

## „Gesundheitsfürsorge in Haft sollte mindestens so gut wie in Freiheit sein“

Interview mit Stefan Enggist, Leiter des Programms „Gesundheit im Gefängnis“ der Weltgesundheitsorganisation

**BAG-S:** Herr Enggist, Sie arbeiten bei der WHO, der Weltgesundheitsorganisation und sind dort für das Programm „Gesundheit im Gefängnis“ (Health in Prisons Programme HIPP) zuständig. Wie muss man sich das vorstellen?

**ENGGIST:** Also zur Orientierung ist erst mal wichtig: Die WHO ist in sechs Weltregionen aufgeteilt. Das „Health in Prisons Program“ gehört zur WHO Europa. Das Regionalbüro sitzt in Kopenhagen und zu unserer Region gehören 53 Länder. Das sind zum einen die 47 Länder, die dem Europarat angehören. Hinzu kommen bei der WHO noch Israel, Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan. Das Programm „Gesundheit im Gefängnis – englisch: Health in Prisons Program“, das ich im Moment leite, ist ein relativ kleines Programm. Immerhin sind aber 44 dieser 53 Staaten in irgendeiner Weise in unserem Netz, das wir seit 1995 unterhalten, aktiv. Das sind meist Personen aus den Gesundheits- oder Justizministerien. Diese Mitgliedschaft bedeutet vor allem, dass man am jährlichen Netzwerktreffen, das wir, die WHO organisieren, teilnimmt und dort et-

Das Programm zielt auf die Fundierung der Menschenrechte im Gefängnis-Gesundheitsbereich. Konkret heißt das die Umsetzung des Rechtes auf Gesundheit des Inhaftierten

unsere Rolle vor allem in der Politikberatung besteht. Aufzuzeigen, unter welchen Rahmenbedingungen Gesundheitsfürsorge im Gefängnis stattfinden sollte.

**Ist Deutschland eigentlich Teil des Netzwerkes?**

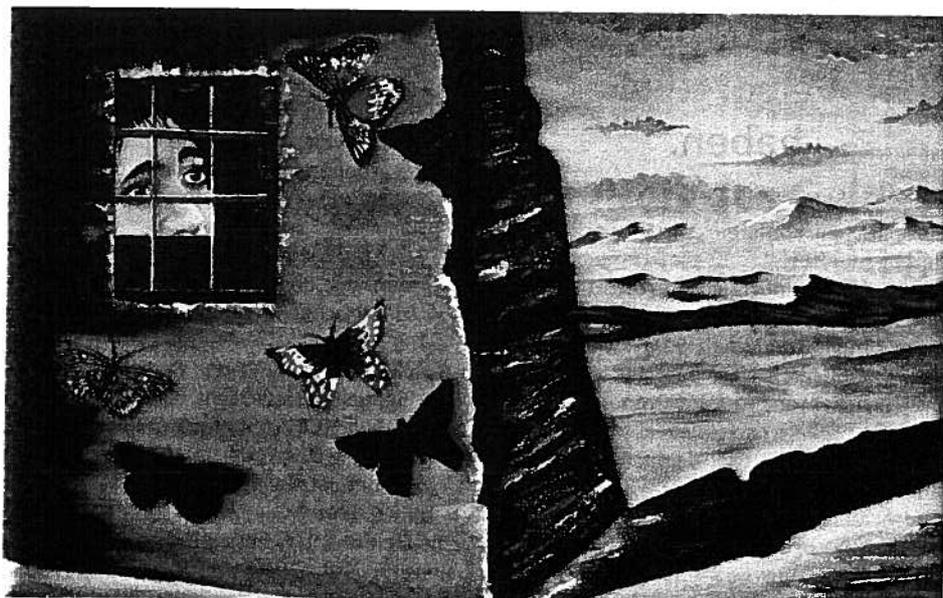
Nein, Deutschland ist nicht dabei! Ich kenne das Netzwerk seit 2005. So lange ich mich erinnere, war Deutschland nie Mitglied des Health in Prisons Program. Ich habe allerdings nicht den Gesamtüberblick seit 1995, als dieses Programm ins Leben gerufen wurde. Ich weiß nicht genau, worauf es zurückzuführen ist, dass sich Deutschland nicht beteiligt. Ich kann mir vorstellen, dass auch die Föderalismusreform in Deutschland die Sache schwierig gemacht hat, denn Adressaten der WHO sind die nationalen Regierungen und nicht einzelne Bundesländer wie in Deutschland oder Kantone wie in der Schweiz.

