

Macht es einen Unterschied, welches Ministerium für Gesundheit in Haft zuständig ist?

Peter Wiessner, Ute Häusler Jitoboh und Raminta Stuikeyte

Warum die Verantwortung für Gesundheit in Haft vom Justiz- in das Gesundheitsministerium wechseln muss

Zwei Grundprinzipien werden immer wieder benannt, wenn Gesundheitsförderung in Haft zur Sprache gebracht wird: das „Äquivalenzprinzip“, wonach Gefangene Anspruch auf eine vergleichbare Versorgung wie draußen haben, sowie die Idee, dass Gesundheitsförderung in Haft ein Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sein sollte. An der Realität lässt sich leicht überprüfen, wie es um die Umsetzung beider Prinzipien bestellt ist.

Grundlegende Veränderungen sind nötig, um einer Umsetzung näher zu kommen:

1. **Das Prinzip der Äquivalenz:** durch dieses grundlegende Prinzip wird ausgedrückt, dass alle auf die Gesundheitserhaltung und -Förderung bezogenen Dienstleistungen im Gefängnis, wie Behandlung, Prävention und begleitende Unterstützung, den Standards entsprechen müssen, die außerhalb der Gefängnismauern üblich und erhältlich sind. Dies gilt auch in Bezug auf Zugang, Qualität und Diversität der Maßnahmen. Generelle Idee dieses Prinzips ist, dass vergleichbare Dienstleistungen die Reintegration nach Haftentlassung erleichtern. Der Anspruch auf Erreichbarkeit eines höchstmöglichen Standards psychischer und physischer Gesundheit ist ein unverrückbares Menschenrecht. Deshalb sollten Gefangene den gleichen Standard an medizinischer Versorgung erhalten, wie die außerhalb der Gefängnismauern lebende Allgemeinbevölkerung.
2. **Gesundheit in Haft als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes:** Gefangene sind in den meisten Fällen nur eine bestimmte Zeit in Haft, um danach in die Gesellschaft zurückzukehren. Wenn Gesundheitsförderung in Haft als integraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsförderung verstanden wird, kann dies den Weg zu notwendigen Programmen für Hochrisikogruppen ebnen. Solche Programme berücksichtigen den „Durchgangseffekt“, d.h. die hohe Anzahl an Menschen die täglich in Gefängnisse eingewiesen, bzw. daraus entlassen werden. Was auch immer für die Gesundheitsfürsorge, Behandlung oder Prävention im Gefängnis getan oder unterlassen wird, hat eine Auswirkung auf die allgemeine Bevölkerung und das Gesundheitsbudget. Dabei mag es als eine Kosteneinsparung wahrgenommen werden, wenn Gefangene von Dienstleistungen der Gesundheitsfürsorge ausgeschlossen sind: eine irreführende Wahrnehmung, da Gefangene in die Gesellschaft zurückkehren. Kosten, die in Gefängnissen „eingespart“ wurden, müssen ohnehin von der Gesellschaft getragen werden. Und dies oft zu höheren Beträgen, vor allem dann, wenn Krankheiten zu spät diagnostiziert wurden, wenn deren Behandlung verschleppt oder verweigert wurde, oder wenn die Erkrankung selbst nicht verhütet worden ist.

Diese Grundprinzipien werden auf Haftkonferenzen und in Fachpublikationen so umfassend diskutiert, dass man meinen könnte, sie wären bereits allerorten umgesetzt.

Das Gegenteil ist der Fall: wo immer wir uns im Haftbereich umsehen, können wir wahrnehmen, dass für Gefangene Doppelstandards gelten. Im Vergleich zur Welt außerhalb der Haftmauern, sind Dienstleistungen, die den Gefangenen zur Verfügung stehen, oftmals von verminderter Qualität. Oft ist wenig über die Situation von erkrankten und behandlungsbedürftigen Gefangenen bekannt. Die

Transparenz der Gefängnisse ist hinsichtlich der Bedürfnisse von chronisch erkrankten Gefangenen oder Insassen mit übertragbaren Erkrankungen begrenzt. In Bezug auf Gesundheit in Haft stellen wir sehr oft fest, dass kein, bzw. ein nur sehr unzureichendes Kontrollsystem vorhanden ist: das Gesundheitssystem im Gefängnis schafft sich - losgelöst von der Welt „draußen“ - seine eigenen Bedingungen und kontrolliert sich dabei selbst.

