Eltern auf deren Leben in Familie und Gesellschaft (2008);
 - den Grundsatzkatalog für den Schutz aller irgendeiner Form von Haft oder Strafgefangenschaft unterworfenen Personen (Vereinte Nationen, 1988);
 - die Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, 2004).

Diese Normen bilden die Grundprinzipien, die in allen Strafvollzugssystemen und Haftanstalten auf der ganzen Welt Gültigkeit haben und für alle Häftlinge ohne Diskriminierung gelten.

Die Mindestgrundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung von Gefangenen (Vereinte Nationen, 1955) und andere Normen verbieten die Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.

Grundsatz 5 des Grundsatzkatalogs für den Schutz aller irgendeiner Form von Haft oder Strafgefangenschaft unterworfenen Personen (Vereinte Nationen, 1988) besagt:

Maßnahmen, die aufgrund der Gesetze angewandt werden und ausschließlich dazu bestimmt sind, die Rechte und die besondere Stellung von Frauen, insbesondere schwangeren Frauen und stillenden Müttern, von Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen, Kranken oder Behinderten zu schützen, gelten nicht als Diskriminierung. Die Notwendigkeit derartiger Maßnahmen und deren Anwendung unterliegen stets der Nachprüfung durch einen Richter oder eine Behörde.

Dies verdeutlicht, dass besondere Maßnahmen, die der Erfüllung der besonderen Bedürfnisse von Frauen in Haft dienen, nicht als diskriminierend anzusehen sind.

Frauen in Strafvollzug und Gesellschaft

Soziale Beziehungen

9. Bei ihrer Inhaftierung werden Frauen von ihren Familien und ihrem sozialen Netz getrennt. Eine der größten Herausforderungen nach der Rückkehr in die Gesellschaft nach der Haftentlassung besteht darin, diese Beziehungen wieder zu aktivieren. Eine freizügige Regelung von Besuchszeiten kann hierbei eine bedeutende Rolle spielen (Penal Reform International, 2007).
10. Da weniger Frauen in Haft sitzen als Männer, gibt es weniger Haftanstalten für Frauen. Deshalb verbüßen viele Frauen ihre Haftstrafe in großer Entfernung von Wohnort und Familie, was die Erhaltung starker Familienbande erheblich erschwert (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Die Entfernung und die Kosten für den Besuch von Frauen, die weit von ihrem Wohnort inhaftiert sind, stellen ein beträchtliches Hindernis für regelmäßige Besuche dar (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).

Durch die Inhaftierung der Frauen weit vom Wohnort entfernt wird auch ihre Wiedereingliederung nach der Haftentlassung in erheblichem Maße gefährdet.

Mädchen im Strafvollzug

11. Da Mädchen im Jugendstrafvollzug nur eine kleine Minderheit bilden, werden sie leicht übersehen. Deshalb gilt es, die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen in besonderer Weise zu berücksichtigen.
12. Die Zahl der Mädchen in Jugendhaftanstalten hat sich in den letzten Jahren dramatisch erhöht. In den Vereinigten Staaten von Amerika stellen Mädchen ca. 25% der Insassen von Jugendhafteinrichtungen (Kelly et al., 2007). Allerdings ist der Anteil der Mädchen an der weiblichen Gefängnispopulation insgesamt gering (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007).
13. Aufgrund ihrer niedrigen Zahl werden Mädchen manchmal in denselben Bereichen von Haftanstalten untergebracht wie erwachsene Frauen. Nach den einschlägigen internationalen Normen jedoch müssen Mädchen und erwachsene Frauen in der Haft getrennt voneinander untergebracht werden. Wo jedoch eine getrennte Inhaftierung im Vergleich zu einer Unterbringung in denselben Einrichtungen zu einer Verringerung der Bildungschancen führen würde, sollten zumindest Sicherheitsbestimmungen vorhanden sein, durch die ein Kontakt der Mädchen mit Frauen mit langer krimineller Vergangenheit vermieden wird. Mädchen, die in Haft sitzen, haben manchmal dieselben Probleme und kommen aus denselben Verhältnissen wie ihre erwachsenen Mithäftlinge. So sind einige der jugendlichen Insassinnen Mütter und manchmal die primären oder alleinigen Verantwortlichen für die Betreuung ihrer Kinder.
14. Über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Mädchen im Strafvollzug ist nur wenig bekannt, doch herrscht zunehmend Besorgnis über Substanzmissbrauch, psychische Gesundheitsprobleme, unzureichende sexuelle Gesundheit und einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand gemessen an einer Reihe von Indikatoren (Douglas & Plugge, 2008). So sind Mädchen

in zunehmendem Maße durch HIV-Infektion gefährdet; unter den Infizierten sind auch junge Mütter.

Ältere Frauen im Strafvollzug

15. Ältere Frauen (über 50 Jahre) stellen nur einen geringen Anteil der gesamten weiblichen Gefängnispopulation. Dennoch wirft ihre Inhaftierung besondere Fragen auf, etwa die Möglichkeit einer Begnadigung oder besondere (gesundheitliche) Anforderungen.

16. Als Minderheit innerhalb einer Minderheit wird älteren Frauen in Haft mit ihren besonderen Bedürfnissen nur selten konkret Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei benötigen ältere Insassinnen manchmal eine umfassendere und gezieltere Gesundheitsversorgung als jüngere Häftlinge. Bei manchen älteren Frauen können die Folgen der Menopause starke Auswirkungen auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse, und auch andere persönliche Bedürfnisse können davon betroffen sein (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Außerdem haben sie manchmal besondere Bedürfnisse aufgrund körperlicher Probleme und Einschränkungen.

Ausländische Frauen im Strafvollzug

17. In den Strafvollzugssystemen der meisten Länder der Europäischen Region sind ausländische Staatsbürger deutlich überrepräsentiert. Im Durchschnitt wurden mehr als 30% der inhaftierten ausländischen Frauen wegen Drogendelikten verurteilt (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007; Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).

Ein weiterer häufiger Grund für die Inhaftierung ausländischer Frauen ist ihre fehlende Aufenthaltsberechtigung. Ausländische Frauen können in dem Land, in dem sie in Haft sind, oder in ihrem Ursprungsland Kinder haben, die von ihnen abhängig sind; deshalb sollten Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte stets die Frage der Elternschaft gebührend berücksichtigen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).

Kinder von inhaftierten Frauen

18. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen in Haft muss auch deren Kinder einschließen. In der 2003 von der Generalversammlung verabschiedeten Resolution A/RES/58/183 über Menschenrechte in der Rechtspflege werden „die Regierungen, die zuständigen internationalen und regionalen Organe, die nationalen Menschenrechtsinstitutionen und die nichtstaatlichen Organisationen [gebeten], der Problematik weiblicher Häftlinge, einschließlich ihrer Kinder, besondere Aufmerksamkeit zu widmen, mit dem Ziel, die wichtigsten Probleme und Wege zu ihrer Überwindung aufzuzeigen ...“.
19. Die meisten weiblichen Häftlinge sind Mütter und in der Regel die primären oder alleinigen Verantwortlichen für die Betreuung ihrer Kinder. Untersuchungen aus zahlreichen Ländern belegen, dass bei einer Inhaftierung der Väter die Mütter meist weiter für die Kinder sorgen. Dagegen kümmern sich die Väter bei Inhaftierung der Mütter oft nicht mehr um die Kinder, so dass viele von ihnen in Einrichtungen betreut werden müssen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). So sorgen im Vereinigten Königreich 80% der Väter nach einer Verurteilung der Mütter nicht mehr für ihre Kinder (Anne Owers, Salter Lecture, Jahrestagung der Quäker in Großbritannien, 23. Mai 2008). Familien können auch dann auseinander brechen, wenn Frauen bis zu ihrer Verhandlung in Untersuchungshaft sitzen oder wenn sie nur zu kurzen Haftstrafen verurteilt werden.
- Nach Schätzungen der Howard League for Penal Reform, einer britischen nichtstaatlichen Organisation, sind in der Europäischen Region ca. 10 000 Kinder unter zwei Jahren von der Inhaftierung ihrer Mütter betroffen (Europarat, 2000). In der Altersgruppe unter 18 Jahren liegt die Anzahl der Kinder, deren Mütter in Haft sind, weit höher und beläuft sich auf mehrere Hunderttausende.
20. In vielen Ländern bleiben Säuglinge, die von Häftlingen geboren werden, bei ihrer Mutter, und auch sehr kleine Kinder dürfen ihre Mütter ins Gefängnis begleiten. Sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der Länder gibt es erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Einrichtungen. In manchen Ländern verfügen Haftanstalten über Mutter-Kind-Abteilungen mit besonderen Einrichtungen, die der Unterstützung der Mütter und der Entwicklung der Kinder dienen. In anderen Ländern leben Säuglinge in Haftanstalten, ohne dass der Staat

offiziell von ihnen Notiz nimmt oder ihre Anwesenheit überwacht und ohne dass spezielle Vorkehrungen für sie getroffen werden. Tatsächlich sind in den Haftanstalten die für die Sicherheit, Gesundheit und Entwicklung von Kindern notwendigen Einrichtungen häufig entweder nicht vorhanden oder unzureichend. Dennoch ist durch Untersuchungen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008) belegt, dass kleine Kinder, die zwangsweise von ihren Müttern getrennt werden, langfristig in ihrer emotionalen und anderweitigen Entwicklung beeinträchtigt werden.

Wenn Mütter und ihre Kinder voneinander getrennt werden, besteht die Möglichkeit, dass die Mütter ihre Kinder nicht mehr sehen oder den Kontakt zu ihnen verlieren. Manchmal ist dies durch die mit Besuchen im Gefängnis verbundenen Kosten bedingt. Ein anderer Grund kann darin bestehen, dass die Mütter die Verwandten, die sich um ihre Kinder kümmern, ablehnen oder dass sie das Sorgerecht für ihre Kinder verloren haben (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Diese psychischen und entwicklungsmäßigen Probleme begleiten Kinder oft ihr ganzes Leben lang.

Sowohl die Genehmigung, die Kinder im Gefängnis wohnen zu lassen, als auch die Trennung von Mutter und Kind sind mit einer Reihe schwieriger Probleme und Dilemmata verbunden. Bei allen Entscheidungen in Bezug auf Kinder von Strafgefangenen muss das Wohl des Kindes das vorrangige Kriterium sein (Bastick, 2005).

Die Wünsche des Kindes sollten immer in Betracht gezogen werden, und in Strafvollzugskonzepten sollte stets die Beteiligung von Kindern an sie betreffenden Entscheidungen gefördert und erleichtert und dabei ihr Alter gebührend berücksichtigt werden (Alejos, 2005).

Das Verfassungsgericht von Südafrika hat 2007 in dem Fall „M. gegen den Staat“ entschieden, dass die Klausel in der Verfassung, dass das Wohl eines Kindes in jeder es betreffenden Angelegenheit von überragender Bedeutung ist, auch dann gilt, wenn die für seine Betreuung wichtigste Person zu einer Haftstrafe verurteilt wird. Darüber hinaus hat das Gericht auch Leitlinien erlassen, durch die die Einheitlichkeit des Grundsatzes, die Folgerichtigkeit der Behandlung und die Individualisierung des Ergebnisses (uniformity of principle, consistency of treatment and individualisation of outcome) gefördert werden.

21. Das Alter, bis zu dem Kinder mit ihren Müttern in den Haftanstalten wohnen dürfen, ist innerhalb der Europäischen Region von Land zu Land sehr unterschiedlich geregelt. In den Ländern der Region liegt die zulässige Altersgrenze für die Unterbringung von Kindern mit ihren Müttern im Gefängnis innerhalb einer Bandbreite von null bis sechs Jahren, wobei sie am häufigsten auf drei Jahre festgesetzt ist. Als einziges Land in der Region hat Norwegen die Unterbringung von Kindern bei ihren Müttern in der Haftanstalt gänzlich verboten (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Es besteht möglicherweise ein Zusammenhang zwischen der Art einer Hafteinrichtung, der durchschnittlichen Haftdauer und den Vorschriften hinsichtlich der Unterbringung von Kindern zusammen mit ihren inhaftierten Müttern. So gilt beispielsweise für das Wohnen bei der Mutter im offenen Vollzug oft ein höheres zulässiges Höchstalter, und die Umgebung und die Einrichtungen sind dort meist eher für Kinder geeignet.
22. Manchmal wird der Kontakt zwischen Müttern in Haft und ihren außerhalb des Gefängnisses lebenden Kindern auf schwerwiegende bzw. unangemessene Weise eingeschränkt. In manchen Ländern werden Mütter sogar dadurch bestraft, dass sie vorübergehend gänzlich von ihren Kindern getrennt werden, etwa durch Aussetzung von Besuchszeiten (Robertson, 2008). Für viele weibliche Häftlinge sind Kinder eine lebenserhaltende Kraft, und eine Zerstörung der Bindung zwischen Mutter und Kind stellt für die betroffene Frau oft die schlimmste Strafe dar (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008), die schwerwiegende Auswirkungen auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden haben kann. Bestraft wird dabei aber auch das Kind, das in jedem Fall keinerlei Schuld trägt.
23. Eine Inhaftierung in größerer Entfernung vom Wohnort stellt für Frauen mit Kindern eine besondere Härte dar. Forschungsergebnisse belegen, dass die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit ihren Kindern für die betreffenden Frauen die Gefahr des Rückfälligwerdens nach der Haftentlassung verringert (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007).
24. Die Kinder von Straftäterinnen haben kein Verbrechen begangen und dürfen deshalb nicht wie Schuldige behandelt werden. Kinder, die innerhalb von Haftanstalten wohnen, sollten dort ein mindestens ebenso gutes Leben führen können, wie sie es sonst anderswo führen könnten. Deshalb sollten die betreffenden Einrichtungen stets eine gute Ernährung, ausrei-

chende Spielbereiche und erforderlichenfalls Kindertageseinrichtungen bieten. Das Wohl der Kinder sollte zu jeder Zeit oberste Priorität haben (Robertson, 2008). Für Kinder, die in Haftanstalten untergebracht sind, sollte zu jeder Zeit die Möglichkeit bestehen, diese zu verlassen, falls dies in ihrem Interesse ist (Alejos, 2005).