**Welche Möglichkeiten hat denn die WHO überhaupt, Missständen in der Gesundheitsfürsorge inhaftierter Menschen entgegenzuwirken?**

Ich habe vorhin den Europarat erwähnt. Der Europarat ist in Europa zuständig für die sogenannten European Prison Rules. Der Europarat macht das – ich möchte mal sagen – auf leibplankenrechtliche Art. Also rechtliche Geleitschreiben, die für die Gesetzgeber in den einzelnen Ländern in Bezug auf Gefängnisgesundheitsleitlinien darstellen sollten. Der Europarat unterhält die Antifolterkommission, das ist das CPT – Committee for the Prevention of Torture- und diese hat das Mandat, Gefängnisse in ganz Europa zu besuchen und im Hinblick auch auf gesundheitliche Standards zu überprüfen. Die WHO hingegen hat kein solches formales Mandat. Was sie hat, ist ein informelles Mandat der 44 Länder, die Gesundheit im Gefängnis zu fördern. Wir können also nicht irgendeinem Land der WHO irgendetwas in Sachen Prison Health, also Gefängnisgesundheitsvorschriften vorschreiben. Was wir tun können und tun, ist die Abfassung von Policy-Guidance-Papieren, also Politikempfehlungen formulieren. Indem wir diese Papiere in den teilnehmenden Ländern bekannt machen, versuchen wir einen Beitrag für bessere Gesundheitsfürsorge in den Gefängnissen zu erreichen. Wir können also versuchen, über unsere regionalen Büros der WHO Einfluss auf die Länder und die zuständigen Ministerien zu nehmen. Wir laden diese auch zu unseren Konferenzen ein, wo wir versuchen, sie von gewissen Notwendig-

## „Deutschland ist nicht dabei.“

auch im Gefängnis. Es findet ein Austausch zwischen den Justizvollzugssektoren und den Gesundheitssektoren in den Ländern statt. Und zwar angefangen auf der Ministerienebene bis hin zur praktischen Ebene im Gefängnis, also zwischen Gefängniswärtern und Mitarbeitern des Gefängnisgesundheitsdienstes. Von Anfang an spielte dabei die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten in Haft eine zentrale Rolle. Zunehmend gewinnen aber auch Fragen der Mental Health, also der psychischen Gesundheit an Bedeutung.



Hasan, Türkei

Art and Prison e.V.

was zu der spezifischen Gesundheitsthematik, die auf der Tagesordnung steht, präsentiert.

Ein wichtiger Teil des „Health in Prisons Program“ ist somit der Austausch über gute Praxis im Bereich der Gefängnisgesundheitsfürsorge. Wir versuchen den Transfer dieser guten Beispiele an die Fachleute aus Politik und Praxis zu fördern.

**Und was machen Sie konkret?**

Mein Arbeitsalltag besteht darin, dass ich den Kontakt mit den Netzwerkmitgliedern pflege. Ich beteilige mich an Publikationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen in Haft, betreue die Web-Seite und repräsentiere die WHO auf internationalen Konferenzen zum Thema Gefängnisgesundheitsfürsorge. Ich glaube, dass

keiten zu überzeugen. Unsere Arbeit lebt von der Überzeugungskraft unserer Argumente und von wissenschaftlich fundierten Analysen und Berichten.

