

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 31 (2005)

Heft: 2

Artikel: Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft

Autor: Stöver, Heino

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800392>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft

Gesundheitsgefährdungen und -belastungen bestehen nicht nur für die im Gefängnis einsitzenden oder arbeitenden Menschen. Die Gefangenen sind Teil der Gesellschaft; sie verbüßen in der Regel kurze Haftstrafen und gehen danach zurück in die Gesellschaft zu ihren PartnerInnen, Familien und FreundInnen. Gesundheit im Vollzug ist daher auch ein Thema öffentlicher Gesundheit: «Prison Health is Public Health»!

HEINO STÖVER*

In Deutschland, Österreich und der Schweiz sitzen an einem gegebenen Tag ca. 100 000 Menschen in Gefängnissen ein – sei es in Untersuchungs-, in Abschiebe- oder in Strafhaft. Innerhalb eines Jahres durchlaufen mehr als 250 000 Menschen die mehr als 400

Vollzugsanstalten. Der Rate der Gefangenen pro 100 000 Einwohner schwankt dabei zwischen 72 (Schweiz) und 100 (Deutschland). Die Gefangenen sind überwiegend männlich (etwa 95%), weisen ein geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau bzw. hohe Arbeitslosigkeit auf und sind zu einem grossen Teil Migrantengruppen zugehörig. Die Rückfallquote ist enorm hoch, besonders unter Drogenkonsumenten; viele betrachten den Gefängnisaufenthalt als scheinbar unvermeidliche Station ihrer Biographie.

Belastungen für Inhaftierte und Mitarbeitende

In den Gefängnissen leben Menschen vieler verschiedener Nationen und verschiedenster sozio-ökonomischer und kultureller Herkunft zusammen – Menschen, die oftmals schon vor Haftantritt erheblichen sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren. Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, vor allem aber auch Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen sowie weitere psychische Störungen belasten die Gefangenen überproportional. In den Gefängnissen findet sich daher eine Verdichtung von Problemlagen: So existieren im Gefängnis 25-mal höhere Infektionsraten von HIV und 40-mal höhere von Hepatitis C im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Etwa 30-50% der Gefangenen gelten als drogenerfahren oder drogenabhängig. Etwa 50-75% der Gefangenen leiden unter psychischen Störungen. Der Anteil kranker und behandlungsbedürftiger Gefangener steigt stetig: Derzeit sind mehr drogenabhängige Gefangene als jemals zuvor inhaftiert, und viele von ihnen leiden unter den körperlichen Folgen. Das medizinische Fachpersonal steht vor Herausforderungen, die kaum mit einer ärztlichen

Praxis in Freiheit vergleichbar sind. Ein Grossteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug ist gebunden durch die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen.

Bedienstete in den Gefängnissen sind ebenfalls besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Sie erleben Übergriffe, Frustrationen, schreiten bei Gewalthandlungen ein und können sich bei Zellendurchsuchungen beispielsweise mit HCV infizieren.

Schliesslich müssen Gefängnisse eine sichere Umgebung für die dort lebenden und arbeitenden Menschen sein (was Gewalt angeht). Dass diese Umgebung den basalen Anforderungen von Licht, Wärme, Hygieneeinrichtungen, Ventilation und Mindestgrösse des Haftraums genügt, ist eine zentrale Anforderung, die es bei Gefängnisneubauten zu beachten gilt.

Modelle «guter Praxis»

Vor diesem Hintergrund haben das Wissenschaftliche Institut für die Ärzte/innen Deutschlands (WIAD), die Deutsche AIDS Hilfe (DAH) und das Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO) gemeinsam die «Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft» organisiert¹. Unter der Schirmherrschaft der deutschen Bundesjustizministerin und mit Unterstützung des österreichischen Justizministeriums, der WHO, des Bundesverbands für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.), der Europäischen Kommission/Europarat, des European Network on Drug and Infections Prevention in Prisons (ENDIPP) und der EMCDDA haben sich über 150 ExpertInnen (multidisziplinär) aus 4 Ländern (vorwiegend aus Deutschland, Österreich und der Schweiz) am 28./29.10.2004 in Bonn getroffen, um Erfahrungen mit zentralen gesundheitspolitischen Her-

* Heino Stöver, Ph.D., Associate Professor University of Bremen, Faculty of Law, Postbox 330 440, D-28334 Bremen, Tel.: +49 (0) 421 218 3173, Fax.: +49 (0) 421 218 3684, E-Mail: heino.stoever@uni-bremen.de

ausforderungen in Haft auszutauschen und Modelle «guter Praxis» zu diskutieren. Die Ziele dieser deutschsprachigen Konferenz waren, MitarbeiterInnen aus dem Justizvollzug und externen Gesundheitsdiensten zusammen zu bringen und eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zu initiieren, in 10 Arbeitsgruppen gemeinsam an konkreten Fragestellungen zu arbeiten (z.B. Gesundheit von Frauen, Betriebliche Gesundheitsförderung, HIV/AIDS und Hepatitis in Haft), Zukunftsmodelle gesundheitlicher Versorgung im Vollzug zu diskutieren und schliesslich: die komplexe Problematik der gesundheitlichen Versorgung von Gefangenen und die gesundheitlichen Belastungen der Bediensteten höher auf der politischen und fachlichen Agenda zu platzieren².

Dieser Aufsatz diskutiert, ob das bestehende Konzept der «Gesundheitsfürsorge», also der eher reaktiv und pathogenetisch angelegte Ansatz tauglich und auch adäquat ist, um den skizzierten gesundheitlichen Herausforderungen zu genügen. Gefragt wird u.a. ob die ausserhalb des Vollzuges sich zunehmend durchsetzende Erkenntnis, in der Prävention nicht nur auf individu-

elles Verhalten, sondern gleichzeitig auch auf die Verhältnisse abzuheben, auf den Vollzug übertragen werden kann.

