

Strukturelle Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung Gefangener

Dr. Heino Stöver

Gliederung

Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung Gefangener	1
Gesundheitsversorgungsstrukturen	2
Literatur	9

Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung Gefangener

Die Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen liegt in der Verantwortung der Justizvollzugsbehörden. An die Stelle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung in der Herstellung und Erhaltung von Gesundheit treten die Fürsorge der Anstalt und die Verpflichtung des Gefangenen, die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu unterstützen. Durch den Freiheitsentzug steht der Gefangene in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Staat woraus sich eine besondere Verantwortung und Fürsorgepflicht des Staates gegenüber dem Gefangenen ergibt. Die Bedeutung der Herstellung bzw. Erhaltung der somatischen und psychischen Gesundheit für die Gefangenen muss als eine zentrale Voraussetzung für die Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben betrachtet werden. Bei der Normierung der Gesundheitsvorschriften sah sich der Gesetzgeber zunehmend verpflichtet, die zunächst geplante Übertragung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten besonderer Regelungen im Vollzug einzuschränken. Das Gesetz geht davon aus, dass die medizinische Versorgung durch hauptamtliche Ärzte und qualifiziertes Krankenpflegepersonal sichergestellt wird (§ 158 Abs. 1). Diese Regelung soll sicherstellen, dass sowohl für die regelmäßig anfallenden Aufgaben, als auch in dringenden Fällen ein Arzt schnell hinzugezogen werden kann. In kleinen Haftanstalten ohne hauptamtlichen ärztlichen Dienst, werden die Aufgaben oftmals dem ärztlichen Dienst einer anderen Justizvollzugsanstalt als weiteres Hauptamt oder in Ausnahmefällen als Nebenamt übertragen. Bedienstete im Krankenpflegedienst sind ebenfalls Angehörige des Justizvollzuges (Krankenschwestern, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger im Sinne des Krankenpflegegesetzes und Krankenpflegeassistentinnen und Krankenpflegeassistenten). In der Regel werden aber auch Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes eingesetzt, die eine sonstige fachspezifische Ausbildung erfahren haben. Sie gelten dann ebenfalls als Bedienstete des Krankenpflegedienstes (vgl. Weyl 2009 m.w.N.). Die über die VV hinaus in den einzelnen Bundesländern geltenden Vorschriften sind zusätzlich in „Dienstordnungen für das Gesundheitswesen“ (DOG) zusammengestellt (z.B. NRW, JM 2010).

Grundsätzlich hat sich Anstaltsmedizin an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren – Strafvollzug soll primär nur Freiheit nehmen, aber nicht durch schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen. Die Vergleichbarkeit der Qualität und des Umfangs intra- und extramuraler medizinischen Versorgung – das sog.

Äquivalenzprinzip – soll gewährleistet werden. Die Begründung für dieses Äquivalenzprinzip besteht einerseits im gesetzlichen Auftrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Gegenwirkung schädlicher Wirkungen des Freiheitsentzuges (§ 3 Abs. 1 u. 2), sowie andererseits in internationalen Übereinkünften (vgl. Pont 2009 m.w.N.). Diese Grundsätze verlangen eine Orientierung an den außerhalb erprobten und bewährten Standards und Leitlinien als Richtschnur intramuraler Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote. Dies betrifft auch die psycho-sozialen Hilfen innerhalb des Vollzuges: Hierzu sind realistische Einschätzungen und Untersuchungen über die den Gefangenen im Vollzug drohenden gesundheitlichen Risiken und dementsprechende anstaltliche Maßnahmen und Mittel der Risikovorsorge erforderlich.

Das Äquivalenzprinzip ist über ethische und fachliche Grundsätze hinaus aber auch von enorm praktischer Bedeutung: Nur durch eine Angleichung der Standards in der Praxis kann eine wirksame Vernetzung der Hilfen vor und nach der Entlassung in die Kommune/Region gewährleistet werden. Das heißt, dass die Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen, regionalen und kommunalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen ausgearbeitet und durchgeführt werden sollten. Und sie sollten in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet sein. Schließlich sollten die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (der Bediensteten, s. Rdn. 14 ff.) Berücksichtigung finden. Die Gefangenen sind Teil der Gesellschaft; sie verbüßen in der Regel kurze Haftstrafen und gehen danach zurück in die Gesellschaft, zurück zu ihren PartnerInnen, Familien und FreundInnen. Gesundheit im Vollzug ist daher auch ein wichtiges Thema öffentlicher Gesundheit: „Prison Health is Public Health“!

