

Europäische Tagung

Altwerden im Freiheitsentzug Senioren im Zwangskontext

**Salez (Saxerriet) / Oberschan
Schweiz**

04. bis 07. Juni 2015

Tagung in Kooperation mit

mit der
Strafanstalt Saxerriet
CH-9465 Salez SG



FORUM EUROPÉEN
de politique criminelle
appliquée

HINTER DEN GITTERN ALT WERDEN UND STERBEN

*Eine ethische Betrachtung aufgrund von Zeugnissen
von alten kranken Gefangenen und im Strafvollzug tätigen Hauptamtlichen*

Aline Chassagne

Einführung

Allgemein stellt für die Gefangenen der Zeitpunkt der Haftentlassung eine temporale Grenze dar. Oft besteht ihre Hoffnung oder ihre Erwartung darin, das vorherige Leben wieder aufzunehmen, da, wo es aufgehört hat, und die verlorene Zeit aufzuholen. Wenn aber die inhaftierte Person altert und schwer krank ist, scheint dieses Ziel der Haftentlassung manchmal fraglich. Für manche Gefangene wird dann das Gefängnis zum letzten Lebensraum.

Doch wurden der Ablauf des Lebens im Strafvollzug und die baulichen Gegebenheiten für eine junge und autonome Bevölkerung, die für eine begrenzte Zeit „eingeschlossen“ wird konzipiert. Innerhalb des Gefängnisses bestehen die Aufgaben der Strafvollzugsbehörde darin, gleichzeitig die Haftbevölkerung zu überwachen und sie auf die zukünftige soziale Wiedereingliederung durch Arbeit und entsprechende angebotene Tätigkeiten vorzubereiten. In diesem Rahmen haben „alte Personen“ und zudem, wenn sie die Endphase des Lebens erreicht haben, schwer Zugang dazu, und können dadurch kaum Schritt halten mit dem Alltagsablauf in der Anstalt. Dazu verliert die Rolle der Bediensteten teilweise am Sinn, da dieser Personenkreis mehr Pflege als Aufsicht bedarf. Und die Organisation der medizinischen Dienste ist auch nicht passend, da sie hauptsächlich zwei Ziele verfolgt: die Heilung und des «risk assessment», die für ein junges und fragiles Publikum gedacht wurde (Marti, 2014).

A priori hatte sich diese Institution nicht vorgestellt, dass die aufgenommenen Personen dort entweder altern oder sterben könnten. Dieses „nicht Durchdachte“ hinterfragt die Lebensbedingungen, denen alternden und/oder sterbenden inhaftierten Personen ausgesetzt sind. Die Möglichkeit über eine entsprechende Haftzelle zu verfügen, ist kaum gegeben. Die Pflege ist in der Anstalt nicht durchgehend gewährleistet (Keine Pflege am Wochenende oder nachts). Manchmal haben bestimmte sehr kranke Gefangene Schwierigkeiten, bestimmte Räumlichkeiten bzw. Orte (Treppen zum Krankenrevier, Freistundehof) zu erreichen; insbesondere in „alten“ Anstalten, wo es keinen Aufzug gibt. Mit der Zeit sind

manche Anstalten zum Aufnahmeort für diese alternden Gefangenen geworden. In der Tat verfügen manche Gefängnisse über entsprechend eingerichteten Haftzellen, Pflegehilfspersonal. Sie versuchen, einen Teil ihres Ablaufs den Schwierigkeiten anzupassen, die mit dem Alterungsprozess und dem Autonomieverlust zusammenhängen. Dies kann aber zu einem Problem werden: dies der geographischen Entfernung zwischen den Gefangenen und ihren Familien. In der Schweiz gibt es auch Anstalten, die Haftzellen für alte Personen eingerichtet haben.

Manche Ärzte, die im Strafvollzug arbeiten, weisen auf eine Reihe spezifischen Schwierigkeiten hin, denen sie bei diesem alternden Personenkreis ausgesetzt sind. Vor sehr kurzer Zeit haben manche betont, dass sie ihre Patienten nicht mit der gleichen Qualität und Kontinuität wie draußen pflegen können. Dies gilt nämlich bei dem Umgang mit bestimmten Krankheiten, Behinderungen und Abhängigkeiten insbesondere für die alten Gefangenen es (Dulioust, 2013). Ihrer Meinung nach können die im Strafvollzug zur Verfügung stehenden Sanitätsbedingungen nicht automatisch aus den Gefangenen Patienten machen (Bessin, Lechien, 2000). Ein Gefangener zu sein stellte eine Diskriminierung dar; dies aufgrund des Widerspruchs zwischen der „Aufsichtspflicht“ seitens der Strafvollzugsbehörde und der „der Pflege“, die „kulturell völlig verschieden verankert sind“ (Moreau, 2010; Turner and al, 2011).

Im Gefängnis behandelt zu werden oder sich zu pflegen, wirft ethische Fragen auf, insbesondere, wenn der Gefangene älter wird und unter einer fortgeschrittenen chronischen Krankheit leidet, die zum Tode führen kann. Wenn die Personen physisch «abgebaut» haben und *a priori* gar nicht mehr in der Lage sind, eine Gefahr für die Gesellschaft zu werden, ist die Frage nach dem Sinn des Verbleibs in Haft legitim. Dabei darf nicht vergessen werden, dass vor der Haftentlassung der Richter sich ein Bild des möglichen Risikos machen muss und Garantien braucht. Muss aber eine Strafe weiter verbüßt werden, wenn die Lebenserwartung sehr begrenzt ist? oder anders gesagt, bis wo muss die Strafe greifen? Diese Fragen wurden bei der Haftentlassung von Maurice Papon 2002 in Frankreich heftig debattiert.

