

UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE



UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

DÉPARTEMENT TRAVAIL SOCIAL ET POLITIQUES SOCIALES  
DEPARTEMENT SOZIALARBEIT UND SOZIALPOLITIK



## Schlussbericht

Christin Achermann\*

Ueli Hostettler\*\*

**Infektionskrankheiten und  
Drogenfragen im Freiheitsentzug**

Rapid Assessment der  
Gesundheitsversorgung

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Executive Summary	5
Dank	9
1 Einleitung	10
1.1 Rahmen der Studie	10
1.2 Auftrag und Vorgehen des Gesamtprojektes	11
1.3 Rapid Assessment der Gesundheitsversorgung	12
1.3.1 Fragestellung	12
1.3.2 Vorgehen und Datengrundlage	13
1.4 Inhaltsübersicht	14
2 Einschätzung der Versorgungslage und des Handlungsbedarfs	14
2.1 Ausgangslage	14
2.2 Allgemeine Einschätzung des Themas durch die Interviewten	16
2.3 Risikoeinschätzung	17
2.4 Datengrundlage und Problembewusstsein	19
2.5 Testung, Prävention und Behandlung der InsassInnen	19
2.5.1 Testung	20
2.5.2 Prävention	21
2.5.3 Behandlung	22
2.6 Information der Vollzugsmitarbeitenden	24
2.7 Ärztliche Schweigepflicht	25
2.8 Inner- und zwischeninstitutionelle Zusammenarbeit	26
2.9 Fazit: Handlungsbedarf	28
3 Wie weiter? Vorschläge für das künftige Vorgehen	30
3.1 Wie: nächste Schritte	30
3.2 Was ist zu tun?	34
3.2.1 Datengrundlage und Problembewusstsein	35
3.2.2 Schulung der Leitungspersonen und Mitarbeitenden	36
3.2.3 Testung, Prävention und Behandlung der InsassInnen	37
3.2.4 Ärztliche Schweigepflicht	42
3.2.5 Zusammenarbeit und Organisationsentwicklung	42
Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen	44
Anhang II: Umsetzungsideen	48
Literatur	51

Mandant: Bundesamt für Gesundheit, Sektionen Aids, Drogen und Grundlagen  
Vertrag Nr.: 06.001327 / 2.25.01.-1040

© 2007 SFM und Universität Freiburg

---

\* SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)  
UNIVERSITY OF NEUCHÂTEL  
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL  
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21  
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – [WWW.MIGRATION-POPULATION.CH](http://WWW.MIGRATION-POPULATION.CH)

\*\* UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ  
DEPARTEMENT SOZIALARBEIT UND SOZIALPOLITIK, Deutschsprachiger Lehrstuhl  
Rte des Bonnesfontaines 11 – CH-1700 Fribourg  
Tel. +41 (0)26 300 78 10 / [ueli.hostettler@unifr.ch](mailto:ueli.hostettler@unifr.ch)

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BJ	Bundesamt für Justiz
EKAF	Eidgenössische Kommission für Aidsfragen
EKDF	Eidgenössische Kommission für Drogenfragen
FMH	Verbindung der schweizerischen Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GSM	Grensanitätsdienstliche Massnahmen
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
HIPP	Health in Prison Project
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren
KSG	Konferenz schweizerischer Gefängnisärzte
MaPaDro	Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
NHAP	Nationales HIV / Aids-Programm
RA	Rapid Assessment
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SAZ	Schweizerisches Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal
SEVHep	Swiss Experts in Viral Hepatitis
SKIJ	Schweizerische Konferenz der Institutionen des Justizvollzugs
STI	Sexually transmitted infection
TB	Tuberkulose
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VCT	Voluntary Counselling and Testing
WHO	World Health Organization

## Executive Summary

Anstalten des Freiheitsentzugs gelten als Orte, die in besonderer Weise von Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Hepatitis B (HBV) und C (HCV) oder Tuberkulose (TB) betroffen sind. Forschungen im In- und Ausland belegen, dass Personen im Freiheitsentzug häufiger als die Gesamtbevölkerung mit diesen Krankheiten infiziert sind. In Institutionen des Freiheitsentzugs haben Testung, Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie Massnahmen im Bereich der Drogentherapie dem *Äquivalenzprinzip* zu folgen. Demnach gelten für die Versorgung im Freiheitsentzug die gleichen Standards wie ausserhalb von Anstaltsmauern. Wie allen Menschen haben deshalb auch inhaftierte Personen ein Recht auf das für sie erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit.

**Auftrag:** Die Sektionen Aids, Grundlagen und Drogen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) initiierten in enger Zusammenarbeit mit der Sektion Straf- und Massnahmenvollzug des Bundesamtes für Justiz (BJ) eine Studie zu den Angeboten der Prävention, Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie zu Interventionen und Angeboten im Drogenbereich. Dabei sollte gender- und migrationsspezifischen Fragen besondere Beachtung geschenkt werden. Der vorliegende Bericht befasst sich mit einem von drei Teilaufträgen und beruht auf einem Rapid Assessment zu folgenden Fragen:

- Wie präsentiert sich die *gesundheitsversorgerische Lage* in verschiedenen Institutionen des Freiheitsentzugs hinsichtlich Infektionskrankheiten und Drogenkonsum?
- Wo besteht aus der Sicht von Fachleuten und PraktikerInnen im Bereich Gesundheit und Freiheitsentzug *Handlungsbedarf*?
- Wie kann dazu beigetragen werden, dass künftige Massnahmen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug *wirksam umgesetzt* werden?

**Vorgehen:** Zwischen Mai und November 2006 wurden insgesamt 57 Personen befragt. Fünf *ExpertInneninterviews* ermöglichten einen Überblick über den Kontext, die Problemlage und die Akteure. An acht *Fokusgruppendifkussionen* in verschiedenen Vollzugskontexten und Regionen der Schweiz nahmen Leitungspersonen, Pflegende, ÄrztInnen, Sozialarbeitende und Vollzugsmitarbeitende teil. In einem *Hearing* mit elf Fachpersonen aus Kantonen, Konkordaten, Eidgenössischen Kommissionen und Fachorganisationen wurden die ersten Ergebnisse und Empfehlungen insbesondere hinsichtlich der Umsetzung und des weiteren Vorgehens diskutiert. InsassInnen konnten im Rahmen dieses Rapid Assessments nicht befragt werden.

**Ergebnisse:** Die Datenerhebung zeigte, dass derzeit die Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug auf der Ebene der Anstalten und aus der Sicht der Vollzugsmitarbeitenden kein zentrales Thema ist, solange es keinen akuten Anlass dazu gibt. Das *Problembewusstsein* ist demnach oft gering. Bei näherer Beschäftigung mit den Fragen wurde sowohl vonseiten der medizinisch-pflegerischen Fachpersonen als auch jener des Vollzugsbereichs deutlich, dass *zahlreiche offene Fragen* bestehen, die im Interesse an einem optimalen Schutz der Gesundheit von Mitarbeitenden und InsassInnen (und letztlich der Gesamtbevölkerung) gelöst werden müssen.

