

**"Healthy Prisons- Gesundheit der
Gefangenen, der Bediensteten und
gesunde Umgebungen! Wie
anfangen?"**

Prof. Dr. Heino Stöver

Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF)

John Howard: „The State of Prisons in England and Wales“ (1777)

- Es soll sich um einen **erfahrenen** und **anerkannten** Arzt handeln, der von jedem Gefängnis benannt werden soll,
- Die Kranken sollen von den übrigen Gefangenen **getrennt im Krankbereich** untergebracht werden, mit sauberem Bett und Überwachung.
- Die **Eisen als Hauptlast sollen entfernt werden** und nicht nur Medizin, sondern auch entsprechende Nahrung soll gegeben werden.
- **Tägliche Besuche** durch den Arzt, nicht durch anderes Personal
- Die Notwendigkeit der **Einhaltung von Hygiene** (Sauberkeit und Frischluft und die Gefahr der Überbelegung angesprochen).
- Und schließlich wird so etwas wie **Gesundheitsberichterstattung** eingefordert.

I. Voraussetzungen und jüngste Entwicklungen - auf dem Weg zur Gesund- heitsförderung



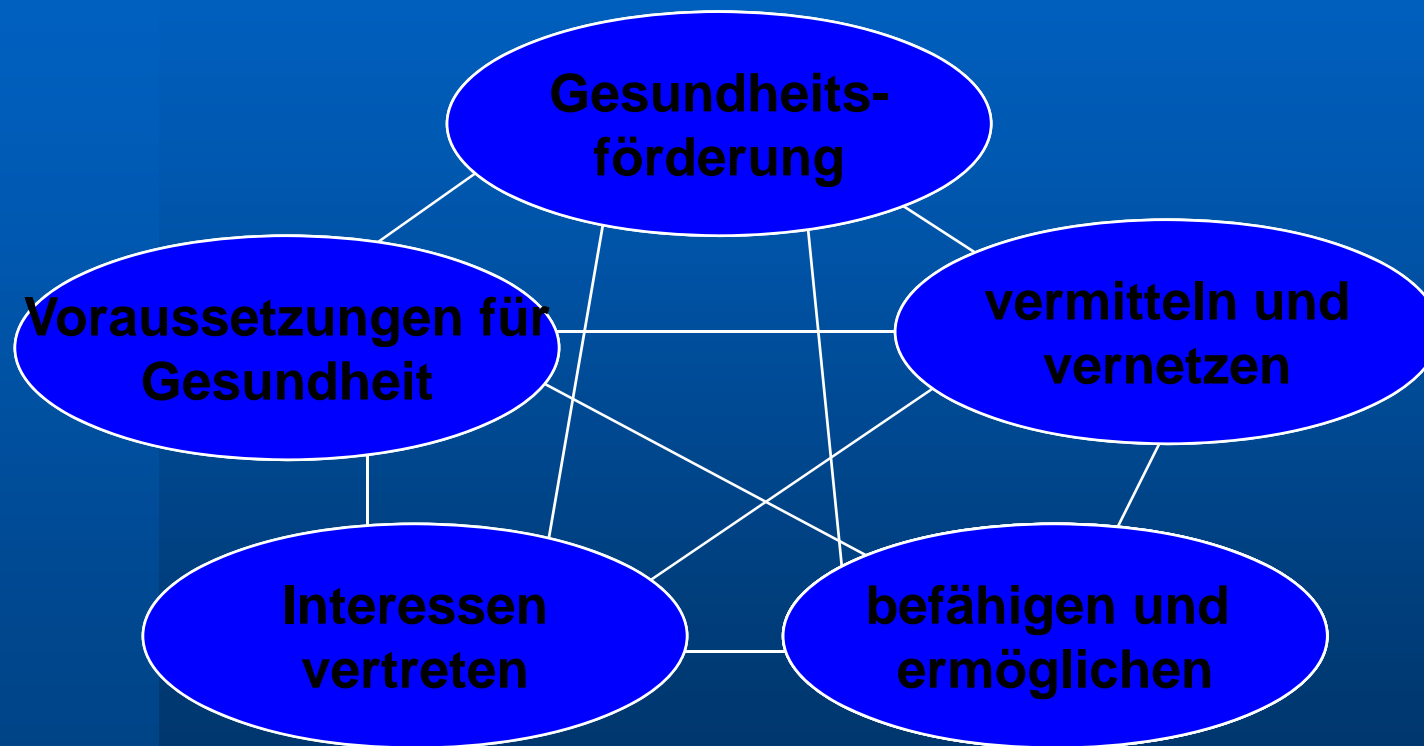
Intenationale Grundsätze

- **Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher Behandlung oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (1987) – CPT**
- **Europäische Strafvollzugsgrundsätze §§ 43ff**