In solchen Situationen werfen die mit der medizinischen Versorgung verbundenen Schwierigkeiten Fragen über den Sinn der Strafe auf: welchen Stellenwert hat die Haft bei dem Strafvollzugsrichter zur Verfügung stehenden juristischen Maßnahmenkatalog? Wozu dient der Strafvollzug? Ist dieses Ziel anwendbar auf alte Personen, die schwerkrank sind oder gar am Ende ihres Lebens? (Zimmerman und *al.*, 2002; Neverloff Dubler, 1998; Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé -CCNE-, 2006)

Angesichts des Alterns der Haftbevölkerung hat das französische Strafvollzugsgesetz aus dem Jahre 2009 Erleichterungen bei der Umwandlung der Strafen für Gefangene über 70 vorgesehen (art.729 du CPP). Andererseits kann einem Gefangenen, dessen Lebenserwartung sehr begrenzt ist und wenn die Haftbedingungen seinem Gesundheitszustand nicht

angepasst sind, eine „Haftunterbrechung,“ gewährt werden. (Gesetz von 04/03/2002). Diese Maßnahme unterstützt den Gedanken, wonach der sterbende Gefangene sein Lebensende extra-muros erleben soll. Dies wird nicht in allen Kulturen so gesehen. Im Gegensatz dazu ermuntert in England ein Gesetzestext aus dem Jahre 2013 dazu, die Gefangenen, egal in welchem Gesundheitszustand sie sich befinden, in Haft zu lassen, wenn es auch eine ähnliche Maßnahme wie die Haftunterbrechung namens «compassionate release» gibt. In manchen Strafanstalten sind sogenannte «palliative Zellen» eingerichtet worden. Diese Zellen, die größer sind als gewöhnliche Zellen, können Angehörige aufnehmen. In den USA wurde im Staat Indiana eine palliative Abteilung speziell für Gefangene eingerichtet. Sie wird von anderen freiwilligen Mitgefangenen verwaltet, die speziell zu Begleitung von Sterbenden ausgebildet worden sind.

Je nach juristischen und medizinischen Vorkehrungen unterscheidet sich der Umgang mit dem alt sein und der letzten Lebensphase im Gefängnis: entweder wird intra-muros etwas gemacht oder man zieht eine Haftentlassung vor. Abgesehen vom Umgang der Behörden mit dieser Problematik stellt sich folgende Frage: welche Wahlmöglichkeit hat ein alternder Gefangener am Ende seines Lebens? Was wünscht er sich für seine eigene Zukunft? Welchen Ort stellt er sich den Ort für das Ende seines Lebens vor?

Nach dieser theoretischen Auseinandersetzung mit dem Altern und dem Sterben im Gefängnis werden wir uns im zweiten Teil der Frage widmen, inwiefern die Lebensbedingungen in Haft die alltägliche Begleitung von alten und sich in der Lebensphase befindenden Gefangenen erschwert (Teil 2). Zum Schluss werden wir kurz die Frage der Haftentlassung aufwerfen.

Dafür werden wir auf die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung zurückgreifen, die zwischen 2011 und 2014 in den französischen Anstalten durchgeführt wurde.

1. Altern, Sterben und Gefängnis

1.1 Das Altern der Haftbevölkerung

Das Altern hängt mit der Umgebung und der Lebensbedingungen der Personen zusammen. Daher ist es schwierig das Alter festzulegen, um eine „ alte Person „ zu definieren. Umso mehr als es sich aus Untersuchungen ergibt, dass der physiologische Alterungsprozess möglicherweise für die Haftbevölkerung schneller vorangeht; dies aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Eigenschaften (junge Bevölkerung, aus den Unterschicht stammenden, ohne

Familienzusammenhalt, mit einem niedrigen Bildungsniveau und kaum Berufserfahrungen¹). In den USA geführte Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Haftbevölkerung haben ergeben, dass die Gefangenen physiologisch 10 Jahre älter sind als sie wirklich sind (Neverloff Dubler N. , 1998 ; Hoffman H.C et Dickinson G.E , 2011). Übrigens gehen manche Länder (Kanada, Frankreich, England, USA) davon aus, dass ein Gefangener ab 50 Jahre « alt » ist, was nicht der durch die WHO festgesetzten Norm entspricht. Sie ist auf 60 fixiert. Übrigens ist es die Alterskategorie für die Gefangenen in der Schweiz: 60 ans und + (Marti, 2014).