ExpertInnen aus Verwaltung und Fachorganisationen haben grundsätzlich erkannt, dass im Bereich Infektionskrankheiten und Drogenfragen Handlungsbedarf besteht, um eine äquivalente Gesundheitsversorgung zu erreichen. Gegenwärtig ist von vielen Seiten eine Bereitschaft und Offenheit zu vernehmen, sich des Themas der Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug erneut anzunehmen und gemeinsam und sachorientiert nach Lösungen zu suchen. In den Gesprächen wurde in folgenden Themenbereichen *Handlungsbedarf* geortet:

Das *Wissen* über die Verbreitung von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum (inkl. Konsumformen) in den Institutionen des Freiheitsentzugs ist gering. Viele Leitende und Mitarbeitende aus dem Vollzugsbereich messen diesen Themen deshalb wenig Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang wären präzisere Daten nützlich, die sich der Frage widmen, ob Infektionskrankheiten und Drogenprobleme im Freiheitsentzug tatsächlich wenig verbreitet sind und kaum Ansteckungsrisiken bestehen oder ob die positive Einschätzung auf eine oberflächliche Sichtweise oder Verdrängung zurückzuführen ist, da diese Themen u.a. Tabubereiche wie Sexualität und illegale Tätigkeiten innerhalb der Anstalten berühren.

Bei den nicht medizinisch-pflegerischen Mitarbeitenden (d.h. Anstaltsleitende und Vollzugsmitarbeitende) sind zudem *Informationsdefizite* zu Infektionskrankheiten, Übertragungs- sowie Schutz- und Präventionsmöglichkeiten zu vermerken. Dies leistet unter anderem Unsicherheiten und Ängsten Vorschub. Um diesen zu begegnen und die Handlungskompetenz der Mitarbeitenden zu fördern, besteht im Bereich Aus- und Weiterbildung Handlungsbedarf.

Da sich Vollzugsmitarbeitende um ihre eigene Gesundheit sorgen und sich vor einer Ansteckung fürchten, bringen sie der strikten Einhaltung der *ärztlichen Schweigepflicht* Unverständnis entgegen. Dies wird durch die oft ausgeprägte Trennung der beiden Bereiche „Vollzug“ und „Gesundheit“ zusätzlich verstärkt und kann zu Konflikten führen. Um die Gesundheit aller Beteiligten unter den Bedingungen des Freiheitsentzugs bestmöglich zu schützen und fördern, sind *betriebsinterne Veränderungen* nötig.

Gegenwärtig *unterscheiden sich* die Angebote und Massnahmen zur Prävention, Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten und im Drogenbereich zwischen den Anstalten *stark*. Während etwa in einigen Einrichtungen eine ganze Palette von präventiven und schadensmindernden Angeboten besteht (mehrsprachige Informationsunterlagen, Präventionsbeauftragte, Präventionssets, Präservative, Impfungen, Desinfektionsmittel, sterile Spritzen, Drogensubstitutionsprogramme, kontrollierte Heroinabgabe), gibt es in anderen lediglich einzelne Angebote oder im bescheidensten Fall nur einen Gesundheitsdienst, der mit Betriebsanitätern besetzt ist, konziliarisch ÄrztInnen beiziehen kann und der bei Bedarf Erste Hilfe leistet und Fragen beantwortet.

Auf der *betriebsexternen oder institutionenübergreifenden* Ebene fehlt es in vielen Fällen an Austausch und Zusammenarbeit, was etwa den Informationsaustausch zwischen den Einrichtungen sowie die Fortsetzung von Behandlungen nach der Entlassung erschwert. Neben der Förderung der Zusammenarbeit benötigen die Anstalten für nachhaltige Veränderungen zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen.

**Folgerungen:** Künftige Massnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug sollten vom Äquivalenzprinzip und von den national und international bestehenden Programmen und Erfahrungen ausgehen und die wirksame und einheitliche Umsetzung in den Mittelpunkt der Bemühungen rücken.

Die Gespräche mit den verschiedenen Fachpersonen zeigten, dass das weitere Vorgehen einer *konsultativen und kooperativen Logik* folgen sollte. Das heisst, dass die verschiedenen involvierten Akteure und Interessensgruppen von Beginn weg einbezogen – und damit auch mitverantwortlich gemacht – werden. Wichtig ist dabei, dass die Bereiche „Gesundheit“ und „Freiheitsentzug“ ausgewogen vertreten sind und dass sowohl die „PraktikerInnen“ mit direktem Kontakt zu den InsassInnen wie auch die Leitungs- und Verwaltungsebene von Beginn weg involviert werden.

Ausgehend von den Interviews und der Diskussion im Hearing wird ein ideales weiteres Vorgehen skizziert, das sich in *drei Etappen* gliedert: I. Erarbeitung einer konkreten Strategie (Einigung über Handlungsbedarf, Ziele, Aufgabenverteilung etc.); II. Erarbeitung der noch fehlenden Grundlagen (z.B. epidemiologische Daten, Richtlinien, Vereinbarungen); III. Umsetzung in die Praxis. Die Umsetzung dieser Vorschläge ist in unterschiedlichem Umfang vorstellbar. Aufgrund der komplexen politischen Verflechtungen und der grossen Zahl von Akteuren ist es als ein längerfristiges Vorhaben zu verstehen.

In diesem Prozess kommt einer Reihe von Akteuren eine wichtige Rolle zu: Für die Koordination/Vernetzung und Informationsvermittlung könnten die

*Abteilungen Übertragbare Krankheiten und Nationale Präventionsprogramme des BAG* zuständig sein. Es wird eine enge Zusammenarbeit mit der *Sektion Straf- und Massnahmenvollzug des BJ* empfohlen. Die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (*KKJPD*) und die Konferenz schweizerischer Gefängnisärzte (*KSG*) spielen ebenfalls in allen drei Etappen eine entscheidende Rolle. Im Bereich der Informationsvermittlung ist das Schweizerische Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal (*SAZ*) eine wichtige Instanz, die den Zugang zu den PraktikerInnen ermöglicht. *Fachorganisationen* und -kommissionen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogenfragen sind wichtig für die Bereitstellung von Wissen sowie für die Umsetzung z.B. von Präventionsmassnahmen.

*Inhaltlich* stehen folgende Themen im Vordergrund: Verbesserung der Datengrundlage; Förderung des Problembewusstseins bei den Anstaltsleitenden und den Vollzugsmitarbeitenden, u.a. durch spezifische Schulungen; Mindeststandards für Testung, Prävention und Behandlung (insbesondere von HCV; Frage der Fortsetzung von Behandlungen nach Entlassung; Klärung der Kostenübernahme bei InsassInnen ohne Krankenversicherung) sowie für Angebote im Drogenbereich; Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Bereichen und ärztliche Schweigepflicht. Sämtliche Massnahmen sollten an die verschiedenen Vollzugsformen mit ihren spezifischen Anforderungen angepasst werden. Zudem ist den speziellen Situationen und Bedürfnissen von MigrantInnen und Frauen mit entsprechenden Differenzierungen Rechnung zu tragen.