Gesundheit der Gefangenen in Haft

Der Entzug von Freiheit an sich stellt bereits ein grundsätzliches Gesundheitsrisiko dar. Die vollzuglichen Belastungen von Bewegungs- und Reizarmut, Unterforderung, Tabuisierung von Sexualität, Versorgungscharakter der Gefängnisse tragen eher zu psychisch belastenden Symptomen von Unselbstständigkeit, Lethargie, Depressionen, Passivität, Interessen- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Alltagsgeschehens führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit; das Eingeschlossensein fixiert die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und verstärkt Ängste, nicht angemessen behandelt zu werden. Es findet insgesamt eine Ressourcenverringerung statt – eine Depravierung vergleichbar mit längeren Krankenhaus- bzw. anderen Anstaltsaufenthalten, die nicht zur Erweiterung von Handlungs- und Sozial-

kompetenzen beitragen. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Symptome steigt. Die Gefängniserfahrung ist für die meisten Gefangenen zunächst eine sehr einschneidende Lebenserfahrung – beginnend mit der Aufnahme vor oder nach dem Verfahren, ohne Orientierung in der neuen räumlichen und sozialen Umgebung. In dieser Phase sind Gefangene besonders empfindlich und ganz spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt: Angst, Gewalterfahrungen und Einschüchterungsversuche anderer Gefangener, Unvorsichtigkeiten beim Schutz bezüglich hygienischen Drogenkonsums und geschützter Sexualität. Insbesondere psychisch auffällige oder gestörte Gefangene sind sehr gefährdet. Der Entzug von Freiheit ist nur einer von vielen Verlusten, die Gefangene im Laufe ihrer Strafzeit erfahren; auch der Verlust von Privatheit, Intimität, vielen Wahlmöglichkeiten und sozialer Eingebundenheit werden von ihnen, ihrer Familie, ihren Kindern und ihren PartnerInnen erfahren. Gesundheit scheint anfangs für viele Gefangene nur einer unter vielen Bereichen zu sein, in denen Einschränkungen des Erreichens und des Schut-



zes von Gesundheit erfahrbar werden. Die Häufung von Abhängigkeiten von legalen oder illegalen Drogen, Bedrohungen, Erpressungen und Aggressionen (nicht nur in körperlicher Form sondern auch verbal, sexistisch oder rassistisch), sowie der Verlust von Privatheit und Intimsphäre tragen letztlich dazu bei, dass die seelische Gesundheit der Gefangenen verglichen mit der der Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist.

Ungenügende Datenerfassung

Wie es aber tatsächlich um die Gesundheit von Gefangenen bestellt ist, darüber wissen wir recht wenig. Immer noch gibt es keine Gesundheitsberichterstattung, die detailliert Auskunft geben könnte, noch ist die gesundheitliche Lage Gegenstand kommunaler/ regionaler Gesundheitsberichterstattung.

Was wir wissen, wissen wir aus Untersuchungen in einzelnen Gefängnissen, oftmals noch von Teilpopulationen. Einige Studien haben Daten einzelner oder mehrerer Gefängnisse zusammengefasst – auch in internationaler Blickrichtung. Wodurch sich die Studien

aber trotzdem noch auszeichnen, ist, dass sie überwiegend querschnittsorientiert angelegt sind und wenig Verlaufsdaten resp. wenig qualitative Daten über risikoreiches Verhalten oder die Wahrnehmung und Bewältigung riskanter Verhältnisse enthalten. Forschung in deutschen Strafanstalten wird zudem oft mit dem Argument der personellen Überlastung von den Justizvollzugsbehörden abgeblockt.

Bei den Gefangenen handelt es sich zum grossen Teil um sozial Benachteiligte – alle Merkmale dieser Benachteiligung lassen sich in erhöhtem Masse wiederfinden: geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau, hohe Arbeitslosigkeit, erhöhter Anteil von MigrantInnen. Bei den gesundheitlichen Belastung vieler Gefangener wird deutlich, dass in dieser Population eine starke Überrepräsentanz in folgenden Bereichen vorfindbar³:

Drogen- und Alkoholabhängigkeit-/missbrauch:

- 20-30% der InsassInnen erfüllen die Kriterien des ICD 10 auf Drogenabhängigkeit/-missbrauch
- Etwa 50% aller InsassInnen sind «drogenerfahren»

- Etwa 50% der i.v. DrogenkonsumentInnen setzen ihren Konsum in Haft fort, z.T. mit hochriskanten Konsummustern
- 5-25% der i.v. DrogenkonsumentInnen geben an, ihre ersten Drogenerfahrungen in Haft gesammelt zu haben
- über 80% der Insassen und Insassinnen rauchen

Virale Infektionskrankheiten

HIV/AIDS u. Hepatitis)

- Etwa 1% der Gefangenen insgesamt wird als HIV-positiv geschätzt. Die inhaftierten Frauen sind stärker betroffen als die Männer (dies entspricht einer 20x höheren Verbreitung als in der Allgemeinbevölkerung⁴;
- Etwa 20% aller Häftlinge (und bis zu 80% der drogenabhängigen Gefangenen) sind HCV-positive (das entspricht einer mindestens 40x stärkeren Verbreitung als in der Allgemeinbevölkerung).
- HIV/Hepatitis-Transmissionen in Haft sind nachgewiesen⁵
- Der stärkste Prädiktor für eine Hepatitis-Infektion ist vorheriger Haftaufenthalt.





- Needle sharing ist in Haft weit verbreitet.⁶

Psychi(atri)sche Störungen

- Etwa 2-4 häufigeres Auftreten von psychischen Störungsbildern
- Hoher Anteil von Depressionen, hohes «underreporting» bei psychischen Störungen (eine Berliner Studie zeigt 40 vs. 74% psych. Störungen v.a. bei Depressionen)
- Höherer Anteil von Psychosen, Afektstörungen, Angststörungen
- Etwa 5x höhere Suizidrate.

Diese gesundheitlichen Störungen insbesondere der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen hohen Teil der medizinischen Leistungen. In einer Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg wurden 76% der medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt⁷.