Gesundheitsversorgungsstrukturen

Eine wesentliche Einschränkung dieses Äquivalenzprinzips besteht jedoch in der Aufhebung des Prinzips der freien Arztwahl, da Kostenträger nicht die gesetzliche Krankenversicherung, sondern die Vollzugsbehörde ist. Gefangene im freien Beschäftigungsverhältnis, (siehe Kommentierung zu §62a) haben dagegen die Berechtigung, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen (§ 62 a). Dies bedeutet eine sowohl rechtliche als auch praktische Besserstellung dieser Gefangenen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge, weil ihnen durch Leistungsansprüche gegen die Krankenkasse eine bessere medizinische Versorgung zusteht (vgl. Kirschke 2005, S. 138). Alle übrigen Gefangenen sind primär auf den Anstaltsarzt angewiesen. Sie haben nur eingeschränkt die Möglichkeit, wie ein Patient außerhalb des Vollzugs auf eigenen Wunsch zu einem anderen Arzt überwiesen zu werden, um Zweifel an der Diagnose zu klären, eine Zweitmeinung einzuholen und über die Behandlung mit zu entscheiden. Zwar kann die Anstalt weitere Ärzte hinzuziehen oder dem Gefangenen gestatten, auf eigene Kosten einen freien Arzt aufzusuchen, wenn der Anstaltsarzt dies befürwortet oder nicht erreichbar ist (SondA 1975, 212, VV zu § 58 Nr. 2 und 3); die Entscheidung liegt jedoch allein bei der Behörde.

Die Einbeziehung aller Gefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung ist bis zum Erlass eines besonderen Bundesgesetzes aufgeschoben (§ 198 Abs. 3). Erst hierdurch

würden die Voraussetzungen geschaffen, dass auch die Gefangenen entsprechend dem Angleichungsgrundsatz, die für die Allgemeinheit zugänglichen medizinischen Dienste in Anspruch nehmen könnten, so dass eine wesentliche Ursache von Angst und Misstrauen wegfiel (§ 3 Rdn. 12). Der Ausschluss aus der Krankenkasse bereitet erhebliche Schnittstellenprobleme bei der Entlassung aus der Haft. Auch wenn die Klärung des Krankenversicherungs-Status für die Zeit nach Haftentlassung bereits während der Haft eingeleitet wird, kommt es häufig vor, dass die Krankenkassen die Überprüfung der Zuständigkeit verweigern mit dem Argument, dass der Antrag auf KV-Schutz erst nach der Haftentlassung gestellt werden könne, weil während der Haft die freie Heilfürsorge zuständig sei. Dies führt dazu, dass die Wohlfahrtsverbände darüber klagen, dass oftmals selbst Wochen nach der Entlassung der KV-Schutz noch immer nicht geklärt ist. Die Probleme liegen dort, wo Behandlungskontinuitäten bestehen (z.B. Substitutionsbehandlung) und der Gefangene einerseits noch keinen KV-Schutz hat, aber andererseits auch niemand in Vorleistung tritt. Besonders in dieser vulnerablen Phase ist das Rückfallrisiko besonders hoch (Koch 2010, S. 26).

Der Nachteil des Konzepts der Gesundheitsfürsorge unter der Ägide der Justizvollzugsbehörden liegt einmal darin, dass es eine erhebliche Belastung der Arzt-Patient-Beziehung mit sich bringt, wenn der Arzt erstens in die Hierarchie des Anstaltspersonals integriert ist, zweitens Kontrollaufgaben für Sicherheitsanforderungen der Institution wahrnimmt (z. B. Urinkontrollen, Zwangsmaßnahmen) und drittens die Kontaktaufnahme des Patienten nicht freiwillig erfolgt. Der Anstaltsarzt wird zum „Zwangsansprechpartner“ (vgl. Pont u.a. 2011; Keppler 1996, 111; vgl. auch Riekenbrauck 2005, S. 33), innerhalb des Spannungsverhältnisses von kontroll- und sicherheitsorientierten Vorgaben und Zwängen des Vollzuges und einer patientenorientierten Behandlung. Dieser strukturelle Widerspruch fördert gegenseitiges Misstrauen und belastet die Qualität der Gesundheitsversorgung für die Gefangenen. Unter normalen Bedingungen ist der Vertrauensarzt der Krankenkasse, des Arbeitsamtes, des Gesundheitsamtes oder der Betriebsarzt nicht gleichzeitig behandelnder Arzt. Zum anderen dürften die in diesem Titel geregelten Leistungen nicht allein durch hauptamtliche Ärzte zu erbringen sein, so dass das Hinzuziehen von Fachärzten (§ 58 VV Nr. 2 Abs. 2) der Regelfall sein muss. Die Vollzugsbehörde ist in der Regel nicht in der Lage, die ganze Palette von Spezialisten anzustellen und/oder ihnen die notwendigen Praxiseinrichtungen zur Verfügung zu stellen (vgl. akzept u.a. 2011).