Ab 50 erhöhen sich die pathologischen Risiken und generell auch der Bedarf an Prävention erkrankt ist, von 1,5 ‰ unter 50 auf 18 ‰ zwischen 50 und 64 (25 ‰ für die Männer und von 20 ‰ nach 75 (30 ‰ für die Männer) (InVS et INSEE²). In Frankreich hat sich zwischen 1980 und 2005 die Zahl der Krebserkrankungen (89%) und der Mortalität durch Krebs (+13%) erhöht (Belot A., 2008). Diese Erhöhung der Krebserkrankungen im Zusammenhang mit der demographischen Kurve und der Alterung betrifft zahlreiche europäische Länder

Der Rechnungshof machte 2010 darauf aufmerksam, dass die Haftbevölkerung, obgleich sie jünger als die allgemeine Bevölkerung ist, sich ähnlich entwickelt. Dies führt zu der Alterung einer ansonsten bereits anfälligen Bevölkerung. In Frankreich ist die der 50 und + in Haft durch 5,2 in der letzten 30 Jahren (durch 7,4 für die 79 und +) multipliziert worden. Nach einer Studie von Baumeister und Keller betrug 2008 die Zahl der 50 + 11,2% der Haftbevölkerung in der Schweiz. 2013 die 50 und + betrug in Frankreich auch 11,2% der Haftbevölkerung. In England und Wales lag sie bei 12% (Briet, 2013 ; Turner, 2014).

So erhöht sich bei den Gefangenen 50 und + die Zahl der Risiken, die mit dem Alter und der Summe der Risiken behafteten Verhaltensweisen zusammenhängen und die dazu gehörende, mangelnde Prävention noch anfälliger machen. Diese sanitären und demographischen Eigenschaften führen zu einer ähnlichen wenn nicht größeren Erhöhung der Krebserkrankungen und den damit verbundenen Sterbefällen bei den Gefangenen. Die Alterung der Haftbevölkerung entwickelt sich ähnlich wie die der allgemeinen Bevölkerung. Das alleine aber erklärt nicht die Zunahme der Zahl der Senioren hinter Gittern.

In der Tat haben die hintereinander erlassenen Gesetze, die die Länge der Strafen erhöhen und den Zugang zu einer Umwandlung der Strafe für Wiederholungstäter erschweren, zu einer Alterung der Haftbevölkerung in Frankreich geführt³. In der Schweiz, wie auch in den meisten westlichen Ländern hat eine „repressive Kurve“ zu einer erhöhten Repression und

1 Cassan F., Toulemont L., Kensey A., avril 2000, « L'histoire familiale des hommes détenus », INSEE PREMIERE, n°706.

2 Taux de mortalité par âge calculés à partir des incidences présentées par l'InVS et des pyramides des âges aux 1er janvier 2011 et 2012.

3 La proportion de personnes détenues de plus de 60 ans est passée de 2% au 1er janvier 1997 (Cour des comptes, 2010) à 3,6% au 1er janvier 2011 avec une stabilité depuis 2005 (OPALE 2011).

einem restriktiveren Umgang mit der Haftentlassung geführt (Queloz and al, 2011). Das hat zu der Inhaftierung von Personen geführt, die im Gefängnis altern werden, insbesondere bei Personen, die eine Sexualstraftat begangen haben (zum Beispiel die Verlängerung der Verjährungsfrist in diesem Bereich hat zu der Inhaftierung von Personen zugetragen, die bereits am Anfang ihrer Haft alt waren).

Parallel zur Alterung der Gefangenen stellt man die Zunahme der Gefangenen, deren Autonomie abnimmt (Rechnungshof 2010). Dennoch betrifft das nur eine geringe Anzahl von Gefangenen gegenüber der allgemeinen Haftbevölkerung. Die Frage der Pflege und die ethischen Fragen werden durch die Alterung eines Teils der Haftbevölkerung komplizierter. Denn die alten Gefangenen werden für chronische Pathologien anfälliger, was ihre Lebenserwartung in Frage stellen kann und zum Tode führen kann. Damit einhergehend erhöht sich der Bedarf an Pflege und alltäglicher Begleitung. So können alternde Personen, die unter einer chronischen Krankheit leiden, zu einer bestimmten Zeit einer Sterbebegleitung im Gefängnis bedürfen.

1.2 Im Gefängnis sterben

Seit 2005 schwankt der Prozentsatz der Sterbefälle zwischen 3,5% und 4,1%. 2011 betrug er 3,5% mit 123 Sterbefällen „natürlichem Tod“, 123 Suiziden und 3 Totschlägen (Opale⁴). Eine Untersuchung von Guillonnew und Kensey von 1997 über die Gründe der „natürlichen Todesfällen“ in den französischen Gefängnissen hat gezeigt, dass es sich hauptsächlich um Herzkrankheiten (34 %), ansteckende und parasitäre Krankheiten (18%) und Tumore (15%) handelte. Zurzeit gibt es in Frankreich keine nationalen epidemiologischen Daten, die diese Art von Pathologien bei der Haftbevölkerung beschreiben. Eine bei der UHSI in Lyon durchgeführte Studie über die Bronchien- und Lungenkrebsarten hat gezeigt, dass bei den Gefangenen diese Krebserkrankungen öfters vorkommen, schneller fortschreiten und sich bei der Diagnose in einem fortgeschritteneren Stadium befinden, als bei der allgemeinen Bevölkerung (Carbonnaux M. et al, 2012). Zudem zeigen amerikanische epidemiologische Studien⁵, wie die von Lin und Mathew (2005, 2007), dass die Anzahl der diagnostizierten Krebsfälle in den Gefängnissen in Texas zwischen 1980 und 1999⁶ sich erhöht hat. Die medizinische Betreuung beim eingeschlossen Sein vermindert den Zugang zu einer

⁴ P-V Tournier, OPALE : Observatoire des Prisons et autres lieux privés de liberté. Les statistiques de l'OPALE sont effectuées à partir des données fournies par l'administration pénitentiaire.