**In welchen Staaten wurden denn bei der Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten die größten Fortschritte erzielt und wo gibt es noch hohen Nachholbedarf?**

Zunächst mal zu der positiven Seite der Entwicklung: Ich glaube, inzwischen gibt es in Europa kaum mehr jemanden, der bezweifelt, dass Gefängnisgesundheits zur öffentlichen Gesundheit gehört. Dass die Gesundheit der Gefangenen einen Einfluss auf die öffentliche Gesundheit hat und dass öffentliche Gesundheit sich mit verantwortlich fühlen muss, dass Gefängnisse nicht ein Ort minderer Gesundheit sind. Also ein Ort, aus dem gesunde Menschen nach Verbüßung der Haftstrafe krank entlassen werden und im schlechtesten Fall sogar Menschen aus ihrem Gemeinwesen mit haftbedingten Infektionskrankheiten anstecken können.

Im Vergleich zum Rest der Welt haben wir in Europa ein europaweites Kontrollorgan, das mit dem Mandat ausgestattet ist, die Gefängnisgesundheits in Europa und darüber hinaus die Gefängnisbedingungen in Europa zu überprüfen, ich meine das schon erwähnte CPT – das Committee for the Prevention of Torture. Dies gewährleistet es, in einen permanenten Dialog mit den beteiligten Staaten zu kommen, die dann in der Regel auch Reformen ergreifen, wenn sie vom CPT kritisiert werden.

Ich denke auch, dass die europäischen Prison Rules, also die Empfehlungen des Europarates zum Strafvollzug, ein sehr fortschrittliches Instrument sind. Sie gehen meiner Auffassung nach in Bezug auf Gesundheit weiter als die Empfehlungen der UNO-Behörden. Ebenfalls ein deutlicher Fortschritt.

#### **Und der größte Aufholbedarf?**

Es gibt in Europa je nach Region ganz unterschiedlichen Aufholbedarf. In Osteuropa muss in Bezug auf Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung noch viel getan werden. Es gibt in dieser Region Staaten, wo Inhaftierte ein hohes Risiko tragen, sich zum Beispiel mit TB, Hepatitiden oder mit HIV zu infizieren. Und dies aufgrund der Tatsache, dass die hygienischen Verhältnisse ungenügend sind, zum Beispiel keine gute Lüftungsverhältnisse garantiert oder die Gefängnisse überbelegt sind. Es spielt auch eine Rolle, dass wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Trotz effektive Maßnahmen wie Spritzenabgabe oder Substitution für Drogenabhängige noch überhaupt nicht flächendeckend eingeführt wurden. Und dies, obwohl man seit fast 30 Jahren damit nur gute Erfahrungen gesammelt hat. Hier sehe ich einen enormen Aufholbedarf. Ich denke auch,

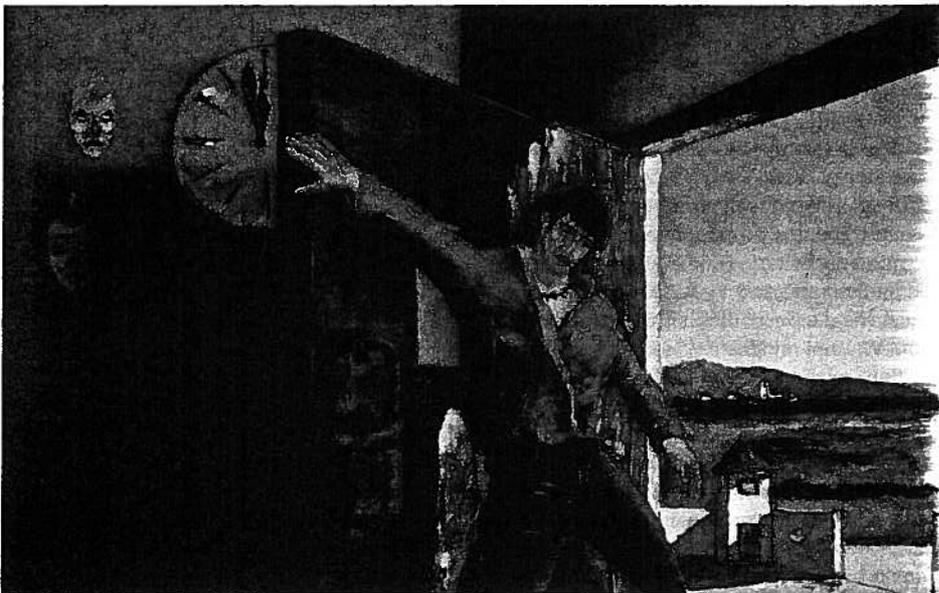
dass in bestimmten Ländern Westeuropas ein Trend zu immer mehr Sicherheit verhindert, dass im gleichen Maße Maßnahmen für Reintegration von Gefangenen ergriffen werden. Die gute Gesundheit ist, wie die Integration in die Arbeitswelt, eine Grundvoraussetzung für eine gelingende Wiedereingliederung.