25. Kinder von inhaftierten Eltern, die außerhalb der Haftanstalt wohnen, haben während der Dauer der Haft manchmal mit einer Reihe psychosozialer Probleme zu kämpfen: Depressionen, Hyperaktivität, aggressives Verhalten, Rückzugsverhalten, Regression, übersteigerte Anhänglichkeit, Schlafstörungen, Essstörungen, Weglaufen, Fernbleiben vom Unterricht, schlechte schulische Leistungen und Kriminalität. Eine Trennung von den Eltern kann von den Kindern auch als Verlassenwerden erlebt werden und so ihre Not verschärfen (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007).

Gesundheit von weiblichen Häftlingen

Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung

26. Weibliche Häftlinge haben häufig mehr gesundheitliche Probleme als männliche. Wie bereits erwähnt, leiden viele von ihnen an chronischen und komplexen Gesundheitsproblemen, die durch Armut, Drogenkonsum, häusliche Gewalt, sexuellen Missbrauch, Schwangerschaft im Jugendalter, Mangelernährung und unzureichende Gesundheitsversorgung bedingt sind (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006; WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a). Drogenabhängige Straftäterinnen weisen gegenüber männlichen Straftätern eine erhöhte Prävalenz an Tuberkulose, Hepatitis, Toxämie, Anämie, Bluthochdruck, Diabetes und Adipositas auf (Covington, 2007). Psychische Störungen sind unter weiblichen Häftlingen unverhältnismäßig häufig: ca. 80% leiden an einer erkennbaren psychischen Störung. Zwei Drittel der weiblichen Häftlinge leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen (Zlotnick, 1997), ebenso zwei Drittel an durch Substanzmissbrauch bedingten Störungen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007b). Komorbiditäten treten mit großer Häufigkeit auf. Psychische Störungen stehen oft im Zusammenhang mit früheren Opfererfahrungen (Zlotnick, 1997). Frauengefängnisse benötigen ein geschlechtsspezifisches Rahmenkonzept für die Gesundheitsversorgung, bei dem Aspekte wie Reproduktionsgesundheit, psychische Erkrankungen, Suchtprobleme sowie körperliche und sexuelle Missbrauchserfahrungen in besonderer Weise berücksichtigt werden. Frauen in Haft sollten rechtzeitig Zugang zu all denjenigen Leistungen erhalten, die sie außerhalb des Gefängnisses in Anspruch nehmen könnten. Generell müssen die ärztlichen Unterlagen aller Häftlinge streng vertraulich behandelt werden.

27. In den Ländern Westeuropas nehmen weibliche Häftlinge ärztliche Leistungen häufiger in Anspruch als Männer. So suchen beispielsweise in italienischen Gefängnissen Frauen den Arzt oder Sanitäter etwa doppelt so häufig auf wie Männer (Zoia, 2005). Diese Diskrepanz ist u. U. in manchen anderen westeuropäischen Ländern noch ausgeprägter. Die stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erklärt sich teilweise aus einem höheren Versorgungsbedarf, der durch Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowie Drogenprobleme, aber auch durch gynäkologische Erfordernisse bedingt ist.

28. Bei manchen der spezifischen Bedürfnisse von weiblichen Häftlingen sollte die Zeit der Haft dazu genutzt werden, über Krankheitsprävention und Gesundheitsschutz sowie insbesondere über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen aufzuklären. Darüber hinaus sollten auch Berufsausbildungsprogramme angeboten werden.

Aufgrund der chaotischen Lebensumstände vieler Frauen vor ihrer Inhaftierung ist die Zeit in Haft oft das erste Mal in ihrem Leben, dass sie Gesundheitsleistungen, soziale Unterstützung und Beratung in Anspruch nehmen können. Deshalb sind Aufklärungs-, Präventions- und Untersuchungsprogramme für Frauen in Haft unverzichtbar; dabei sollte auf eine möglichst differenzierte Berücksichtigung der Bedürfnisse verschiedener Gruppen von Frauen geachtet werden (Zoia, 2005). Eine noch bessere Option wäre es, die Frauen bei Haftantritt routinemäßig zu untersuchen und sie ggf. an besondere Gesundheitsprogramme außerhalb des Strafvollzugs zu überweisen.

29. Die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen werden im Strafvollzug oft nicht berücksichtigt. Im Gefängnisalltag werden die besonderen Bedürfnisse von Frauen – wie regelmäßiges Duschen, ein durch die Menstruation bedingter erhöhter Bedarf an Hygieneprodukten, die kostenlose Bereitstellung von Damenbinden und ähnlichen Artikeln mit entsprechenden Entsorgungsmöglichkeiten sowie eine angemessene Ernährung für Schwangere und für Frauen, die beispielsweise an HIV erkrankt sind – nicht immer ausreichend in Betracht gezogen. Die normalen Körperfunktionen von Frauen wie Menstruation, Fortpflanzung und Bewegungsbedürfnis werden nur allzu oft medikalisiert. So ist es beispielsweise nicht erforderlich, Damenbinden oder Bewegungsmaßnahmen für gesunde Frauen vom Gesundheitspersonal genehmigen bzw. den Zugang dazu überwachen zu lassen.

Organisation der Gesundheitsversorgung für Frauen im Strafvollzug

30. Alle Beschäftigten im Frauenvollzug sollten eine geschlechtsspezifisch sensible Ausbildung und gezielte Schulungen in Bezug auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in Haft durchlaufen haben. Die Sicherheit und die Achtung der Privatsphäre weiblicher Häftlinge sollte nicht durch die Präsenz männlicher Beamter in bestimmten Funktionen oder durch Ausführung bestimmter Tätigkeiten durch männliche Beamte (z. B. Leibesvisitationen)

beeinträchtigt werden (Weinstein, 2005). Die Gewährleistung der Sicherheit und die Wahrung der Privatsphäre weiblicher Häftlinge sind auch in Bezug auf ihre Beförderung zwischen Haftanstalten bzw. zwischen Haftanstalten und Krankenhäusern von Bedeutung.

Insgesamt müssen im Strafjustizsystem Gerichtsbedienstete, Anwälte und Richter über die bestehenden Gesundheitsangebote in Gefängnissen wie auch die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen informiert werden und in der Lage sein, dieses Wissen bei der Verurteilung bzw. Verteidigung von Frauen in Strafprozessen gebührend zu berücksichtigen.

31. Weibliche Häftlinge benötigen kostenlosen Zugang zu einem umfassenden Spektrum ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, wie in der Publikation Gesundheit im Strafvollzug: Ein Leitfaden der WHO zu den Voraussetzungen für Gesundheit im Strafvollzug (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a) erläutert wird.

HIV, Hepatitis C und andere Infektionskrankheiten

32. Frauen in Haft stammen oft aus marginalisierten und sozial benachteiligten Verhältnissen und sind daher in Bezug auf eine HIV-Infektion stark gefährdet. Viele haben sich möglicherweise zum Zeitpunkt ihrer Inhaftierung bereits infiziert (Reyes, 2000). Frauen tragen im Vergleich zu Männern ein höheres Risiko, sich vor der Haft mit sexuell übertragbaren Infektionen wie Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis oder HIV angesteckt zu haben. Dies ist sowohl auf riskante Tätigkeiten wie Sexarbeit als auch auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden, zurückzuführen (Covington, 2007).
33. Frauen sind im Vergleich zu Männern einem erheblich höheren Risiko einer Infektion mit HIV und Hepatitis C infolge von Geschlechtsverkehr ausgesetzt. Intravenöse Drogenkonsumentinnen tragen aufgrund der Mehrfachbenutzung von Spritzen und Nadeln ein besonders hohes Risiko. Viele von ihnen haben ungeschützten Geschlechtsverkehr mit drogensüchtigen Partnern oder haben als Prostituierte gearbeitet. Teilweise sind auch die kulturell und gesellschaftlich bedingten Lebensumstände von Frauen dergestalt, dass sie keine Kontrolle über ihr eigenes Sexualleben ausüben können (Bastick, 2005; Reyes, 2000; WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a).

34. Aufgrund der Möglichkeit von Geschlechtsverkehr in der Haft sollten Frauen jederzeit Zugang zu Kondomen sowie zu Lecktüchern haben. Jedoch sollte als fundamentale Grundregel Geschlechtsverkehr zwischen Vollzugspersonal und Häftlingen unter allen Umständen verboten sein.
35. Auch andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV (z. B. Chlamydien, Gonorrhö oder Syphilis), die unter weiblichen Häftlingen weit verbreitet sind, aber oft unentdeckt bleiben, sind ein wesentlicher Faktor bei der Ausbreitung von HIV, da sie seine Übertragung begünstigen und die allgemeinen körperlichen Widerstandskräfte der Betroffenen schwächen (Reyes, 2000).
36. Im Strafvollzug sollte gewährleistet sein, dass HIV-infizierte Häftlinge einen Zugang zu Präventions-, Therapie-, Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen erhalten, wie er in Freiheit lebenden Menschen mit HIV-Infektion zur Verfügung steht; dazu gehört auch die ARV-Therapie (WHO, 2007a). Um zu verhindern, dass Frauen Spritzbesteck gemeinsam benutzen und so zur Verbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten beitragen, sollten saubere Nadeln und Spritzen zur Verfügung gestellt werden. Es gibt Belege dafür, dass sich durch Bereitstellung von Nadeln und Spritzen in Haftanstalten die Übertragung von HIV reduzieren lässt (WHO, 2007b). Falls in einer Haftanstalt Nadeln und Spritzen nicht erlaubt sind, sollten dafür andere schadensverringende Maßnahmen angeboten werden. Solche Maßnahmen sollten auch für Tätowierungen und Piercings zur Verfügung stehen.
37. Die Leitlinien der WHO für HIV-Infektion und AIDS in Haftanstalten (WHO, 1993) enthalten folgende Empfehlungen speziell für weibliche Häftlinge:
- a) Die Bedürfnisse weiblicher Häftlinge sollten in besonderer Weise berücksichtigt werden. Vollzugspersonal, das mit weiblichen Häftlingen zu tun hat, sollte im Umgang mit den psychosozialen und medizinischen Problemen geschult werden, die eine HIV-Infektion bei Frauen mit sich bringt.
 - b) Weibliche Häftlinge, einschließlich HIV-infizierter Insassinnen, sollten gemäß ihren Bedürfnissen aufgeklärt und versorgt werden; dies schließt Informationen über die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung, insbesondere einer Mutter-Kind-Übertragung oder einer Übertragung durch Geschlechtsverkehr, ein. Da weibliche Häftlinge während der Haft oder nach einer vorzeitigen Entlassung auf Bewährung Geschlechtsverkehr haben können, sollten sie in die Lage versetzt werden, sich vor einer HIV-

Infektion zu schützen, z. B. durch Bereitstellung von Kondomen und Vermittlung der Fähigkeit, auf sicheren Sexualpraktiken zu bestehen. Das Angebot sollte auch Beratung zu Fragen der Familienplanung beinhalten, wenn dies in der nationalen Gesetzgebung so vorgesehen ist. Dabei sollte jedoch keinerlei Druck auf weibliche Häftlinge ausgeübt werden, ihre Schwangerschaft abubrechen. Frauen sollten unabhängig von ihrem HIV-Status in die Lage versetzt werden, während ihrer Haft für ihre kleinen Kinder zu sorgen.

- c) Folgende Angebote sollten in allen Haftanstalten, in denen Frauen einsitzen, vorhanden sein:
- frauenärztliche Sprechstunden in regelmäßigen Abständen, mit besonderem Augenmerk auf der Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten;
 - Familienplanungsberatung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen;
 - Versorgung während der Schwangerschaft in angemessener Unterbringung;
 - Versorgung der Kinder, insbesondere derjenigen, deren Mütter HIV-infiziert sind;
 - Bereitstellung von Kondomen und anderen Verhütungsmitteln während der Haft und vor einer Entlassung auf Bewährung bzw. endgültigen Haftentlassung.

38. Die Mindestnormen und Leitlinien für die Bekämpfung der Tuberkulose bei männlichen Häftlingen sollten auch auf Frauen angewandt werden. Die Mindestnormen der WHO für Programme zur Bekämpfung der Tuberkulose werden in dem Sachstandsbericht der WHO zur Tuberkulose-Situation (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007c) erläutert und schließen einen uneingeschränkten Zugang aller neu Inhaftierten zur Diagnose und Behandlung der Tuberkulose ein.¹

Substanzmissbrauch

39. Drogendelikte gehören in der Europäischen Region zu den häufigsten von Frauen begangenen Straftaten; Drogen spielen in Bezug auf die Straffälligkeit von Frauen eine Schlüsselrolle. Drogendelikte lassen sich in drei Kategorien unterteilen: 1. Straftaten zur Beschaffung von Drogen. 2. Straftaten unter dem Einfluss von Drogen. 3. Straftaten in Bezug auf den illegalen Drogenhandel (ohne Bezug zur eigenen Drogenabhängigkeit).

