

Wechsel in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener. Vom Ministerium für Justiz zum Ministerium für Gesundheit – Stand der Dinge.

Jörg Pont

Ein 2010 in London abgehaltenes WHO network meeting stand unter dem Motto „does it matter which government ministry is responsible for health of prisoners?“ - Spielt es eine Rolle welches Ministerium für die Gesundheit von inhaftierten Menschen verantwortlich ist? Die Frage stellt sich wegen der eigenartigen Situation, die wir in Haftanstalten vorfinden. Zwei Berufsgruppen mit völlig unterschiedlichen Aufgaben arbeiten hier unter ein und demselben Dach: Justizwache und Gefängnisverwaltung mit den Aufgaben Anhaltung in Untersuchungshaft, Vollzug der Freiheitsstrafe, Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung und Förderung sozialer und kriminologischer Rehabilitation nach den Vorgaben der Strafrechts einerseits, und Gesundheitspersonal mit den Aufgaben Erhaltung der Gesundheit der Inhaftierten, Prävention/Vorsorge, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen und individuelle medizinische Betreuung nach Grundsätzen medizinischer Ethik andererseits. In der Mehrzahl europäischer Länder erfolgt dies unter alleiniger administrativer Aufsicht der Justizbehörden, die, naturgemäß, den Aufgaben des Vollzuges mehr Augenmerk schenkt als denen der Gesundheit.

Aus medizinischer Sicht ist das Äquivalenzprinzips, also die Nichtinhaftierten gleichwertige gesundheitliche Betreuung inhaftierter Menschen, und die professionelle Unabhängigkeit gesundheitlicher Betreuung in Haft sicherlich schwieriger zu verwirklichen, wenn die Gesundheitsversorgung der Gefängnisverwaltung und nicht den Gesundheitsbehörden unterstellt ist. Diesen ethischen Argumenten, Äquivalenz und professionelle Unabhängigkeit der gesundheitlichen Betreuung, Rechnung tragend, empfehlen der Europarat, das Europäische Komitee zu Prävention von Folter, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung und Bestrafung (CPT), die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Vereinten Nationen (UN), für die gesundheitliche Betreuung inhaftierter Menschen die Rolle der Gesundheitsministerien zu stärken, sie in enger Verbindung zum öffentlichen Gesundheitswesen zu organisieren und so weit als möglich zu integrieren, oder sie überhaupt den Gesundheitsbehörden zu übertragen, zumal Gesundheit von inhaftierten Personen in der Gesamtverantwortlichkeit des Staates liegt.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von sehr praktischen Überlegungen, die eine Einbindung, Integration zumindest aber enge Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitswesen zweckdienlich erscheinen lassen: Kompetentere fachliche Aufsicht über gesunde Lebensbedingungen in Haft und Behandlung von Beschwerden über gesundheitliche Betreuung in Haft; Lizenzierung und Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen in Haftanstalten in gleicher Weise wie im öffentlichen Gesundheitswesen; Trennung des Gesundheitsbudgets vom Vollzugsbudget; Kostensparendes gemeinsames Verwenden von Ressourcen (Humanressourcen, Ausbildung, Einrichtungen) und Vereinheitlichung medizinischer Dokumentation und Erfassung epidemiologischer Daten; Einbeziehung inhaftierter Personen in öffentliche Gesundheitsinitiativen und stationäre Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern; Kontinuität der Betreuung bei Entlassung; Verbesserte Möglichkeiten der Rekrutierung von Gesundheitspersonal und Verminderung derer professioneller Isolation, wenn sie nicht nur im Gefängnis tätig sind.

Historische Überblick: In den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts hat als erster der Schweizer Kanton Genf die Übernahme der Gesundheitsbetreuung in Haft durch die Gesundheitsbehörden durchgeführt, gefolgt von Norwegen, das 1988 den „Import Modell“ genannten Transferprozess der Übernahme durch die regionalen und zentralen Gesundheitsbehörden abschloss.

In den 90er Jahren schlossen sich Island und Frankreich sowie ein weiterer Schweizer Kanton, Waadt, an. Zwischen 2000 und 2010 folgten das United Kingdom, zuerst England und Wales, dann Schottland und Nordirland sowie Luxemburg, Zypern, der Schweizer Kanton Wallis und die Regionalverwaltung Kataloniens an. Nach 2010 haben Italien, Finnland, der Kosovo, abgeschlossen, sowie die Schweizer Kantone Neuenburg/Neuchâtel und Basel sowie die baskische Regionalverwaltung den Transfer abgeschlossen. Weitere Länder befinden sich noch im Übergangsprozess und/oder haben Teile der Gesundheitsbetreuung in Haft den Gesundheitsbehörden übertragen – am weitesten gediehen ist der Transfer in Slowenien, aber auch Dänemark, Nord Mazedonien, Litauen, Ungarn, und die Türkei haben diesen Weg eingeschlagen. In Österreich und Deutschland hingegen scheint die Diskussion über diese Entwicklung noch nicht begonnen zu haben.