**Was sind die drei größten gesundheitsrelevanten Probleme von straffällig gewordenen Menschen?**

Ein großes Problem ist, dass sich die psychische Gesundheit durch die Haft in vielen Fällen verschlechtert und die Gefangenen dadurch insgesamt geschwächt werden. Dies erschwert das Ankommen in der freien Gesellschaft, beispielsweise die Arbeitssuche oder den Anschluss an ihre Familien. Es gibt aber eben auch – wie ich bereits erwähnt habe – in gewissen Ländern eine große Gefahr, dass Haftentlassene mit Infektionskrankheiten, die

**Wie würden Sie denn den Stellenwert der Familie für die Gesundheit der Inhaftierten und Angehörigen einschätzen? Auch gerade im Hinblick auf die Wiedereingliederung?**

Wir haben dazu bisher nichts Spezielles publiziert. Wir haben jedoch eine Publikation zur Situation von Frauen in Haft herausgegeben. Das sind insgesamt etwa fünf Prozent der Inhaftierten. Dort haben wir die Rolle der Familie ein bisschen beleuchtet. Ich denke, man muss sagen, dass die Familienangehörigen von Inhaftierten immer in Mitleidenschaft gezogen werden. Man sieht das insbesondere bei den Kindern, die gemäß einer Studie, die auf der COPING-Konferenz 2012 in Brüssel zitiert wurde, eine fünffach höhere Anfälligkeit für psychische Erkrankung aufweisen, wenn ihre Eltern inhaftiert worden sind. Vielfach ist es ja auch so, dass Kinder von Inhaftierten über eine gewisse Zeit, zum Beispiel während der Untersuchungshaft, ihr inhaftiertes Elternteil



Eduard, Rumänien

Art and Prison e.V.

nicht therapiert wurden oder deren Therapie durch den Austritt aus dem Gefängnis abgebrochen wird, entlassen werden und dann nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko in sich tragen, sondern auch eine potentielle Gefährdung für ihre Nächsten darstellen können. Ich denke hier vor allem an Tuberkulose, HIV oder Hepatitis. Nach meiner Einschätzung bestehen also im Bereich Mental Health und Infektionskrankheiten die größten Risiken. Es sei noch erwähnt, dass man festgestellt hat, dass Personen, die in Haft Drogen konsumieren, ein sehr hohes Sterberisiko kurz nach der Haftentlassung haben. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn das vor der Haft durchgeführte Substitutionsprogramm beendet wird oder wenn der Übergang vom Substitutionsprogramm in Haft in ein Substitutionsprogramm in Freiheit nicht nahtlos gewährleistet ist. Dies lässt viele Haftentlassene rasch wieder auf harte, illegale Drogen zurückgreifen, wobei die erhöhte Mortalität durch Überdosierungen bedingt ist.

überhaupt nicht besuchen können. Das sind natürlich Dinge, die die Kinder, aber auch die Inhaftierten sehr stark in Mitleidenschaft ziehen. Es ist schlicht unmenschlich, den Kindern und den Eltern in einer äußerst schwierigen Situation gerade diejenige Hilfe zu entziehen, die sie dringend bräuchten, nämlich den gegenseitigen Kontakt.