In einer 1999 durchgeführten Studie des Büros für Rechtsstatistik beim Justizministerium der Vereinigten Staaten gab fast jeder dritte weibliche Häftling an, die fragliche Straftat begangen

¹ Der Tuberkulose-Fonds KNCV arbeitet derzeit an Leitlinien für die Bekämpfung der Tuberkulose in Haftanstalten, die für männliche wie weibliche Häftlinge gelten sollen.

gen zu haben, um Geld für die Finanzierung der eigenen Drogensucht zu beschaffen (Wolf et al., 2007). Darüber hinaus ist ein hoher Anteil der weiblichen Häftlinge drogensüchtig, und es ist durch Untersuchungen belegt, dass Drogenmissbrauch unter weiblichen Häftlingen relativ häufiger vorkommt als unter männlichen (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). In der Europäischen Union liegt die Rate für den intravenösen Drogenkonsum unter weiblichen Häftlingen höher als unter männlichen (Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2004). Nach Expertenschätzungen haben mindestens 75% der inhaftierten Frauen zum Zeitpunkt ihrer Verhaftung ein durch Alkohol- oder Drogenkonsum bedingtes Gesundheitsproblem (Fowler, 2002; WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a). In vielen Ländern gibt es nicht genügend Informationen über weibliche Häftlinge mit Suchtproblemen oder ihre Therapieerfahrungen sowie über erfolgreiche Behandlungsmodelle und -maßnahmen. Über die Prävalenz von Substanzmissbrauch und damit verbundene Probleme unter geschlechtsspezifischen Aspekten gibt es nur relativ wenige internationale, nationale oder lokale Untersuchungen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2004).

40. Eine in England and Wales durchgeführte Studie (Plugge et al., 2006) belegt, dass:

- mehr als 85% der Frauen vor ihrer Inhaftierung Raucherinnen waren, während der nationale Durchschnitt für Frauen bei nur 24% lag;
- 42% der weiblichen Häftlinge vor ihrer Inhaftierung mehr Alkohol konsumierten als in den staatlichen Leitlinien empfohlen, während dies nur bei 22% der weiblichen Allgemeinbevölkerung der Fall war;
- 75% der weiblichen Häftlinge in den sechs Monaten vor ihrer Inhaftierung illegale Drogen konsumiert hatten; demgegenüber hatten nur 12% der Allgemeinbevölkerung in den zwölf Monaten vor der Erhebung solche Drogen genommen.

41. Generell gilt für Frauen, die unter Suchtproblemen leiden:

- Sie sind in Bezug auf Bildung, Beschäftigung und Einkommen schlechter gestellt als Männer.
- Sie haben häufiger einen Partner, der ebenfalls unter Suchtproblemen leidet.
- Sie müssen oft Kinder versorgen.
- Sie haben zu Beginn ihrer Suchttherapie andere schwerwiegende Probleme.

- Sie leiden häufiger als Männer unter durch körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch verursachten Traumata sowie an dadurch bedingten psychischen Störungen, insbesondere posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Stimmungsstörungen oder Angstzuständen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2004).

42. Erheblichen Anlass zur Besorgnis gibt die Tatsache, dass Frauen in Haftanstalten oft keinen Zugang zu Drogenentzugsprogrammen erhalten und dass die Programme in jedem Fall nicht für Frauen konzipiert sind. Auf Frauen zugeschnittene Entzugsprogramme können den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und Unterstützung vermitteln und erleichtern generell die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Fragen (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Ein geschlechtssensibler Ansatz für die Gesundheitsversorgung von Frauen muss deshalb der Notwendigkeit Rechnung tragen, Drogentherapieprogramme speziell für Frauen im Strafvollzug anzubieten (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).

Viele Frauen kehren nach Verbüßung ihrer Haftstrafe in ihr altes Leben zurück, ohne während der Haft irgendeine Suchttherapie erhalten zu haben (Zurhold & Haasen, 2005). So benötigen etwa in Kalifornien 70% der inhaftierten Frauen eine Drogentherapie, doch nur 14% erhalten während ihrer Haftzeit eine solche Behandlung (Weinstein, 2005). Der Mangel an Drogentherapieeinrichtungen außerhalb des Strafvollzugs sollte nicht als Rechtfertigung für die Inhaftierung von Frauen benutzt werden.

43. Es gibt zwingende Belege dafür, dass Substitutionstherapie bei Häftlingen mit Suchtproblemen nicht nur funktioniert, sondern sogar kosteneffektiv ist. Substitutionstherapie sollte für alle opiatabhängigen weiblichen Häftlinge angeboten werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Erreichung von Fortschritten im Bereich der Umsetzung sowie bei der Entwicklung von jeglichen notwendigen Unterstützungsmaßnahmen für Gefängnispersonal zu richten; dies schließt die Ausarbeitung klarer Leitlinien ein (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005). Weiterhin sollte bei der Behandlung Kontinuität gewährleistet sein, wenn eine Frau inhaftiert, in eine andere Haftanstalt verlegt oder aus der Haft entlassen wird. Da weibliche

Häftlinge häufig verletzt werden und dadurch die Behandlung unterbrochen wird, ist es für einzelne Haftanstalten schwierig, Erfolgskontrollen durchzuführen.

44. Drogen gehören zu den wichtigsten Gründen für Sicherheitsmaßnahmen in Gefängnissen wie Leibesvisitationen oder Einschränkung der Besuchszeiten und des Hafturlaubs. Solche Maßnahmen können auf Frauen eine besonders verheerende Wirkung haben. Deshalb muss ein Gleichgewicht gefunden werden zwischen humaner Behandlung und Maßnahmen zur Unterbindung des Drogenkonsums in Haftanstalten (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Der primäre Schwerpunkt sollte dabei stets auf den Häftlingen liegen und nicht auf Personal oder Verwaltung der Haftanstalten. Bei der Bereitstellung von Versorgungs- und Behandlungsangeboten bildet die Ermittlung eines Gleichgewichts zwischen der Achtung der Würde der Frau einerseits und Überwachungs- und Sicherheitsaspekten im Strafvollzug andererseits immer eine Herausforderung. Bei der Sicherstellung dieses Gleichgewichts sollte das Vollzugspersonal die Häftlinge mit einbeziehen.

45. Bei der Unterbindung des Drogenkonsums und bei der Erstellung entsprechender Therapieprogramme sollte die Verfügbarkeit von Drogen in Haftanstalten als Realität zur Kenntnis genommen werden. Die Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogenkonsum (2004) geht davon aus, dass manche Häftlinge in der Haft ihren Drogenkonsum fortsetzen, andere dagegen erst dort damit beginnen. Aus den zu dieser Frage vorliegenden Untersuchungen geht hervor, dass zwischen 8% und 60% der Häftlinge während der Haftzeit Drogen konsumieren; andere Studien beziffern den Anteil der regelmäßigen Konsumenten auf 10% bis 36%.

Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen

46. Neben den Suchtproblemen leidet auch ein alarmierend hoher Anteil der Frauen im Strafvollzug an psychischen Gesundheitsproblemen; so verzeichnet der Frauenvollzug hohe Raten an posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen, Angstzuständen, Phobien, Neurosen, Selbstverstümmelung und Suizid. Diese Tatsache ist häufig auf lebenslange Missbrauchs- und Opfererfahrungen zurückzuführen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass weibliche Häftlinge im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wie auch zur männlichen

Gefängnispopulation deutlich häufiger unter psychischen Gesundheitsproblemen leiden (Bastick, 2005). So kam beispielsweise eine Studie des Büros für Rechtsstatistik beim US-Justizministerium zu dem Ergebnis, dass in den Vereinigten Staaten 73% der Frauen in bundesstaatlichen und 75% der Frauen in kommunalen Gefängnissen Symptome psychischer Störungen aufweisen; in der weiblichen Allgemeinbevölkerung sind es nur 12% (Covington, 2007). In England and Wales leiden 90% der weiblichen Häftlinge an einer diagnostizierbaren psychischen Störung oder an Suchtproblemen oder an beidem, und neun Zehntel der Frauen in Haft weisen mindestens eines der folgenden Gesundheitsprobleme auf: Neurose, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Alkoholmissbrauch oder Drogenabhängigkeit (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a).

47. Aufgrund der unbewältigten Traumata und der sozioökonomischen Benachteiligung, unter denen ein Großteil der weiblichen Häftlinge leiden, ist diese Gruppe prädestiniert für psychische Erkrankungen und Selbstverletzung. Untersuchungen deuten darauf hin, dass psychische Erkrankungen unter Frauen sowohl Ursache für ihre Inhaftierung als auch deren Folge sein können (Penal Reform International, 2007). Schon ein kurzer Aufenthalt im Gefängnis oder auch nur in der Untersuchungshaft kann schädliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Familienleben der betroffenen Frauen haben, hat aber nur geringe oder keine Auswirkungen auf etwaiges Rückfälligwerden. Noch erheblich schlimmer ist der Schaden, wenn die Frauen in größerer Entfernung von ihrem Wohnort inhaftiert sind und während und nach der Haft nur unzureichend ärztlich versorgt werden (Rutherford, 2008). Die psychische Gesundheit von Frauen leidet insbesondere dann, wenn die Haftanstalten überfüllt sind, wenn die Häftlinge nicht aufgrund einer vorherigen Analyse unterteilt werden oder wenn Häftlingsprogramme entweder nicht vorhanden oder nicht ausreichend sind, um den spezifischen Bedürfnissen von Frauen gerecht zu werden. Die schädlichen Folgen von psychischen Erkrankungen werden dann noch verschärft, wenn sich die Frauen nicht sicher fühlen und wenn sie von männlichen Wärtern bewacht werden, die von ihnen als Bedrohung im Hinblick auf weiteren Missbrauch wahrgenommen werden (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Es wäre sinnvoll, Maßnahmen zur Verhütung von psychischen Schäden nach der Inhaftierung und Bemühungen zur Förderung der allgemeinen seelischen Gesundheit der Frauen zu prüfen (WHO-Regionalbüro für Europa, 1999). Die Förderung der psychischen Gesundheit und des seelischen Wohlbefindens sollte

ein zentraler Bestandteil des Gesundheitskonzeptes einer Haftanstalt sein (WHO-Regionalbüro für Europa, 2008), und bei Haftantritt sollte eine routinemäßige Untersuchung auf psychische Gesundheitsprobleme erfolgen.

Andere Studien belegen, dass die Raten an psychischen Störungen bei weiblichen Häftlingen in Untersuchungshaft höher sind als in der Strafhaft. Dies legt den Schluss nahe, dass sich die Rate psychischer Erkrankungen während der Haftzeit nicht erhöht. Es spricht auch dafür, dass Frauen, die an psychischen Erkrankungen leiden, häufig infolge ihrer psychischen Erkrankung verhaftet und inhaftiert werden, insbesondere für relativ geringfügige Straftaten, für die sie eher hospitalisiert als inhaftiert werden sollten (Ogloff & Tye, 2007).

Ob sich eine psychische Erkrankung während der Haft bessert oder verschlimmert, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, etwa der Struktur der Haftanstalt, den Behandlungsmöglichkeiten (einschließlich der Verfügbarkeit von Traumabehandlung) und den Einrichtungen und Angeboten für die Frauen.

Selbstverletzung und Suizid

48. Die vorliegenden Untersuchungen deuten darauf hin, dass Frauen in Haft häufiger selbstverletzende Handlungen vornehmen als männliche Häftlinge (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). In England und Wales sind selbstverletzende Handlungen unter weiblichen Häftlingen 14-mal häufiger als unter männlichen. Auch der Anteil der Frauen, die wiederholt solche Handlungen begehen, ist im Vergleich zu den Männern deutlich erhöht. So begingen nur ein Drittel der fraglichen Männer, jedoch die Hälfte der Frauen mehr als eine selbstverletzende Handlung (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a). Eine andere in England und Wales durchgeführte Studie ergab, dass 16% der weiblichen Häftlinge in dem Monat vor ihrer Inhaftierung eine solche Handlung begangen hatten (Plugge et al., 2006).

49. In den meisten Ländern sind die Raten an Selbstverletzung und Suizid unter weiblichen wie männlichen Strafgefangenen höher als in der Allgemeinbevölkerung (Penal Reform International, 2007). Vor allem die Zeit der Untersuchungshaft und die frühen Phasen der Strafhaft sind mit einer besonders hohen Suizidgefahr verbunden (WHO-Regionalbüro für Europa,

2007a). Im Corston-Bericht (2007) werden Überwachungsmaßnahmen für die erste Nacht empfohlen. Auch während der ersten Phase nach der Haftentlassung kommt es häufiger zu Selbstverletzung und Suizid. Für gefährdete Frauen sollten daher entsprechende Nachsorge-maßnahmen angeboten werden. In einigen Ländern im östlichen Teil der Region verhält sich die Situation allerdings umgekehrt: Hier kommen Selbstverletzung und Suizid in der in Freiheit lebenden Bevölkerung häufiger vor als im Strafvollzug.