Folgende Lehren und Erfahrungen können wir von jenen Ländern/Regionen ziehen, die den Transfer durchgeführt haben: Der Anstoß, den Wechsel zu vollziehen kam in der Mehrzahl nicht aus dem System, der Justizverwaltung, sondern wurde von außen herangetragen, von medizinischen oder Public Health Organisationen im Land oder von internationalen Inspektionen wie der CPT, in Sorge um Menschenrechte von Patienten und Qualität der gesundheitlichen Betreuung aber auch um die Rolle des Gesundheitspersonals hinsichtlich ihrer beruflichen Unabhängigkeit.

In allen Ländern gestaltete sich die administrative Umgestaltung als langwieriger bis zu 10 Jahren dauernder Prozess, der gründliche Vorbereitung, schrittweises Vorgehen, inter-ministerielle Steuerung und volles politische Engagement erforderte.

Die Erwartung einiger Administrationen, dass die Übernahme ohne Kostenerhöhung vor sich gehen könnte, traf in der Mehrzahl der Länder nicht ein, und zwar nicht weil die Gesundheitsbetreuung unter der Verwaltung der Gesundheitsbehörden kostenaufwendiger war sondern einfach weil in den meisten Ländern der Gesundheitsbereich unter der Justizverwaltung unterbudgetiert gewesen war und Budgetanhebungen sich für die Verbesserung der Qualität als unvermeidlich erwiesen.

Die administrative Trennung erfordert intensive Koordination und Kooperation aller Beteiligten auf allen Ebenen nicht nur während des Transfer Prozesses sondern anhaltend auch danach um Missverständnisse zwischen beiden Berufsgruppen zu vermeiden, die aus mangelndem Verständnis für die Aufgaben der jeweiligen anderen Berufsgruppe entstehen und zu Qualitätsverlusten der Gesundheitsbetreuung einerseits oder Beeinträchtigung der Sicherheit führen können und/oder zu persönlichen Spannungen/Ressentiments führen können. Neben intensiver strukturierter Kommunikation zwischen Gesundheitsbetreuern und Vollzugsbeamten ist gezieltes Training aller Beteiligten erforderlich, insbesondere des Gesundheitspersonals das mit den Gegebenheiten und den spezifischen ethischen Herausforderungen der Betreuung von Patienten im Gefängnis nicht oder noch nicht vertraut ist.

Allen diesen Herausforderungen Rechnung tragend, hat da von der UNODC/WHO herausgegebene Dokument „Good governance of prison health care in the 21st century“ darauf hingewiesen, dass der Transferprozess, sobald entschieden, mit der notwendigen Sorgfalt und Umsicht erfolgen muss um nicht zusätzliche Risiken für die Gesundheit inhaftierter Menschen hervorzurufen.

Die entscheidende Frage, ob in diesen Ländern die Übernahme der Gesundheitsbetreuung inhaftierter Personen durch die Gesundheitsbehörden auch wirklich eine Verbesserung der Qualität derselben bedingt hat, wird von den meisten mit einem positiven Eindruck beantwortet ohne das aber evidenzbasiert belegen zu können, weil aufgrund ungenügender Datenkollektion base-line Daten und validierte Indikatoren für Qualität der Gesundheitsbetreuung in Haft fehlen, insbesondere solche, die international anwendbar wären. Die einzigen publizierten Berichte mit konkreten Daten, die eine verbesserte Gesundheitspflege in Gefängnissen durch die Übernahme von Gesundheitsbehörden belegen stammen aus dem UK von Public Health England, die auch

systematische Datensammlung und die Entwicklung national applizierbarer Indikatoren dafür vorangetrieben haben. Sie belegen eine signifikante Verbesserung der Betreuung, ein Anheben der klinischen Standards und der Verantwortlichkeit, und einen Zuwachs an Transparenz in der Gesundheitsbetreuung, die durch intensive Zusammenarbeit von Public Health England, dem National Health System und dem National Offenders' Management System erreicht wurden nach Einsatz von intensivem Training der Gesundheitsbetreuer und nach sorgfältiger, systematischer Erfassung der Bedürfnisse der inhaftierten Personen und intensiver Kooperation mit nachbetreuenden Organisationen in der Gesellschaft.

Der Wahlspruch von Public Health England für die Gesundheitsbetreuung inhaftierter Menschen, „care not custody, care in custody, care after custody“ soll hier als Schlusswort stehen.