**Wie sieht Ihre Vision einer Gesundheitsversorgung für Gefangene aus?**

Ich denke, dass es sechs Prinzipien gibt, die einer guten Gesundheitsfürsorge von Gefangenen dienen und überall umgesetzt werden müssen. Erstens: Staaten müssen anerkennen, dass sie denjenigen, denen sie die Freiheit entziehen, eine besonders starke Verantwortung in Bezug auf deren Gesundheit schulden. Das bedeutet, dass ein Staat alles Erdenkliche und vernünftigerweise Mögliche unternehmen muss, um die inhaftierte Person vor Gesundheitsrisiken zu schützen. Wird ein Ge-

fangener krank und kann ein Staat die nötige Gesundheitsvorsorge nicht nachweisen, dann ist er für die Erkrankungen von Inhaftierten verantwortlich. Diese Fürsorgepflicht ist ein erstes Prinzip, das anerkannt werden muss. Zweitens müssen alle Staaten anerkennen, dass Inhaftierte zwar ihre Freiheit verlieren, aber nie ihr Recht auf Gesundheit, das genau gleich bestehen bleibt, wie bei allen anderen Menschen, die in Freiheit leben. Das dritte Prinzip, das ich für wesentlich erachte, zielt darauf, dass das Gesundheitsfachpersonal im Gefängnis nur eine einzige Aufgabe hat, nämlich die Gesundheit der Inhaftierten zu schützen. Es kommt in viel zu vielen Staaten weiterhin vor, dass Gesundheitspersonal auch in disziplinarische Maßnahmen eingebunden wird, beispielsweise wenn ein Arzt gebeten wird zu beurteilen, ob ein Häftling für die Isolationshaft geeignet sei.

**Was natürlich Loyalitätskonflikte zur Folge hat.**

Genau! Gesundheitspersonal sollte nicht Loyalitätskonflikten ausgesetzt werden. Das ist das dritte Prinzip. Und daraus folgt das vierte: Das Gesundheitspersonal sollte immer unabhängig von den Gefängnisbehörden sein. Gleichwohl sollte es unter Wahrung des Vertrauensschutzes mit dem Strafvollzug zusammenarbeiten. Fünftes Prinzip: Die Gesundheitsfürsorge in Haft sollte mindestens so gut wie die Gesundheitsfürsorge in Freiheit sein. Warum mindestens so gut? Weil alle Studien zeigen, dass Gefangene überdurchschnittlich stark von Krankheiten betroffen sind und deshalb eigentlich einer stärkeren und größeren Gesundheitsfürsorge bedürfen als die Menschen außerhalb der Haft. Und das hat auch mit diesem eingangs erwähnten staatlichen Fürsorgeprinzip zu tun. Ein letztes Prinzip: Es wäre sehr zu begrüßen, wenn die Gesundheitsbehörden in den einzelnen Staaten sich für die Gesundheit der Gefangenen verantwortlich fühlen würden und diese sogar administrieren würden. Das würde alle diese Probleme im Zusammenhang mit Loyalitätskonflikten oder der nicht äquivalenten Versorgung nach und nach und wahrscheinlich dauerhaft aus der Welt schaffen.

**Sie fordern, dass die Gesundheitsversorgung, also der medizinische Dienst der Haftanstalten, unter das Dach der zuständigen Gesundheitsbehörden zu stellen wäre, richtig?**

Wenn Sie das auf deutsche Verhältnisse übersetzen, ist es genau das! Es gibt keine europaweiten Statistiken und in den meisten Staaten keine Daten zur Gefängnisgesundheitsdienstleistungen der Justiz oder dem Innenministerium unterstellt. Also Behörden, die zuständig für den Freiheitsentzug sind. So lange die Gesundheitsbehörden nicht involviert sind, denke ich, werden wir zum