## Dank

Dieser Bericht stützt sich zu weiten Teilen auf Informationen von Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen des Themenfeldes Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug. Sie alle nahmen sich die Zeit und Mühe, unsere Fragen zu beantworten und mit uns zu diskutieren. Wir danken allen interviewten ExpertInnen, den Teilnehmenden an den verschiedenen Diskussionsgruppen in den Anstalten und am SAZ sowie jenen am Hearing ganz herzlich für die offenen und interessanten Gespräche. Ganz besonders bedanken wir uns bei den Leitungen der besuchten Anstalten, dass sie uns freundlich empfingen, einen Einblick in ihre Einrichtung ermöglichten und ihren Mitarbeitenden die Zeit für die Teilnahme an unseren Gesprächen zugestanden. Ebenfalls ein grosses Dankeschön gebührt dem SAZ für die Organisation von zwei Diskussionsgruppen und die Gastfreundschaft.

Weiter danken wir all jenen Fachpersonen, die uns auf die schriftliche Zusammenstellung der ersten Ergebnisse Rückmeldungen gaben, die uns zu weiteren Ideen anregten.

Für fachliche Fragen standen uns Stefan Enggist und Martin Hošek vom BAG sowie Renate Clémenton vom BJ jederzeit zur Verfügung, wofür wir uns herzlich bedanken.

Schliesslich haben unsere Kolleginnen Denise Efonayi-Mäder (SFM) und Marina Richter (Universität Freiburg) einen ersten Entwurf dieses Berichts gelesen und kommentiert. Ihnen danken wir vielmals für Kritik und konstruktive Vorschläge.

Christin Achermann und Ueli Hostettler

# 1 Einleitung

Anstalten des Freiheitsentzugs gelten als Orte, die in besonderer Weise von Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Hepatitis B (HBV) und C (HCV) oder Tuberkulose (TB) betroffen sind. Forschungen im In- und Ausland belegen, dass Personen im Freiheitsentzug häufiger als die Gesamtbevölkerung mit diesen Krankheiten infiziert sind (Iten und Gravier 2005; Stern 2001).<sup>1</sup> Drogenabhängige Inhaftierte sind davon überdurchschnittlich betroffen (Skipper et al. 2003; Sutton et al. 2006). Im Kontext des Freiheitsentzugs kumulieren sich Risikofaktoren, die einerseits mit der Population der InsassInnen zusammenhängen, die häufig zu Risikogruppen zählen (z.B. Drogenabhängige, Sex-ArbeiterInnen, Menschen aus benachteiligten Verhältnissen, MigrantInnen aus Herkunftsregionen, in denen die Prävalenzen dieser Krankheiten hoch sind). Andererseits können die spezifischen Bedingungen des Freiheitsentzugs für die Weiterverbreitung resp. die Ansteckung mit diesen Krankheiten besondere Risiken in sich bergen (z.B. fehlende Präventions- und Schutzmöglichkeiten, schlechte hygienische Verhältnisse, Überbelegung, Gewalt). Gesundheitliche Probleme im Freiheitsentzug betreffen immer auch die Gesundheit der Mitarbeitenden dieser Institutionen sowie die öffentliche Gesundheit ausserhalb von Anstaltsmauern, da die meisten Inhaftierten während und vor allem nach ihrer Inhaftierung in Kontakt mit der Gesamtbevölkerung kommen.

## 1.1 Rahmen der Studie

Im Rahmen seiner Zuständigkeit für die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten lässt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Fragen zur Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug untersuchen. Die Sektionen Aids, Grundlagen und Drogen des BAG in enger Zusammenarbeit mit der Sektion Straf- und Massnahmenvollzug des Bundesamtes für Justiz (BJ) beauftragten die Universität Freiburg mit einer Studie zu den Angeboten der Prävention, Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie zu Interventionen und Angeboten im Drogenbereich („Grundlagenforschung und Netzwerkaufbau

---

<sup>1</sup> Angaben zu Tuberkulose-Infektionen in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs liegen unseres Wissens nicht vor. Aus anderen Staaten ist bekannt, dass Strafanstalten in hohem Masse von TB betroffen sind (für Russland Bobrik et al. 2005; vgl. für die USA MacNeill et al. 2005; für Europa WHO Europe 1998; WHO Europe 2002). In Berliner Strafanstalten werden bei systematischen Tests jährlich rund 50 TB-Erkrankungen entdeckt, dies bei einer InsassInnenschaft von ca. 5500 Personen (Die Welt, 24.01.07).

im Bereich Gesundheit im Freiheitsentzug“). Diese Erhebung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) in Neuenburg. Gleichzeitig wurde eine juristische Studie verfasst, die sich mit den Verantwortlichkeiten in Bezug auf übertragbare Krankheiten und Drogenprobleme in Haft sowie mit Rechtsansprüchen Inhaftierter bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung befasste (Achermann und Künzli 2006).

## 1.2 Auftrag und Vorgehen des Gesamtprojektes

Ziel des Forschungsauftrages an die Universität Freiburg war es, dass zuhanden des BAG die Grundlagen erarbeitet werden, um die Notwendigkeit und Ausrichtung weiterer Massnahmen des Bundes im Bereich der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (v.a. HIV/Aids, HBV und HCV, TB)<sup>2</sup> und bezüglich Drogenproblemen im Freiheitsentzug einschätzen und planen zu können. Generell soll die Studie die Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen des Freiheitsentzugs<sup>3</sup> berücksichtigen (vgl. Baechtold 2005) und den Aspekten „Gender“ und „Migration“ ist besondere Beachtung zu schenken.

Der als Vorprojekt zu verstehende Auftrag umfasst die drei folgenden Teilprojekte. Für jeden Aspekt wurde eine je spezifische Vorgehensweise gewählt und ein je eigener Bericht verfasst. Während der gesamten Studie hat das Projektteam intensiv zusammengearbeitet.<sup>4</sup>

1. *Ziel:* Erhebung und Dokumentation der zur Prävention, Diagnose/Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie zu Interventionen im Drogenbereich bestehenden relevanten Standards und Empfehlungen sowie der daran gebundenen „best practices“. *Vorgehen und Ergebnis:* Literaturrecherche, Datenbank mit Begleitbericht (Richter und Hostettler 2006).
2. *Ziel:* Aufbau eines „Who is who“, d.h. eines aktivierbaren Netzwerkes der für Gesundheitsfragen im Freiheitsentzug relevanten Akteure. *Vor-*

---

<sup>2</sup> Andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) stehen dabei nicht im Mittelpunkt, sollen aber auch beachtet werden.

<sup>3</sup> Unter „Freiheitsentzug“ werden in diesem Bericht die folgenden Bereiche zusammengefasst: Polizeihaft, Untersuchungshaft, Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen und Jugendlichen, Ausschaffungs- und Vorbereitungshaft (Zwangsmassnahmen an AusländerInnen).