Sexualität

Ein höherer Anteil von männlichen Gefangenen mit Geschichte eines sexuellen Missbrauchs berichtet sowohl von konsensuellen als auch von erzwungenen Sexalkontakten in Haft⁸. Obwohl es in einem der untersuchten Gefängnisse praktisch keine Zugangs-

beschränkung zu Kondomen und dental dams (Lecktücher) gab, machten nur 12% der männlichen und 18% der weiblichen Befragten von diesem Angebot Gebrauch. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass Sexualität in vielen unterschiedlichen Facetten und Bedeutungszusammenhängen gesehen werden muss, und Sexualität oftmals nur eine Währungsform darstellt. Gleichgeschlechtliche, ungeschützte Sexalkontakte in unterschiedlichen Praktiken gehen aus unterschiedlichen Motiven also nicht selten, sowohl von homo- als auch von heterosexuell orientierten Menschen aus. Sexuelle Gewalt wird oftmals nicht angezeigt, weil dies den gruppeninternen Verhaltenskodex bricht und den Anzeigenden verstärkter Gewalt aussetzen würde, so dass er wiederum Schutz bei anderen Gefangenen suchen müsste, was z.T. schlimmer ist. Gleich welche Reaktion vom Opfer also kommt, ist es Opfer von mehreren gezielten weiteren Übergriffen, was zu Reaktionen von Selbstverletzungen führen kann, um im medizinischen Bereich offiziellen Schutz zu erhalten. So genannte «Langzeitbesuche» sind nur in einem geringen Teil von Gefängnissen erlaubt (in West-Europa nur in

Spanien, Portugal, der Schweiz und einigen wenigen deutschen Haftanstalten).

Weitere gesundheitlichen Belastungen

Die beste Einschätzung der Gesundheit von Gefangenpopulation weltweit ist der Gefangen-Gesundheitsurvey aus New South Wales, der 1996 durchgeführt und 2001 wiederholt wurde⁹. Die folgenden Gesundheitsprobleme wurden dabei u.a. benannt:

- 39% der Frauen und 45% der Männer hatten fortgesetzt Kopfverletzungen, so dass sie ihr Bewusstsein verloren hatten.
- 95% der Frauen und 78% der Männer berichten über mindestens ein chronisches Gesundheitsproblem und viele haben mehr als eines.
- 60% der Frauen und 37% der Männer wurden sexuell missbraucht, bevor sie das 16. Lebensjahr erreicht hatten. Befragt nach kürzlichem sexuellen Missbrauch gaben 69% der weiblichen Gefangenen und 29% der männlichen an, mindestens einmal Opfer gewesen zu sein, 35% der Frauen und 10% der Männer waren zwei oder mehrmals involviert.

Die Organisation der Gesundheitsversorgung in Haft

Die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen («Gesundheitsfürsorge») liegt in der Verantwortung der Justizvollzugsbehörden. In Deutschland z.B. fallen die Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus und sind nunmehr abhängig von den Gesundheitsleistungen der Anstalt. Die medizinische Versorgung erfolgt in der Regel durch hauptamtliche Ärzte/innen und Krankenpflegepersonal. Die Gesundheitsfürsorge ist nach klassischen Prinzipien kurativer Medizin organisiert, wobei ihre Integration in die primär sicherheitsorientierte Institution Gefängnis zusätzliche Problematiken mit sich bringt. Es dominiert ein körperorientierter, pathogenetischer Ansatz, der im Wesentlichen auf individuelles Fehl- und Risikoverhalten fixiert ist.

Die Abhängigkeit des Gefangenen von den Entscheidungen des Arztes über Qualität und Umfang der medizinischen Leistungen, bedeutet eine erhebliche Belastung der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung, wenn der Arzt/die Ärztin

- in die Hierarchie des Anstaltpersonals integriert ist,
- Kontrollaufgaben für die Institution wahrnimmt (z.B. Urinkontrollen) und
- die Kontaktaufnahme des Patienten nicht freiwillig erfolgt.

Der Anstalsarzt/-ärztin wird so zum/r «Zwangsansprechpartner/in» innerhalb des Spannungsverhältnisses von kontrollorientierten Vorgaben und Zwängen des Vollzuges und einer patientInnenorientierten Behandlung. Dieses strukturelle Problem fördert gegenseitiges Misstrauen und belastet die gesundheitliche Versorgungsqualität für die Gefangenen.

An die Stelle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung in der Suche nach Herstellung und Organisation von «Gesundheit» ausserhalb der Anstalten, tritt für die Gefangenen nun die Fürsorge der Anstalt und ihre Verpflichtung, 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 Her-

stellung bzw. Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Gefangenen muss als eine zentrale Voraussetzung für die Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben betrachtet werden.

Das Äquivalenzprinzip

Grundsätzlich hat sich Anstaltsmedizin an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren – Strafvollzug soll nur Freiheit nehmen, aber nicht durch schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen. International akzeptiert ist auch, dass Gefangene zudem alle Rechte behalten sollen, die ihnen nicht durch die Tatsache der Inhaftierung entzogen wurden. Der Entzug der Freiheit ist die Strafe, nicht der Entzug von Menschenrechten. Ein internationaler Konsens besteht darüber, dass die Gesundheitsfürsorge, die in der Gemeinde/Region/Land zugänglich ist, auch den Gefangenen zugänglich sein muss.¹⁰ Wie alle Menschen haben auch Gefangene einen Anspruch auf die höchsten zu erreichenden Gesundheitsstandards. Dieses Recht wird im internationalen Recht garantiert und ist fixiert in der «United Nations Universal Declaration of Human Rights»¹¹ und in vielen anderen internationalen Übereinkünften, Erklärungen oder Charta, die auf diese Grundlage Bezug nehmen.¹²

In der internationalen Diskussion findet das Äquivalenzprinzip seinen Niederschlag in vielen rechtlich bindenden Übereinkünften und Regeln, Empfehlungen und Leitlinien. Die bekannteste und nunmehr seit 50 Jahren bestehende Minimalregeln für die Behandlung von Gefangenen stellt die «Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners» dar¹³. In ihr heisst es: «Gefangene sollen Zugang zu den Gesundheitsdiensten haben, die in dem Land erhältlich sind ohne Diskriminierung aufgrund ihrer rechtlichen Situation.»¹⁴

Lediglich in Europa wird die Einhaltung dieser Grundregeln beobachtet und zwar durch das «Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)¹⁵», eine Staaten übergreifende Einrichtung, die Haftbedingungen in den Ländern des Europarats beobachten kann. Innerhalb dieser Begutachtung werden auch die Leistungen und Qualität medizi-

nischer Dienste untersucht, Verstöße fixiert und an die Landesparlamente zurück gemeldet. Die Parlamente erhalten die Möglichkeit zur Stellungnahme und bekommen die Aufforderung die festgestellten Missstände zu beheben.

Von zahlreichen internationalen Organisationen wie WHO (1993) oder *Europarat* wird die Gleichwertigkeit der Versorgung für einzelne Teilbereiche¹⁶ oder für das gesamte System medizinischer Behandlung eingefordert.