Die Probleme der Belastung des Arzt-Patient-Verhältnisses waren in der Diskussion des Strafvollzugsgesetzes bereits antizipiert worden (zur geschichtlichen Entwicklung siehe Stöver/Lesting 1999). Vorschläge zur zeitlichen Befristung der ärztlichen Tätigkeit wurden zugunsten eines statischen Modells verworfen. Eine Annäherung an eine ‚Normalisierung‘ der Krankenbehandlung und damit einen so weit als möglich geltenden Abbau der Sonderrolle der Anstaltsmedizin kann letztlich auch hier nur durch eine weitgehende Öffnung der Justizvollzugsanstalten, einen fachlichen Austausch und Integration externer Kräfte gelingen (Stöver 2011b). Für diesen Annäherungsprozess existiert ein Spielraum durch unterschiedliche Organisationsformen, mit denen manche der oben dargestellten Nachteile vermindert werden können: den Ärzten kann gestattet werden, außerhalb der Anstalt

nebenher frei zu praktizieren; die medizinische Abteilung kann zur Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses/Gesundheitsamtes erklärt werden, mit der Folge, dass ein regelmäßiger Wechsel der Ärzte eingeplant werden kann. Die Möglichkeit der Anforderung des Notarztes oder die Vorstellung bei Fachärzten aus der Region stellt in jedem Fall eine sinnvolle Ergänzung dar.

Anstaltsmedizin, im Rahmen eines Parallelsystems justizeigener Gesundheitsversorgung, arbeitet immer in einer „dualen Loyalität“ (Pont et al. 2012), nämlich im Spannungsfeld zwischen ärztlicher, also patientenorientierter Aufgabe auf der einen Seite und justiziell, vollzuglichen Vorgaben/Zwängen auf der anderen Seite. Einerseits ist in der Arzt-Patient - Beziehung für die Diagnose und den Dialog über die Therapie ein Vertrauen gefordert, andererseits besteht ein grundsätzliches Misstrauen über mögliches Bekanntwerden von haftrelevanten Informationen und Daten (z.B. nachgewiesener Drogenkonsum). Schließlich kann nicht ignoriert werden, dass sich der Patient in einer Zwangssituation befindet und im Einzelfall auch Hilfe vom Arzt erwartet (bspw. Prüfung der Haftfähigkeit; vgl. Keppler 2009, 63ff), etwa durch tatsächliche oder vorgeschobene Krankheitssymptome Vergünstigungen zu erhalten (z.B. Haftverschonung). Hilfe und Kontrolle sind eng miteinander verbunden, so kann eine ärztliche Duldung bzw. Nicht-Überprüfung eines bestimmten Drogenkonsums der Anstaltspolitik zuwiderlaufen, sie kann aber auch dazu führen, dass diese Praxis konform ist mit vollzuglichen Interessen. Der Konsum von Cannabis etwa wäre jederzeit, sowohl in vollzuglich angeordneten, als auch in medizinisch angeordneten Urinkontrollen überprüfbar (ggf. für Patienten in Substitutionsbehandlungen, wenn man der Auffassung wäre, Cannabis stelle einen unzulässigen Konsum etwa innerhalb einer Substitutionsbehandlung dar). Andererseits wird der Cannabisgebrauch oft als „vollzugskonform“ bezeichnet und stillschweigend geduldet, weil er Ruhe in den Vollzug bringt. Ähnliches gilt für die generelle Verschreibungspraxis des Arztes für das „Vollzugsklima“. Anstaltsmedizin ist im Wesentlichen klassisch kurativ, symptom-, nicht ursachenorientiert und – bis auf wenige Ausnahmen (z. B. über die in manchen Anstalten praktizierte Impfpflicht für Hep. A und B) – nicht prophylaktisch oder im weiteren Sinne präventiv tätig.