<sup>4</sup> Projektteam: Christin Achermann, Ueli Hostettler (Verantwortung), Maurizia Masia und Marina Richter.

*gehen und Ergebnis*: Elektronische Datenbank zur Identifikation der wichtigen Akteure (Richter 2006).

3. *Ziel*: Erhebung und fundierte Einschätzung der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug in den Bereichen der Prävention, Diagnose/Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie im Drogenbereich. *Vorgehen und Ergebnis*: Rapid Assessment (mittels ExpertInneninterviews, Fokusgruppendifkussionen in verschiedenen Anstalten und eines Hearings), das dem vorliegenden Bericht zugrunde liegt.

Parallel dazu und zur Unterstützung aller drei Ziele wurde der Fragebogen „Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten zu Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten“ an alle Institutionen des Freiheitsentzugs gesandt und statistisch ausgewertet (Masia et al. 2007).<sup>5</sup>

## 1.3 Rapid Assessment der Gesundheitsversorgung

### 1.3.1 Fragestellung

Der vorliegende Bericht befasst sich mit dem dritten der genannten Teilaufträge. Ziel dieses Rapid Assessments (vgl. dazu Anhang I) ist es, dass die Erhebung im „Falle künftiger Interventionen des BAG im Freiheitsentzug [...] eine für alle Involvierten plausible Repräsentation der Versorgungssituation“ bildet.<sup>6</sup> Die drei folgenden Leitfragen stehen dabei im Vordergrund:

- Wie präsentiert sich die *gesundheitsversorgerische Lage* in verschiedenen Institutionen des Freiheitsentzugs hinsichtlich Infektionskrankheiten und Drogenkonsum?
- Wo besteht aus der Sicht von Fachleuten und PraktikerInnen im Bereich Gesundheit und Freiheitsentzug *Handlungsbedarf*?
- Wie kann dazu beigetragen werden, dass künftige Massnahmen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug *wirksam umgesetzt* werden?

Im Rahmen dieses Auftrags geht es um eine Bestandaufnahme der Themen und anstehenden Fragen, die Identifikation der wichtigen Akteure und um Vorschläge dafür, wie vorgegangen werden könnte, um anschliessende Un-

---

<sup>5</sup> Diese Resultate wurden im vorliegenden Bericht noch nicht berücksichtigt, werden jedoch in einer folgenden Synthese mit den hier dargestellten Ergebnissen zusammengeführt.

<sup>6</sup> BAG-Vertrag Nr. 06.001327 / 2.25.01.-1040.

tersuchungen zielgerichtet durchzuführen und Massnahmen wirksam zu planen. Detaillierte und konkrete Massnahmen, die durch das BAG oder andere Akteure einzuleiten wären, stehen nicht im Vordergrund. Die interviewten ExpertInnen brachten jedoch bereits konkrete Vorschläge ein, wie bestimmte Ziele verfolgt werden könnten. Damit diese als Anknüpfungspunkte für weitere Arbeiten zugänglich sind, werden sie im Anhang in einer Liste angeführt (Anhang II: Umsetzungsideen).

### 1.3.2 Vorgehen und Datengrundlage<sup>7</sup>

Insgesamt wurden für den vorliegenden Bericht zwischen Mai und November 2006 57 Personen befragt. Als Einstieg führten wir fünf *ExpertInneninterviews*, um einen Überblick über den Kontext, die Problemlage und die Akteure zu gewinnen. Hierzu sprachen wir mit Vertretern der Konferenz schweizerischer Gefängnisärzte (KSG) und der Schweizerischen Konferenz der Institutionen des Justizvollzugs (SKIJ), mit Fachpersonen aus der Forschung zum Thema sowie aus dem Bundesamt für Justiz (BJ).

Anschliessend führten wir acht *Fokusgruppendifkussionen* in folgenden Vollzugskontexten durch: Untersuchungshaft, halboffener Strafvollzug, geschlossener Strafvollzug, Straf- und Massnahmenvollzug für Frauen, Massnahmenvollzug für junge Erwachsene und Ausschaffungshaft. Dabei wurden verschiedene Regionen der Schweiz berücksichtigt. An den Gruppen nahmen in unterschiedlichen Zusammensetzungen ÄrztInnen, Pfl egende, Vollzugsmitarbeitende und DirektorInnen teil. Zusätzlich organisierten wir im Rahmen des Grundkurses am Schweizerischen Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal (SAZ) je eine deutsch- und eine französischsprachige Fokusgruppe mit Vollzugsmitarbeitenden aus unterschiedlichen Vollzugskontexten der ganzen Schweiz. In diesen Diskussionen standen die Anliegen, Meinungen und Einschätzungen der Akteure aus den Anstalten des Freiheitsentzugs (d.h. Leitung, ÄrztInnen, Mitarbeitende der Gesundheitsdienste und Vollzugsmitarbeitende) im Vordergrund, um die verschiedenen Perspektiven und deren Zusammenspiel zu erfassen.<sup>8</sup> Dabei ging es nicht um eine Evaluation oder Bewertung einzelner Anstalten, sondern um eine Übersicht über die Angebote im schweizerischen Freiheitsentzugssystem mit ihren Eigenheiten.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Zu einer ausführlicheren Beschreibung des methodischen Vorgehens vgl. Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen.

<sup>8</sup> Eine Befragung von InsassInnen hätte eine weitere wichtige Perspektive eingebracht. Sie war im Rahmen dieser Studie nicht möglich, sollte in der weiteren Arbeit aber auf jeden Fall berücksichtigt werden (vgl. auch UNODC 2006).

<sup>9</sup> Aus diesem Grund werden die untersuchten Anstalten auch nicht namentlich genannt.

Als dritten Schritt führten wir ein *Hearing* mit elf Fachpersonen aus Kantonen, Konkordaten, Eidgenössischen Kommissionen und Fachorganisationen durch.<sup>10</sup> In diesem Rahmen wurden die ersten Ergebnisse und Empfehlungen mit einem Fokus auf die Umsetzung und das weitere Vorgehen diskutiert. Dies erlaubte ergänzend zur Auswertung relevanter Fachliteratur eine breitere Abstützung sowie eine validierende Einschätzung unserer ersten Ergebnisse. All dies ist in den Aufbau und die Prioritäten des vorliegenden Berichts eingeflossen.

Das gewählte Vorgehen des Rapid Assessments verschaffte uns einen breiten Überblick, der es ermöglicht, Aussagen über Tendenzen und Zusammenhänge zu formulieren. Für eine spezifische Analyse insbesondere der Unterschiede zwischen den Vollzugsformen und ihrer Eigenheiten ist eine vertiefte Forschung nötig.

## 1.4 Inhaltsübersicht

Im Folgenden wird in einem ersten Schritt (Kapitel 2) die Versorgungslage in den Anstalten des Freiheitsentzugs hinsichtlich Infektionskrankheiten und Drogen beschrieben und der entsprechende Handlungsbedarf aus der Sicht der interviewten Fachpersonen ausgeführt. Anschliessend an diese Situationsanalyse folgt ein Teil mit Empfehlungen (Kapitel 3), in dem Hinweise für ein ideales weiteres Vorgehen formuliert werden und schliesslich skizziert wird, wie der eruierte Handlungsbedarf im Bereich Infektionskrankheiten und Drogen angegangen werden könnte.