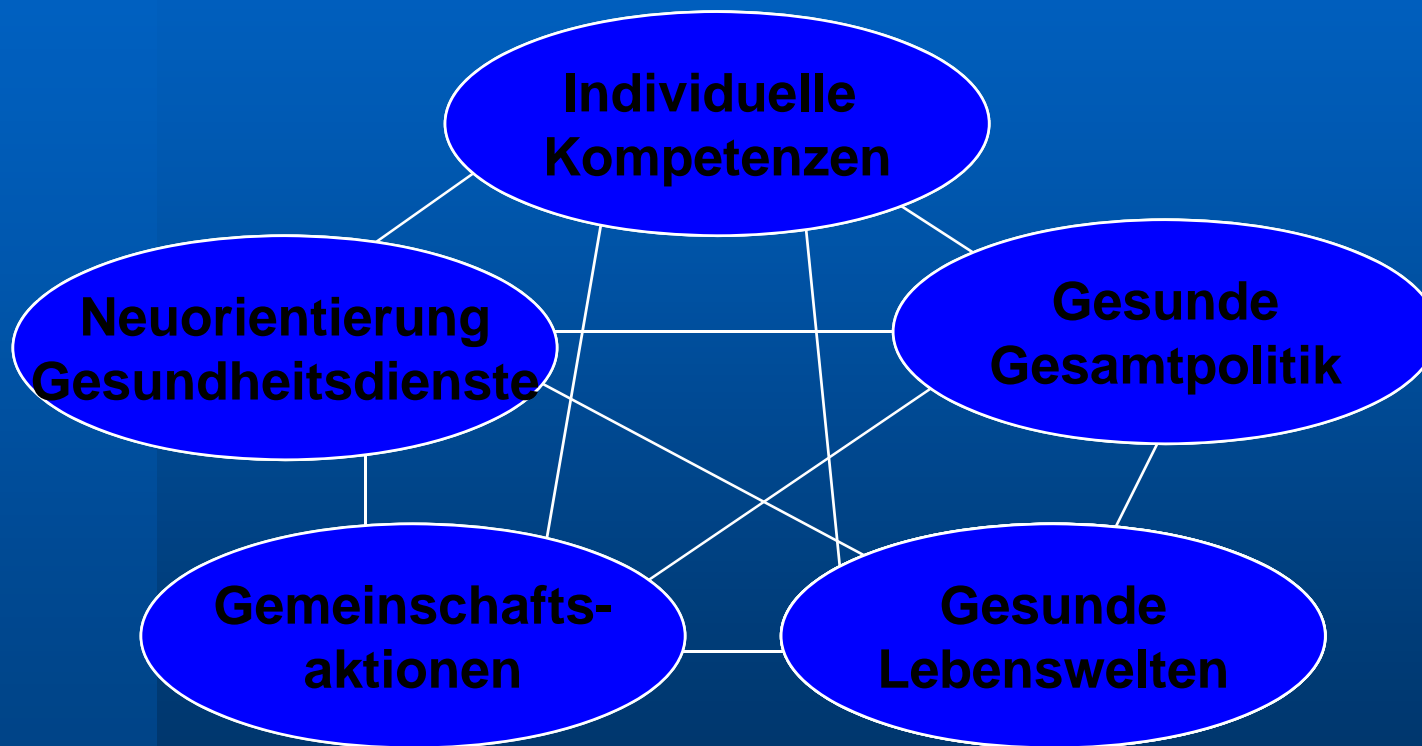
Die Ottawa-Charta der WHO, 1986

- **Gesundheit entsteht nicht im Sprechzimmer des Arztes, sondern im Alltag des Menschen**
- **Jede/r ist Experte seines eigenen Alltags, seiner eigenen Gesundheit**
- **Gesundheit hat gleichermaßen politische, ökonomische, soziale, kulturelle, ökologische, biologische und psychologische Dimensionen**
- **Lebensweltbezogene Perspektive**