Eine Angleichung der medizinischen Dienste an und Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten wird von vielen internationalen Gremien gefordert. In den ‚Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners‘ (1955) heißt es bereits: „. . . The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation . . .“ (Rule 22/1; vgl. auch UN Basic Principles 1990, Principle 9; European Prison Rules 2006, Nr. 40). Auch in der WHO-Erklärung vom 24. Oktober 2003 in Moskau zum Thema „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, „. . . um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen“. In den European Prison Rules 2006 heisst es schließlich: „Medical services

in prison shall be organized in close relation with the general health administration of the community or nation“ (Nr. 40.1) und noch deutlicher „Health policy in prison shall be integrated into, and compatible with, national health policy“ (Nr. 40.2). Die Verschränkung der gefängnisinternen medizinischen und gesundheitsorientierten Leistungen mit denen in der Gemeinde/Region dient der Verbesserung der Gesundheit des Patienten/Gefangenen. Die Gesundheitsversorgung Gefangener kann einerseits eher state-of-the-art-Medizin garantieren, und auch bessere Überleitungen und Behandlungskontinuitäten für die Zeit nach Haftentlassung herstellen, durch eine beständige Kommunikation und nachhaltige Kooperation mit den Diensten außerhalb kann auch eine verbesserte Absprache (mit Zustimmung des Patienten) bei Haftantritt erreicht werden.

Gesundheitsdienste im Gefängnis und außerhalb fallen immer noch auseinander – zum Nachteil des Patientenwohls (vgl. www.gesundinhaft.eu): Wenn z. B. die Behandlungskontinuität nicht gewährleistet ist, oder Anstaltsärzte medizinische Entscheidungen kompetenter Gremien oder KollegInnen außerhalb ignorieren (z.B. werden 70% der Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger bei Haftantritt abgebrochen; Stöver 2011a). Dies ist ein Hinweis darauf, statt kameralistisch begründete Separierung, patientenorientierte Strategien zu entwickeln und auch organisatorisch umzusetzen. In mehreren Ländern ist eine Überführung der anstaltlichen Gesundheitsdienste in die allgemeinen Gesundheitsdienste der Gemeinde/Region bereits erfolgt – trotz aller Anfangsschwierigkeiten mit großem Erfolg (Norwegen, Kanton Genf/Schweiz, Frankreich New South Wales/Australien, England/Wales; International Centre for Prison Studies 2004). Von der WHO wird dieses Thema gegenwärtig umfassend diskutiert (vgl. WHO 2010; Hayton et al. 2010). Denn diese ganzheitliche Patientenversorgung ist stärker auf die Gesundheitsbedarfe der Gefangenen orientiert. Für einige Krankheiten (z. B. HIV/AIDS-/Hepatitis-Therapien) braucht es dringend der Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen außerhalb, da nicht jeder Anstaltsarzt oder jeder Vertragsarzt, der für einige Stunden im Vollzug ist, auf dem neuesten Stand der medizinischen Kenntnisse sein kann. Gefangene haben ebenso wie andere Menschen ein Recht darauf von medizinischen Fortschritten zu profitieren. Dass dies nicht so ist, zeigt beispielsweise eine Untersuchung der Substitutionsbehandlung: Die Behandlung selbst wurde in vielen Bundesländern spät – mit einem Zeitverzug von 10-15 Jahren - in einigen bis heute nicht flächendeckend eingeführt (z.B. Bayern); ebenso die Erweiterung der Palette der Substitutionsmedikamente (z. B. auf Buprenorphin, Heroin). Das heisst, Gefangene profitieren nicht oder nur unzulänglich von den Fortschritten der (Sucht-)Medizin, was eine gesundheitliche Ungleichbehandlung bedeutet, die den Anforderungen des Äquivalenzprinzips entgegensteht.

Medizinische Leistungen im Vollzug sind immer auch Gegenstand politischer Debatten. An einigen Punkten wird dies eklatant deutlich, etwa wenn es um Gesundheitsversorgung mit umstrittenen, aber bewährten Konzepten wie „harm reduction“ geht, die außerhalb des Vollzuges seit 25 Jahren Einzug in die Drogenhilfearbeit gefunden haben (Uchtenhagen 2005), dann gibt es im Vollzug und auf der politischen Ebene tiefe ideologische Blockaden, diesen notwendigen Transfer erprobter und erfolgreicher HIV/AIDS-Präventionsstrategien in den Strafvollzug zu unterstützen (vgl. Stöver 2005; Nelles/Stöver 2003). Diese Brisanz wird auch in der oben zitierten Moskauer Erklärung der WHO ausgedrückt und wird als