Auf politischer Ebene liegt das Schlüsselproblem darin, dass die Gesundheitsministerien – eigentlich zuständig für die Gesundheit aller Menschen - oft keinen Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung für Gefangene geltend machen und diesen Einfluss möglicherweise auch gar nicht haben wollen. Dieser Mangel an Autorität bzw. Desinteresse verursacht für lokale Gesundheitsbehörden Probleme, wenn sie sich Zugang zu den Gefängnissen in ihrem Verantwortungsbereich verschaffen möchten. Sehr oft gibt es gar keinen oder einen nur – wenn nicht vermeidbar - minimalen Kontakt zwischen den lokalen Gesundheitsbehörden und den örtlichen Gefängnissen. Dies hat einen dramatischen Einfluss auf Möglichkeiten der Haftvorbereitung und Nachversorgung bei Haftentlassung, die Installierung von Programmen für chronisch Erkrankte, auf die Weiterführung der Behandlung bei Haftenweisung oder Haftentlassung, auf Programme zur Unterbringung, auf Suchtbegleitung etc.

Warum macht es Sinn, die Verantwortung für Gesundheit in Haft den Gesundheitsministerien und den öffentlichen Gesundheitsdiensten zu unterstellen?

Berichte aus unterschiedlichen Ländern und Zustände in Haft haben die gleiche Tendenz: wo immer wir hinsehen, findet sich in Gefängnissen eine höhere Prävalenz von Menschen mit übertragbaren Krankheiten, Drogen- und Alkoholabhängigkeiten, psychischen Erkrankungen etc. Gleichzeitig haben Gefangene, im Vergleich zu dem was „draußen“ möglich ist, oft nur einen begrenzten Zugang zu Information, zu Prävention und zu Beratungsangeboten.

Man könnte vermuten, dass die Situation in Gefängnissen zu verstärkten Anstrengungen in Bezug auf Programme und Initiativen Anlass gibt. In vielen Ländern beobachten wir jedoch, dass das Gegenteil der Fall ist: Gefängnisse sind in nationalen Aidsprogrammen oft gar nicht, oder nur am Rande berücksichtigt. Die für Gesundheit in Haft Verantwortlichen leugnen oftmals nach wie vor das Vorhandensein von sexuellen Handlungen und Drogenkonsum im Vollzug mit dem Ergebnis, dass notwendige Maßnahmen unterbleiben oder verschleppt werden. Im Vergleich zur Bevölkerung außerhalb, haben drogengebrauchende Gefangene in vielen Ländern keinen freien und unkontrollierten Zugang zu Nadelaustauschprogrammen, zu Substitutionsbehandlung und anderen, schadensminimierenden Maßnahmen. Zugang zu Gleitmitteln und Kondomen ist ebenfalls oft gar nicht vorhanden oder begrenzt.

Die Realität ist absurd: Der Ort, an dem aufgrund bekannter Gefahren, Behandlung und Prävention am wichtigsten wäre, hat weniger Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen, als die Allgemeinbevölkerung, die im Vergleich weniger betroffen ist.

Gefangene sind von der Krankenversicherung ausgeschlossen

Eine weitere strukturelle Hürde besteht darin, dass Gefangene oft von der Absicherung durch die allgemeinen Krankenversicherungen ausgeschlossen sind. Aufwendungen für Behandlung und Prävention sind deshalb aus dem verfügbaren Haftbudget zu bestreiten und können nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden. Unabhängig von den gesundheitsrelevanten Notlagen und Bedürfnissen der Gefangenen, ist deshalb oft nur das möglich, was innerhalb der Gefängnisse angeboten wird, bzw. finanziert und umgesetzt werden kann. Die pro Person für die Gesundheit zur Verfügung stehenden Mittel sind dabei im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger. Ein Ergebnis dieser Situation ist bspw., dass der Zugang zu Diagnose- und Präventionsmöglichkeiten für

Inhaftierte begrenzt ist. Gefangene werden in der Regel nicht in der Lage sein, einen Arzt ihres Vertrauens zu wählen, und sie werden große Hürden erfahren, wenn sie auf die Hilfe von Fachärzten angewiesen sind. All das ist umso mehr bei seltenen und kostenintensiven Erkrankungen ein Problem. Aufgrund dieser Zusammenhänge ist die medizinische Behandlung Gefangener oft von geringerer Qualität. Diese Situation ist für Häftlinge mit chronischen Erkrankungen oder anderen Gesundheitsproblemen und Bedürfnissen nicht nur beängstigend, es kann ihr Leben in Gefahr bringen.