50. Außerhalb des Strafvollzugs begehen Männer häufiger Selbstmord als Frauen; im Gefängnis ist das Gegenteil der Fall. Außerhalb des Strafvollzugs sind Frauen mit Kindern offenbar weniger suizidgefährdet, doch dieser Schutz fällt in der Haft weg, wenn Mütter von ihren Kindern getrennt sind (Corston, 2007).
51. Die Entwicklung von Strategien zur Prävention von Suizid und Selbstverletzung und zur Bereitstellung geeigneter, geschlechtsspezifischer und individualisierter Behandlungsmethoden für psychisch gefährdete Personen muss zu einem umfassenden Element der psychischen Gesundheitsversorgung im Strafvollzug werden. Das Wachpersonal muss so geschult werden, dass es von Selbstverletzung und Suizid gefährdete Personen erkennen lernen und sie unterstützen und in ärztliche Behandlung überführen kann. In manchen Strafjustizsystemen sind Selbstverletzung und Suizidversuche sogar Straftatbestände; dies kann nicht hingenommen werden, da es die seelische Not der Betroffenen noch weiter verschärft (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Wer wirksame Therapien anbieten will, muss die zugrunde liegenden Ursachen von Selbstverletzung und Suizidversuchen ermitteln und darauf reagieren; unbewältigte Traumata spielen dabei eine bedeutende Rolle.
52. Da die vorhandenen Erkenntnisse klar auf eine erhöhte Suizidgefahr für weibliche Häftlinge hindeuten, müssen sich die politisch Verantwortlichen und die Gefängnisleitungen darüber im Klaren sein, dass die Einstellung eines Koordinators für die Suizidprävention in jeder Frauenhaftanstalt sinnvoll ist. Darüber hinaus muss das Vollzugspersonal auch gezielt dafür sensibilisiert werden, dass weibliche Häftlinge in Bezug auf Selbstverletzung ein besonders hohes Risiko tragen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a).

Lernstörungen

53. Für Lernstörungen werden viele verschiedene Definitionen und Begriffe verwendet, z. B. geistige Zurückgebliebenheit, geistige Behinderung und intellektuelle Unfähigkeit. Die WHO definiert eine Lernstörung als einen Zustand unterbrochener oder nicht abgeschlossener Entwicklung des Gehirns, der zusammen mit anderen körperlichen oder psychischen Störungen oder ohne diese auftreten kann und durch eine Beeinträchtigung der Fähigkeiten und der allgemeinen Intelligenz in Bereichen wie Erkenntnis und Sprache sowie bei motorischen und sozialen Fähigkeiten gekennzeichnet ist. Betroffen sind Menschen aller Altersgruppen (WHO, 2007d).
54. Über Lernstörungen bei Frauen im Strafvollzug sowie die Frage, wie viele weibliche Häftlinge eine Lernstörung aufweisen, gibt es nur wenige Informationen. Wenn Menschen mit Lernstörungen straffällig werden, wirft dies die schwierige Frage auf, ob eine Zurechnungsfähigkeit gegeben ist und welche Art der Strafe bzw. ärztlichen Versorgung danach angemessen ist (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Häftlinge mit Lernstörungen und -schwierigkeiten können nur selten an Programmen zur Rückfallprävention teilnehmen und sind manchmal sogar explizit davon ausgeschlossen. Viele werden in der Haft Opfer von Unterdrückung und Schikanen (Prison Reform Trust, 2007).

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

55. In Anlehnung an die Definition des Begriffs „Gesundheit“ durch die WHO als „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ umfasst der Begriff „reproduktive Gesundheit“ die Fortpflanzungsprozesse und -funktionen in allen Phasen des Lebens. Reproduktive Gesundheit bedeutet, dass die Menschen imstande sind, ein verantwortliches, befriedigendes und sicheres Sexualleben zu führen, dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung haben und selbst entscheiden können, ob, wann und wie oft sie Kinder haben möchten. Implizit bedeutet dies auch, dass Frauen und Männer das Recht haben, zu wissen, wie sie ihre Fertilität nach eigener Wahl sicher, effektiv, bezahlbar und akzeptabel regeln können, und dass sie Zugang zu diesen Methoden haben müssen. Außerdem haben sie Anspruch auf Zugang zu bedarfsgerechten

Gesundheitsdiensten, die es den Frauen ermöglichen, Schwangerschaft und Geburt sicher durchzuführen, und die den Paaren die beste Chance geben, ein gesundes Kind zu bekommen (WHO, 2009a).

Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Freisein von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Voraussetzungen für sexuelle Gesundheit sind eine positive und respektvolle Einstellung zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen und die Möglichkeit zu lustvollen und sicheren sexuellen Erfahrungen ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Zur Verwirklichung bzw. Erhaltung von sexueller Gesundheit müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und erfüllt werden (WHO, 2009b).

Das Recht auf reproduktive und sexuelle Gesundheit wird im Gefängnis erheblich beeinträchtigt, sollte jedoch so weit wie möglich aufrechterhalten werden. Je nach den Wünschen der inhaftierten Frauen sollten Besuche von Ehegatten ermöglicht werden.

56. Weibliche Häftlinge sind in Bezug auf Störungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, namentlich durch Krebserkrankungen und sexuell übertragbare Infektionen, stark gefährdet. Dies ist vor allem auf die Verhältnisse zurückzuführen, aus denen weibliche Häftlinge häufig stammen und in denen intravenöser Drogenkonsum, sexueller Missbrauch, Gewalt, Prostitution und unsichere Sexualpraktiken oft an der Tagesordnung sind (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Frauen mit Missbrauchserfahrungen neigen häufig zu riskantem Sexualverhalten, durch das sich die Gefahr einer Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Infektion erhöht. Untersuchungen auf Reproduktionskrankheiten wie Brustkrebs sollten in Frauenhaftanstalten zur Standardpraxis gehören.

57. In vielen Ländern weltweit haben Gefängnisverwaltungen Probleme mit der Menstruation der weiblichen Häftlinge. Oft stellen sie Hygieneartikel wie Monatsbinden entweder überhaupt nicht zur Verfügung oder nur im Rahmen der Arzneimittelversorgung; manchmal werden sie den Frauen zu Sanktionszwecken sogar gezielt vorenthalten. Häufig fehlen Privatsphäre und angemessene Bade- und Waschmöglichkeiten (Penal Reform International, 2007). Menstruationsartikel, die den Bedürfnissen der Frauen entsprechen, und angemessene

Entsorgungsmöglichkeiten müssen den Frauen kostenlos zur Verfügung gestellt bzw. jederzeit leicht zugänglich gemacht werden. Ein regelmäßiger Zugang zu Duschen muss sichergestellt werden (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a).

Schwangerschaft, postnatale Versorgung und Stillen

58. Zum Schutz der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sollte eine Schwangerschaft grundsätzlich als Argument gegen Untersuchungs- wie auch Strafhaft gelten, und schwangere Frauen sollten nicht inhaftiert werden, wenn nicht wirklich zwingende Gründe vorliegen. Wird in der Haft eine Schwangerschaft entdeckt, so sollte die Notwendigkeit der Inhaftierung der betreffenden Frau unverzüglich nochmals und ggf. im weiteren Verlauf der Schwangerschaft erneut überprüft werden. Bei schwangeren Häftlingen sollten für die verbleibende Restdauer der Haft Strafmaßnahmen ohne Freiheitsentzug erwogen werden (Bastick, 2005).

59. Eine Schwangerschaft hat Auswirkungen auf viele Bereiche des Lebens einer Frau, insbesondere auf Gesundheit, Ernährung und Bewegungsverhalten (Robertson, 2008). Schwangere Frauen in Haft sollten eine nährstoffreiche Ernährung und frühzeitige und regelmäßige Mahlzeiten erhalten (und nicht einem rigiden Zeitplan unterworfen sein), unter gesundheitsförderlichen Bedingungen untergebracht sein und über regelmäßige Bewegungsmöglichkeiten verfügen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Außerdem sollte nicht übersehen werden, dass morgendliche Übelkeit vielen Frauen Probleme bereitet.

60. Schwangere Häftlinge sollten eine ebenso gute Gesundheitsversorgung erhalten wie Frauen außerhalb des Strafvollzugs; dazu gehört der Zugang zu für ihre jeweilige Kultur angemessenen Geburtshelfern, Gynäkologen und Hebammen. Die medizinische Betreuung schwangerer Häftlinge sollte auf Wunsch durch weibliche Fachkräfte erfolgen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Frauen ihre Schwangerschaft in der Haft nicht fortsetzen wollen, insbesondere dann, wenn sie diese erst in der Haft entdecken. Auch hier sollten die angebotenen Behandlungsoptionen denen entsprechen, die außerhalb des Strafvollzugs zur Verfügung stehen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a).

61. Eine ausreichende Gesundheitsversorgung während der Entbindung ist aus offensichtlichen Gründen von lebenswichtiger Bedeutung für Mutter und Kind. Leider haben viele Frauen in der Haft keinen Zugang zu Geburtsvorbereitungskursen mit Atemübungen, um sich auf die Entbindung vorzubereiten. Je nach Land und individueller Situation der Strafgefangenen entbinden Frauen entweder in der Haftanstalt oder in einem öffentlichen Krankenhaus (Bastick, 2005). Eine Entbindung in einem öffentlichen Krankenhaus sollte dabei stets angestrebt werden. Für den Transport schwangerer Frauen in ein Krankenhaus oder ein Gesundheitszentrum sollte es konkrete Bestimmungen geben (z. B. häufige Toilettenpausen). Eine Ankettung während der Wehen muss kategorisch verboten werden. Weiterhin darf außer dem Gesundheitspersonal kein männlicher Beamter während der Wehen oder bei der Entbindung zugegen sein.
62. Ähnlich wie Schwangere haben auch stillende Mütter besondere gesundheitliche und ernährungsmäßige Bedürfnisse, die in der Haft oft unberücksichtigt bleiben. Stillende Mütter und ihre Kinder müssen kostenlos geeignete Nahrung erhalten; dazu gehört Milch, proteinreiche Kost und frisches Obst und Gemüse (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Die Mahlzeiten sollten regelmäßig, aber flexibel angeboten werden und nicht einem rigiden Zeitplan unterliegen. Mütter müssen medizinisch untersucht werden, um eine Erholung von den Strapazen der Geburt zu gewährleisten und um sicherzustellen, dass sie keine Infektion haben, die sie etwa durch das Stillen auf das Kind übertragen könnten (Bastick, 2005). Eine Infektion mit Hepatitis C stellt keine Kontraindikation gegen das Stillen dar, da es keine Belege dafür gibt, dass Hepatitis C durch Muttermilch übertragen werden kann. Müttern, die mit HIV leben, wird dagegen empfohlen, nur während der ersten sechs Lebensmonate des Neugeborenen zu stillen, wenn eine alternative Ernährung nicht annehmbar, realistisch, bezahlbar, nachhaltig oder für beide Seiten sicher ist. Wenn jedoch eine alternative Ernährung annehmbar, realistisch, bezahlbar, nachhaltig und sicher ist, wird diesen Frauen empfohlen, gänzlich auf Stillen zu verzichten (WHO, 2009c). Frauen in Haft wird oft vom Stillen abgeraten, da dies teilweise als Störung der Abläufe im Gefängnisalltag angesehen wird (Bastick, 2005). Dabei ist es allgemein anerkannt, dass Stillen die beste Methode für die Ernährung von Säuglingen ist.

63. In der Zeit unmittelbar nach der Geburt muss die Privatsphäre von Mutter und Neugeborenem sowie von Familienangehörigen respektiert werden, um ein günstiges Umfeld für die Ernährung und den Aufbau einer gefühlsmäßigen Bindung zu schaffen. Nach der Geburt sollten Frauen eine angemessene Beratung und Unterstützung erhalten und sorgfältig auf Anzeichen von Depressionen untersucht werden (Bastick, 2005). Auch nach Fehlgeburten ist Betreuung angezeigt und sollte stets angeboten werden.

Gewalt und Misshandlung

64. Der Anteil der Frauen, die vor ihrer Inhaftierung körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt haben, ist dreimal so hoch wie der entsprechende Anteil der männlichen Häftlinge (Severson et al., 2005). Frauen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen vor ihrer Inhaftierung haben oft ein niedriges Selbstwertgefühl, unzureichende Bewältigungsfähigkeiten und einen generellen Mangel an Selbstbewusstsein. Opfererfahrungen tragen auch in erheblicher Weise zu negativen Gesundheitsergebnissen in Form von psychischen Störungen und körperlichen Gesundheitsproblemen (z. B. in Bezug auf das Fortpflanzungssystem) bei. Traumata tragen in direkter wie indirekter Weise zu den kriminogenen Faktoren und zu psychischen wie auch körperlichen Erkrankungen bei (Moloney, van den Bergh, Møller, eingereicht). Deshalb ist die Aufarbeitung unbewältigter Traumata durch eine angemessene Traumapsychotherapie so wichtig.

65. Es gilt, Frauen, die Gewalt erlebt haben oder noch erleben, im Rahmen der Eingangsuntersuchung zu ermitteln. Wenn sie aus durch Missbrauch geprägten Beziehungen kommen oder bei ihrer Rückkehr in die Gesellschaft durch andere Formen von Gewalt bedroht sind, sollten sie über die Zeit der Haft hinaus Beratung und Unterstützung erhalten.