Empfehlung der besseren Zusammenarbeit öffentlicher Gesundheitssysteme und denen des Strafvollzuges herangezogen, dass „Schadensbegrenzung das Leitprinzip für Präventivkonzepte gegen die Übertragung von HIV/AIDS und Hepatitis im Strafvollzug wird“. Letztlich bleibt festzuhalten, dass eine patienten-orientierte Sichtweise in der Organisation und inhaltlichen Ausgestaltung verstärkt dazu führen würde, dass notwendige Krankenbehandlungen so früh wie möglich angegangen werden würden, um Verschlimmerungen und Chronifizierungen zu verhindern, die bei einer verzögerten oder gar nicht stattfindenden Behandlungsaufnahme eher eintreten würden.

Wie es aber tatsächlich um die Gesundheit von Gefangenen bestellt ist, darüber ist aufgrund ungenügender oder wenig vergleichbarer Datenerfassung und Forschungsarbeiten wenig bekannt (vgl. für den Mangel an Daten im Bereich psychisch Kranker im Strafvollzug Foerster 2005, S. 143 f.). Immer noch gibt es keine Gesundheitsberichterstattung (Ausnahme Baden-Württemberg, siehe Meissner 2011), die detailliert Auskunft geben könnte, noch ist die gesundheitliche Lage Gefangener Gegenstand kommunaler/regionaler Gesundheitsberichterstattung. Bekannt sind lediglich Untersuchungen aus einzelnen Gefängnissen, oftmals noch von Teilpopulationen. Einige Studien haben Daten einzelner oder mehrerer Gefängnisse zusammengefasst – auch in internationaler Blickrichtung. Die Studien sind überwiegend querschnittsorientiert angelegt und enthalten wenig Verlaufsdaten resp. wenig qualitative Daten über risikoreiches Verhalten oder die Wahrnehmung und Bewältigung riskanter Verhältnisse, die Aufschluss über eine Risikodynamik geben könnten. Überraschend viele Details gesundheitlicher Versorgung erfährt man über die Antworten der Justizministerien auf kleine oder große Anfragen in den jeweiligen Parlamenten, wenngleich zentrale Fragen unbeantwortet bleiben, weil keine systematische Datenaggregation vorgenommen wird (vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (27.08.2010)). Forschung in deutschen Haftanstalten wird zudem oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den Justizvollzugsbehörden abgeblockt.

Das System der Gesundheitsversorgung sollte stärker überprüft werden. Effizienter als eine „Selbstüberprüfung“ durch die Fachaufsicht der Medizinalreferenten wäre eine Überprüfung der Versorgungsqualität durch externe, unabhängige Gutachter, v.a. aus den Gesundheitsressorts. Sowohl ethische als auch fachliche Standards müssten in der Alltagspraxis einer Überprüfung standhalten. Leider existiert in Deutschland kein Inspektoratswesen (wie z. B. in den Niederlanden), wo unabhängige, meistens beim Gesundheitsministerium angesiedelte Experten die Gesundheitsversorgung in Haft überprüfen. Dies würde zur Qualitätsverbesserung beitragen, jedenfalls eher als die Fachaufsicht „im eigenen Haus“ (durch Ärzte bei den Landesjustizbehörden), deren Effizienz aufgrund der Interessengebundenheit fraglich ist. Ein externes Qualitätssicherungsverfahren wie in Krankenhäusern oder anderen Institutionen üblich, findet in aller Regel im Gefängnis nicht statt.

Die Gesundheitsfürsorge im Vollzug, charakterisiert durch den Grundkonflikt zwischen Hilfe und Kontrolle, kann im Prozess einer Normalisierung, d. h. einer Angleichung der Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen an die Verhältnisse in Freiheit zu einer besseren Bewältigung gesundheitlicher Probleme der Gefangenen im Vollzug beitragen. Über die Einführung extramural bewährter und erfolgreicher, „evidenz-basierter“ Behandlungs- und