Die Verantwortung für Gesundheit in Haft

Im Oktober 2010, während der letzte Sitzung der WHO Europe Health in Prison Projekt (HIPP: ein Gremium in dem fast alle europäischen Länder mit Ausnahme Deutschlands vertreten sind), wurde dieses Thema diskutiert und mit der Frage verknüpft, ob die Verantwortung für Gesundheit in Haft nicht besser den Gesundheitsministerien übertragen werden sollte.

In den meisten Ländern der Welt liegt die Verantwortung für die Gesundheit in den Gefängnissen noch bei den Justizministerien, mit Auswirkungen auf den Zugang zu Behandlung und Prävention, wie oben beschrieben. Einige Länder erkennen darin Probleme und fordern nun entsprechende strukturelle Veränderungen. Norwegen war das erste Land, das entsprechende Veränderungen einleitete, gefolgt von Frankreich, New South Wales in Australien und England und Wales im Jahr 2006. In der Schweiz gibt es einige Kantone in dem die Gesundheit in Haft dem Gesundheitsbehörden unterstellt ist. Finnland wird in Kürze folgen und anderen EU-Mitgliedstaaten sind dabei, entsprechende Veränderungen zu erwägen. Die European AIDS Treatment Group (EATG), mit dem Schwerpunkt auf die Förderung des Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten für besonders vulnerable Gruppen, unterstützt entsprechende Initiativen.

Es ist ermutigend zu sehen, dass das HIPP der WHO Europa diesen Prozess aktiv unterstützt. Es sind dringend weitere Informationen darüber nötig, wie die oben genannten Länder die Veränderung ihrer Gesetzgebung zustande brachten. Bisher wurden entsprechende Veränderungen ausschließlich in Ländern mit hohem Einkommen vorgenommen. Es wäre bspw. interessant zu sehen, ob Veränderungen auch in Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen möglich sind. Länder, die einen entsprechenden Weg einschlagen möchten, brauchen durch die WHO Unterstützung. Es wäre hilfreich, wenn Beispiel aus den Ländern, die ihre Gesetzeslage bereits verändert haben, bekanntgemacht und als positive „Best Practice-Beispiele“ beschrieben und bewertet würden. Eine der Aufforderungen von den Teilnehmern des Treffens war es denn auch, notwendige Orientierungshilfen zu entwickeln.

Die Diskussion um dieses Thema bietet eine echte Chance zur Öffnung der "die-Tür-ist-zu-Politik", welche die Realität so vieler Gefangener in so vielen Ländern noch heute bestimmt und die Möglichkeiten der Einflussnahme auf das, was innerhalb der Gefängnismauern geschieht, minimiert. Wir sollten die Gelegenheit am Schopf packen und für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den für Gesundheit in Haft Verantwortlichen und den öffentlichen Gesundheitsbehörden eintreten. Den lokalen Gesundheitsbehörden sollte die Autorität über die Gesundheit der Gefangenen in ihren Gefängnissen vor Ort übertragen werden. Das wäre ein passender Weg, um die beiden oben genannten Prinzipien umzusetzen.

Als Vorbereitung der Diskussion während des HIPP Treffens wurde der Fachartikel: "Patienten oder Gefangene: Spielt es eine Rolle, welches Ministerium für die Gesundheit der Gefangenen zuständig ist?" von Hayton et al. verteilt.

Die Autoren erklären, warum dieses Problem jetzt auf dem Tisch liegt und werfen die Frage auf, ob es egal ist, welches Ministerium -

- Das Budget kontrolliert und verwaltet?
- Strukturen und Politik bestimmt, die für die Gesundheit der Gefangenen wichtig sind?
- Die Einstellung der Ärzte, Krankenpfleger und sonstiger Gesundheitskräfte kontrolliert?
- die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Pflege sicherstellt?
- die Qualität der professionellen Standards beobachtet, kontrolliert und evaluiert?