# 2 Einschätzung der Versorgungslage und des Handlungsbedarfs

## 2.1 Ausgangslage

Ausgehend von der Tatsache, dass Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug überdurchschnittlich vertreten sind, wird in der nationalen und internationalen Literatur Handlungsbedarf abgeleitet. Fachpersonen sind der Ansicht, dass die Testung, Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie Massnahmen im Bereich der Drogentherapie im Sinne des *Äquivalenzprinzips* erfolgen sollen (Council of Europe 1998; SAMW 2002; WHO Europe 2003). Das heisst, dass für die Versorgung in Institutionen des Freiheits-

---

<sup>10</sup> Vgl. die Teilnehmerliste im Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen.

entzugs die gleichen Standards wie ausserhalb von Anstaltsmauern gelten sollen. Das Äquivalenzprinzip schreibt sich ein in den allgemein anerkannten Grundsatz, dass Personen im Freiheitsentzug alle Rechte behalten, die ihnen nicht als direkte Folge der Inhaftierung entzogen werden. Die Strafe beinhaltet also einzig den Freiheitsentzug, nicht aber den Entzug der grundlegenden Menschenrechte (UNODC 2006: 9). Dies trifft nicht zuletzt auf die Gesundheit zu. Wie allen Menschen steht deshalb auch inhaftierten Personen das „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit“ zu.<sup>11</sup> Hinsichtlich konkreter Programme zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und zum Umgang mit Drogenfragen im Freiheitsentzug liegen heute international zahlreiche und vielfältige *Publikationen* vor, die von Projektberichten über deren Evaluationen und wissenschaftliche Auswertung bis hin zu Empfehlungen und Standards reichen (vgl. zur Übersicht Richter und Hostettler 2006). Der Handlungsbedarf ebenso wie die grundsätzliche Ausrichtung solcher Massnahmen sind bekannt und in Fachkreisen unbestritten (UNODC 2006). Der Freiheitsentzug gilt als ein Gebiet erhöhten Risikos, das sich in besonderer Weise für gezielte Interventionen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten anbietet.

In der *Schweiz* wurden seit Beginn der 1990er Jahre verschiedene Massnahmen im Bereich Infektionskrankheiten und bezüglich Drogenabhängigen ergriffen. Insbesondere wurden in weltweit erstmaligen Pionierversuchen Spritzenaustauschmöglichkeiten und kontrollierte Heroinabgabe im Strafvollzug eingeführt (Dolan et al. 2003; INFOPUB et al. 1993; Lines et al. 2004; Maul-Backer et al. 1994; Nelles et al. 1998; Nelles und Stöver 2002). Heute besteht in den diversen Anstalten ein unterschiedliches Angebot für Prävention, Testung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten sowie im Drogenbereich. Neue Initiativen wurden in den vergangenen Jahren allerdings von Bundesseite her keine mehr ergriffen. Im Rahmen des geltenden Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme MaPaDro III (BAG 2006a) sowie des Nationalen HIV- und Aidsprogramms 2004-2008 NHAP (BAG 2003, 2005a: 12) wird der Freiheitsentzug als ein Bereich genannt, der bei künftigen Massnahmen besondere Beachtung verdient.

---

<sup>11</sup> Art. 12 Internationaler Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte vom 19. Dezember 1966. Vgl. zu einer detaillierten Darstellung der gesundheitsrelevanten Rechte von Inhaftierten Achermann und Künzli (2006).

## 2.2 Allgemeine Einschätzung des Themas durch die Interviewten

Die Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug in der Schweiz wird von den befragten Personen im Allgemeinen als *grundsätzlich gut* und – abgesehen von der fehlenden freien Arztwahl – als *vergleichbar* mit der Versorgung für Menschen in Freiheit eingeschätzt. Hinsichtlich der Verfügbarkeit von und dem Zugang zu medizinisch-pflegerischen Fachpersonen wurde v.a. in den Anstalten mit einem professionellen Gesundheitsdienst betont, dass sich eine Mehrheit der InsassInnen im Vollzug verglichen mit ihrer Situation in Freiheit in einer besseren Lage befände.

Das Thema der übertragbaren Krankheiten wirft in Institutionen des Freiheitsentzugs aber zweifellos aktuelle Fragen auf. Für die *Mitarbeitenden ausserhalb des Gesundheitsdienstes* (inkl. die Leitungspersonen) handelt es dabei allerdings nicht um ein dringendes Problem in ihrer alltäglichen Arbeit, sondern vielmehr um eine Frage, die immer dann aktuell und dringend wird, wenn es einen Anlass dazu gibt (Erkrankung, Befürchtung einer Infektion, Unfall etc.). Andere Fragen, wie beispielsweise zunehmend ältere und pflegebedürftige InsassInnen, der Umgang mit psychischen Auffälligkeiten oder allgemeine Sicherheitsbedenken, stellen im Alltag dieser Mitarbeitenden dringendere Probleme dar. In der Perspektive der Vollzugsmitarbeitenden (ohne die Leitungsebene) steht vor allem ihre eigene Gesundheit im Vordergrund. Grundsätzlich ist bei ihnen ein Bewusstsein der Gefahren, die von Infektionskrankheiten wie TB, HIV, HBV und HCV ausgehen, vorhanden. Ebenso ist das Wissen verbreitet, dass man sich abgesehen von TB vor einer Infektion im Arbeitsalltag dadurch schützen kann, dass man in Risikosituationen (z.B. Kontakt mit Blut, Durchsuchen von Zellen und persönlichen Effekten) besonders vorsichtig ist, Handschuhe trägt und grundsätzlich immer davon ausgeht, dass das Gegenüber infiziert ist. Informationen aus den Gesprächen deuten allerdings darauf hin, dass diese Vorsichtsmassnahme nicht immer so strikt umgesetzt wird, wie es die Regel vorschreiben würde. Die Vollzugsmitarbeitenden fürchten sich insbesondere vor einer Ansteckung mit HIV und TB, wobei bei letzterer vor allem die Übertragung durch Tröpfcheninfektion Ängste um die eigene Gesundheit und jene der Angehörigen auslöst.

Für das *medizinisch-pflegerische Personal* sind Infektionskrankheiten und deren Behandlung Bestandteil ihrer täglichen Arbeit. In wenigen Fällen wurden damit verbundene Fragen als dringende Probleme benannt (vgl. dazu 2.5). In der Perspektive der Gesundheitsfachleute stehen die InsassInnen im Vordergrund, da der eigene Schutz vor Infektionen bei dieser Gruppe Bestandteil ihrer Berufspraxis ist. Ängste vor einer Ansteckung kommen kaum

vor oder werden professionell als Teil des allgemeinen Berufsrisikos angesehen.