⁵ La population carcérale américaine présente la particularité d'avoir connu une inflation semblable à celle de la population carcérale française : augmentation du nombre de personnes incarcérées et augmentation de la durée des peines.

⁶ De 1980 et 1999, le nombre d'individus dans les prisons du Texas a quintuplé, et le nombre de cancer diagnostiqués dans les prisons du Texas suit cette croissance. D'après une étude de Mathew, « Cancer in an incarcerated population », publiée en 2005.

frühzeitigen Erkennung, speziellen Therapien oder einer optimalen Schmerztherapie (Lind and al., 2007). Das Strafvollzugssystem ist nicht gleich in Frankreich und in den USA:

Allerdings ist klar, dass, egal wie das Ganze organisiert wird, aufgrund der Aufsichtszwänge und der Komplexität des medizinischen Ablaufs die Behandlung (im weiten Sinne des Wortes) schwerer Krankheiten schwierig sein kann. Der Lebenslauf der alternden oder sich in der letzten Lebensphase befindenden Gefangenen bringt die Organisationsstrukturen der verschiedenen Fachkräfte durcheinander. Übrigens in der Studie, die ich Ihnen vorstellen werde, weisen sowohl die im Gefängnis tätigen Hauptamtlichen als auch die Pflegekräfte auf ihre Schwierigkeiten hin und sagen wie sie unter dem alltäglichen Umgang mit ihre Autonomie verlierenden Gefangenen leiden. Oft plädieren sie für eine Umwandlung der Strafe oder eine Haftunterbrechung.

Um die letzte Lebensphase extra-muros zu ermöglichen, ist in Frankreich ein Gesetz über die Haftunterbrechung aus medizinischen Gründen erlassen worden. Seit 2002 wurde diese Haftunterbrechung aus medizinischen Gründen 650 Mal bei 925 Anträgen (70%) gewährt⁷.

Die zur Verfügung stehenden Berichte geben keine klare und dokumentierte Information über die Gründe, warum dem Antrag stattgegeben worden ist oder nicht (30% der Fälle). Der Nationalrat für Ethik hat darauf hingewiesen, dass dieser Text deswegen kaum zur Geltung käme, weil er nur für Personen angewandt wird, derer Lebenserwartung sehr kurz ist. Was ist aus den Menschen geworden, die einen Antrag auf Haftunterbrechung aus medizinischen Gründen gestellt hatten? Ist ihnen eine andere Umwandlung der Strafe gewährt worden oder sind sie im Gefängnis gestorben?

Unsere Studie ging von diesen Fragestellungen aus.

2. Studie im Strafvollzug

Unsere Studie namens PARME⁸ hat sich auf ganz Frankreich erstreckt. Sie betraf 180 Justizvollzugsanstalten und 8 gesicherte Krankenhausabteilungen (UHSI).

Wichtig ist zu wissen, dass 1994 in Frankreich das Gesundheitssystem im Strafvollzug reformiert wurde. Seitdem unterstehen die Gesundheitsfragen dem

⁷Bureau PMJ2, Direction de l'administration pénitentiaire, données transmises par les établissements pénitentiaires, rapport parlementaire, 2012.

⁸ Recherche PARME, sous la direction du Pr Régis Aubry, chef de service des soins palliatifs et de la gériatrie du CHRU de Besançon. Cette recherche a été financée par la Fondation de France.

Gesundheitsministerium. Das Pflegepersonal sind Angestellte eines Krankenhauses und von der Strafvollzugsbehörde unabhängig.

In Frankreich gibt es drei Wege, um an die Pflege zu kommen:

- In den Pflegeabteilungen in den Gefängnissen
- In einem nahe gelegenen Krankenhaus (Sprechstunden und stationäre Aufenthalt unter 48 Stunden)
- In Krankenhausabteilungen für Gefangene (UHSI) für stationäre Behandlungen, die 48 Stunden überschreiten (für die Betreuung von psychischen Kranken gibt es UHSA)

Um unsere Studie durchzuführen, haben wir schriftlich und telefonisch die in den Pflegeabteilungen im Gefängnis oder in den speziellen Abteilungen arbeitenden Ärzte angefragt. Nachdem sie informiert wurden, haben uns die Ärzte auf die von ihnen betreuten Gefangenen hingewiesen, die sich in der letzten Lebensphase befanden. Es wurde bei der Studie beschlossen, sich auf folgende Kriterien zu konzentrieren: *„die Patienten, die unter einer schweren, chronischen, fortschreitenden oder sich sehr fortgeschritten bzw. im letzten Stadium befindenden Krankheit leiden, und von denen die **Ärzte ausgehen, dass die Lebenserwartung unter einem Jahr liegt**“*⁹.