Die Ottawa-Charta der WHO, 1986



Die Ottawa-Charta der WHO, 1986



WHO Health in Prison Project, gegr. 1995



WHO Health in Prison Project

(www.hipp-europe.org) 1/2

- Vernetzung ‚Gesundheitsförderung‘
- Austausch „Best Practice“ – Projekte
- Bearbeitung verschiedener Themen der Gesundheitsförderung: Ernährung, Bewegung, Verbesserung d. physischen Umgebung (Zellengröße, Licht, Wärme)
- Einflussnahme auf internationale Organisationen (Europarat)

WHO Health in Prison Project

(www.hipp-europe.org) 2/2

- **Empfehlungen/Standards**

- Drogen und Gesellschaft
- psychische Gesundheit
- harm reduction!
- Infektionskrankheiten (Impfungen)
- Prison Health und Public Health (Moscow Dec.)

- **„Health in Prison Guide“**

<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>



UNODC: HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prisons (2005)

- *Background*
- *A Framework for Effective National Response:*
 - *Meets international health and human rights standards*
 - *Prioritises public health*
 - *Grounded in international evidence and best practice*
 - *Supports the effective management of prisons*



Prison Health = Public Health



- **Gefängnisse als Teil der Gesellschaft**
- **Gesundheit geht alle im Gefängnis an**
- **Äquivalenzprinzip**
- **„Healthy Prison Charta“ – April 2009**

II. Bestandsaufnahme

Gefangene: Überrepräsentanz
gesundheitlicher Störungen und
Belastungen

Allgemeine Gesundheitsfaktoren

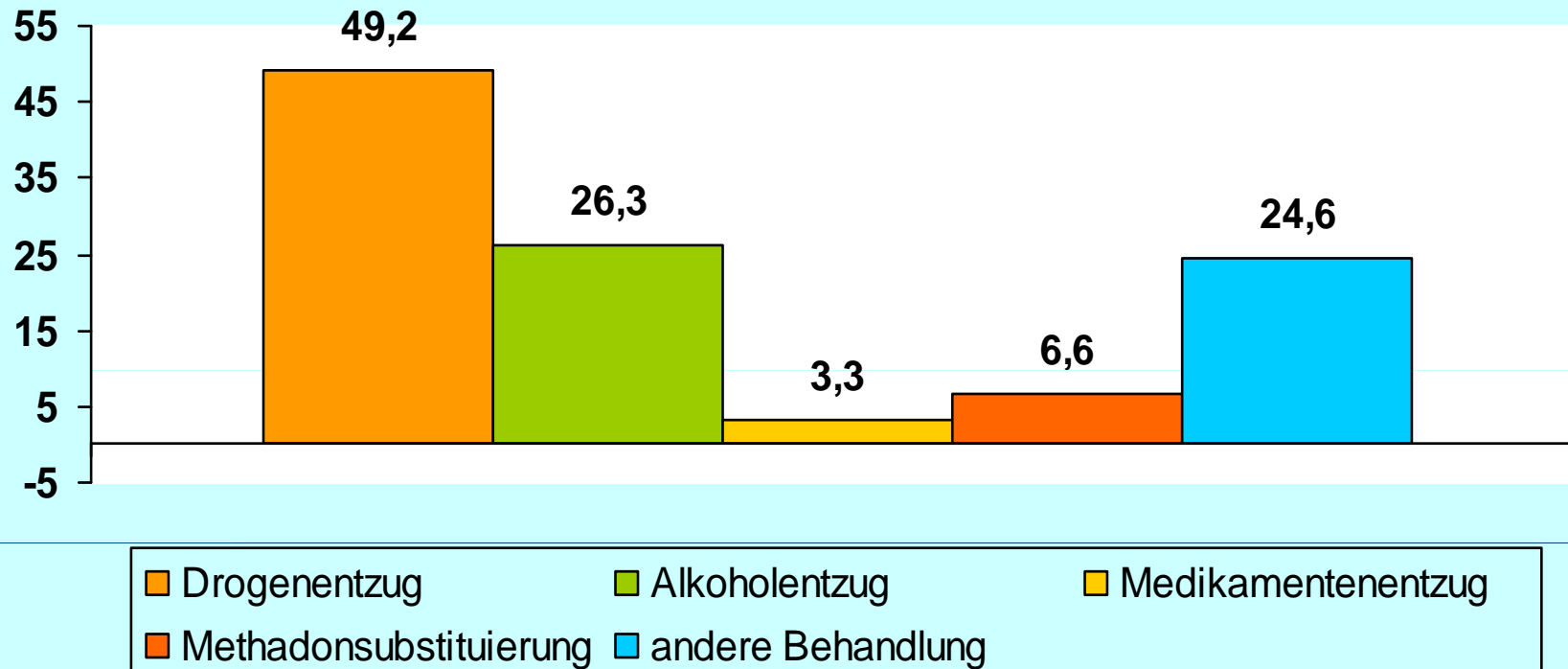
- Gefangene sind eine vulnerable Gruppe, die aus vulnerablen Bereichen der Gesellschaft kommen
- „Gesundheitliche Ungleichheit“ als übergreifende Diskussion
- Überbelegung, Gewalt, Selbstschädigung, Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Hepatitis, TB), Selbstmord, Überrepräsentierung von Gesundheitsindikatoren, ...z.B. **Drogenkonsum:**