Auch der Europarat hat dies eingefordert: «Die Gesundheitspolitik in der Haft soll Teil der nationalen Gesundheitspolitik und mit ihr vereinbar sein. Der Gesundheitsdienst in einer Vollzugsanstalt soll in der Lage sein, unter Bedingungen, die denen ausserhalb der Anstalt vergleichbar sind, eine allgemeinärztliche, psychiatrische und zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten und Programme auf dem Gebiet der Hygiene und der vorbeugenden Medizin durchzuführen.»¹⁷

Die Grundlagen für dieses Äquivalenzprinzip in Deutschland bestehen in dem gesetzlichen Auftrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Gegenwirkung schädlicher Wirkungen des Freiheitsentzuges (§ 3 Abs. 1 u. 2 des Strafvollzugsgesetzes). 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 Vollzugs. Hierzu sind realistische Einschätzungen und Untersuchungen über die den Gefangenen im Vollzug drohenden gesundheitlichen Risiken und dementsprechende anstaltliche Massnahmen und Mittel der Risikovorsorge erforderlich.

Angleichung der Standards

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 gewährleistet werden. Das heisst, dass die Massnahmen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Ziel-

gruppenvertretenden, einschliesslich regierungsunabhängiger Organisationen ausgearbeitet und in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet werden sollten. Schliesslich sollen die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (z.B. der Bediensteten) Berücksichtigung finden.

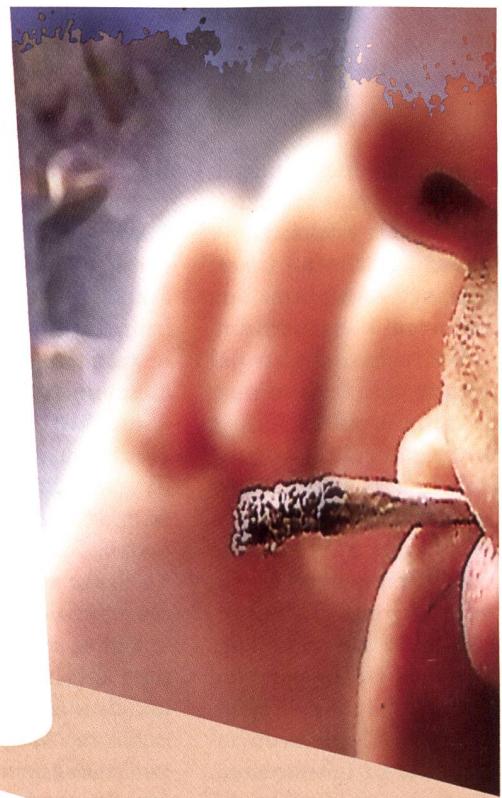
Die oben erwähnten Menschenrechte (auch von Gefangenen) auf Vertraulichkeit und Anonymität in den medizinischen Behandlungen der Gefangenen werden in vielen Gefängnissystemen verletzt. Vertraulichkeit wird oft auch nicht von den Gefangenen selbst bewahrt; das System aber sollte sich schärfer selbst überprüfen, besser aber noch von Externen, unabhängigen Gutachtern überprüft werden, ob es die Vorgaben im Alltag der Gesundheitsfürsorge einhält. So sitzt z.B. der Gefängnisbeamte, der den Insassen zur «Krankenabteilung» begleitet im Untersuchungszimmer und verhindert so eine offene Begegnung des Gefangenen mit dem Patienten¹⁸. Leider gibt es in Deutschland kein Inspektoratswesen (wie z.B. in den Nieder-

landen und England), wo unabhängige, meistens beim Gesundheitsministerium angesiedelte Personen die Behandlungsbedingungen in Haft überprüfen. Dies würde zur Qualitätsverbesserung beitragen, jedenfalls eher als die «Fachaufsicht im eigenen Haus» (durch Ärzte bei den Landesjustizbehörden).

«Basis»- oder «Luxus»-Gesundheitsleistungen

Während das Äquivalenzprinzip der Gesundheitsleistungen «an sich» nicht in Frage gestellt wird, geht es unter finanziellen Gesichtspunkten auf vielen Ebenen des Alltags von Justiz- und Strafvollzug um die Fragen, 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 geführt¹⁹

wie Diskussionen darüber, dass Gefangene eine gesundheitlich hoch belastete Population darstellen, die eine besondere und überproportionale Gesundheitsleistungen erfordert. Letztlich bleibt Richtschnur des Handelns der AkteurInnen in der Gesundheitsfürsorge (Ärzte/innen, MedizinerInnen in den Landesjustizbehörden) – die (notwendigen) Leistungen zum Erhalt und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit zu erbringen – angelehnt an die Leistungen in der Kommune. Doch diese Orientierung wird erschwert durch viele Besonderheiten, die sich zum Teil aus der Strafvollzugssituation mit der hohen Sicherheitsdominanz aller Vorgänge ergeben, und andererseits aufgrund der unscharfen Definition dessen, was eigentlich innerhalb einer vorgegebenen Zeit der Inhaftierung zu leisten ist, bzw. geleistet und finanziert werden soll. Hier zeigen sich die Problembeziehe zwischen «defensiver Medizin» auf der einen Seite und besonderer Hilfestellung auf der anderen. Nur beispielhaft sind hier einige Bereiche der Diskussion skizziert, die unten weiter ausgeführt werden:



- Sollen Grippeimpfungen durchgeführt werden?
- Sollen Hepatitis A+B-Impfungen offensiv angeboten werden?
- Wie wird mit Diagnostik, Monitoring und möglicher anschliessender Therapie von HIV, HBV/HCV umgegangen (Überweisung in Schwerpunktpraxen ausserhalb)?
- Werden Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige begonnen?
- Welche Therapien zum Substanzmittelmissbrauch werden angeboten?
- Welche Ansprüche bestehen auf zahnmedizinische Leistungen?
- Welche gesundheitlichen Leistungen erhalten straffällig gewordene AsylbewerberInnen oder Abschiebehäftlinge?

Diese Aufzählung deutet bereits den enormen Spielraum zwischen «defensiver» und «offensiver» Medizin, aus ärztlicher Sicht «notwendigen» oder «nicht notwendigen» Medikamenten an und markiert, inwieweit die medizinischen bzw. gesundheitlichen Leistungen insgesamt präventiv ausgerichtet, oder als «Akutmedizin» und Basisversorgung verstanden werden.