66. Frauen, die eine dysfunktionale Familie und Missbrauch erlebt haben, benötigen oft Hilfe, um zu einer verantwortungsbewussten Elternrolle zu finden. Für Frauen in Haft mit Kindern oder für Schwangere sollte vor wie auch nach der Geburt eine Einführung in ihre Elternrolle erfolgen, bei der die maßgeblichen Risikofaktoren (bei Mutter und Kind) für eine schwache Mutter-Kind-Bindung und unzureichende elterliche Fähigkeiten vorsorglich ins Visier

genommen werden. Kinder, die von ihren Müttern getrennt werden, brauchen eine umfassende Unterstützung.

67. Während ihrer Haft können Frauen leicht Opfer von Missbrauch, vor allem sexuellem Missbrauch, werden. Da Frauen in der Haft von Wärtern bewacht werden, sind sie diesen ausgeliefert. Ein wirksames System für die Inspektion und Überwachung von Haftanstalten, das durch eine unabhängige Stelle gesteuert wird und über ein vertrauliches Beschwerdeverfahren verfügt, ist von entscheidender Bedeutung für die Verhinderung von Gewalt und Missbrauch im Strafvollzug (Penal Reform International, 2007). Jede Frau hat ein Anrecht darauf, während der Haft keinem sexuellen Missbrauch ausgesetzt zu sein. Frauen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, der die Gefahr eine HIV-Infektion mit sich bringt, sollte eine postexpositionelle Prophylaxe ermöglicht werden.
68. Frauen in Haft sollten die Möglichkeit erhalten, ohne Anwesenheit von Vollzugspersonal einen Arzt aufzusuchen, da anderenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie mögliche Gewalt und Übergriffe in der Haft verschweigen. Weibliche Häftlinge sollten über das Recht verfügen, sich beim Arztbesuch von einer Frau (z. B. einer Krankenschwester) begleiten zu lassen. Die Europäischen Strafvollzugsvorschriften und die nationalen Strafrechtssysteme schreiben dem Arzt eine zentrale Rolle bei der Verhinderung von Menschenrechtsverletzungen im Strafvollzug zu (Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten, 2007).
69. Die Minderheit unter den Frauen, die Gewaltverbrechen begangen haben oder bei der Eingangsuntersuchung als potenziell gewalttätig identifiziert wurden, sollten Interventionen durchgeführt werden, die sie von gewalttätigem Verhalten während der Haft wie auch bei der Rückkehr in die Gesellschaft abhalten.

Mehrfacher oder komplexer Behandlungsbedarf

70. Eine Studie des Büros für Rechtsstatistik beim Justizministerium der Vereinigten Staaten kam zu dem Ergebnis, dass drei Viertel der in den USA inhaftierten Frauen, die psychische Gesundheitsprobleme hatten, auch die Kriterien für Substanzabhängigkeit oder -missbrauch erfüllten (Covington, 2007). Andere Studien deuten darauf hin, dass Frauen mit Suchtproblemen

häufiger als vergleichbare Männer körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt haben (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2004). Regelmäßige Erfahrungen mit gewalttätigen Übergriffen können das Risiko für einen späteren Drogenmissbrauch sowie für posttraumatische Belastungsstörungen oder andere psychische Gesundheitsprobleme erhöhen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Deshalb müssen traumaspezifische Verfahren zu einem zentralen Bestandteil aller Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit im Strafvollzug werden.

71. Bei weiblichen Häftlingen besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und Selbstverletzung und Suizidversuchen. Von den Frauen, die Suizidversuche unternommen oder selbstverletzende Handlungen begangen hatten, gaben 41% an, sexuell missbraucht worden zu sein; bei den Männern lag der Anteil mit 18% signifikant niedriger (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007a). In den letzten Jahrzehnten hat sich mit der Erkenntnis, dass Traumata eine Schlüsselrolle bei der Entstehung körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme spielen, eine bedeutende Entwicklung in der Gesundheitsversorgung vollzogen (Covington, 2007).
72. Alkohol- und/oder drogenabhängige Frauen sind stärker durch Depressionen, Dissoziation, posttraumatische Belastungsstörungen, andere Angststörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen gefährdet (Covington, 2007). Neben den Suchttherapieprogrammen benötigen viele Frauen auch psychotherapeutische Betreuung, bei der gezielt ihre individuellen Traumata thematisiert werden. Da inhaftierte Frauen häufig nicht nur drogen- und alkoholabhängig sind, sondern auch an psychischen Störungen leiden, bei schlechter Gesundheit sind und sich auf kein ausreichendes soziales Umfeld stützen können, sind sie in außerordentlichem Maße auf psychoedukative Maßnahmen und das Erlernen von alltagspraktischen Fähigkeiten sowie auf systematische Vorbereitungsmaßnahmen vor ihrer Rückkehr in die Gesellschaft angewiesen (Zurhold & Haasen, 2005).
73. In manchen Fällen müssen Frauen nach ihrer Inhaftierung feststellen, dass sie sowohl schwanger als auch HIV-positiv sind. Die psychische Belastung durch die Inhaftierung zusammen mit der gleichzeitigen Entdeckung einer Schwangerschaft oder einer HIV-Infektion kann katastrophale Auswirkungen auf die Verfassung der Frauen haben. Um in einer derart

komplexen Situation möglichst gute Bedingungen für Mutter und Kind zu gewährleisten, sind stets Einfühlungsvermögen und beratende Unterstützung erforderlich. HIV-positive Schwangere erleiden möglicherweise häufiger eine Frühgeburt; hier wurde in einigen Untersuchungen eine im Vergleich zu anderen Schwangeren bis zu doppelt so hohe Rate ermittelt (Reyes, 2000).

Es ist sehr wichtig, dass schwangere Frauen, die eine ARV-Therapie benötigen, diese auch kostenlos erhalten. Für Schwangere, die eine solche Therapie brauchen, verringert sich dadurch die Mortalitäts- und Morbiditätsrate; außerdem ist die ARV-Therapie die wirksamste Methode zur Verhinderung einer Mutter-Kind-Übertragung von HIV und führt aufgrund der Sicherung der Gesundheit der Mutter auch zur Verbesserung der Überlebenschancen des Kindes. Die Behandlung einer HIV-positiven Schwangeren hat nicht nur Auswirkungen auf ihre persönliche Gesundheitssituation, sondern verringert auch dramatisch die Gefahr einer Mutter-Kind-Übertragung; dies gilt insbesondere für Frauen im vorgeschrittenen Krankheitsstadium, in dem eine solche Übertragung deutlich wahrscheinlicher ist. Das Stadium der Schwangerschaft und die potenziellen Nebenwirkungen der Behandlung sollten jedoch stets gebührend berücksichtigt werden (WHO, 2006).

74. Der Konsum von Alkohol und Drogen während der Schwangerschaft kann zu einer Reihe von Krankheiten, Untergewicht bei Säuglingen, Frühgeburten, Unterernährung, Atemwegserkrankungen und der Entwicklung eines fötalen Alkoholsyndroms führen. Einige dieser Gesundheitsfolgen können auf den mit dem Substanzgebrauch einhergehenden Lebensstil zurückzuführen sein, nämlich konkret auf schlechte Ernährung, mangelnde gesundheitliche und soziale Versorgung sowie Infektionskrankheiten wie HIV/Aids und Hepatitis; diese Einflüsse können die direkten Folgen des Drogenkonsums für Mutter und Fötus verschärfen (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2004).

75. Bei mehrfachem Behandlungsbedarf, etwa dem gleichzeitigen Vorhandensein von zwei oder mehr Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen, können diese einander gegenseitig beeinflussen und kann die Behandlung mit bestimmten Medikamenten kontraproduktiv oder sogar gefährlich sein. So ist es beispielsweise denkbar, dass eine gleichzeitig an Hepatitis und

Krebs erkrankte Frau für die Krebsbekämpfung ein Medikament benötigt, das die Funktionsfähigkeit der Leber beeinträchtigt.

Vorbereitungen auf die Zeit nach der Haftentlassung und Kontinuität der Gesundheitsversorgung

76. Vor ihrer Haftentlassung sollten die Frauen Zugang zu Programmen erhalten, die ihnen den Übergang in das Leben in Freiheit erleichtern. Solche Programme sind natürlich von Kultur zu Kultur verschieden, doch dürften sie häufig Bewältigungsstrategien, elterliche Fähigkeiten und Gesundheitskompetenz zum Gegenstand haben (Bastick, 2005). Das Erlernen grundlegender Haushaltsfertigkeiten wie Kochen und Waschen bedeutet für manche der zur Haftentlassung anstehenden Frauen bereits eine erhebliche Erleichterung im Hinblick auf ihre Rückkehr in die Gesellschaft.

Doch für die Bedürfnisse weiblicher Häftlinge im Vorfeld der Haftentlassung bzw. unmittelbar nach ihrer Inhaftierung werden insgesamt nur sehr unzureichende Mittel und Anstrengungen eingesetzt; oft fehlt auch die erforderliche Abstimmung zwischen Strafvollzugsbehörden und Sozial- und Gesundheitsbehörden (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008). Ein Zugang zu derartigen Programmen ist vor allem für Frauen, die nur kurze Haftstrafen verbüßen, oft nicht möglich.

Der Quäkerrat für Europäische Angelegenheiten (2007) empfiehlt den Mitgliedstaaten des Europarats:

- a) dafür Sorge zu tragen, dass Handlungskonzepte und Programme für den Strafvollzug gezielt auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten werden, insbesondere in dem grundlegend wichtigen Bereich der Wiedereingliederung;
- b) dafür zu sorgen, dass eine angemessene Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen weiblicher Häftlinge nach ihrer Entlassung erfolgt; dies betrifft Probleme wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Diskriminierung im Berufsleben und Wiedererlangung des Sorgerechts für die eigenen Kinder. Wenn Sozialbehörden schon vor der Inhaftierung einer Frau mit ihrem Fall befasst waren, so sollten sie vor ihrer Haftentlassung in Kenntnis gesetzt werden.

77. Nach der Entlassung sollten alle ehemaligen Häftlinge im Einklang mit den Mindestgrundsätzen der Vereinten Nationen für die Behandlung von Gefangenen über ausreichende Ernährung, Kleidung, Unterbringung und Gesundheitsversorgung verfügen und Zugang zu anderen notwendigen sozialen Angeboten haben.

Die Strafvollzugsbehörden sollten dafür sorgen, dass ehemalige Häftlinge, insbesondere Frauen mit Kindern, nach ihrer Entlassung eine Wohnung erhalten. Manche Frauen müssen feststellen, dass sie das Sorgerecht für ihre Kinder erst wieder erhalten, wenn sie eine Wohnung gefunden haben, dass sie aber umgekehrt keine Wohnung finden, bevor sie die Kinder bei sich haben. So wird diesen Frauen eine Rückkehr in ein normales Leben in der Gesellschaft erheblich erschwert, was dazu führen kann, dass sie wieder straffällig werden (Quäkerat für Europäische Angelegenheiten, 2007). Die Strafvollzugsbehörden sollten mit den zuständigen kommunalen Institutionen zusammenarbeiten. Ausländische Staatsbürgerinnen werden nach ihrer Haftentlassung oft in ein anderes Land verbracht, so dass Kontakte über nationale Grenzen hinweg wichtig sind.

78. Wie in den *Mindestgrundsätzen für die Behandlung von Gefangenen* vorgesehen, ist es gut möglich, dass ein ehemaliger Häftling nach seiner Entlassung dauerhaft psychiatrische Betreuung benötigt. Dies trifft insbesondere auf weibliche Häftlinge zu, unter denen es hohe Raten an psychischen Erkrankungen gibt und die häufiger schon in der Haft wegen psychischer Gesundheitsprobleme in Behandlung waren, die nun außerhalb des Strafvollzugs fortgesetzt werden muss (Bastick, 2005; Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung, 2008).

79. Eine Versorgung nach der Haftentlassung ist von wesentlicher Bedeutung, und die Strafvollzugsbehörden sollten ein besonderes Augenmerk auf die Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten und sozialen Betreuungsangeboten für Frauen nach ihrer Rückkehr in die Gesellschaft richten. Unterstützung von Freiwilligen innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs, etwa durch (ehemalige) Mithäftlinge, kann bei diesem Prozess eine äußerst wertvolle Rolle spielen. Die Tatsache, dass viele Frauen in größerer Entfernung von ihrem Wohnort inhaftiert sind, ist ein erschwerender Faktor.

80. Die Gruppe der ehemaligen Häftlinge weist sehr hohe Raten an drogenbedingten Unfällen, Überdosen und vorzeitigen Todesfällen auf (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2007). Um eine Kontinuität in der Behandlung von Drogenkonsumenten bei ihrem Übergang vom Strafvollzug in die Gesellschaft zu gewährleisten, sind gezielte Strategien erforderlich (WHO, 2007e).
81. In manchen Kulturkreisen laufen Frauen Gefahr, nach der Haftentlassung von ihren Familien ermordet zu werden, wenn sie „moralische Verstöße“ begangen haben oder wenn sie Opfer von Vergewaltigung oder anderen Formen sexuellen Missbrauchs waren. Andere Frauen kehren in eine Ehe mit einem gewalttätigen Partner zurück oder werden zur Ehe gezwungen. All diese Frauen benötigen ein besonderes Maß an Schutz und Unterstützung, erhalten aber oft gemessen an ihren Bedürfnissen nicht genügend davon (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, 2008).

Wie lässt sich die Situation verbessern? Was kann, sollte und muss getan werden?

