

# KAREN KLAUE

Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Bundesamts für Gesundheit, Projektleiterin «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis» (BIG)

## Gesundheit im Gefängnis: Ist das wichtig?

Die Institutionen des Justizvollzugs liegen a priori abseits der Hauptanliegen der öffentlichen Gesundheit. Ihr Hauptzweck ist der Vollzug von Sanktionen. Tatsache ist, dass es im Gefängnis mehr Risikofaktoren gibt als ausserhalb. Die Mehrheit der Inhaftierten gehört vulnerablen, stigmatisierten Gruppen mit einem tiefen Bildungsniveau an, die in einer schädlichen Beengtheit einem Klima der Gewalt ausgesetzt sind oder selbst dazu beitragen. Der Freiheitsentzug hat in Bezug auf die Gesundheit zahlreiche Nebeneffekte: Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Depressionen. Aber wichtiger ist, dass einige Infektionskrankheiten in dieser Abgeschlossenheit viel häufiger vorkommen: sexuell übertragbare oder ansteckende Krankheiten wie Gonorrhoe, Chlamydien, HIV, Hepatitis und Tuberkulose. Der Konsum injizierbarer Drogen ist auch an streng überwachten Orten verbreitet und wenn gebrauchte Spritzen weitergegeben werden, besteht ein hohes Übertragungsrisiko.

Diese Situation innerhalb der Gefängnismauern scheint klar von der Aussenwelt abgetrennt zu sein – sie ist aber sehr durchlässig. Neun von zehn Inhaftierungen dauern nicht mehr als sechs Monate und weniger als 2% erstrecken sich über mehr als drei Jahre. In der Schweiz besteht unter den Inhaftierten ein hoher Anteil an Ausländern und Ausländerinnen – viele aus Regionen mit sehr hohen Prävalenzen in Bezug auf die erwähnten Krankheiten. Das heisst, dass eine Vielzahl von Infektionen ins Gefängnismilieu importiert, aber ebenso viele von da in die Gesellschaft hinausgetragen werden. Somit kann die Gefängnisgesundheit als wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit betrachtet werden.

Schon seit langem bestehen europäische und schweizerische Empfehlungen auf der Umsetzung des sog. Äquivalenzprinzips, d.h. dass eine Person im Justizvollzug denselben Zugang zu Präventions-, Testungs- und Behandlungsangeboten haben muss wie eine Person in Freiheit. Die Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe darf nicht eine doppelte Bestrafung darstellen, indem Inhaftierte mit gesundheitlichen Problemen nicht versorgt werden.

## Welche Massnahmen wurden in der Vergangenheit in Bezug auf die Gefängnisgesundheit getroffen? Wann ist das Projekt BIG gestartet und was waren die Ziele?

In den 80er Jahren wurden auch die Gefängnisse durch einen neuen Virus befallen, der die Gesundheitspolitik völlig verändert hat – HIV. Unter Zeitdruck verteilten damals einige Gefängnisärzte und NGOs steriles Material zur Desinfektion und saubere Spritzen – lange bevor Pilotpro-

jekte von sich reden machten, wie jenes in den goer Jahren in Hindelbank mit einem Spritzen-  
tauschautomaten für die Inhaftierten. Es waren die Kantone, die den Kampf gegen HIV in den Ge-  
fängnissen organisierten. Das BAG hat in der Folge versucht, diesen Bereich zu koordinieren.

Gefängnisse sind schwer zugängliche Institutionen. Deshalb war es zuerst wichtig, politische Un-  
terstützung zu schaffen und die Akteure des Strafvollzugs und der Gesundheit zu überzeugen und  
zu mobilisieren, um ein Projekt mit Erfolgchancen auf die Beine zu stellen. Nach einer ganzen  
Serie von Vorbereitungsarbeiten wurde das vollständig vom BAG finanzierte Projekt BIG (Be-  
kämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis) 2008 offiziell gestartet. Das Ziel war die Re-  
duktion der Infektions- und Übertragungsrisiken während der Haft und bei der Entlassung aus  
dem Gefängnis. Ausserdem sollte die Gleichbehandlung in Bezug auf Prävention – Testung – Be-  
handlung im Freiheitsentzug und eine qualitativ korrekte Gesundheitsversorgung mit Minimal-  
standards sichergestellt werden.

Aufgrund der diesbezüglich sehr heterogenen Gefängnislandschaft und dem Fehlen einer Instanz,  
die den Dialog zwischen dem Justizvollzugs- und dem Gesundheitssystem ermöglichen würde,  
hat das Projekt verschiedene Produkte im Hinblick auf die Harmonisierung und Verbesserung der  
Gesundheitsversorgung erarbeitet. Dabei gab es drei Schwerpunkte: 1. Verbesserung der epide-  
miologischen Datengrundlage, um genauer Bescheid zu wissen, wo und gegen welche Krankhei-  
ten vorzugehen ist; 2. Information, Ausbildung und Kommunikation und 3. Prävention, Testung  
und Behandlung. So ist nun in den obligatorischen Meldungen zu Infektionskrankheiten ersicht-  
lich, dass diese von einem Gefängnisarzt vorgenommen wurden. An die Inhaftierten und das Be-  
treuungspersonal gerichtete Informationsbroschüren werden in den meisten Anstalten verfügbar  
sein. Die Ausbildungsmöglichkeiten werden laufend weiterentwickelt. Ein Telefondolmetsch-  
dienst kann in Anspruch genommen werden – ein wichtiges Angebot in Anbetracht der Anzahl  
Ausländer, wenn Diagnosen erstellt und Einwilligungen eingeholt werden müssen. Schliesslich  
haben wir in diesem Jahr ein Vademekum mit medizinischen Standards und Empfehlungen zu In-  
fektionskrankheiten und der Suchtproblematik in Gefängnissen herausgegeben.