Handlungsleitende Prinzipien

Mit dem Bestehen des gefängnisinternen Gesundheitssystems entstehen zwangsläufig Bruchstellen mit der Weiterbehandlung in der Kommune, bzw. mit der Fortsetzung von in der Kommune begonnenen Behandlungen. Die Schnittstellenproblematik wird auf der Gefängnisebene zwar 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 benannt werden, die von enormer Bedeutung für die Herstellung von äquivalenten Gesundheitsdienstleistungen innerhalb und ausserhalb des Vollzuges von grosser Wichtigkeit sind. Die handlungsleitenden Prinzipien müssen sein: informierte Zustimmung und Vertraulichkeit – im Gefängnis muss noch stärker auf die Einhaltung beider 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. Levy²⁰ betont, dass die professionellen Gesundheitsdienstleistenden die einzigen AnsprechpartnerInnen der Gefangenen sind und dass sie unabhängige Anwälte/-innen für die Gesundheit des Gefangenen und die öffentliche Gesundheit sein sollten. Prinzipien evidenz-basierter Medizin, zusammen mit Menschlichkeit und Leidenschaft sind im Strafvollzug sogar stärker erfordert 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 Standards in gefängnis-bezogenen Protokollen der Hilfegewährung 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.

Ausbildungsstandards

Es braucht eine grundlegende Verpflichtung zur Qualifizierung und Ausbildung von geeignetem Personal. Es ist anzustreben, examiniertes Krankenpflegepersonal in einem patientInnenfreundlichen, festgelegten PatientIn-Pflege-Schlüssel anzustellen, der mindestens dem Schlüssel in der Gemeinde folgt. Besonderes und ständig aufzufrischende Fortbildung muss durchgeführt werden, um den basalen Erkrankungsrisiken wie vielfältigen Diagnosen bei PatientInnen, Späterkennung einer chronischen Erkrankung, viralen Infektionskrankheiten, Einschätzung des Geisteszustandes von Gefangenen etc. angemessen begegnen zu können. Angesichts der Belastung durch Krankheiten der Gefangenen ist professionelle Kompetenz zentral. Es ist nicht zu akzeptieren, dass unbedachte GesundheitspraktikerInnen (Arzt/Ärztin oder Krankenpflegepersonal) aus welchen Gründen auch immer im Gefängnis «verpflichtet» werden. Alle Professionen, die im Gefängnis beschäftigt sind, müssen sich vorher mit den ethischen und professionellen Dilemmata beschäftigen, denen sie in Ihrer Arbeit im Gefängnis ausgesetzt sind. Schliesslich

geht es darum, multi-professionelle Teams anzustreben, die den Herausforderungen begegnen können.

Angleichung der medizinischen Dienste an und Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten

In den «Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners» von 1955 wird weiter gefordert: «...The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation...»²¹. Auch in der WHO-Erklärung vom 24. Oktober 2003 in Moskau «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».

Die Verschränkung der gefängnisinternen medizinischen und gesundheitsorientierten Leistungen mit denen in der Gemeinde/Region, dient der Verbesserung der Gesundheit der PatientInnen/Gefangenen. Die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis kann so bessere Überleitungen und Behandlungskontinuitäten für die Zeit nach der Haftentlassung herstellen. Durch eine beständige und nachhaltige Kommunikation und Kooperation mit den Diensten ausserhalb kann auch eine verbesserte Absprache (mit Zustimmung der PatientInnen) bei Haftantritt erreicht werden.

Für einige Krankheiten (HIV/AIDS oder Hepatitis-Therapie) braucht es dringend der Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen ausserhalb, da nicht alle AnstaltsärztInnen oder VertragsärztInnen, die für einige Stunden pro Woche im Vollzug arbeiten, auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts sind. Gefangene haben ebenso wie andere Menschen ein Recht darauf, von medizinischen Fortschritten zu profitieren. Dass dies nicht immer der Fall ist, zeigt beispielsweise eine Untersuchung der Substitutions-



behandlung: Die Behandlung selbst wurde in vielen Bundesländern spät eingeführt, ebenso die Erweiterung der Substitutionsmittelpalette (z.B. auf Buprenorphin).

Medizinische Leistungen im Vollzug sind immer auch Gegenstand politischer Debatten. An einigen Punkten wird dies besonders deutlich: Wenn es etwa um Konzepte wie «harm reduction» geht, die ausserhalb des Vollzuges seit 20 Jahren Einzug in die Drogenhilfearbeit gefunden haben, dann gibt es im Vollzug starke ideologische Blockaden, die einen Transfer in den Strafvollzug behindern.

Diese Brisanz wird auch in der oben zitierten Moskauer Erklärung der WHO ausgedrückt und wird als Empfehlung für eine bessere Zusammenarbeit öffentlicher Gesundheitssysteme mit jenen des Strafvollzuges herangezogen, damit «Schadensbegrenzung das Leitprinzip für Präventivkonzepte gegen die Übertragung von HIV/AIDS und Hepatitis im Strafvollzug wird». Letztlich bleibt festzuhalten, dass eine patientInnen-orientierte Sichtweise in der Organisation und inhaltlichen Ausgestaltung verstärkt dazu führt, dass notwendige Krankenbehandlungen so früh wie möglich angegangen

werden können, um Verschlimmerungen und Chronifizierungen zu verhindern, die bei einer verzögerten oder gar nicht stattfindenden Behandlungsaufnahme eher eintreten würden.

Behandlungskontinuität

Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdiensten im Gefängnis und jenen ausserhalb ist immer noch unzureichend, auch dies zum Nachteil der PatientInnen, z.B. wenn die Behandlungskontinuität nicht gewährleistet ist oder Anstaltsärzte/-innen medizinische Entscheidungen kompetenter Gremien oder KollegInnen ausserhalb ignorieren. Dies ist ein Hinweis darauf, statt kameralistisch begründete Separierung patientInnenorientierte Orientierungen einzubüren und auch organisatorisch einzuleiten. In mehreren Ländern ist eine Überführung der anstaltlichen Gesundheitsdienste in die allgemeinen Gesundheitsdienste der Gemeine/Region erfolgt oder wird vorbereitet – trotz aller Anfangsschwierigkeiten mit grossem Erfolg²². Denn diese ganzheitliche PatientInnenversorgung ist patientInnenorientiert.