Wenn sich eine Situation ergab, sind meine Kollegin und ich entweder ins Gefängnis oder auch zur speziellen Krankenhausabteilung gefahren, um mit den kranken Gefangenen und den sie pflegenden Fachkräften Gespräche zu führen. Wir haben in 14 Fällen die Situation von sich in der letzten Lebensphase befindenden Gefangenen sehr genau studiert, indem wir die Patienten, Ärzte, Sozialdienste, der zuständigen Magistraten aber auch der Aufsichtsbeamten und Krankenpfleger angehört haben. Dieser qualitative verständnisorientierte Ansatz hatte das Ziel, den vor Ort arbeitenden und betroffenen Personen Gehör zu verschaffen und diese Schattenseite unserer Gesellschaft „sichtbar“ zu machen.

Unsere Ziele bestanden darin :

- Die Betreuung im Gefängnis und in den speziellen Einheiten von schwer kranken Gefangenen
- Was sich positiv bzw. negativ auf die Haftentlassung von Gefangenen auswirkt, die ihre Autonomie verlieren und schwer krank waren, zu verstehen.

Anfänglich wollten wir nicht ausschließlich Senioren in den Blick nehmen, da schwere Krankheiten natürlich Menschen jeden Alters betreffen können. Dennoch mussten wir feststellen, dass unter den 14 Studienfällen, 11 Personen älter als 50 waren (drei waren zwischen 50 und 59 Jahre alt, 5 zwischen 60 und 69 Jahre und 3 andere über 70). So hat

⁹ Définition des soins palliatifs proposée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) à laquelle nous avons ajouté un critère temporel « à moins d'un an ».

unser empirischer Ansatz es ermöglicht, die Probleme zu beobachten, die nicht nur die Situation von kranken Gefangenen, sondern auch die mit dem Alter im Gefängnis verbundene Problematik darzustellen. Wir konnten 6 kranke Gefangene im Gefängnis und 7 in den speziellen Abteilungen treffen. Eine letzte Person, für die eine Hafterleichterung griff, haben wir auf einer Palliativstation befragen können.

Beide Problematiken (kranke (2.1.) und alternde Gefangene (2.2)) werden separat analysiert.

2.1 Im Strafvollzug

Im Gefängnis ist das Leben schwierig. Die Lebensbedingungen sind schwierig und unbequem, insbesondere für schwer kranke Personen¹⁰. Diejenigen, die wir treffen konnten, haben berichtet wie schwierig es ist, sich ausgewogen zu ernähren (um Diät Ernährung zu bekommen) oder sich auszuruhen, da das Gefängnis laut ist. Dazu kommt das Problem, Zugang zu bestimmten Schmerzbehandlungen zu bekommen. Oft haben sie auf die Krankenhausaufnahme warten müssen, damit die Schmerzen verschwinden. Ein aus dem Krankenhaus zurück gekehrte hat mir erzählt, dass sie in einer Zelle auf dem Boden auf 2 Schaummatratzen schlief. Bettlägerig und von Schmerzen geplagt wurde ihr durch eine ihrer 2 Mitgefangenen geholfen, mit denen sie ein 9m² große Haftzelle teilte. Knochenmetastasen verursachten starke Schmerzen, die durch das schlechte Bett verstärkt wurden. Trotz einer Anfrage, eine andere Matratze zu bekommen, gab es keine Möglichkeit eine andere zu bekommen oder durch eigene Mittel zu kaufen. So ist es manchmal schwierig, die für die tägliche Pflege notwendige Gerätschaft wie Medizinbetten, Rollstühle oder eine spezifische Diät, im Strafvollzug zu bekommen¹¹. Die Ärzte haben nicht unbedingt Einfluss auf diese Faktoren, die dennoch das Wohlergehen der kranken und alternden Gefangenen prägt.

Die Gefängnisarchitektur, der Alltagsablauf (Arbeit und Freistunde) und die Haftbedingungen wurden für eine junge und relativ autonome Bevölkerung gedacht. So ist die Strukturierung der Aufsicht und auch der Pflege nicht den Bedürfnissen von einer alternden, abhängigen und kranken Bevölkerung angepasst. Im Gefängnis unterstehen diejenigen, deren Autonomie abnimmt, einer besonderen Aufsicht seitens des Aufsichtspersonals, insbesondere durch die Zunahme der Nachtkontrollen. Manche kranke Gefangene weisen

¹⁰ Les conditions d'existence semblent particulièrement difficiles en maison d'arrêt, en particulier parce que l'encellulement n'est pas individuel et la population est très hétérogène (ce qui est différent en centre de détention).

¹¹ Dans certains établissements pénitentiaires, certains appareillages sont tout simplement interdits par la direction, ce qui est en particulier le cas de l'oxygène. Dans d'autres, l'absence de cellule « handicapé » empêche la mise en place d'un lit médicalisé.

darauf hin, dass es manchmal nicht möglich ist, nachts zu rufen (im Gegensatz zu den speziellen Abteilungen), was Angstzustände verursachen kann. So organisiert das medizinische Fachpersonal eine spezifische medizinische Aufsicht für diese anfällige Bevölkerung:

„Die lokale Pflege besteht darin, Beutel auszutauschen, dafür zu sorgen, dass keine Infektion oder Dekubitus entsteht, weil er sich kaum bewegt, letztendlich sich um jede Pathologie kümmern, die mit dem Bewegungsmangel zusammenhängt. Der Herr X ist ein alter, isolierter Mensch, der zwischen 4 Wänden eingeschlossen ist, weil er nicht in die Freistunde geht, sich nicht bewegen kann.“ Arzt, der über Louis, 68 Jahre alt, spricht.