Bei den Einschätzungen zum *Drogenkonsum* in den Einrichtungen des Freiheitsentzugs unterscheiden sich die medizinisch-pflegerischen und die Vollzugsmitarbeitenden wenig voneinander. Die meisten GesprächspartnerInnen waren sich einig, dass in den Anstalten immer wieder Drogen vorhanden sind. Am ehesten wurde dies im Kontext der Untersuchungshaft bestritten, die gegenüber der Aussenwelt sehr stark abgeschlossen ist. Weiter stimmten die Interviewten aus den Anstalten darin überein, dass es in ihren Einrichtungen immer weniger DrogenkonsumentInnen gebe und dass insbesondere der intravenöse Konsum beinahe verschwunden sei. Diese Aussage leiten sie von der Häufigkeit von Funden von Spritzen, Drogen oder von der beobachteten Wirkung von Drogen und sichtbaren Spuren von Injektionen ab. Der Handlungsbedarf zur Vermeidung der Übertragung von Infektionskrankheiten durch Drogenkonsum wird darum als gering erachtet. Diese Einschätzungen stützen sich nicht auf wissenschaftliche Erhebungen, sondern auf Beobachtungen in der Praxis. Ein Rückgang der drogenkonsumierenden InsassInnen in den hier untersuchten Institutionen des Freiheitsentzugs scheint plausibel, wenn man berücksichtigt, dass Drogenkonsumierende heute seltener in den Strafvollzug gelangen und die Einweisung in den Massnahmenvollzug und spezialisierte Einrichtungen im Vordergrund steht.<sup>12</sup>

## 2.3 Risikoeinschätzung

Um ihre Präventions- und Behandlungsangebote (siehe dazu unten 2.5) einzuschätzen sowie entsprechenden Handlungsbedarf abzuleiten, nehmen die Mitarbeitenden der Institutionen des Freiheitsentzugs eine Risikoeinschätzung für ihre Einrichtung vor. Dabei werden typischerweise die folgenden Aspekte berücksichtigt, die sich auf *Ansteckungsrisiken* sowohl für die Mitarbeitenden als auch die InsassInnen beziehen und unterschiedlich gewichtet werden:

---

<sup>12</sup> Eine laufende, durch das BAG finanzierte Studie am Institut universitaire de médecine sociale et préventive in Lausanne gibt Hinweise sowohl auf einen Rückgang von DrogenkonsumentInnen in Institutionen des Freiheitsentzugs als auch auf eine Abnahme der Injektionen und des Spritzenaustauschs zwischen InsassInnen in diesen Einrichtungen (persönliche Mitteilung von Françoise Dubois-Arber).

Wie stark der intravenöse Konsum insgesamt, also auch ausserhalb des Freiheitsentzugs, rückläufig ist, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht eindeutig belegen. Ein Hinweis auf die Abnahme dieser Konsumform könnte der Rückgang der Spritzenabgabe und -verkäufe sein (vgl. dazu Samitca et al. 2006).

- Übertragungsmöglichkeiten *zwischen InsassInnen*: z.B. Mehrfachzellen; Kontaktmöglichkeiten ohne Aufsicht; Arbeitsunfälle; Austausch von Materialien, an denen Blutspuren sein können (Nadeln/Spritzen für Tätowierungen, zur Injektion von Drogen, Insulin, Anabolika etc.; Rasierklingen, Haarschneidemaschinen etc.); sexuelle Kontakte (in gegenseitigem Einverständnis, Prostitution, Vergewaltigungen);
- Übertragungsmöglichkeiten *zwischen InsassInnen und Mitarbeitenden*: durch den Vollzugsalltag bedingte Kontakte, Angriffe, Arbeitsunfälle etc.;
- Übertragungsmöglichkeiten *zwischen InsassInnen und Personen von ausserhalb* der Anstalt: z.B. bei Besuchen (inkl. so genannte Beziehungszimmer für intime Kontakte in stabilen Partnerschaften); Ausgang/Urlaub; externe Arbeit. Dies betrifft die offeneren Formen des Freiheitsentzugs besonders stark;
- *Vorhandensein von Krankheiten* bei InsassInnen und Kenntnisse davon;
- *Vorhandensein von Drogen*;
- *Konsumformen* von Drogen (intravenös oder andere).

In offeneren Vollzugsformen, in denen sowohl die Kontakte unter den InsassInnen als auch zu Personen ausserhalb einfacher, häufiger und eher ohne Aufsicht erfolgen, gehen Mitarbeitende allgemein von mehr Ansteckungsrisiken aus als in geschlossenen Kontexten wie beispielsweise der Untersuchungshaft, wo Besuche meist nur mit Trennscheibe erlaubt sind und sich die Kontakte zwischen InsassInnen meist auf eine Stunde Spaziergang pro Tag beschränken.

Für ihre Einschätzung des Risikos und der daraus resultierenden notwendigen Massnahmen stützen sich die Auskunftspersonen weitgehend auf Annahmen und Vermutungen, die auf Beobachtungen und – oft langjähriger – Erfahrung in einer Anstalt beruhen. Aktuelle und spezifische epidemiologische Daten gibt es selten (vgl. dazu 2.4). In einer ersten Einschätzung kamen so alle Teilnehmenden in den Diskussionsgruppen zum Schluss, dass in ihrer Einrichtung die Präventionsangebote angemessen seien und dass deshalb kein dringender Handlungsbedarf bestehe. Das heisst, dass in den untersuchten Einrichtungen sowohl Mitarbeitende in Gesundheitsdiensten als auch des Vollzugs sowie die Anstaltsleitungen bisher davon ausgingen, dass sie die für ihre Anstalt notwendigen Massnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten ergriffen haben. Zugleich räumten die meisten aber ein, dass Verbesserungen stets möglich wären. Im Verlauf der Gespräche relativierten einige Personen diese erste Einschätzung, hinterfragten die gegenwärtige Situation in ihrer Anstalt kritisch und signalisierten schliesslich Offenheit für

Vorschläge oder bekundeten die Absicht, konkrete Veränderungen einzuleiten.

## 2.4 Datengrundlage und Problembewusstsein

Aktuelle, gesicherte wissenschaftliche Daten zur Prävalenz von Infektionskrankheiten, zu Risikoverhalten, Drogenkonsum etc. im Freiheitsentzug gibt es für die Schweiz abgesehen von der Waadtländer Studie von Iten und Gravier (2005) kaum. Die *Kenntnisse* der tatsächlichen Situation im Freiheitsentzug sind darum *gering*. Die interviewten Fachpersonen waren sich nicht einig, ob dies vor allem daran liegt, dass die notwendigen differenzierten und spezifischen Daten gar nicht existieren oder dass die verschiedenen existierenden Datensätze zu wenig zusammengeführt, für den Freiheitsentzug ausgewertet und bekannt gemacht werden.