Inhaftierung ist lediglich ein vorübergehender Ausschluss aus der Gemein-

schaft der Freien. Mit dem Eintritt in das Gefängnis müssen begonnene Therapien fortgesetzt werden, mit der der Rückkehr der Gefangenen müssen in Haft begonnene Behandlungen in der Gemeinde weitergeführt werden. Die Übergänge sind aufgrund der (rechtlich) unterschiedlichen Systeme, Finanzierungsgrundlagen und Hilfephilosopien überwiegend chaotisch. Das Ergebnis ist oft Abbruch weit gedielter Behandlungen, d.h. geringe Therapie-compliance, und im Extremfall eine hohe Mortalitätsrate nach Haftentlassung (bei drogenabhängigen Gefangenen)²³. Eine durchgehende Behandlung ist gefordert, die den gesundheitlichen Bedürfnissen der Gefangenen und nicht den anstaltlichen Möglichkeiten und ideologischen Blockaden verpflichtet ist.

Im Fokus: Angehörige

Levy²⁴ weist darauf hin, dass die Gesundheit «Zurückgelassener», d.h. der PartnerInnen, Familien, Kinder ebenfalls in den Blick genommen werden müsste. Dadurch dass PartnerInnen Stress durch den Verlust des Partners/der Partnerin erleben, Augenzeuginnen der Verhaftung und Inhaftierung wer-

den, begleitende Gewalt miterleben, den schnellen Wechsel von Abhängigkeit zur «*Abwesenheit desjenigen, von dem man abhängig war*» erfahren, unterschiedlichster Form mit dem Strafvollzugssystem konfrontiert werden, in die Schulden der Partnerin/des Partners (innerhalb und ausserhalb des Gefängnisses) hineingezogen werden und Stigmatisierung erleben, kann ihre Gesundheit Schaden nehmen. Viele dieser Punkte gelten auch für die Kinder. Einer australischen Studie zufolge haben 4% der Kinder einen Elternteil an «*das Gefängnis verloren*», und 20% der Aboriginal Bevölkerung haben/hatten solche Erfahrungen²⁵.

«Prison Health is Public Health»

Gefangene kommen aus der Gesellschaft und kehren in aller Regel wieder in die Gesellschaft zurück. Sollen gesundheitliche Risiken nach Entlassung für ehemalige Inhaftierte, PartnerInnen, Familienangehörige minimiert und Behandlungschancen nicht vertan werden, dann müssen die Gesundheitsdienste in der Gemeinde/Region stärker in die Gesundheitsfürsorge der Anstalt einbezogen werden. Gegenwärtig hat man den Eindruck, dass die anstaltliche Gesundheitsfürsorge oftmals eher anstalts- und sicherheits- als patientInnenorientiert funktioniert. Barrieren und unnötige Restriktionen tragen eher zum Risiko für Rückfall und Krankheitsverschlimmerung nach der Entlassung bei, als dass sie dieses Risiko mindern. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Drogenabhängigen, denen oftmals eher mit den Mitteln der Angebotsverknappung als mit denen der Schadensminimierung begegnet wird. Es geht insgesamt mehr um die Benennung des Widerspruchs von Sicherheit und Gesundheitsversorgung und um eine Balance zwischen diesen Polen.

Es ist eine verstärkte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Gesundheitsdiensten in Haft und in der Gemeinde/Region gefordert, die sich auf folgende Bereiche beziehen sollte:

- Identifikation gemeinsamer Ziele und auch Unterschiede – sowohl auf der einen wie auf der anderen Seite der Mauer
- Identifikation von Ressourcen sowohl aktueller wie zukünftiger, basierend auf Zielen die beiden Dienste erreichen wollen
- Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Professionellen in Gesundheitsdiensten
- Gemeinsame Auseinandersetzung mit den Gesundheitsbedürfnissen der GefängnisbeamtenInnen
- Setzung gemeinsamer Ziel, Bestimmung von Möglichkeiten der Erreichung und Überprüfung dieser Ziele (mit anerkannten Mitteln der Evaluation)

Reicht die Äquivalenz-orientierung aus?

Aber reicht es überhaupt, wenn Gefangene 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 können²⁶. Wohl kaum. Die oben erwähnten spezifischengesundheitlichen Defizite der Gefangenen erfordern eigentlich aussergewöhnliche Massnahmen, die über das Mass dessen hinausgehen, was an durchschnittlicher Krankenversorgung ausserhalb bereit gestellt wird.

Viele PraktikerInnen weisen darauf hin, dass die Gefangenen in Bezug auf die medizinische Versorgung im Strafvollzug eigentlich in mehreren Punkten besser gestellt seien, als wenn sie in Freiheit wären. (Das geht bis hin zur Forderung, die Gefangenen mögen sich an den Krankenkosten stärker beteiligen). Als Argumente werden unter anderem die Befreiung von der Zuzahlungspflicht, zahnmedizinische Leistungen oder kostenlose Entfernung von Tattoos genannt. Gestärkt wird diese Sichtweise noch dadurch, dass eine oftmals eine schnelle und dramatische Gesundung der Gefangenen eintritt: Gewichtszunahme, bessere Ansprechbarkeit, Teilnahme an sportlichen Aktivitäten mit dem Erfolg höherer körperlicher Belastbarkeit und Verbesserung der Kondition etc. werden als Zeichen der Gesundung angeführt. Dies sind in der Tat oft zu beobachtende dramatische Veränderungen, gemessen am körperlichen Status bei Haftantritt – leider sind sie in den meisten Fällen nicht von Dauer. Nach Haftende verschwinden diese guten Effekte in der Regel wieder. Die körperlichen Verbesserungen werden oftmals nur durch einen verbesserten Tag-Nachtrhythmus und

eine regelmässige Ernährung in der Anstalt begründet.

Haftbedingte Faktoren der Gesundheitsminderung

Diese selektive Wahrnehmung von «Gesundung» blendet allerdings auch aus, dass es neben der physischen noch andere Dimensionen von Gesundheit gibt (die psychische und die soziale), die nicht unmittelbar sichtbar und veränderbar sind, und schliesslich profitieren nicht alle Gefangenen von der oberflächlichen «Gesundung», sondern nur ein Teil.