Beispiel nie über Daten verfügen, die uns Auskunft über die Gesundheit der Gefangenen geben. Und die Gesundheitsbehörden werden sich wiederum nicht verantwortlich fühlen für denjenigen Teil der Bevölkerung, der in Haft ist. Das ist eigentlich eine absurde Situation, wenn man weiß, dass der Staat gerade für Menschen in Haft eine besonders hohe Fürsorgepflicht hat. Der Staat hat nirgendwo eine so große Verpflichtung auf die Gesundheit von Menschen zu achten, wie bei Menschen, die eine Haftstrafe verbüßen. Und ausgerechnet dort sind die Gesundheitsbehörden in vielen Staaten überhaupt nicht involviert. Dies sollte sich rasch ändern. Zum Beispiel dadurch, dass die Gesundheitsbehörden in einem Bundesland oder in einem Kanton die Verantwortung übernehmen würden. Das hieße konkret, dass die Gesundheitsbehörde das Gesundheitspersonal in Haft beschäftigt und entlohnt, kurz gesagt: Mitverantwortung für die Gesundheit von Gefangenen übernimmt. Natürlich würde das nicht alle Probleme der Gefängnisgesundheitsdienstleistungen lösen. Man hat es immer mit einem eingeschlossenen Bevölkerungsteil zu tun. Man hat es immer mit Mittelknappheit zu tun. Es geht aus Sicht der Gefängnisadministration

**„Inhaftierte verlieren zwar ihre Freiheit, aber nie ihr Recht auf Gesundheit“**

leider immer vorrangig um Sicherheitsfragen. Aber man würde beispielsweise damit das Gesundheitspersonal nicht allein lassen, wenn es darum geht, untragbare Gefängniszustände zu geißeln, wenn man davon überzeugt ist, dass diese der Gesundheit der Gefangenen abträglich sind. Dann hätte man eine Behörde, die auf gleichem Niveau spielen könnte wie die Justizbehörde oder Innenministeriumsbehörde. Mit anderen Worten eine Behörde, deren Hauptinteresse die Gesundheit der Menschen ist.

**Man hätte nicht diesen Balanceakt zwischen Sicherheit und Gesundheit.**

Ja! Die WHO kann hier auch am Europarat anknüpfen, der im Jahr 2006 die so genannten European Prison Rules revidiert hat. Im Kommentar dieses Dokuments heißt es sinngemäß, dass die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis am effektivsten umgesetzt wird, wenn die zuständige Gesundheitsbehörde die Gefängnisgesundheitsdienstleistungen unter die Fittiche nimmt. Auch das CPT weist in verschiedenen Länderberichten

die Staaten darauf hin, dass es am sinnvollsten wäre, wenn das Thema Gefängnisgesundheitsdienstleistungen dem Gesundheitsministerium übertragen würde. Natürlich ist es so, dass es auch der gibt, die über ein sehr gut entwickeltes System verfügen und man dort im Grunde alles so belassen könnte, wie es ist. Allerdings lässt sich das Problem der doppelten Loyalität kaum lösen, solange das Gesundheitspersonal beim Justizressort oder direkt von Gefängnisadministration angestellt wird. [Es trägt jedoch nicht zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patienten und Gesundheitspersonal bei.

**Können Sie ein Vorreiterland nennen, in dem über eine sehr gute Gesundheitsversorgung im Strafvollzug verfügt?**

Wenn wir von Ländern sprechen, die Gefängnisgesundheitsdienstleistungen der Gesundheitsbehörde unterstellt haben, dann ist Norwegen sicher ein Pionier. Norwegen hat schon in den 1980er-Jahren damit begonnen. In der Schweiz ist es der Kanton Genf, der schon früher Gefängnisgesundheitsdienstleistungen der Gesundheitsbehörde unterstellt hat. Es gibt auch ein jüngeres Beispiel. England hat meines Wissens den Transfer im Jahre 2010 abgeschlossen. Also es gibt mittlerweile einige Beispiele in Europa, die zeigen, dass Gesundheitsfürsorge in Haft mehr in den Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge rückt. Ich habe auf einer Konferenz in Bukarest letzte Woche gehört, dass solche Bestrebungen angeblich sogar in Russland im Gange seien. Das wäre natürlich ein sehr schönes Zeichen.

*Das Interview führte Eva-Verena Kerwin (Referentin der BAG)*

*Stefan Enggist  
WHO  
Prison and  
health*