Wenn die Personen sich kaum oder gar nicht bewegen können, sucht das Pflegepersonal den Gefangenen in seiner Zelle auf. Im Falle von großem Autonomieverlust können mehrere Szenarien greifen. Andere Gefangene (Mitgefangene oder Hausarbeiter¹²), können mithelfen insbesondere bei den Mahlzeiten. Manchmal ermöglicht eine Vereinbarung zwischen dem Strafvollzug und einem Verein, Hilfestellungen für den Alltag (Körperpflege) dank „auxiliaires de vie“ (Menschen, die Personen mit bestimmten Problematiken helfen, den Alltag zu bewältigen) zu organisieren. Diese Art von Vereinbarung kollidiert aber mit besonderen Hindernissen im Strafvollzug (Wartezeit vor den Türen, um Zugang zu dem Patienten zu bekommen) und wird nicht automatisch umgesetzt. Wenn auch dieses Vorbeikommen und die Arbeitszeiten des Hilfspflegepersonals keine Kontinuität in der Pflege ermöglichen, werden sie durch das Aufsichtspersonal begrüßt, die in dieser Arbeit eine „Teilung“ der unangenehmen Arbeit erkennt [Bessin, Lechien, 2000].

„der Geruch, davor schreckten die Aufsichtsbeamten zurück, es war wirklich ekelhaft. Daher war dieser Beitrag der „auxiliaires de vie“ morgens und abends eine enorme Entlastung für uns waren. Und ich fand auch, dass sie besonders mutig waren. Alle Frauen waren sehr, sehr mutig. Es ist eine perfekte und unbedingt notwendige Arbeit. Was die Mahlzeiten angeht, war der Hausarbeiter, also ein Gefangene, der das Essen austeilt, der ihm das Essen auf den Teller getan hat und ans Bett brachte, damit X essen konnte, wenn er Hunger hatte“ (Chefaufseher einer Anstalt über eine unbewegliche 80jährige Gefangene, die nicht duschen kann)

¹²L'auxiliaire appelé communément « auxi » est un détenu qui travaille au service de l'administration pénitentiaire. Il est rémunéré et peut bénéficier de certains avantages (porte de la cellule ouverte en journée).

Andererseits sind die Gefangenen, die in ihren Bewegungen eingeschränkt sind, sehr isoliert. Wie wir aus dieser Situation und der vorherigen (Louis) entnehmen können, können manche Gefangene ihre Zellen nicht verlassen und treffen nur diejenigen, die zu ihnen kommen. Manche unter ihnen sind umso isolierter, wenn sie keinen Besuch bekommen. Sie sind dazu „verdammte“, hinter den Gittern zu altern und zu sterben. Bei denjenigen, die noch Kontakt zu ihren Angehörigen haben, stellt die letzte Lebensphase ein besonderer Moment dar; es würde heißen, die Kontakte mit den Angehörigen sollten unterstützt werden. Allerdings ist es im Strafvollzug besonders kompliziert, da sie nicht kommen können, wenn sie es wünschen. Manchmal können die Gefangenen, die sich nicht bewegen können, ihre Angehörigen aus organisatorischen Gründen nicht einmal sehen. Bei der Untersuchung erklärt mir ein Aufsichtsbeamter, dass ein Gefangener, der sich nicht bewegen und daher nicht zu Besuch gehen konnte, seinen Angehörigen nicht hat sehen können, obgleich er zu Besuch gekommen war (die diensthabende Aufsichtsbeamten haben den Angehörigen nicht bis zur Zelle zugelassen). Hier auch hat das medizinische Personal im Strafvollzug keinen Einfluss auf die Familienbeziehungen und trifft auch nicht die Angehörigen der Gefangenen. Angesichts der Situation von ihre Autonomie verlierenden Personen werden die Anpassungsschwierigkeiten (zum Beispiel bei der Organisation) für die Fachkräfte deutlich. Es wird klar, wie schwierig es ist, einen Gefangenen auf seinem Weg des alt Werdens und in der letzten Lebensphase (Autonomieverlust, physisches Leiden, Lebensangst) zu begleiten. Und doch der palliative Ansatz oder das Begleiten des Alterns erfordern eine andere Organisation unter anderen zeitlichen und räumlichen Gegebenheiten und den Erhalt gar der Stärkung der Beziehungen zu den Angehörigen.

In unserer Studie haben wir festgestellt, dass die am meisten abhängigen Personen (zum Beispiel, die sich nicht bewegen können) oft in eine spezielle Krankenhausabteilung verlegt wurden. Manche kranke Gefangenen verweilen dort Monate lang.