Prophylaxeansätze hinaus, muss jedoch in den Gefängnissen ein Angleichungsprozess grundsätzlicherer Art eingeleitet werden: Außerhalb des Vollzuges setzt sich zunehmend in der Public-Health-Debatte die Erkenntnis durch, nicht nur auf Krankheit, individuelles Fehl- und Risikoverhalten abzuheben, sondern auch die sozialen Verhältnisse und Spezifika der Systeme und Settings in ihrer Interdependenz und inneren Dynamik auf ihr Gesundheitspotenzial einzubeziehen; also nicht nur reaktiv die Krankheit des Einzelnen zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(-untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen, sondern darüber hinaus eine die Ressourcen des Einzelnen aktivierende Gesundheitsförderung zu betreiben, die alle Akteure in einem bestimmten Setting zu integrieren versucht: Die gesundheitsabträglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen (die physischen, baulichen und organisatorischen Bedingungen von Gefängnis) müssen identifiziert, thematisiert und verbessert werden und zwar für alle Beteiligten: Gefangene, aber auch Bedienstete sind mit in die Überlegungen einer Gesundheitsförderung im Gefängnis einzubeziehen. Schließlich geht es darum, die Institution Gefängnis als ein System unter vielen zu begreifen und vor allem Verbindungen mit anderen Institutionen herzustellen (kommunale/regionale Hilfsorganisationen, Familie, Arbeit etc.; vgl. Stöver 2009, Bögemann et al. 2010). Erfolgreiche Beispiele für diesen Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung sind die von der WHO (auf der Basis der OTTAWA-CHARTA, die Gesundheitsförderung programmatisch entwickelt hat) initiierten Projekte ‚Healthy Cities‘, ‚Healthy Schools‘ etc. Diese positiven Erfahrungen und Ergebnisse sollten auf die Gefängnisse übertragen und im Rahmen einer ‚Healthy Prisons‘-Bewegung umgesetzt werden.

Die WHO hat sich deshalb nach dem Vorbild erfolgreicher „settings-projects“ zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von „Health in Prisons-Projekten“ (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-project-hipp>) aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen für eine solche Entwicklung zu schaffen. Gegenwärtig sind fast alle europäischen Länder (44) in diesem Netzwerk zusammengefasst (jedoch ohne deutsche Beteiligung). Die Rolle der teilnehmenden Länder besteht darin, Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Gefängnissen zu stimulieren und einzuführen. Als Praxisbeispiele sind u. a. aufgeführt: Gesünderes Essen, Verbesserung der seelischen Gesundheit, Prophylaxe von Infektionskrankheiten, Erweiterung der sozialen Handlungskompetenzen, Gesundheit am Arbeitsplatz etc. (Møller et al. 2007).

Gesundheitsgefährdungen bestehen nicht nur für die im Gefängnis einsitzenden, sondern auch für die dort arbeitenden Menschen. Sie sind ebenfalls besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Übergriffe, Stress, Frustrationen, Involvierung in Gewalthandlungen, Über-/Unterforderung, Infektionsgefahren bei Zellendurchsuchungen (bspw. mit HCV; vgl. Schwarz/Stöver 2010). Im Rahmen von Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Gefängnis sollten die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Insbesondere die Umsetzung der Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes, das auch die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren vorsieht, sollte offensiv angegangen werden (vgl. Baars 2010, S. 239ff). Die bisher vorhandenen Ansätze, lediglich bei ‚besonderen Vorkommnissen‘ wie Suizid eines

Gefangenen, tätlichen Angriffen Bediensteten gegenüber oder auch Beratungsansätze in den Bereichen ‚Supervision‘ und ‚Mediation‘, sind nicht ausreichend. Allein die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag bei Bediensteten sollte zum Ausgangspunkt der Thematisierung von ‚Gesundheit‘ im Vollzug allgemein genutzt werden (Bögemann 2009, Ombudsmann 2010).