In dem Artikel werden folgende Punkte hervorgehoben:

1. Die Gesundheit der Gefangenen wird zunehmend als einer der zentralen Aspekte des Lebens im Gefängnis, des Gefängnismanagements aber auch als Schlüssel für das öffentliche Gesundheitswesen wahrgenommen
2. Es gibt einen wachsenden Trend, Gesundheitsleistungen für Gefangene als integralen Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu betrachten, anstatt ihn isoliert zu halten
3. Grund dieser Entwicklung sind Menschenrechtserwägungen, Probleme mit der Qualität der medizinischen Versorgung Gefangener, Probleme mit der Rekrutierung von medizinischem Personal, sowie Schwierigkeiten mit der professionellen Rolle von Medizinerinnen in Haft
4. Internationaler Druck in Richtung Reform, bspw. durch die Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health (2003); die Council of Europe Recommendation No. R (98) 7 und die UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners, hier insbesondere Prinzip No. 9: "Gefangene sollten, ohne aufgrund ihrer rechtlichen Situation diskriminiert zu werden, einen Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben, die für die Allgemeinbevölkerung erhältlich sind".
5. Es setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Justizministerium und den Gesundheitsministerien nützlich ist, oder dass das Gesundheitsministerium als „Heimstatt“ für Gesundheit in Haft eine Option ist, die gut umgesetzt werden kann und auch funktioniert.

Die Teilnehmer des oben genannten HIPP Treffens diskutierten den Fachartikel. Die Mehrzahl der Anwesenden schien die Bewertung der Autoren zu teilen.

Folgende neun Punkte wurden als Resultat der Gruppendiskussion zusammengefasst:

1. **Isolation:** Mediziner, die ausschließlich in Gefängnissen arbeiten, sind meist professionell isoliert, mit limitiertem Kontakt zu Medizinerinnen draußen und den Behandlungsrealitäten außerhalb von Gefängnismauern. Das durch Norwegen vorgegebene Modell hebt hervor, wie vorteilhaft es sein kann, dass Allgemeinärzte zeitweise (20% ihrer Arbeitszeit) im Gefängnis verbringen. Ein positives Merkmal dieses Modells ist es, dass es keine Schwierigkeiten bereitet, qualifizierte Mediziner für den Dienst in Gefängnissen zu rekrutieren.
2. **Fortbildung:** ein Problem für professionell isolierte Mediziner in Gefängnissen besteht darin, dass sie oft nur einen limitierten Zugang zu Trainings- und Fortbildungsmöglichkeiten haben. Mediziner, die Vollzeit in Gefängnissen arbeiten, sind oftmals so überlastet, dass sie keine Zeit finden, sich adäquat fortzubilden, bzw. dazu nicht aufgefordert werden oder auch kein Interesse daran haben.
3. **Selbstkontrolle und Evaluation:** Das Gesundheitssystem in Gefängnissen kontrolliert sich selbst. Das ist eine absurde Situation und kann auch dadurch erklärt werden, dass das Justizministerium keine für Gesundheit relevante Expertise hat. Die Qualifikation der Mediziner in Haft und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen in Haft sollte unter der Kontrolle einer unabhängigen und erfahrenen Autorität liegen.
4. **Fehlende Kontrolle durch Gesundheitsämter:** Lokale, für die öffentliche Gesundheit zuständige Autoritäten, mögen Gefängnisse innerhalb des Territoriums haben, für das sie zuständig sind, haben jedoch kaum etwas darüber mitzubestimmen, was hinter den Gefängnismauern geschieht. Es gibt keine Kontrolle durch die außerhalb der Gefängnismauern zuständigen staatlichen

Behörden, mit entsprechend negativen Auswirkungen für denkbare Möglichkeiten des Zusammenspiels zwischen den innerhalb und außerhalb von Gefängnismauern existierenden Versorgungssystemen. Lokale, für die öffentliche Gesundheit zuständige Autoritäten betrachten Gefängnisse in ihrer Region oft nicht als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitssystems. Deshalb sind Gefängnisse sehr oft nicht in Präventionsstrategien, wie sie außerhalb der Gefängnisse existieren, eingebunden (Impfprogramme etc.).