2.2 In den speziellen Abteilungen

Diese Abteilungen befinden sich in Universitätskrankenhäusern. Mehr als die Hälfte der sich in der letzten Lebensphase befindenden Personen, die wir getroffen haben, waren seit mehreren Wochen gar Monaten auf dieser Abteilung untergebracht. Sie sind der Meinung, dieser Ort würde ihnen die nötigen Komfort und Pflegezuwendungen zukommen lassen. Dennoch ist die Struktur dieser Abteilung eigenartig, da die Zimmer der „gefangenen Patienten“ abgeschlossen sind. Um Zugang zu ihren Patienten zu bekommen, muss das Pflegepersonal das Aufsichtspersonal auffordern, die Zimmer aufzuschließen. Die medizinischen Fachkräfte und das Pflegepersonal sind der Meinung, dass diese Struktur sich negativ auf die besondere Pflegebeziehung auswirkt und nicht immer die notwendige

Intimität in diesem besonderen Moment bietet. Besuche für Angehörige zu organisieren, ist schwierig. Es muss eine Besuchsgenehmigung seitens der Strafvollzugsbehörde vorliegen und die Besuchszeit ist begrenzt (manchmal sind diese speziellen Abteilungen weit entfernt vom Wohnort der Familie). Aufgrund dieser durch die Aufsichtsaufgaben bedingten Komplexität, ist es schwierig, eine palliative Begleitung zu entwickeln. In diesen besonderen Situationen verliert die Aufsicht teilweise an Sinn, wenn die kranken Gefangenen physisch geschwächt sind und keine reelle Gefahr darstellen.

Auf lokaler Ebene sind auf diesen speziellen Abteilungen Vereinbarungen zwischen Pflegekräften und Aufsichtsbeamten möglich. So kann das Pflegepersonal um eine „offene“ Tür bitten. Der Arzt schreibt ein Rezept auf, um anzuordnen, dass die Tür nicht „verriegelt“ wird, damit der Pfleger selbstständig den Patienten aufsuchen kann (tags über). Für das Umfeld des Patienten wurden spezielle Genehmigungen erteilt: Besuch auf Zimmer, Essen mitbringen, beim Sterbenden sein oder auch noch über die Besuchszeiten hinaus da bleiben. Wenn dies tatsächlich eine Öffnung des Strafvollzugs bedeutet, ist zu betonen, dass das sehr spät und damit sehr restriktiv im Laufe des Sterbeprozesses geschieht, das heißt einige Tage vorher gar am Tag vor dem Tod, wobei die Begleitung der Person bei diesem Prozess mehrere Wochen oder Monate dauern kann.

Auch wenn dieses medizinische Umfeld eine Zeit der Beruhigung durch die Anwesenheit von Pflegekräften bringen und besondere prekäre Gesundheitszustände annehmbar machen kann, stellt sich die Frage auf, ob es notwendig ist, die Person im Vollzug zu lassen. Auch wenn diese Strukturen den alternden und schwer kranken Gefangenen einen bestimmten materiellen Komfort bieten, können sie gleichzeitig die Frage der Haftentlassung und die Vorbereitung auf eine Umwandlung der Strafe sowie einer Haftunterbrechung verschieben. Mit anderen Worten können diese Strukturen dazu verhelfen, Personen weiterhin in Haft zu lassen, indem sie ihnen die notwendige Pflege zukommen lassen. Der palliative Ansatz und die Begleitung sehr alter Menschen erfordern eine besondere Pflege. Zudem sind diese speziellen Abteilungen für kurze Aufenthalte gedacht und nicht als Ersatz für andere Abteilungen im Krankenhaus (palliative Abteilung, lange Aufenthalte) oder besser dafür geeignete Heime (Altersheim), die angemessen sind, den besonderen Problematiken des Alterns und der letzten Lebensphase zu begegnen. Schließlich scheinen die Beziehungen zu den Familien und ihre Anwesenheit in diesen Phasen ob im Gefängnis oder auch auf den speziellen Abteilungen nicht zufrieden stellend zu sein. Die Fachkräfte sprechen ähnlich über die erlebten Schwierigkeiten in diesem Rahmen; die Pflegekräfte beklagen einen Mangel an Ausbildung im Bereich der palliativen Pflege.

Zum Schluss sei gesagt, dass die Fachkräfte insgesamt darüber einig sind, dass die Gefangenen nicht im Gefängnis sterben sollten und auch nicht wollten¹³, „sie möchten als freie Menschen sterben“ (CPIP, UHSI). Die Gefangenen in der letzten Lebensphase, die wir bei unseren Gesprächen getroffen haben brachten diesen Gedanken zum Ausdruck, indem sie sagten: „im Gefängnis sterben, heißt *ad vitam aeternam* seine Identität als Gefangener behalten“. (Gauthier, 2010)

Dennoch können manche Gefangene ihre letzten Lebensmomente nicht draußen erleben, weil entweder ihr Gesundheitszustand sich brutal verschlechtert hat oder ihren Antrag auf eine Umwandlung der Strafe oder/und die Hafterleichterung abgelehnt worden ist. Andere erzählen, dass sie keinen Antrag gestellt haben, weil sie draußen nichts haben: „hier fühle ich mich wohl, draußen haben ich niemanden“ und für manche ist das Gefängnis „ihr Zuhause geworden“. Bestimmte Delikte führen zum Abbruch der Familienbeziehungen. Ein männlicher Gefangene erklärt es drastisch: „mit dem, was ich gemacht habe, werden sie sehr wohl verstehen, dass da die Menschen, ob jemand eine Bank überfallen hat, mehrere Menschen getötet hat, der wird besser aufgenommen wird als ich. Sie haben verstanden? Jetzt das ist es, das ist alles!«.