Die vorliegenden Erkenntnisse sind eindeutig, unwidersprüchlich und zwingend: Der Umgang mit Straftäterinnen in den heutigen Strafvollzugssystemen wird oft deren grundlegenden Bedürfnissen nicht gerecht und bleibt weit hinter dem zurück, was aufgrund der Menschenrechte, der anerkannten internationalen Empfehlungen und der sozialen Gerechtigkeit geboten wäre. Auch wenn für eine kleine Zahl von Straftäterinnen eine Inhaftierung angemessen und gerechtfertigt ist, so werden doch nur allzu viele andere zu Unrecht inhaftiert.

Eine Freiheitsstrafe ist eine ernste Sanktion, denn mit dem Verlust der Freiheit ist oft auch der Verlust anderer Rechte verbunden; ein solcher Verlust hat für Frauen und ihre Kinder besonders verheerende Auswirkungen. Die Probleme sind vielfältig und komplex, und eine Verbesserung der Situation setzt abgestimmte Maßnahmen durch ein breites Spektrum von Akteuren voraus, die durch ihr Handeln die Lage beeinflussen können. Die nachfolgenden Aussagen müssen vor einem sozialen Hintergrund gesehen werden, bei dem die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in allen Politikbereichen Defizite aufweist und der Mangel an Gleichberechtigung in vielen Gesellschaften inakzeptabel hoch ist.

Bei der Entscheidung darüber, was getan werden kann, sollte oder muss, müssen eine Reihe von wichtigen Grundsätzen hervorgehoben und beachtet werden.

- Erstens sollte die Inhaftierung von Frauen erst als letzter Ausweg erwogen werden, wenn sämtliche Alternativen entweder nicht möglich oder nicht geeignet sind. Dies gilt in noch höherem Maße für Schwangere und für Frauen mit Kindern. Frauen müssen im umfassenden Kontext ihrer Straffälligkeit und ihrer sozialen Situation gesehen werden.
- Zweitens sollten bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und der Ausarbeitung von Gesundheitsprogrammen psychische Gesundheitsprobleme, insbesondere Substanzmissbrauch und posttraumatische Belastungsstörungen, als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug konkret berücksichtigt werden.
- Drittens: Wenn die betroffenen Frauen Kinder haben, **muss deren Wohl das maßgebliche Kriterium** sein; Die höheren sozialen Kosten für die Gesellschaft und das Potenzial eines

längerfristigen Schadens müssen verstanden und akzeptiert werden. Entscheidungen in Bezug auf das Wohl der Kinder sollten auf fachkundigen Rat einer anerkannten und von Justiz und Strafvollzug unabhängigen Instanz erfolgen.

- Viertens haben verschiedene Gruppen von Frauen unterschiedliche Bedürfnisse; Faktoren wie Schwangerschaft, Verantwortung für kleine und ältere Kinder, Suchtprobleme, Gewalt bzw. Missbrauchserfahrungen u. a. müssen bei der Erstellung von Gesundheitsplänen für diese Frauen gebührend berücksichtigt werden.
- Fünftens können die Folgen der Trennung von Familie und Umfeld sowie die unvermeidlichen juristischen und sicherheitsbezogenen Prozesse in unterschiedlichem Maße schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, das emotionale Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl sowie die soziale Kompetenz und die Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen haben. Dies gilt für jeden, der mit Freiheitsentzug bestraft wird, jedoch in besonderem Maße für Frauen. Zu jedem individuellen Gesundheitsplan gehört unbedingt **eine sorgfältige, umfassende und eingehende Eingangsuntersuchung**; hierbei sollten der sozioökonomische und bildungsmäßige Hintergrund, die Gesundheits- und Traumageschichte, der aktuelle Gesundheitszustand und eine Bewertung der vorhandenen bzw. erforderlichen Fähigkeiten gebührend berücksichtigt werden, damit die individuellen Bedürfnisse bestimmt und in angemessener Weise auf sie reagiert werden kann.
- Sechstens: Zwar sollten angesichts der großen Bandbreite individueller Bedürfnisse in einer sich verändernden Welt unflexible Konzepte vermieden werden, doch sollten sämtliche Überlegungen und Maßnahmen der Konzeptentwicklung für alle Inhaftierten sich an der **grundlegenden Bedeutung der Menschenrechte** orientieren.

Jüngste Entwicklungen und neue Pläne

Die Evidenz und der fachliche Rat, die in die Erstellung dieses Papiers eingeflossen sind, haben eindeutig gezeigt, dass in verschiedenen Teilen der Europäischen Region neue Konzepte und Pläne ausgearbeitet werden. Viele der fraglichen öffentlichen Leistungen sind von Veränderungen betroffen, z. B. Polizei, Bewährungsdienste, kommunale Einrichtungen und Initiativen von nichtstaatlichen Organisationen. Der neue Trend geht verstärkt hin zu Alternativen zum Freiheitsentzug sowie zu stärkeren Anstrengungen bei der Auseinandersetzung mit den betroffenen

Frauen in ihrem Wohnumfeld anstatt in einer Haftanstalt, insbesondere wenn sie kein Gewaltverbrechen und keine andere schwerwiegende Straftat begangen haben.

Auch das Rechts- und das Strafrechtssystem verändern sich. Manche dieser Pläne könnten erhebliche positive Auswirkungen auf die Frauen im Strafvollzug haben. So werden u. a. bereits ausgleichsorientierte Verfahren, wie Familiengruppenkonferenzen und Urteilstische, durchgeführt; ausgleichsorientierte Verfahren sind folgendermaßen definiert: „jedes Verfahren, in dem Opfer und Täter und gegebenenfalls andere von einer Straftat betroffene Einzelpersonen oder Gemeinschaftsmitglieder zusammen aktiv an der Lösung der sich aus der Straftat ergebenden Probleme mitwirken, in der Regel mit Hilfe eines [dafür eigens geschulten] Moderators“ (Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, 2002).

Es entstehen auch neue Ideen zur Gesundheitsförderung im Strafvollzug, insbesondere im Frauenvollzug. Diese beinhalten einen stärker partizipatorischen Ansatz mit Methoden der kommunalen Entwicklungsförderung (Martin, 2008) und die weiterreichende Anwendung eines den gesamten Strafvollzug umfassenden Konzepts (Hayton, 2007) sowie ein Selbsthilfenetz, wie bereits in Teilen Deutschlands üblich (Bogemann, 2007).

Obgleich solche und andere Trends in hohem Maße unterstützungswürdig sind, vollziehen sich derartige Veränderungen in der gesamten Europäischen Region nach wie vor nur langsam.

Jeder Handlungsappell in Bezug auf die **Gesundheit von Frauen im Strafvollzug** sollte ganzheitlich und unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet werden:

1. Eine geschlechtssensible Strafjustiz stellt einen wesentlichen ersten Schritt zur Gewährleistung der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Umstände in allen Phasen der Strafrechtspflege dar.
2. Damit ein Strafvollzugssystem die grundlegenden gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse von weiblichen Häftlingen erfüllen kann, ist eine geschlechtssensible Strafvollzugspolitik notwendig.

3. Die Menschenrechte von Frauen und ihren Kindern müssen stets oberste Priorität haben. Die Grundsätze der Gleichwertigkeit und Angemessenheit von Einrichtungen und Gesundheitsversorgung müssen anerkannt werden. Sobald Kinder beteiligt sind, müssen ihre Interessen Vorrang haben.
4. Die fachärztliche Versorgung muss u. a. in folgenden Bereichen sichergestellt sein: psychische Gesundheit, einschließlich Hilfe für Personen mit Missbrauchserfahrungen; HIV, Hepatitis C, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten; Drogen- und Alkoholabhängigkeit; Lernstörungen; reproduktive Gesundheit.
5. Im Vorfeld der Haftentlassung müssen Vorbereitungen geplant und durchgeführt werden, um eine Fortsetzung der Versorgung zu gewährleisten. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen und anderen Angeboten nach der Entlassung muss ein fester Bestandteil eines Programms zur Vorbereitung auf die Haftentlassung sein. Die Planung für die Zeit nach der Entlassung ist ein komplexes und schwieriges Unterfangen, wenn eine Inhaftierung fern vom Wohnort erfolgt, und oft fehlt die Zeit für solche Vorbereitungen, insbesondere wenn es sich um kurze Haftstrafen handelt. Dennoch sind derartige Anstrengungen durchaus der Mühe wert und zahlen sich durch eine erheblich verbesserte Wiedereingliederung, geringere soziale Kosten und eine niedrigere Rückfallquote aus.

Empfehlungen

Das Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“ des WHO-Regionalbüros für Europa unterstützt nachdrücklich die folgenden konkreten Anmerkungen und Empfehlungen.

- 1. Eine geschlechtssensible Strafjustiz stellt einen wesentlichen ersten Schritt zur Gewährleistung der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Umstände in allen Phasen der Strafrechtspflege dar.**

1.1. Umfassendere und komplexere Anforderungen. Frauen haben nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Gefängnisinsassen; in der Europäischen Region befinden sich im Durchschnitt 100 000 Frauen in Haft. Frauen im Strafvollzug verfügen meist über ein niedrigeres Einkommen, weisen eine höhere Missbrauchsrate auf und haben komplexere soziale und gesundheitliche Probleme als männliche Häftlinge. Diese Probleme erfordern eine ständige

Aufmerksamkeit: für die Frauen selbst, für ihre Kinder und zugunsten der Gesellschaft insgesamt.

1.2. Kostenträchtige Folgen der Inhaftierung von Frauen. Die meisten der Frauen in Haft wurden nicht wegen Gewaltverbrechen oder anderer schwerwiegender Straftaten verurteilt, doch die Inhaftierung hat beträchtliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit und auf ihre Kinder. In jedem Fall sollten vor einer Verurteilung die Lebensumstände der Frau und ihre jeweilige Stellung in Familie und Gemeinschaft gebührend berücksichtigt werden. Alle Beteiligten im Justizverfahren müssen sämtliche Konsequenzen ihrer Entscheidungen sorgfältig durchdenken. Eine eingehende Prüfung aller Alternativen zum Freiheitsentzug ist von wesentlicher Bedeutung, um das Leben der betroffenen Frauen nicht unnötigerweise zu ruinieren und Kinder und andere abhängige Verwandte nicht in Mitleidenschaft zu ziehen.

1.3. Ein angemesseneres Sicherheitsniveau. Die überwiegende Mehrzahl der weiblichen Häftlinge müssen nicht in Hochsicherheitseinrichtungen untergebracht werden und stellen keine Bedrohung für die Gesellschaft dar. Wenn Frauen ihre vom Gericht verhängte Freiheitsstrafe nicht am Wohnort verbüßen können oder wenn geeignete Plätze auf der kommunalen Ebene nicht verfügbar sind, sollten Haftanstalten mit niedrigerer Sicherheitsstufe speziell für Frauen eingerichtet werden, wo sie in kleineren Einheiten und näher zum Wohnort untergebracht werden.

1.4. Systemumfassender Ansatz. Obwohl der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts auf der Gesundheit von Frauen im Strafvollzug liegt, sprechen die vorliegenden Erkenntnisse eindeutig dafür, dass in allen Phasen der Strafrechtspflege, beginnend mit dem ersten Kontakt mit der Polizei, ein geschlechtssensibler Ansatz sinnvoll ist. Daraus folgt die Notwendigkeit, bei jedem neuen Handlungskonzept eine geschlechtssensible Schulung für alle Beteiligten, also Polizei, Gerichtsbedienstete, Richter und Bewährungshelfer, zu einem zentralen Aspekt zu machen.

1.5. Untersuchungshaft nur in Einzelfällen. Eine Untersuchungshaft sollte bei Frauen – und letztendlich bei allen Straftätern – so selten wie möglich verhängt werden, um die zwangsläufig schädlichen Folgen zu vermeiden; dies gilt insbesondere für Frauen mit Familie. Ist

eine Untersuchungshaft unvermeidbar, so sollten besondere Verfahren angewandt werden, die der besonderen Anfälligkeit von Frauen während der ersten Phase der Haft und der dabei gegebenen erhöhten Gefahr der Selbstverletzung oder des Suizids Rechnung tragen. Die Problematik im Zusammenhang mit der Inhaftierung von Müttern kann auch schon während der Phase der Untersuchungshaft relevant sein.

1.6. Umfassende Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse. Wie bei allen Angeklagten in Strafprozessen muss eine Entscheidung über eine etwaige Einrichtung unter Berücksichtigung der festgestellten gesundheitlichen Bedürfnisse erfolgen. Bei Frauen, deren Straftaten häufig im Zusammenhang mit ihrer Drogensucht stehen, sollte eine Therapie in einer geeigneten Einrichtung als Alternative zur Inhaftierung angeboten werden. Ebenso müssen Frauen mit offensichtlichen psychischen Gesundheitsproblemen in einer Einrichtung untergebracht werden, in der die Behandlung und Versorgung psychischer Erkrankungen möglich ist.

1.7. Notwendigkeit nach Geschlecht aufgeschlüsselter Daten. Um einen angemessenen geschlechtssensiblen Strafvollzug schaffen und ein besseres Verständnis der besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in Haft sowie sinnvolle und wirksame Handlungskonzepte gewährleisten zu können, sind mehr geschlechtsspezifische Daten über die Gesundheit und gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in Haft und damit die Ausweitung entsprechender Forschungsarbeiten erforderlich.

2. Damit ein Strafvollzugssystem die grundlegenden gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse von weiblichen Häftlingen erfüllen kann, ist eine geschlechtssensible Strafvollzugspolitik notwendig.