Was kann und was soll die Gesundheitsfürsorge im Justiz- und Strafvollzug leisten bzw. finanzieren? Diskussionen über eine vermeintliche Besserstellung der Gefangenen und die Forderung nach entsprechenden Eigenbeteiligungen an den Gesundheitskosten der Gefangenen, entsprechend denen der BürgerInnen außerhalb in den Krankenversicherungen, werden ebenso geführt wie Diskussionen darüber, dass Gefangene eine gesundheitlich hoch belastete Population darstellen, die besondere und überproportionale Gesundheitsleistungen erfordert. Letztlich bleibt die Richtschnur des Handelns der AkteurInnen in der Gesundheitsfürsorge (Ärzte/innen, MedizinerInnen in den Landesjustizbehörden) – die (notwendigen) Leistungen zum Erhalt und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit entlang den Vorgaben des SGB V zu erbringen – angelehnt an die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Doch diese Orientierung wird erschwert durch viele Besonderheiten, die sich zum Teil aus der Strafvollzugssituation mit der hohen Sicherheitsdominanz aller Vorgänge einerseits und der hohen gesundheitlichen Belastungsdichte andererseits ergeben. Zusätzlich bestehen sehr unterschiedliche Konzepte darüber, was eigentlich innerhalb einer vorgegebenen Zeit der Inhaftierung zu leisten ist, bzw. geleistet und finanziert werden soll. Hier zeigen sich die Problembereiche zwischen „defensiver“ (Gefängnis-)Medizin, die auf das ‚Nötigste‘ beschränkt bleibt auf der einen Seite, und auf Nachhaltigkeit, Vernetzung und Kooperation mit den übrigen Gesundheitsdiensten in Freiheit setzender Gesundheitsversorgung auf der anderen. Nur beispielhaft sind hier einige Fragestellungen skizziert: Sollen Grippeimpfungen, Hepatitis A+B-Impfungen (offensiv) durchgeführt werden? Wie wird mit Diagnostik, Monitoring und möglicher anschließender Therapie von HIV, HBV/HCV umgegangen (Überweisung in Schwerpunktpraxen außerhalb)? Werden Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige in Haft begonnen? Welche Therapien zum Substanzmittelmissbrauch werden angeboten? Welche Ansprüche bestehen auf zahnmedizinische Leistungen? Welche Maßnahmen werden zur Tabakprävention getroffen? Welche gesundheitlichen Leistungen erhalten straffällig gewordene AsylbewerberInnen oder Abschiebehäftlinge?

Aber reicht die Äquivalenzorientierung überhaupt aus, wenn Gefangene lediglich den Standard medizinischer Versorgung erhalten, den sie in Freiheit auch erhalten würden? Würde man etwa mit gleichen finanziellen Ressourcen der erheblichen und extremen gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen effektiv begegnen können? Die oben erwähnten spezifischen gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen erfordern über das normale Maß durchschnittlicher Krankenversorgung hinausgehende und außergewöhnliche Maßnahmen, die durchaus präventiv und kausal orientiert sind (vgl. Lines 2006).

19 Mit dem Bestehen eines gefängniseigenen, parallelen Gesundheitssystems (ähnlich dem beim Militär) entstehen zwangsläufig Bruchstellen mit der Weiterbehandlung in Freiheit, bzw. mit der Fortsetzung von in der Kommune begonnenen Krankenbehandlungen. Die Schnittstellenproblematik wird auf der Gefängnisebene zwar z. T. benannt und es wird

versucht, dem zu begegnen; es bleiben jedoch strukturelle Defizite einer patientInnenorientierten Gesundheitsfürsorge, die den Gesundheitsbedürfnissen der PatientInnen und nicht (nur) institutionellen Vorgaben folgt. Zwei Bereiche müssen als handlungsleitende Prinzipien benannt werden, die von enormer Bedeutung für die Herstellung von äquivalenten Gesundheitsdienstleistungen innerhalb und außerhalb des Vollzuges von großer Wichtigkeit sind. Erstens müssen die ethisch-fachlichen handlungsleitenden Prinzipien sein: informierte Zustimmung und Vertraulichkeit als Ausdruck von Professionalität – im Gefängnis muss noch stärker auf die Einhaltung dieser Prinzipien geachtet werden. Ebenso wie in der Gemeinde müssen alle notwendigen Schritte unternommen werden, um die Zustimmung der PatientInnen zu bestimmten Maßnahmen zu erreichen und zu dokumentieren. Professionelle Gesundheitsdienstleistende sind die einzigen AnsprechpartnerInnen der Gefangenen und sind unabhängige Anwält/-innen für die Gesundheit des Gefangenen und die öffentliche Gesundheit. Zweitens sind Prinzipien evidenz-basierter Medizin, zusammen mit Menschlichkeit und Leidenschaft im Strafvollzug sogar noch stärker gefordert als in der Gemeinde. Weniger als diese Leistungen zu erbringen, setzt die GesundheitspraktikerInnen Anwürfen ihrer professionellen KollegInnen aus. Nur die Beibehaltung der professionellen Standards, d. h. die Kenntnis und Umsetzung internationaler und nationaler Behandlungsrichtlinien und Unterstützungsstandards in gefängnis-bezogenen Protokollen schützt Gesundheitsdienstleistende in Haft vor unethischer Praxis. Es besteht kein Mangel an guten (inter-)nationalen Standards, sondern eher einer in Bezug auf ihre Umsetzung, ihre Verankerung und ihr Verständnis von allen beteiligten Berufsgruppen vor Ort (vgl. insbes. Pont 2009).