In dieser Wahrnehmung von «Gesundung» spielen iatrogene²⁷ Prozesse keine Rolle: institutions-/haftspezifische Entwicklungen, die gesundheitlich belastend sind: Gewalt, sexuelle Gewalt, Gewaltandrohung, Einschüchterung und Erpressung, Angstzustände, Depressionen, lethargisches Verhalten. Trotz aller Bemühungen, den Anspruch des Behandlungsvollzuges einzulösen, bleibt die strukturelle Dynamik des geschlossenen Vollzuges mit der Ressourcenverringerung der Gefangenen in mehr oder weniger starker Ausprägung erhalten: Das Leben im Gefängnis ist reizarm gestaltet und soll auch reizarm gestaltet werden, und aus Sicherheitsgründen wird das tägliche Leben in einem extremen Ausmass bis in die kleinsten Details strukturiert. Das Ergebnis ist oftmals eine «erlernte Hilflosigkeit» bei den Gefangenen. Auch Gesundheit im Gefängnis wird zu etwas verordnetem, zur Beseitigung offenkundiger Erkrankungen – oftmals unter Nichtberücksichtigung haftbedingter Krankheitsfaktoren. Dies bedeutet, dass vorhandene Ressourcen und Kompetenzen der Gefangenen nicht nur nicht gefördert, sondern unterdrückt werden müssen. Duncker²⁸ weist darauf hin, dass diese Ressourcenverringerung mit ihren Symptomen Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Interessen- und Mutlosigkeit, Passivität etc. in einem anderen Kontext ein eigenes Krankheitsbild darstellen würde: den Hospitalismus. Dieses Syndrom der Depravierung im Gefolge längerer Krankenhaus- bzw. Anstaltsaufenthalte ist vornehmlich bei Kindern und psychisch Kranken festgestellt worden, die langfristig in einer umfassend versorgenden Krankenhausssituation, also in einem ähnlich abhängigkeitsfördernden System wie dem Gefängnis



untergebracht waren. Die Tatsache der Ressourcenverringerung in «totalen» Institutionen muss als prägend, auch für die gesundheitliche Verfassung der Gefangenen, begriffen werden. Schliesslich werden Gefangene auch von solchen gesundheitlichen Versorgungen abgeschnitten, die sie ausserhalb der Anstalt leicht und jederzeit erhalten können: Substitutionsbehandlungen, sterile Einwegspritzen, Kondome etc.

Gesundheitsförderung im Gefängnis

Reicht ein Umsteuern, eine Verbesserung der Gesundheitsfürsorge, ein Mehr und Besser? Ganz bestimmt für die Situation vieler Gefangener. Aber die strukturelle Ebene von gesundheitlicher Verfassung wird damit nicht verändert. Dies ist übrigens kein gefängnistypisches Problem (obwohl hier überdurchschnittlich viele Gesundheitsprobleme der Menschen in diesen Institutionen offenbar werden): Auch andere Institutionen wie Krankenhäuser, Schulen oder gar Städte haben erkannt, dass sie die Gesundheitsprobleme der PatientInnen, SchülerInnen und BewohnerInnen nur dadurch lösen können, dass sie die Betroffenen beteiligen, Politik transparent gestalten und die Prozesse so gestalten, dass sie von Menschen verstanden (Reflexion) und als machbar (Selbstwirksamkeit) und sinnhaft (Bedeutsamkeit) erlebt werden können. Das Konzept «Ge-

sundheitsförderung» hebt auf diese Elemente ab. Es hat ein Setting-Verständnis zur Grundlage: Es geht um die Gesundheit aller Menschen, die innerhalb eines Systems oder einer Institution leben, arbeiten, essen, lieben, Freizeit verbringen. Insofern bezieht sich das Problem der Gesundheit im Gefängnis nicht nur auf Gefangene, sondern auch auf die Gesundheit der Bediensteten²⁹.

Mit dem Ziel der Ressourcenförderung und der Erweiterung der individuellen und sozialen Handlungskompetenzen geht es um die Lebens- und Gesundheitsbedingungen Gefangener und der im Strafvollzug Beschäftigten. Deutlich wird, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Das bedeutet, dass für die Stärkung protektiver Faktoren die jeweiligen Lebens-, Arbeits-, Lern- und hier die Vollzugsbedingungen mit berücksichtigt werden müssen. Dies umfasst neben der Einbeziehung der spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen im Gefängnis auch die materiellen, baulichen, personellen, kommunikativen und kooperativen Gegebenheiten des Gefängnisses. Ein systemischer Blick auf das Gefängnis ist gefordert, der lebensweltbezogen, fächerübergreifend und kontextorientiert hilft, die Lebensqualitäten unter den gegebenen Bedingungen des Freiheitsentzuges weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine Diskussion von «Healthy Prisons» durch mehrere Disziplinen geführt werden muss:

Erkenntnisse aus Sozial-, Gesundheits-, Politik- und Rechtswissenschaften müssen miteinander verbunden werden, um die Bedingungen und Entwicklungspotentiale einer Gesundheitsförderung im Gefängnis zu analysieren³⁰.

Abschliessende Bemerkungen

Es geht also nicht nur darum, die Krankheit des Einzelnen reaktiv zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge-(untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen. Vielmehr soll darüber hinaus eine Gesundheitsförderung betrieben werden, welche die Ressourcen des Einzelnen aktiviert und alle AkteurInnen in einem bestimmten Setting zu integrieren versucht. Die gesundheitsabträglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen (die physischen, zeitlichen, baulichen und organisatorischen Bedingungen von Gefängnis) müssen in diesem Sinn 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.).