**Sie waren eine treibende Kraft in diesem Projekt. Wenn Sie zurückschauen, was waren die  
grossen Herausforderungen?**

Ein solches Projekt ist auf der gesellschaftlichen Ebene eine grosse Herausforderung. Es herrscht  
weitgehend das Vorurteil, dass wir Drei-Sterne-Gefängnisse haben. Und es stimmt, dass das  
Strafvollzugssystem sehr teuer ist. In Anbetracht der dramatischen Vorfälle in letzter Zeit ver-  
stärkt sich dieses Misstrauen in der Bevölkerung natürlich noch. Die zentrale Bedeutung von Re-  
sozialisierung und Rückfallprävention wird dadurch in Frage gestellt. Die bei diesen Bemühungen  
zentralen Gesundheitsaspekte treten in den Hintergrund.

Der Auftrag in Bezug auf die Sicherheit und jener der Gesundheitsversorgung sind von vornherein  
sehr unterschiedlich. Die Territorien der beiden Fachgebiete sind klar abgegrenzt und die Kon-  
takte zurückhaltend. Deshalb ist ein permanenter Dialog entscheidend. Die Mehrheit der manch-

mal tragisch endenden Zwischenfälle ist auf einen fehlenden Dialog zurückzuführen. Diese Situation zu verbessern, ist kein leichtes Unterfangen.

Wir haben immer darauf bestanden, partizipativ zu arbeiten: Arbeitsgruppen, Dialogforen, Audits und breit angelegte Vernehmlassungen. Anstatt eine Reihe diffuser Empfehlungen abzugeben, haben wir einen gefestigten Rahmen erarbeitet, der durch die Unterschrift der beiden kantonalen Konferenzen der Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren und der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren legitimiert wurde. Dieser Rahmen zur Schaffung einer Dialog-Plattform zwischen Justiz und Gesundheit (Fachstelle) war bereits im März 2012 hergestellt, erhielt aber seinerzeit kein grünes Licht. Die Politiker befürchteten zu hohe finanzielle Belastungen in einer Zeit der Krise. Das Projekt BIG wurde abrupt blockiert. Wir haben aber an diesem Vorhaben weiter gearbeitet und sind nun auf gutem Weg, der schweizerischen Strafvollzugslandschaft ein völlig neues Instrument zu übergeben.

### **Eines der wichtigsten Ergebnisse des Projekts BIG ist die Schaffung eines Fachrates für Gesundheitsfragen im Justizvollzug. Was ist sein Auftrag und wie ist er zusammengesetzt?**

Wir haben es tatsächlich geschafft, einen fast paritätischen Fachrat auf die Beine zu stellen, dessen Mitglieder durch ihre jeweiligen Institutionen vorgeschlagen wurden. Auf der Seite des Strafvollzugs haben wir zwei kantonale Amtsleiter, zwei Direktoren von Vollzugsanstalten und den Chef der Einheit Straf- und Massnahmenvollzugs des Bundesamtes für Justiz; auf der Seite der Gesundheit haben wir zwei Personen, die die Gefängnisärzteschaft und zwei Personen, die das Pflegepersonal vertreten sowie einen Kantonsarzt. Als Vertreterin des BAG bin ich selbst auch ein Mitglied des Fachrates. Eine Ärztin, die übrigens auch Vorstandsmitglied der Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte ist, wurde an unserer ersten Sitzung im Mai zur Präsidentin gewählt. Ausserdem wurde ad Interim ein Sekretär ernannt, damit die operative Arbeit des Fachrates bis Ende 2013 sichergestellt werden kann.

Die Aufgabe des Fachrates besteht in der Umsetzung der von der KKJPD und der GDK abgegebenen Empfehlungen. In einem ersten Schritt muss aber die Form der Zusammenarbeit geklärt werden. Der Fachrat wird die Sichtbarkeit, die Verfügbarkeit, den effektiven Einsatz und die Qualität der wichtigsten Produkte, die aus dem Projekt BIG hervorgegangen sind, prüfen. Anschliessend wird er sich weiteren Fragestellungen der Gefängnisgesundheit zuwenden können, die über die Infektionskrankheiten hinausgehen – Fragestellungen, die von Fachratsmitgliedern selbst oder von aussen an den Fachrat herangetragen werden.

### **Wie sieht die Zukunft aus? Welche Erwartungen haben Sie gegenüber dem Fachrat?**

Das BAG unterstützt den Fachrat bis Ende 2013 mit einer Anschubfinanzierung. Anschliessend wird der Überführungsprozess vom Projekt BIG zu dieser interdisziplinären Plattform abgeschlossen sein. Während einer zweijährigen Pilotphase wird der Fachrat dann ausschliesslich von den Kantonen finanziert. Eine Evaluation wird die Entscheidungsgrundlage liefern, ob diese Struktur

▪ S K J V ▪ ▪  
▪ ▪ C S C S P  
C S C S P ▪ ▪

ab 2016 definitiv beibehalten wird. Ich erwarte, dass der Fachrat zu einer unumgänglichen Institution für alle Fragestellungen zur Gefängnisgesundheit wird. Um eine echte Legitimität zu erhalten, muss er allerdings seine Sichtbarkeit verbessern. Die Angliederung des Fachrates an das SAZ ist eine Chance für das Zusammentreffen und den Austausch mit den wichtigsten Akteuren im Justizvollzug.

Bern, Oktober 2013