2.1. Erfüllung der besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen. Eine geschlechtssensible Gesundheitsversorgung im Strafvollzug muss den besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen Rechnung tragen, indem sie geeignete Einrichtungen und Verfahren anbietet und den Frauen den erforderlichen problemlosen Zugang zu Gesundheits- und Sozialangeboten gewährt.

- Die Angebote sollten auf der primären Gesundheitsversorgung aufbauen, die in einem ganzheitlichen Ansatz den gesundheitlichen Bedarf feststellt und ein Spektrum von Leistungen anbietet, u. a. Gesundheitsförderung durch Selbstversorgung, Ernährung und Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen ähnlich denen außerhalb des Strafvollzugs und Hilfe bei alltäglichen Gesundheitsproblemen.
- Die primären Gesundheitsdienste sollten in der Lage sein, viele der komplexeren gesundheitlichen Bedürfnisse, der komplexen Probleme und der Bedürfnisse weiblicher Häftlinge in Bezug auf reproduktive und sexuelle Gesundheit dadurch zu bewältigen, dass das Gesundheitspersonal zusätzliche Schulungen erhält und die Möglichkeit gefördert wird, fachärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung und der Zugang zu Therapien zur Bewältigung von Traumata und zur Förderung des Wohlbefindens von Frauen mit Missbrauchserfahrungen.
- Die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug muss auch den besonderen Bedürfnissen von Mädchen und älteren Frauen gebührend Rechnung tragen.
- Die Gesundheitsfachkräfte sollten zusammen mit dem anderen Personal, dessen Aufgabe die Resozialisierung und Wiedereingliederung umfasst, speziell auf Frauen zugeschnittene Dienste entwickeln.

2.2. Geschlechtssensible Schulung. Alle Mitarbeiter von Haftanstalten, die mit dem Frauenvollzug zu tun haben, sollten geschlechtssensible Schulungen und zusätzliche gesundheitliche Informationsmaßnahmen durchlaufen haben, damit gewährleistet ist, dass sie die Bedürfnisse schwangerer Frauen, die Folgen körperlicher Misshandlungen und sexuellen Missbrauchs sowie die Faktoren, die Selbstverletzung und ein erhöhtes Suizidrisiko begünstigen, verstehen.

2.3. Angemessenes Gleichgewicht zwischen weiblichen und männlichen Mitarbeitern. Allgemein ist im Frauenvollzug ein ausgewogenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Angestellten wünschenswert, sofern der Alltagsbetrieb den verschiedenen Bedürfnissen der Insassinnen gerecht wird. Männliche Wärter sollten nie routinemäßig körperlichen Kontakt mit weiblichen Häftlingen haben oder Zugang zu Orten wie Duschbereichen erhalten, in denen Frauen üblicherweise unbekleidet sind. Das Wachpersonal sollte nicht über eine Machtposition verfügen, durch die Privatsphäre und sittliches Empfinden der Frauen verletzt

werden könnten. Jedes Strafvollzugssystem sollte seine Personalpolitik durch klare Bestimmungen regeln, die auf international vereinbarten Normen und nationalen Gesetzen basieren.

2.4. Ärztliche Beratung nach persönlichen Wünschen. Bei der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug sollte Frauen das Recht zugestanden werden, auf Untersuchung, Behandlung und Versorgung durch weibliche Pflegekräfte und Ärzte zu bestehen; ist dies nicht möglich, sollten männliche Ärzte darauf achten, dass bei Terminen mit weiblichen Häftlingen jeweils eine andere Frau anwesend ist. Generell sollten jedoch wie in allen Haftanstalten die Insassen die Möglichkeit zum Arztbesuch ohne Anwesenheit von Vollzugspersonal erhalten.

2.5. Vertrauliche Beschwerden und unabhängige Überwachung. Frauen im Strafvollzug sollten über Zugang zu einem unabhängigen und vertraulichen Beschwerdesystem verfügen, um Angelegenheiten wie Erfahrungen mit Gewalt und Missbrauch während der Haft vertraulich melden zu können.

3. Die Menschenrechte von Frauen und ihren Kindern müssen stets oberste Priorität haben. Die Grundsätze der Gleichwertigkeit und Angemessenheit von Einrichtungen und Gesundheitsversorgung müssen anerkannt werden. Sobald Kinder beteiligt sind, müssen ihre Interessen Vorrang haben.

3.1. Schutz von persönlichen und familiären Beziehungen. Viele weibliche Häftlinge sind Mütter von Kindern, für deren Betreuung sie vor Haftantritt meist primär oder ausschließlich verantwortlich waren. Nach ihrer Inhaftierung bricht häufig die Familie auseinander, so dass zahlreiche Kinder ihrerseits in Einrichtungen untergebracht werden müssen. Deshalb müssen zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, um die Familien zusammenzuhalten, vor allem wenn die Frauen kleine Kinder haben, die sie nicht ins Gefängnis mitnehmen dürfen. Regelmäßige Besuche von Familienangehörigen müssen erleichtert und aktiv unterstützt werden, da sie eine wesentliche Rolle bei der Erhaltung von familiären Beziehungen spielen. Die kreativen Lösungen, die manche Länder für die Erhaltung der familiären Beziehungen gefunden haben, sollten verstärkt an die Öffentlichkeit getragen werden und in Ländern, in denen der Frauenvollzug unverändert geblieben ist, ernsthaft geprüft werden. Die

Unterbindung von Kontakten zu Familienangehörigen zu Sanktionszwecken sollte in allen Ländern untersagt sein.

3.2. Erhaltung von Kontakten zu Angehörigen und anderen Personen außerhalb des Strafvollzugs. Die Bedeutung von telefonischen Kontakten muss unterstrichen werden. Alle Frauenhaftanstalten sollten über ein gut entwickeltes Konzept für den Telefonzugang verfügen, damit Anrufe nach Hause mit einer gewissen Regelmäßigkeit möglich sind, ohne dass die Häftlinge die gesamten Kosten selbst tragen müssen. Auch wenn dies u. U. für ausländische Häftlinge schwieriger ist als für inländische, so sollte doch die Erhaltung der Kontakte mit dem privaten Umfeld als übergeordneter Wert zu einem integralen Bestandteil des Konzeptes einer Haftanstalt werden.

3.3. Wichtige Rolle für nichtstaatliche Organisationen. Die Bedeutung von nichtstaatlichen Organisationen und Freiwilligengruppen bei der Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Angehörigen ist nachgewiesen. Daher sind Anstrengungen von nichtstaatlichen Organisationen und Freiwilligen zugunsten von Straftäterinnen innerhalb wie außerhalb des geschlossenen Vollzugs immer zu begrüßen.

3.4. Kinder bei ihren Müttern in der Haft. Die Frage, ob Kinder bei ihren Müttern im Gefängnis bleiben dürfen, ist eine der schwierigsten Grundsatzfragen, die auf nationaler Ebene zu regeln sind. Hierbei können folgende Aspekte als Leitprinzipien dienen:

- Das Wohl des Kindes muss erstes und wichtigstes Kriterium sein.
- Die Beteiligung von Kindern an Entscheidungsprozessen sollte grundsätzlich unter gebührender Berücksichtigung ihres Alters gefördert und erleichtert werden.
- Wenn Kinder bei ihren Müttern in der Haft bleiben, müssen die Einrichtungen dafür geeignet sein.
- Für die Gesundheitsversorgung und Entwicklung des Kindes müssen klare Bestimmungen gelten.
- Eine Überwachung und Neubewertung der Interessen des Kindes muss regelmäßig und in angemessener Form erfolgen.
- Es muss gewährleistet sein, dass jedes Kind die Haftanstalt zu jeder Zeit verlassen kann, falls dies in seinem Interesse liegt.

4. **Die fachärztliche Versorgung muss u. a. in folgenden Bereichen sichergestellt sein: psychische Gesundheit, einschließlich Hilfe für Personen mit Missbrauchserfahrungen; HIV, Hepatitis C, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten; Drogen- und Alkoholabhängigkeit; Lernstörungen; reproduktive Gesundheit.**

4.1. Leistungsfähige primäre Gesundheitsversorgung und problemloser Zugang zur Notversorgung. Obwohl eine leistungsfähige primäre Gesundheitsversorgung im Strafvollzug eine Vielzahl von Gesundheitsproblemen bewältigen kann und im Rahmen eines regulären Untersuchungs-, Bewertungs- und Neubewertungsprogramms innerhalb eines regelmäßigen Versorgungszyklus erfolgen sollte, können alle Häftlinge von Notfällen betroffen sein, die ihre sofortige Einlieferung in Einrichtungen der sekundären Gesundheitsversorgung oder in fachärztliche Einrichtungen notwendig machen. Eine solche Versorgung sollte im Gesundheitsversorgungskonzept einer Haftanstalt geregelt und den Häftlingen bekannt sein. Dies ist bei Strafgefangenen meist nicht leicht, doch bei Frauen müssen die Beförderungsbedingungen so gestaltet werden, dass eine unnötige Belastung vermieden wird. Darüber hinaus sollten ausländische Häftlinge unter Heranziehung eines Dolmetschers über die Möglichkeiten informiert werden; dabei ist ggf. besonderen, kulturell bedingten Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

4.2. Förderung von seelischer Gesundheit und Widerstandskraft. Die Förderung psychischer Gesundheit und seelischen Wohlbefindens sollte zentraler Bestandteil des Gesundheitskonzeptes einer jeden Haftanstalt sein. Die hohe Rate an selbstverletzenden Handlungen und sogar Suizidversuchen unter weiblichen Häftlingen sollte Anstaltsleitungen die dringende Notwendigkeit von Strategien und Konzepten zum Schutz der psychischen Gesundheit allgemein sowie zur Identifizierung potenziell gefährdeter Frauen vor Augen führen. Dieser Bereich der gesundheitlichen Versorgung unterstreicht die Bedeutung eines ganzheitlichen Konzeptes für den Strafvollzug. Das gesamte Personal einer Haftanstalt muss über seine jeweiligen Aufgaben informiert sein und darüber Bescheid wissen, wie die Bedingungen und Verfahren in der Haft auf positive und nutzbringende Weise verändert werden können, um die psychische Widerstandskraft der Häftlinge, aber auch der Bediensteten selbst zu stärken. Den Anstaltsleitungen kommt hier insofern eine bedeutende Führungsrolle zu, als sie mit

den höherrangigen Bediensteten einen Verhaltenskodex ausarbeiten müssen, der gesundheitsförderliche Haftbedingungen begünstigt.

4.3. Bewältigung von Missbrauchserfahrungen. Viele weibliche Häftlinge haben vor ihrer Inhaftierung Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch gemacht. Die psychischen Gesundheitsprobleme, die sich aus einer solchen Erfahrung ergeben können, machen eine psychiatrische Betreuung und Versorgung erforderlich, die einen integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung für weibliche Häftlinge bilden muss.

4.4. Bedeutung von Untersuchungen auf HIV und andere Erkrankungen. Bei Haftantritt sollten Straftäterinnen die Möglichkeit erhalten, sich auf HIV, Hepatitis C und andere sexuell übertragbare Infektionen untersuchen und sowohl vor als auch nach der Untersuchung beraten zu lassen. Dabei sollte das Vollzugspersonal im Umgang mit den psychosozialen und medizinischen Problemen geschult werden, die solche Infektionen bei Frauen mit sich bringen. Wo solche Untersuchungen angeboten werden, müssen auch angemessene Mittel für etwaige Folgebehandlungen bereitgestellt werden.

4.5. Bekämpfung der Tuberkulose und Versorgung von Patienten. Alle Haftanstalten sollten sich an die Leitlinien der WHO für die Bekämpfung der Tuberkulose und Versorgung von Patienten im Strafvollzug halten.

4.6. Gesundheitskompetenz. Ein für weibliche Häftlinge besonders relevanter Aspekt der Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung ihres Wissens und Verständnisses in Bezug auf Gesundheitsfragen, um ihre Kompetenz und ihr Selbstbewusstsein im Hinblick auf Schutz und Förderung ihrer eigenen Gesundheit zu stärken. Dazu gehört auch ein Wissen darüber, wie sich bestimmte Krankheiten (insbesondere durch Blut oder sexuell übertragene) verbreiten und wie sie sich vor Infektion schützen können. Sie benötigen einen problem- und kostenlosen Zugang zu Kondomen und Lecktüchern. Von Tätowierungen und Piercings sollte abgeraten werden, und es sollten strenge Beschränkungen gelten, da ansonsten ein hohes Risiko der Übertragung von Infektionskrankheiten zwischen Häftlingen besteht.