In der Regel führen die Gesundheitsdienste der Anstalten des Freiheitsentzugs keine Statistiken über die Infektionen. Da Tests (vgl. 2.5) zudem selten systematisch durchgeführt werden, sind auch allenfalls vorhandene Statistiken lediglich als annähernde Informationen zu verstehen. Sämtliche vorhandene Daten aus dem In- und Ausland zeigen jedoch, dass HIV und insbesondere HBV und HCV im Freiheitsentzug verbreiteter sind als in der Gesamtbevölkerung (vgl. 2.1). Mitarbeitende, die nicht im Gesundheitsdienst arbeiten, haben meist keine konkrete Vorstellung über den Anteil von Infizierten unter den InsassInnen ihrer Einrichtung.

Aufgrund des geringen Wissens über die Verbreitung und das Übertragungsrisiko von Infektionskrankheiten in den einzelnen Anstalten wird oft gefolgert, dass die Zahl der Infizierten klein sei. Dies hat wie oben erwähnt eine Risikoeinschätzung zur Folge, aus der *kein dringender Handlungsbedarf* oder, laut einem Anstaltsleiter, kein „Leidensdruck“ hinsichtlich Testung, Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten und im Drogenbereich abgeleitet wird.

## 2.5 Testung, Prävention und Behandlung der InsassInnen

Wie auch andere Studien zeigen, *variieren die Testungs-, Präventions- und Behandlungsangebote* zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Freiheitsentzugs stark (Gerlich et al. 2005). Im Folgenden stehen Massnahmen und Angebote für die InsassInnen im Vordergrund. Präventionsmassnahmen in Form von Information für die Vollzugsmitarbeitenden werden anschliessend behandelt (Kap. 2.6)

### 2.5.1 Testung

Die Praktiken zur Testung übertragbarer Krankheiten sind sehr unterschiedlich, sowohl je nach Anstalt als auch je nach Krankheit: Am *verbreitetsten* sind *TB-Tests* (meist Mantoux oder Thorax-Röntgen, selten Bluttests), die in einigen Anstalten im Rahmen der Eintrittsuntersuchung systematisch, in anderen auf Verdacht hin durchgeführt werden. Zum Teil wurden die systematischen Tests in den vergangenen Jahren eingestellt, weil sie als nicht (mehr) nötig erachtet wurden. Die Abschaffung des systematischen TB-Screenings bei Asylsuchenden im Rahmen der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen (GSM) hat bei ÄrztInnen und Gesundheitsdiensten zu Verunsicherung und Kritik geführt, da sie sich nun nicht mehr auf diese Ergebnisse stützen können.<sup>13</sup>

Tests auf eine Infektion mit HIV, HBV und HCV werden entweder auf *Wunsch* der InsassInnen oder auf *Vorschlag* der ÄrztInnen oder Pflegefachpersonen in Verdachtsfällen oder bei Risikogruppen wie z.B. Drogenabhängigen durchgeführt. Am ehesten wird in grösseren Anstalten mit einem ausgebauten Gesundheitsdienst allen InsassInnen ein Test dieser Krankheiten nahe gelegt (siehe auch Gerlich et al. 2005; Gerlich et al. 2004).<sup>14</sup>

Da Tests abgesehen von begründeten Verdachtsfällen meist im Rahmen einer Eintrittsuntersuchung stattfinden, hängen sie davon ab, ob solche Konsultationen zum Standardablauf in einer Anstalt zählen. Gemäss unseren Informationen ist dies in Anstalten, in denen sich die Eingewiesenen während längerer Zeit aufhalten, häufiger der Fall als etwa in Untersuchungs-, Polizei- oder Ausschaffungshaft, wo oft kurze Aufenthaltsdauern und damit verbunden ein sehr häufiger Wechsel von Inhaftierten stattfindet. Aus einigen grösseren Untersuchungs- oder Ausschaffungsgefängnissen, die über einen professionellen Gesundheitsdienst verfügen, wurde allerdings sowohl von Eintrittsuntersuchungen als auch Tests berichtet. Einrichtungen, die meist die erste Station in einem möglichen Parcours durch Institutionen des Freiheitsentzugs sind (z.B. Polizei-, Untersuchungs- oder Ausschaffungshaft), verfügen über keinerlei (medizinische) Vorinformationen über die Neueingetretenen. Diese Ungewissheit über eine mögliche Ansteckungsgefahr (insbesondere durch TB) verunsichert die Mitarbeitenden.

---

<sup>13</sup> Die Hintergründe, die zu dieser Veränderung geführt haben, ebenso wie der Ersatz durch eine computergestützte Befragung in mehreren Sprachen sind den Befragten nicht bekannt. Vgl. zu diesem elektronischen „Tool“ Kap. 3.2.3.1.

<sup>14</sup> Vgl. hierzu auch die Auswertung der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten schriftlichen Umfrage (Masia et al. 2007).

Im Zusammenhang mit der Testung bemängelten einige Vollzugsmitarbeitende, dass bis zum Vorliegen eines allfälligen Testresultats einige Zeit vergehen kann, in der eine infizierte Person bereits Mitarbeitende oder InsassInnen anstecken kann, mit denen sie in Kontakt kommt. Solche *Ängste* werden vor allem hinsichtlich TB geäussert und betreffen insbesondere Fälle, in denen die Eintrittsuntersuchung erst stattfindet, nachdem die neu Eingewiesenen mit anderen Personen (z.B. DirektorIn, SozialarbeiterIn) in Kontakt waren.

### 2.5.2 Prävention

Zum Schutz vor einer Ansteckung mit resp. zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten finden sich in den untersuchten Anstalten für InsassInnen folgende Angebote:<sup>15</sup>

- Mehrsprachige *Informationsunterlagen* (z.B. des BAG zu HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit oder der Lungenliga zu TB);
- *Informationsveranstaltungen* zur HIV-Prävention;
- *Präventionsbeauftragte*, die InsassInnen einzeln und in Gruppen informieren und sensibilisieren;
- *Erstehilfe- oder Präventionsset* (vgl. dazu auch Iten und Gravier (2005) und Bolli (2000));
- *Präservative*;
- *Impfungen* gegen HBV oder TB (für InsassInnen auf Verlangen; v.a. für Mitarbeitende);
- *Desinfektionsmittel* (z.B. für Nadeln/Spritzen);
- Abgabe steriler *Spritzen* (auf Nachfrage beim Gesundheitsdienst oder zum anonymen Bezug in Automaten);
- *Drogensubstitutionsprogramme* (v.a. Methadon);
- kontrollierte *Heroinabgabe*.

Während in einigen Einrichtungen diese ganze Palette von präventiven und schadensmindernden Angeboten besteht, gibt es in anderen lediglich einzelne Angebote oder im bescheidensten Fall nur einen Gesundheitsdienst, der mit Betriebssanitätern besetzt ist, konziliarisch ÄrztInnen beiziehen kann und der bei Bedarf Untersuchungen durchführt und Fragen beantwortet. Spezifische Präventionsarbeit bezüglich Hepatitis ist am wenigsten verbreitet. Informati-

---

<sup>15</sup> Vgl. für einen Überblick über die Anstalten in der ganzen Schweiz Masia et al. (2007).

onen hierzu werden v.a. jenen Personen mitgegeben, deren Infektion bekannt ist, oder das Thema wird im Rahmen der HIV-Prävention gestreift.