Drogen- und Alkoholgebrauch in Gefängnissen (*E. Blaauw*)



Studie „Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug“ – JVA Oldenburg/Deutschland

Gründe für die ärztliche Behandlung



76 % der medizinisch betreuten Gefangenen werden wegen einer Drogenproblematik Behandelt – aber sind die Anstalten suchtmmedizinisch vorbereitet?

Überrepräsentanz gesundheitlicher Störungen im Gefängnis - Unterrepräsentanz von Selbstheilungskräften

- Anteil von Alkohol- und Drogenabhängigkeit ca. 40-60% (Frauenvollzug bis zu 80%)
- Hohe Verbreitung psychischer Störungen
- HIV/AIDS Prävalenz mind 20+
- HCV Prävalenz mind. 40+
- Ressourcenverringeringung durch vollzugliche Bedingungen: Unselbstständigkeit, Monotonie, Passivität, Bewegungs-/Reizarmut, Fremdbestimmung



Prävalenz von Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- 20-30% Drogenabhängigkeit/-mißbrauch (ICD 10)
- Etwa 50% aller InsassInnen „drogenerfahren“
- Ca. 50% setzen ihren Konsum in Haft fort, z.T. mit hochriskanten Konsummustern
- 5-25% erste Drogenerfahrungen in Haft
- 20-30% Alkoholabhängigkeit/-mißbrauch (ICD 10)
- Über 80% rauchen Tabak
- „Defensive Medizin“













Psychi(atri)sche Störungen

- „Underreporting“ (40 vs. 74% psych. Störungen, v.a. Depressionen)
- Psychosen
- Affektstörungen
- Angststörungen
- Höhere Suizidrate
-

II. Bestandsaufnahme

Bedienstete: hoher Krankenstand

Gesundheitliche Belastungen der Bediensteten

- „Betriebl. Gesundheitsförderung“, z.B. an „Fehltagen“ ansetzen
- Bewußtsein für eigene Gesundheitsrisiken (Hepatitis) u. –potentiale schärfen
- Sensibilisierung für die Situation der InsassInnen
- Erweiterung des Gesundheitswissens



III. Wie können wir Gesundheit höher auf die politische Agenda bringen?

Wie anfangen?