- 4.7. Lernstörungen.** Für Häftlinge mit Lernstörungen sollte jegliches gesundheitsbezogene Informationsmaterial gezielt überarbeitet und in angemessener Weise verständlich gemacht werden. Über die Effektivität solcher Überprüfungsmaßnahmen sind noch nähere Erkenntnisse erforderlich, und auch über weibliche Häftlinge mit Lernstörungen werden noch weitere gezielte Forschungsarbeiten benötigt.
- 4.8. Geschlechtssensible Drogentherapieeinrichtungen.** Die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug sollte einen Zugang zu Drogentherapieprogrammen beinhalten, die an die besonderen Bedürfnisse von Frauen angepasst werden und diesen so ein Gefühl von Sicherheit und Unterstützung vermitteln sollten. Ähnlich wie bei allen bereits genannten Programmen sollte auch hier das jeweils zuständige Personal für geschlechtsspezifische Aspekte sensibilisiert werden.
- 4.9. Substitutionstherapie.** Drogenabhängige Häftlinge sollten Zugang zu einer Drogentherapie, auch zur Substitutionstherapie, erhalten; hierzu müssen klare Leitlinien entwickelt werden, die auch eine gezielte Schulung des zuständigen Gesundheitspersonals beinhalten.
- 4.10. Schadensminderung.** Alle Haftanstalten sollten unbedingt über Schadensminderungsprogramme verfügen, die bei der Eindämmung der Ausbreitung von HIV und Hepatitis C eine wesentliche Rolle spielen. Wenn die Wirksamkeit von Schadensminderungsmaßnahmen politisch oder unter den Bediensteten umstritten ist, sollte auf die erfolgreiche Umsetzung solcher Konzepte beispielsweise in spanischen Haftanstalten hingewiesen werden.
- 4.11. Ernste Probleme in Verbindung mit Schwangerschaft in der Haft.** Wenn Straftäterinnen schwanger sind, wirft dies eine Reihe gewichtiger Probleme auf, insbesondere die Frage, ob die Umstände gegen eine Inhaftierung sprechen, wo die Entbindung erfolgen soll und ob geeignete Einrichtungen zum Stillen und zum Aufbau einer Mutter-Kind-Bindung vorhanden sind; darüber hinaus sind auch noch die bereits erwähnten Aspekte wie die weitere Versorgung des Kindes sowie die Frage zu berücksichtigen, ob und ggf. wie lange das Kind im Gefängnis bleiben darf. Weitgehende Übereinstimmung herrscht in Bezug auf zwei Punkte:

- Weibliche Häftlinge sollten nach Möglichkeit immer außerhalb der Haftanstalt in einem öffentlichen Krankenhaus entbinden.
- Die Notwendigkeit der weiteren Inhaftierung einer Mutter sollte kontinuierlich und mit dem Ziel überprüft werden, sie möglichst einer alternativen Maßnahme ohne Freiheitsentzug zuzuführen. Einige Länder der Europäischen Region verfügen mittlerweile über Erfahrungen mit neuen zweckgebauten und sicheren Einrichtungen für Mütter und Kinder.

4.12. *Behandlung von HIV.* Nach den Empfehlungen der WHO sollten HIV-infizierte schwangere Häftlinge immer eine ARV-Therapie erhalten.

4.13. *Förderung von Stillen.* Frauen in Haft sollte, sofern sie nicht mit HIV infiziert sind, nie vom Stillen abgeraten werden. Wenn eine alternative Ernährung annehmbar, realistisch, bezahlbar, nachhaltig oder für beide Seiten sicher ist, wird mit HIV infizierten Frauen empfohlen, gänzlich auf Stillen zu verzichten (WHO, 2009c). Eine Haftanstalt muss den besonderen gesundheitlichen und ernährungsbezogenen Bedürfnissen stillender Frauen gerecht werden.

5. Im Vorfeld der Haftentlassung müssen Vorbereitungen geplant und durchgeführt werden, um eine Fortsetzung der Versorgung zu gewährleisten. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen und anderen Angeboten nach der Entlassung muss ein fester Bestandteil eines Programms zur Vorbereitung auf die Haftentlassung sein. Die Planung für die Zeit nach der Entlassung ist ein komplexes und schwieriges Unterfangen, wenn eine Inhaftierung fern vom Wohnort erfolgt, und oft fehlt die Zeit für solche Vorbereitungen, insbesondere wenn es sich um kurze Haftstrafen handelt. Dennoch sind derartige Anstrengungen durchaus der Mühe wert und zahlen sich durch eine erheblich verbesserte Wiedereingliederung, geringere soziale Kosten und eine niedrigere Rückfallquote aus.

5.1. *Fortsetzung der Versorgung und Planung im Vorfeld der Haftentlassung.* Es gibt deutliche Belege dafür, dass die Kontinuität der Versorgung für Menschen, die an lebensbedrohlichen Erkrankungen wie HIV und Tuberkulose leiden oder wegen Drogensucht oder

psychischer Gesundheitsprobleme in Behandlung sind, aber auch für alle Haftentlassenen generell von großer Bedeutung ist, wenn die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu- recht als vorrangig betrachtet wird. Es gibt für eine solche Kontinuität konkrete Hindernisse, z. B. die Entfernung vom Wohnort der Insassin, der Zusammenbruch der familiären Bindun- gen, der Verlust des Arbeitsplatzes und oft der Wohnung sowie die Notwendigkeit, die Rückkehr einer Frau in ein häusliches Umfeld zu verhindern, in dem ihr Gewalt droht. In manchen Fällen ist die Familie nicht bereit, die Frau nach der Haft wieder aufzunehmen.

Einige der erläuterten Maßnahmen können dazu beitragen, die Chancen auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu erhöhen. Ein Schlüsselfaktor jedoch ist die Verfügbarkeit von Hilfe innerhalb des Strafvollzugs durch Aufklärung, Berufsausbildung, Förderung von Selbst- wertgefühl und eines besseren Verständnisses zwischenmenschlicher Beziehungen, die Vermittlung der Fähigkeit zur Wutbewältigung sowie von Lebens- und Haushaltsfähigkeiten und durch Förderung körperlicher Fitness. In diesem Zusammenhang ist zu klären, wie mit Müttern verfahren werden soll, die wegen ihrer Sorgepflicht für ihre Kinder nicht an sol- chen Aktivitäten teilnehmen können. Mit den Vorbereitungen auf die Zeit nach der Entlas- sung sollte möglichst bald nach Haftantritt begonnen werden. Die Gesundheitsdienste im Gefängnis sollten in enger Abstimmung mit den anderen Angeboten in der Haftanstalt arbei- ten, um eine umfassende Planung der Unterstützungsmaßnahmen für die Zeit nach der Ent- lassung zu ermöglichen.

Wie schon in anderen Bereichen sollten auch hier die betroffenen Frauen selbst über ihre Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft be- fragt werden.

5.2. Wichtige Rolle für nichtstaatliche Organisationen. Die Wiedereingliederung nach der Haftentlassung kann durch die Einbeziehung freiwilliger und anderer gesellschaftlicher Or- ganisationen, die eine Verbindung zwischen Strafvollzug und Außenwelt herstellen, deutlich erleichtert werden. Vor allem nichtstaatliche Organisationen können in Bezug auf einige grundlegende Voraussetzungen wie Wohnen, Beschäftigung und die Wiederherstellung der Kontakte zur primären Gesundheitsversorgung wertvolle Arbeit leisten.

5.3. Ausländische Frauen in Haft. Die besonderen Bedürfnisse ausländischer Frauen sowie von Mädchen und älteren Frauen in Haftanstalten müssen eingehend untersucht und bei der Planung gebührend berücksichtigt werden. Dabei müssen kulturell bedingte Unterschiede hinsichtlich der geltenden Gesetze sowie der Strafjustizsysteme verstanden werden, und im Rahmen der Unterstützung der Frauen während der Haft wie auch der Planung für die Zeit danach müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um diesen Unterschieden Rechnung zu tragen.

Schlussbemerkungen

Das vorliegende Hintergrundpapier enthält eine beeindruckende Vielzahl von Belegen für tatsächlich erfolgte Veränderungen, verdeutlicht aber auch den vielfältigen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen im Strafvollzug wie auch der Strafjustiz- und Strafvollzugssysteme in der gesamten Europäischen Region und in der restlichen Welt. So ist jetzt deutlich geworden, welche Veränderungen machbar sind; gleichzeitig lässt sich auch leichter erkennen und vermitteln, welche Veränderungen erstrebenswert sind.

Die beigefügte Erklärung von Kiew über die Gesundheit von Frauen im Strafvollzug baut fest auf diesem Hintergrundpapier und auf dessen Befunden über Defizite in Bezug auf Menschenrechte, Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und soziale Gerechtigkeit auf.

Literatur

Alejos M (2005). *Babies and small children residing in prisons*. Geneva, Quaker United Nations Office, 2005.

Bastick M (2005). *A commentary on the standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Geneva, Quaker United Nations Office.

Bogemann H (2007). Promoting health and managing stress among prison employees. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). *Women prisoners and HIV/AIDS*. Ottawa, Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Constitutional Court of South Africa (2007). *M v The State*. Braamfontein, Constitutional Court of South Africa.

Corston J (2007). *The Corston report: a report by Baroness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. London, Home Office.

Council of Europe (2000). *Parliamentary Assembly Recommendation 1469 (2000)*. Strasbourg, Council of Europe.

Council of Europe (2006). *European Prison Rules*. Strasbourg, Council of Europe.

Covington S (2007). Women and the criminal justice system. *Women's Health Issues*, 17:180–182.

Douglas N, Plugge E (2008). The health needs of imprisoned female juvenile offenders: the views of the young women prisoners and youth justice professionals. *International Journal of Prisoner Health*, 4:66–76.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2004). *European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Strasbourg, Council of Europe.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004). *Jahresbericht 2004: Der Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Lissabon, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page155-de.html>, eingesehen am 24. März 2009).

Europäisches Parlament (2008). *Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13. März 2008 zur besonderen Situation von Frauen im Gefängnis und die Auswirkungen der Inhaftierung von Eltern auf deren Leben in Familie und Gesellschaft*. Brüssel, Europäisches Parlament.

Fowler L (2002). *Drugs, crime and the drug treatment and testing order*. London, NAPO – Trade Union and Professional Association for Family Court and Probation Staff (ICCJ Monograph, No. 2).

Hayton P (2007). Protecting and promoting health in prisons: a settings approach. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

Kelly P et al. (2007). *Health interventions with girls in the juvenile justice system*. *Women's Health Issues*, 7:227–236.

Kurten-Vartio S (2007). *Women in prison: social, economic and cultural rights of female prisoners*. Brussels, European Parliament

(http://www.europarl.europa.eu/hearings/20070626/femm/kurten_vartio_en.pdf, accessed 26 January 2009).

Martin RE (2008). *Rationale, description and implications of a participatory health research project in a Canadian women's prison* [dissertation]. Manchester, University of Manchester.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1994). *Discrimination against women: the Convention and the Committee*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Fact Sheet No. 22).

Ogloff J, Tye C (2007). Responding to mental health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

Penal Reform International (2007). *Women in prison: incarcerated in a man's world*. London, Penal Reform International (Penal Reform Briefing No. 3).

Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R (2006). *The health of women in prison: study findings*. Oxford, Department of Public Health, University of Oxford.

Prison Reform Trust (2006). *Bromley briefings prison factfile*. London, Prison Reform Trust.

Prison Reform Trust (2007). High numbers of people with learning disabilities and difficulties held behind bars [press release]. London, Prison Reform Trust.

Quaker Council for European Affairs (2007). *Women in prison: a review of the conditions in Member States of the Council of Europe*. Brussels, Quaker Council for European Affairs.

Reyes H (2000). *Women in prison and HIV*. Geneva, International Committee of the Red Cross.

Robertson O (2008). *Children imprisoned by circumstance*. Geneva, Quaker United Nations Office.

Rutherford M (2008). *The Corston report and the government's response: the implications for women prisoners with mental health problems*. London, Sainsbury Centre for Mental Health.

Severson M, Postmus JL, Berry M (2005). Incarcerated women: consequences and contributions of victimization and intervention. *International Journal of Prisoner Health*, 1:223–240.

Taylor R (2004). *Women in prison and children of imprisoned mothers: preliminary research paper*. Geneva, Quaker United Nations Office.

United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations.

United Nations (1955). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. New York, United Nations.

United Nations (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. New York, United Nations.

United Nations (1988). *Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment*. New York, United Nations.

United Nations (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. New York, United Nations.

United Nations Economic and Social Council (2002). *Basic principles on the use of restorative justice programmes in criminal matters*. New York, United Nations (Resolution 2002/12).

United Nations Office on Drugs and Crime (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

Walmsley R (2006). *World female imprisonment list*. London, International Centre for Prison Studies.

Weinstein C (2005). *Men's hands off women prisoners*. Oakland, California Prison Focus.

WHO (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf, accessed 26 January 2009).

WHO (2006). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2007a). *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2007b). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2007d). *Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf, accessed 26 January 2009).

WHO (2007e). *Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2009a). Reproductive health [web site]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/topics/reproductive_health/en, accessed 26 January 2009).

WHO (2009b). *Sexual health*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>, accessed 26 January 2009).

WHO (2009c). *HIV and infant feeding*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/hivif/en/index.html, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (1999). *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2007a). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2007b). *Fact sheet on prisons and mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/topics/20071010_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2007c). *Status paper on prisons and tuberculosis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2008). *Trenčín Statement on Prisons and Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). Prison health database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/HIP>, accessed 26 January 2009).

Wolf AM et al. (2007). Responding to the health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

Zlotnick C (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:761–763.

Zoia D (2005). Women and healthcare in prison: an overview of the experiences of imprisoned women in Italy. *International Journal of Prisoner Health*, 1:117–126.

Zurhold H, Haasen C (2005). Women in prison: responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1:127–141.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten
Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belgien
Bosnien-Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Ehemalige jugoslawische
Republik Mazedonien
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Montenegro
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechische Republik
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
Weißrussland
Zypern



Offender Health
WHO Collaborating Centre for
Promoting Health and Prisons

**World Health Organization
Regional Office for Europe**