5. **Es gibt Mediziner in Haft, die ihre machtvollen Position auskosten:** manche der in Haft tätigen Mediziner haben sich in ihrer machtvollen und unkontrollierten Position gut eingerichtet und sind damit sehr zufrieden. Oft schaffen sie sich dabei ihr eigenes „Universum“, mit großem Machtspielraum und limitierter Kontrolle. Die Position des Gefängnisarztes ist in der Tat nach dem Gefängnisdirektor oft die zweitmächtigste Position innerhalb der gefängnisinternen Machtstrukturen. „Arrangements“ der Machtteilung mit der Gefängnisdirektion sind manchmal möglich, doch haben sie meistens ihren Preis, vor allem dann, wenn Ärzte dafür abgestellt sind Kontrollfunktionen zu übernehmen.
6. **Mediziner in Haft sollten unabhängig und nicht Teil des „Systems“ sein:** medizinisches Personal, das aus Mitteln des Justizministeriums bezahlt wird, kann leicht seine Unabhängigkeit verlieren und dadurch Teil des Gefängnisystems werden, mit allen negativen Konsequenzen, Loyalitätsproblemen etc. In Gefängnissen existieren oft an das Militär erinnernde Kulturen und Umgangsformen mit starken Hierarchien, Oben-Unten-Verhältnissen etc. Mediziner, die in einer entsprechenden Umgebung arbeiten, werden manchmal dadurch beeinflusst und sind bedroht, ihre medizinische Ethik zu verändern, bzw. ihre Unabhängigkeit zu verlieren.
7. **Ethische Fragen/Entscheidungsprozesse unter unterdrückten Umständen:** manchmal gibt es ethische oder auch medizinische Fragen, die nur durch wirklich unabhängige Mediziner beurteilt werden können, bspw. bei Fragen der Haftunterbrechung bei suizidalen oder schwer erkrankten Gefangenen oder bei der Einschätzung des Zugangs zu Substitutionstherapien. Das Treffen von solchen Entscheidungen ist für Mediziner problematisch, wenn sie nicht in Freiheit und Unabhängigkeit getroffen werden können, bzw. sie sich den Erfordernissen und Vorgaben des Justizapparates mehr verpflichtet fühlen, als medizinisch-ethischen Grundlagen.
8. **Behandlung ist kein Bestandteil der Bestrafung:** Mediziner in Haft laufen manchmal Gefahr, die Behandlung Gefangenen als einen Bestandteil der Strafe aufzufassen. Dies trifft besonders auf medizinisches Personal zu, das sich zu sehr mit dem Gefängnisystem oder politischen Vorgaben identifiziert und dadurch Bestandteil des Systems wird.
9. **Die Arzt-Patienten Beziehung:** Die Basis, auf der sich eine gut funktionierende Behandlung entwickeln kann, ist die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten. Für diese Beziehung ist auch zur Schaffung einer guten Compliance (Einnahmetreue der Medikamente) das Vertrauen in den Mediziner eine unabdingbare Voraussetzung. Dies gestaltet sich als eher schwierig, wenn der Mediziner in Haft nicht unabhängig agieren kann und/oder er durch den Gefangenen als Bestandteil des Systems wahrgenommen wird. Das wird insbesondere dann zum Problem, wenn die Vertraulichkeit nicht garantiert werden kann, der Mediziner Kontrollfunktionen wahrnimmt (Urinkontrollen, Drogenkontrollen etc.) und wenn Unklarheiten darüber bestehen, welche Informationen an andere Stellen und Obrigkeiten weitergegeben werden.

Die hier zusammengetragenen Punkte unterstreichen die Wichtigkeit der Forderung, die Verantwortung für Gesundheit in Haft von den Justizministerien in die Hände der Gesundheitsministerin zu legen. Es ist notwendig, dass die gesundheitsrelevanten Bedürfnisse von Gefangenen durch die Krankenversicherungen abgedeckt werden, genauso wie sie das für die Allgemeinbevölkerung auch sind. Solange das nicht garantiert ist, wird das Prinzip der Äquivalenz nicht erreicht werden können. Gesundheit in Haft wird, solange keine strukturellen Veränderungen vorgenommen werden, niemals Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden.

Das Eintreten für die Menschenrechte der Gefangenen ist für die notwendigen Reformen von grundlegender Wichtigkeit. Solange abgesonderte Gefängnisssysteme existieren, wird dies zwangsweise zu ungleichen Dienstleistungen führen.

Die Zeit ist reif, für notwendige Reformen einzutreten.

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

Quellen:

Cook, C. (2010). The Global State of Harm Reduction Key issues for broadening the response. International Harm Reduction Association, London, UK.

Hayton, P., Gatherer, A., Frazer, A. (2010). *PATIENT OR PRISONER: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners?* A briefing paper for network meeting, Copenhagen October 2010, WHO Europe.

Jürgens, R. (2007). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies.* World Health Organization.

Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer A., and Nikogosian, H. (Eds.). (2007) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.* World Health Organization.