Es braucht eine grundlegende Verpflichtung zur Qualifizierung und Ausbildung von geeignetem Personal. Weiterbildungspflichten bestehen für Anstaltsärzte im Gegensatz zur Situation in Freiheit nicht. Für ihre Fort- und Weiterbildung sollten auch interaktive Medien genutzt werden (siehe Seminar zur Ethik im Justizvollzug: <http://lupin-nma.net/>). Eine Förderung von Fort- und Weiterbildung, Trainings müsste erfolgen und schließlich eine Verzahnung und Integration des Personals in ihre jeweils berufsspezifischen Netzwerke und Organisationen. Es ist anzustreben, examiniertes Krankenpflegepersonal in einem patientInnenfreundlichen, festgelegten PatientIn-Pflege-Schlüssel anzustellen, der aufgrund höherer Gesundheitsbelastungen der Patientenschaft mindestens dem Schlüssel in Freiheit folgt. Besonderes und ständig aufzufrischende Fortbildung aller Akteure im Gesundheitsbereich muss zielgruppennah durchgeführt werden, um den basalen Erkrankungsrisiken wie Komorbiditäten, Erkennung chronischer Erkrankungen, viraler Infektionskrankheiten, Diagnostik psychischer Störungen, Einschätzung des Geisteszustandes von Gefangenen etc. angemessen begegnen zu können..

Literatur

Baars, S. (2010): Arbeitsschutzgesetz als Weg zur Gesundheitsförderung. In: Bögemann, H.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen.S. 239-246

Bögemann, H. (2010): Wer setzt Gesundheitsförderung im Gefängnis (eigentlich) um? In: Bögemann, H.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.; 2010): Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und

Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Weinheim: Juventa Verlag, S. 133-136

Bögemann, H.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.; 2010): Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Weinheim: Juventa Verlag

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (27.08.2010): Große Anfrage und Antwort des Senats. Betr.: Gesundheitsfürsorge und –förderung im Justizvollzug

Foerster, K.: Psychisch kranke im Strafvollzug. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Keppler, K. (2009): Haftfähigkeit – medizinische Grundlagen. In: Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, S. 63-68

Kirschke, B.: Geschlossener Vollzug und freies Beschäftigungsverhältnis – Zwei-Klassen-Medizin? In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005

Koch, A. (2010): Krankenversicherungsschutz nach der Haft. In: Konturen 6/2010, S. 23-27

Lines, R. (2006): From equivalence to standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. In: Int Journal of Prisoners 2, No. 4, S. 269-280

Meissner, K. (2011): Gesundheitsberichterstattung in Baden-Württemberg. In: akzept et al. (Hrsg.): Fünfte Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, Dokumentation der Konferenz in Hamburg, September 2010, Berlin (www.gesundinhaft.eu)

Møller, L.; Stöver, H, Jürgens, R., Gatherer, A.; Nikogosian, H. (ed.; 2007): Health in Prison Settings. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen, 2007

Nelles, J.; Stöver, H.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European Prisons. In: International Journal of Drug Policy Dec./2003, volume 14, Issues 5-6), S. 437-444

NRW, JM (2010): Dienstordnung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen (DOG) AV d. JM vom 29. Dezember 2009 (4550 - IV. 85) JMBl. NRW S. 26 in der Fassung vom 7. Mai 2010

Ombudsmann für den Justizvollzug Nordrhein-Westfalen (2009): Jahresbericht 2009/2010, http://www.justizvollzugsbeauftragter.nrw.de/service/Infomaterial/Taetigkeitsbericht_2010.pdf, 28.4.2011 (letztmalig aufgerufen)

Pont, J. (2009): Ethische Grundlagen. In: Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, S. 19-28

Riekenbrauck, W.: Statement. In: Hillenkamp, Th.; Tag, B. (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Heidelberg: Springer, 2005, S. 33

Stöver, H. (2009): Healthy Prisons – Gesundheitsförderung als innovative Strategie. In: Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, S. 277-289

Stöver, H. (2011a): Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: European Addiction Research 2011;17:44-54

Stöver, H. (2011b): Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern. In: akzept et al. (Hrsg.): Fünfte Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, Dokumentation der Konferenz in Hamburg, September 2010, Berlin (www.gesundinhaft.eu)

Stöver, H.: Infektionsgefahren (HIV/AIDS, Hepatitis) im Strafvollzug: Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden. In: Burkhardt, S.; Graebisch, Chr.; Pollähne, H. (Hrsg.): Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte. Münster: LIT, 2005, S. 354-367

Weyhl, W. (2009): Krankenpflege im Justizvollzug. In: Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, S. 91-95