„Gesundheitsfürsorge“ in (deutschen) Gefängnissen 1/3

- **Medizinische Versorgung durch hauptamtliche Ärzte/innen u. Krankenpflegepersonal**
- **Integriert in die Hierarchie der sicherheitsdominierten Institution Gefängnis**
- **Gesundheitsfürsorge nach klassischen Prinzipien kurativer Medizin organisiert:**
 - **körper-orientierter, pathogenetischer Ansatz**
 - **fixiert auf individuelles Fehl-/Risikoverhalten**
- **Statt Harmonisierung weitere Parzellierung, z.B. durch Föderalismusreform**

„Gesundheitsfürsorge“ in (deutschen) Gefängnissen 2/3

- auf medizinische Herausforderungen wird zu spät und zu unflexibel reagiert
- Geringe Transparenz
- Schlechte Dokumentation
- Mangelhaftes Schnittstellen-Management, z.B. Mortalität nach Haftentlassung
- Verzahnung von gesundheitlichen-sozialen Diensten drinnen + draussen, z.B. Externe Drogenberatung

„Gesundheitsfürsorge“ in (deutschen) Gefängnissen 3/3

- Ärztl. Versorgung: Äquivalenzprinzip vs. Ressourcenknappheit
- Krankenpflegedienstschlüssel?
- **Evidenz-basiert oder Eminenz-basiert?**
- Kontrolle der Gesundheitsfürsorge durch Justiz?
- Qualitätsentwicklung?
- Orientierung an „Good Practice“?
- Strukturelle Angleichungs- und Versorgungsdefizite
- Politische Instrumentalisierung der gesundheitlichen Versorgung

Gesundheitliche Verbesserungen

- „Empirie des Alltags“: Sichtbare Verbesserungen des körperlichen Allgemeinzustandes
- Erfolge individueller körperlicher Erholung:
 - Anspruchsmöglichkeit
 - erstmalige Inanspruchnahme medizinisch/psycho-soziale Hilfen
- Gesundheitsbegriff?
- Nachhaltigkeit?

Zielgruppen/-richtungen gesundheitsförderlicher Strategien

- **Gefangene: Zeit der Inhaftierung nutzen zur (Selbst-)Befähigung, und Erweiterung der Handlungskompetenzen**
- **Bedienstete: Betriebliche Gesundheitsförderung, Sicherheit am Arbeitsplatz**
- **Die Institution „Gefängnis“ als Ort in dem Menschen leben und arbeiten gestalten: z.B. Organisations- und Personalentwicklung - Gefängnisse als „lernende Organisation“**
- **Strukturelle Veränderungen (z.B. Recht)**

**„Gesundheitsfürsorge“ => „intramurale Medizin“
=> „Gesundheitsförderung“**

- **Gesunde/gesündere Gefängnisse?**
- **Gesundheitsförderung im Gefängnis verankern**
- **„Befähigung“ und Förderung von Selbstbestimmung/-verantwortung als Chance**
- **Anerkennung u. Wertschätzung individueller Ressourcen**
- **Partizipation der Betroffenen (Umweltgestaltung): „Betroffene zu Beteiligten machen“**
- **Einbezug externer Fachkräfte/-gruppen**
- **Mittelfristig Integration der Gesundheitsversorgung in öffentliche Strukturen**
- **Unabhängige Kontrolleinrichtungen („Obmann“)**

Praxisfelder und **Umsetzung** von Gesundheitsförderungsmaßnahmen

- (Gesünderes) Essen
- Rauchfreie Zonen
- Körperliche/sportliche Betätigung
- Soziale Handlungskompetenzen
- „Sexuelle Gesundheit“
- Sicherheit und Sauberkeit
- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Vorsorgeuntersuchungen
- Verbesserung d. phys. Umgebung
- **Anerkennung und Unterstützung durch Top-Management**
- **Einsetzen einer multi-disziplinären AG:**
- **Bedarfe einschätzen**
- **Strategien u. Maßnahmen entwickeln**
- **Durchführung planen und überwachen**
- **Ergebnisse kontrollieren u. Maßnahmen überarbeiten**

www.gesundinhafteu.eu

- Charta „Gesundheitsfördernde Gefängnisse“
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Partizipation und Bestärkung
- Stärkerer Einbezug der Gemeindedienste
- Entwicklung von Standards und Protokollen

**IV. Wer setzt
Gesundheitsförderung im
Gefängnis (eigentlich) um?**

Wer hat den Auftrag...?