Schlussbemerkungen

Das Altern und die letzte Lebensphase bringen die Strukturen bei der Organisation der Pflege und der Aufsicht durcheinander und ändern vom Grund auf die ethischen Vorstellungen der Fachkräfte. Bei unserer Studie scheinen sich die meisten darüber einig, dass das Gefängnis kein idealer Ort zum Altern und Sterben ist. Daher versuchen sie, gemeinsam an einer Vorbereitung auf die Haftentlassung zu arbeiten. Diese Arbeit ist alles andere als einfach, da jede Berufssparte (Arzt, Richter, Soziale- und Bewährungsdienste) stellt sich die Entlassung nach seinen beruflichen Zielen vorstellt und nicht unbedingt auf die Vorrechte der anderen achtet. Diese Zielsetzung (Haftentlassung) sollte aber einer multidisziplinären ethischen Fragestellung hinsichtlich des Einflusses der Entlassung auf die Person und das Umfeld, wo sie aufgenommen wird, nicht hinderlich sein. Auf gleicher Weise, wenn jemand aus strafrechtlichen, zeitlichen oder persönlichen Gründen nicht entlassen werden kann, muss kollektiv gefragt werden, wie damit intra-muros umzugehen ist. Es scheint aber, diese Fragen könnten nicht gemeinsam mit einer von allen Akteuren geteilten Sprache angegangen werden. In der Tat laden diese Situationen dazu ein, die Organisation und die Begleitung im Gefängnis durchzudenken.

¹³ À l’UHSI, les personnes sont écrouées à un établissement pénitentiaire de référence.

Bibliographie

Belot, A., Grosclaude, P., Bossard, N., Jouglu, E., Benhamou, E., Delafosse, P., ... & Velten, M. 2008, Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(3), 159-175.

Bessin M., Lechien M-H., 2000, Soignants et malades incarcérés-Conditions, pratiques et usages des soins en prison, Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS, Paris, novembre 2000, Ronéo, 427p.

Brillet, E. 2013, Vieillesse (s) carcérale (s). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, (38), 1-6.

Dulioust A., 2013, «[Malades en prison, La colère du médecin de Fresnes](http://www.lemonde.fr/.../article/.../malades-en-prison-la-colere-du-medecin-de-fresnes)», *Le Monde*, [en ligne] mis en ligne le 13 avril 2013. [www.lemonde.fr/.../article/.../malades-en-prison-la-colere-du-medecin-de-fresnes].

Gauthier A, 2010, « Prison du corps, geôle de l'esprit, étude du vieillissement en milieu carcéral », Dossier : Prison et détention, Cahiers de la sécurité-n°12- avril-juin 2010.

Moreau F., 2010, « La santé dans les prisons françaises » in *La prison, Pouvoirs*, 135, éditions du Seuil, Paris, pp.69-86.

Byock I.R., 2002, « Dying well in corrections, why should we care? », *Journal of Correctional Health Care*.

Carbonnaux M and al., 2012, "Prisoners have lung cancer 10 years younger than other and they have a poor prognosis" *Medical Oncology*.

Cour des comptes, 2010, *Le service public pénitentiaire*, « Prévenir la récidive. Gérer la vie carcérale. ». Rapport public thématique.

Darbeda P., mars-juin 1999, « Médecine et détenus », *Journal international de bioéthique*, n°1-2, pp. 35-45.

Guillonneau M., Kensey A., 1997, La santé en prison : un enjeu de santé publique, La mortalité en prison hors suicide, revue française des affaires sociales, n°1 janvier-mars.

Hoffman Heath C, et Dickinson George E. 2011. « Characteristic of prison hospice programs in the united states ». *American journal of hospice and palliative medicine* 28(4), pp. 245-252.

Hostettler, U., Richter, M. & Queloz, N. (2012). *End-of-Life in Prison: Legal Context, Institutions and Actors*, NRP 67, Proposal, <http://p3.snf.ch/Project-139296> (28.11.2014).

Lin J, Mathew P., 2007 (5 décembre), «Prison inmates and palliative care.», *JAMA*.;298(21):2481; authorreply 2481.

Loeb S-J. and al., 2001, "End-of-life Care and Barriers for female Inmates", J Obstet Gynecol Neonatal Nurs ; 40(4) : 477-485, doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01260.x.

Marti I., 2014, communication au colloque « End of Life in Prison»: Talking across Disciplines and Across Countries. International Workshop, Fribourg.

Mouquet M-C, 2005 (mars), « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », Études et résultats, n°386, DREES.

Neverloff dubler N., 1998, « The collision of confinement and care: end of life care in prison jails. », Journal of Law, Medicine and Ethics, n°26, American society of Law, Medicine and Ethics, pp. 149-156.

Queloz, N., Luginbühl, U., Senn A. & Magri, S. (eds.) (2011). *Pressions publiques sur les prisons: la sécurité à tout prix? – Druck der Öffentlichkeit auf die Gefängnisse: Sicherheit um jeden Preis?*, Bern: Stämpfli Verlag. 13

Tournier P-V., (sous la direction), 2012, *Dialectique carcérale, Quand la prison résiste au changement*, L'harmattan, Paris. –

OPALE : <http://pierre-victortournier.blogspot.fr/p/opale.html>

Turner, M., Payne, S. & Barbarachild, Z. (2011). Care or custody? An evaluation of palliative care in prisons in North West England, *Palliative Medicine* 25(4), 370-377.