Die WHO hat sich deshalb nach dem Vorbild erfolgreicher «settings-projects» zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von «Health in Prisons-Projek-

ten³¹ aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen für eine solche Entwicklung zu schaffen. Gegenwärtig sind über 30 Länder in diesem Netzwerk organisiert (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, betriebliche Gesundheitsförderung etc. – Bestrebungen, die konsequent darauf ausgerichtet sind, aus der «Prison Health» einen Aspekt der «Public Health» zu machen. ■

Literatur

- **Bögemann, H. (2004):** Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Oldenburg: Bis-Verlag
- **Butler T, Milner L. (2003):** Inmate Health Survey. Corrections Health Service. ISBN 073473560X. Corrections Health Service. Sydney
- **Butler T.(1997):** Preliminary Findings from the Inmate Health Survey (Physical and Mental Health Status) of the Inmate Population in the New South Wales Correctional System. ISBN 0731340981. Corrections Health Service. Sydney
- **Council of Europe.** Committee of Ministers. Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prisons. (Adopted by the Ministers on 8 April 1998, at the 627th meeting of the Ministers' Deputies).
- **International Centre for Prison Studies.** World Prison Brief. www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/oceania_records.php?code=192 (09.03.2005)
- **Keppler, K.-H.; Nolte, F.; Stöver, H. (1996):** Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, H. 2/96, S. 98-107
- **Levy M. (2005):** Prison Health Care provision I Australia. In: Int. Journal of Prisoner Health (in press)
- **Levy MH. (1999):** Australian prisons are still health risks. Med J Aust 5;171:7-8.
- **Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D., & Nelles, J. (2004):** Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Montréal, Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- **Office of the High Commission for Human Rights.** Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (1955) and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.
- **Office of the High Commissioner for Human Rights.** Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. [Principle 9]
- **International Centre for Prison Studies (2004):** Prison Health and Public Health: the integration of Prison Health Services. (2004) Report from a Conference.. ISBN 0-9535221-8-0. International Centre for Prison Studies, King's College London
- **Quilty S, Levy MH, Howard K, Barratt A, Butler T. (2004):** Children of prisoners: a growing public health problem. Australian and New Zealand Journal of Public Health 28: 339-343.
- **Stöver, H. (2000):** Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag
- **Stöver, H. (2002):** DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. In: Suchttherapie 3, Sept. 2002, S. 135-145
- **Stöver, H. Nelles, J. (2004):** Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. In: International Journal of Drug Policy (No. 1/04)
- **Stöver, H; Weilandt, C. (1997):** Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug. In: Infektionsepidemiologische Forschung, H. 2.
- The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Health care services in prisons. Extract from the 3rd General Report [CPT/Inf (93) 12].
- The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. CPT/In/E (2002) – Rev 2004. (2004) The CPT standards.

Fussnoten

- ¹ Die zweite Konferenz findet voraussichtlich im April 2006 in Wien statt (gesundinhalt@wiad.de)
- ² Eine Konferenzdokumentation ist in Vorbereitung und kann neben weiteren Informationen über gesundinhalt@wiad.de bezogen werden. Filmmitschnitte der Plenarvorträge können unter folgender URL aufgerufen werden: <http://mlecture.uni-bremen.de/index.php>
- ³ Vgl. Stöver 2002
- ⁴ Vgl. insgesamt: Stöver/Weilandt 1997
- ⁵ Keppler u.a. 1996
- ⁶ Vgl. Lines u.a. 2004; Stöver/Nelles 2004
- ⁷ Tielking/Becker/Stöver 2003
- ⁸ Butler 1997
- ⁹ Butler 2003
- ¹⁰ United Nations Basic Principles for the Treatment of Prisoners states «Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.» Adopted by General Assembly Resolution 45/111, annex, 45 U.N. GAOR Supp. (No. 49A) at 200, U.N. Doc. A/45/49 (1990); United Nations Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment states «Health personnel, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees have a duty to provide them with protection of their physical and mental health and treatment of disease of the same quality and standard as is afforded to those who are not imprisoned or detained.» Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 (December 1982). World Health Organization Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons states «All prisoners have the right to receive health care, including preventive measures, equivalent to that available in the community without discrimination...with respect to their legal status.» (WHO, Geneva: 1993). p.4; UNAIDS's Statement on HIV/AIDS in Prisons states «With regard to effective HIV/AIDS prevention and care programmes, prisoners have a right to be provided the basic standard of medical care available in the community.» Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996.
- ¹¹ Universal Declaration of Human Rights. UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 at 71 (1948).
- ¹² Diese beinhalten: International Covenant on Civil and Political Rights; the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; the African Charter on Human and Peoples' Rights; the American Convention on Human Rights; the Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights; the [European] Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms; the European Social Charter.
- ¹³ Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, 1955
- ¹⁴ Eigene Übersetzung: «Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.»
- ¹⁵ <http://www.cpt.coe.int>
- ¹⁶ Z.B. Umgang mit HIV/AIDS in Gefängnissen: WHO 1993
- ¹⁷ Empfehlung des Ministerkomitees Nr. (98) 7 vom 8. April 1998 über die Einhaltung von ethischen und organisatorischen Grundsätzen der medizinischen Versorgung im Gefängnis (Veröffentlichungen des Council of Europe, 1998, Recommendation Nr. (98) 7, in Kurzform ZfStrVO 1999, 104). Einen willkommener Beitrag zur Fortbildung von Ärzten/innen zu ethischen Fragestellungen im Vollzug bietet ein Kurs der Norwegian Medical Association: <http://lupin-nma.net/>
- ¹⁸ Eigene Beobachtung während eines Forschungsaufenthaltes
- ¹⁹ So werden in der JVA Bremen aus «ärztlicher Sicht» notwendige Medikamente weiterhin kostenfrei abgegeben, nicht verschreibungspflichtig und aus ärztlicher Sicht «nicht unbedingt notwendige Medikamente» sind jedoch vollständig vom Gefangenen selbst zu bezahlen. Die Redaktion der Gefangenenzetschrift «Diskus 70» fügt hinzu, dass «bereits jetzt z.T. erhebliche Zuzahlungen bei anderen medizinischen Leistungen (Krankengymnastik, Massagen, Physiotherapie oder auch bei bestimmten zahnärztlichen Leistungen fällig werden». Die rechtliche Zulässigkeit solcher Zuzahlungen sei, vorsichtig ausgedrückt, zweifelhaft. Im Gesetz seien Zuzahlungen nur beim Zahnersatz ausdrücklich vorgesehen.
- ²⁰ 2005
- ²¹ Rule 22/1; vgl. auch Vereinte Nationen 1990, Principle 9
- ²² England/Wales, Norwegen, Frankreich und New South Wales/Australien; International Centre for Prison Studies 2004
- ²³ Stewart et al 2004
- ²⁴ 2005
- ²⁵ Quilty, 2004
- ²⁶ Vgl. Levy 2005
- ²⁷ Schulmedizinischer Fachausdruck für eine Erkrankung, die durch den Behandelnden ausgelöst worden ist.
- ²⁸ 1999
- ²⁹ Siehe Bögemann 2004
- ³⁰ Vgl. umfassend zur Gesundheitsförderung in Haft: Stöver 2000
- ³¹ <http://www.hipp-europe.org>