- Behördenleiter und Vorgesetzte (Fürsorgepflicht)
- Personalräte (Landespersonalvertretungsgesetze - LPVG)
- Betriebs- und Arbeitsmediziner (Arbeitssicherheitsgesetz (ArbSiG) und Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Arbeitsstättenverordnung)
- Fachkraft für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz und Arbeitsschutzgesetz, Arbeitsstättenverordnung)
- Sicherheitsbeauftragte (Arbeitssicherheitsgesetz und Arbeitsschutzgesetz, Arbeitsstättenverordnung)
- Suchtkrankenhelfer (SGB IX, Dienstvereinbarung Sucht)
- Angehörige der Sozialdienste (Sozialarbeiter, Psychologen, Lehrer)
- Anstaltsseelsorger
- Und alle Interessierte....

Arbeitsschutzausschuss* - konsequente Analyse des Ist- Zustands und Nutzung vorhandener Daten

- Betriebliche Krankenstandsdaten (Fehlzeitenstatistik)
- Arbeitsplatzbeschreibungen, Arbeitsanalysen
- Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach Belastungen und Gefährdungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Gesundheitszirkel/Qualitätszirkel
- Diagnoseworkshops
- Gesundheitsberichterstattung

* verbindlich nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (1972) und dem Arbeitsschutzgesetz (1996) auch für die JVA's vorgeschrieben

10 Tipps um Gesundheitsförderung zu aktivieren:

1. **Betreiben Sie aktiven Nichtraucherschutz**
2. **Erleichtern Sie Bewegung am Arbeitsplatz**
3. **Entwickeln Sie Ihre Dienstbesprechungen/Belehrungen zu lebendigen Veranstaltungen: Partizipation statt Anweisung => Ausführung.**
4. **Kümmern Sie sich um die Ernährung (Ihrer Mitarbeiter)**
5. **Machen Sie ernst mit der Suchtprävention**
6. **Gehen Sie beim Thema Gesundheit mit gutem Beispiel voran**
7. **Sorgen Sie für ein gutes Betriebsklima**
8. **Schaffen Sie ein Arbeitsumfeld, in dem Wohlbefinden kein Fremdwort ist**
9. **Organisieren Sie als Einstieg eine Veranstaltung zum Thema „Gesundheit“ (z. B. ein Gesundheitstag)**
10. **Betreiben Sie insgesamt lieber „Prävention“ statt „Kuration“**

Ansatzpunkte: Gesundheitsförderung/-management

	Organisationsbezogen (verhältnisorientiert)	Mitarbeiterbezogen (verhaltensorientiert)
Verringerung von Belastungen Vermeidung von Gesundheitsrisiken	Belastungsabbau Pausen Arbeitsplatzgestaltung Betriebsklima	Entspannung Rückenschule Persönliche Schutzausrüstung Aufklärung über Gefahren
Entwicklung von Ressourcen Erschließung von Potentialen Entwicklung von Potentialen	Erhöhung des Handlungs- und Kontrollspielraums Verbesserung des Kooperationsklimas Erhöhung der Transparenz Betrieblicher Entscheidungen Gesundheitszirkel	Stressbewältigung Qualifizierung Schulung Kompetenztraining Gesundheitsbildung

Nach: B. Badura et al.: Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, 1999

Indikatoren für einen erfolgreichen Gesundheitsförderungsprozess

Partizipation: Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungen zur Gesundheitsförderung. Berücksichtigung und Integration geschlechterspezifischer Bedürfnislagen.

Integration: Verankerung von Gesundheitsfragen in allen Funktionen und Entscheidungsbereichen einer Organisation, (z.B. im Leitbild, in den Führungsgrundsätzen, im Berichtswesen)

Ganzheitlichkeit: Verknüpfung von personenbezogenen und strukturellen Maßnahmen, von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Verknüpfung von Risikoreduktion und Förderung von Gesundheitspotentialen

Effektives Projektmanagement: Systematische Programme: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Lernzyklus)

Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“

- Auf der „4. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ (15.-17.4.2009 in Wien) haben über 150 Expertinnen und Experten aus der Praxis der Gesundheitsversorgung in deutschen, österreichischen und schweizerischen Gefängnissen und Gesundheitsdiensten in den Städten und Kommunen nach vorangegangener Diskussion eine Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“ verabschiedet.

Weitere Informationen und Kontakt

Prof. Dr. Heino Stöver
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Weitere Informationen:

<http://www.gesundinhafteu>