Langjährige Mitarbeitende aus verschiedenen Anstalten des Freiheitsentzugs berichten, dass die Präventionsmassnahmen bezüglich HIV und TB in den vergangenen Jahren *abgenommen* haben. D.h. dass etwa die systematische Abgabe von Informationsbroschüren gestoppt wurde oder Präservative nicht mehr (oder neu nur noch gegen Bezahlung im anstaltsinternen Geschäft oder aus Automaten) verfügbar sind.

Im Gespräch über Präventionsmassnahmen drücken die Anstalten in den meisten Fällen eine *Offenheit* gegenüber einem Ausbau dieser Angebote aus, wenn ihnen aufgezeigt werden kann, dass dies notwendig ist. Grosse Vorbehalte bestehen allerdings weiterhin gegenüber der Abgabe von Spritzen, wobei einerseits die Angst vor Angriffen oder Verletzungen (mit Infektionsrisiko) angeführt wird. Andererseits wird darauf verwiesen, dass damit der Drogenkonsum gefördert werde, was dem Auftrag und der Haltung der Anstalt widerspreche. In den Gesprächen mit Vollzugsmitarbeitenden aus verschiedenen Anstalten – wovon in einigen Spritzen abgegeben werden – zeigte sich, dass die Debatte um diese schadensmindernde Massnahme trotz der Beteuerungen über den weitgehend problemlosen Verlauf sowie des Verweises auf die wissenschaftlichen Evaluationen von emotionalen Argumenten und verhärteten Positionen geprägt ist.

Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich Prävention wurden vor allem von Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste genannt. Sie bezogen sich dabei hauptsächlich auf *mehr Informationen in angepasster Form* für InsassInnen und Mitarbeitende (vgl. dazu unten 2.6). Insbesondere für die weiblichen InsassInnen wurde hervorgehoben, dass hinsichtlich des Schutzes gegen alle sexuell übertragbare Krankheiten v.a. die praktische Umsetzung das Problem sei. D.h. dass die Frauen zwar informiert seien, wie sie sich schützen müssen, dass sie sich aber gegenüber ihren Partnern nicht durchsetzen könnten.

### 2.5.3 Behandlung

ÄrztInnen und Mitarbeitende der Gesundheitsdienste betonen, dass für die Behandlung von PatientInnen mit Infektionskrankheiten *grundsätzlich die gleichen Bedingungen* gelten wie ausserhalb des Freiheitsentzugs. Behandlungen von HIV- oder AidspatientInnen werden in der Regel in Zusammenarbeit mit zuständigen Fachpersonen oder -stellen von ausserhalb der Anstalten durchgeführt. Vollzugsmitarbeitende berichten von schwierigen und belastenden Situationen, wenn Aidskranke im fortgeschrittenen Stadium (oder auch andere Schwerkranke) im Strafvollzug leben. Die überwiegende Mehrheit der Institutionen des Freiheitsentzugs ist weder hinsichtlich Infrastruktur noch Qualifikation der Vollzugsmitarbeitenden auf Pflegefälle ausgerichtet.

Von Behandlungen von Hepatitis-Erkrankungen wurde nur vereinzelt berichtet, da eine solche entweder nicht dringend geboten oder nicht möglich war (siehe unten). Bei Fällen offener TB erfolgt meist eine Einweisung in eine entsprechende spezialisierte Einrichtung wie die Bewachungsstation am Insspital Bern.

Vonseiten mehrerer ÄrztInnen und Pflegefachpersonen wurde bezüglich der Behandlung von Personen mit einer Infektionskrankheit *Handlungsbedarf* geortet. So bestehen vor allem betreffend folgender Fragen *Unklarheiten*, die dazu führen können, dass eine Behandlung (oder vertiefende Tests) nicht durchgeführt werden, obwohl diese aus medizinischen Gründen indiziert wären. Neben medizinischen und ethischen Problemen kann daraus auch administrativer Mehraufwand entstehen:

- Wird eine *Behandlung begonnen*, auch wenn sich die Person voraussichtlich weniger lang in der Anstalt aufhalten wird, als für die meist mehrere Monate dauernde Behandlung notwendig wäre?
- Wer übernimmt die *Kosten* von Behandlungen bei ausländischen InsassInnen, die keine Krankenversicherung haben? Gemäss Kostgeldlisten der beiden Deutschschweizer Strafvollzugskonkordate<sup>16</sup> sind diese InsassInnen der Einweisungsbehörde zu melden.<sup>17</sup>
- Wie wird die *Fortsetzung einer Behandlung oder Drogensubstitution* nach einer Entlassung gesichert? Was geschieht insbesondere mit Personen, die während einer laufenden Behandlung in ihr Herkunftsland *zurückgeschafft* werden?<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu „Kostgeldliste der Vollzugseinrichtungen des Ostschweizer Strafvollzugskonkordates, gültig ab dem 1. Januar 2006 / 1. Januar 2007“ und „Kostgeldliste der Vollzugseinrichtungen des Konkordates der Nordwest- und Innerschweiz mit Gültigkeit ab 1. Januar 2006 / 1. Januar 2007“. Die Kostgeldliste des „Concordat sur l'exécution des peines et mesures concernant les adultes et les jeunes adultes dans les cantons romands et du Tessin“ enthält diesbezüglich keine Angabe (vgl. „Décision du 23 octobre 2003 concernant la fixation du prix de pension dans les établissements concordataires et des frais à facturer pour l'application des alternatives aux peines privatives de liberté (EM)“).

<sup>17</sup> Für sie wird in der Regel keine Krankenversicherung abgeschlossen, sondern eine Kostengutsprache durch die zuständige kantonale Sozialbehörde erteilt.

<sup>18</sup> Diese Problematik wird auch andernorts diskutiert: (Klein et al. 2002; Laufer et al. 2002; Mitchell und McCarthy 2001; Mitty et al. 1998; Myers et al. 2005).

## 2.6 Information der Vollzugsmitarbeitenden

Neben den Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste (d.h. ÄrztInnen, Pflegefachpersonen, SanitäterInnen) sind die weiteren Vollzugsmitarbeitenden (aus Aufsichts-/Betreuungs-, Sicherheits- oder Sozialdienst und Gewerbe) als wichtige Akteure bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und im Umgang mit Drogenproblemen im Freiheitsentzug zu beachten. Bei ihnen stehen Präventionsmassnahmen im Vordergrund, die v.a. *Information* und *Beratung* sowie *Impfungen* umfassen (vgl. dazu oben 2.5.2). Aus Gesprächen mit den Vollzugsmitarbeitenden wurden insbesondere zwei Aspekte deutlich:

a) Es besteht bei vielen Personen ein *Informationsmangel* zum Thema übertragbare Krankheiten;

b) die Vollzugsmitarbeitenden fürchten sich teilweise um ihre eigene Gesundheit bzw. vor einer Ansteckung und fühlen sich mit diesen *Sorgen* zu wenig ernst genommen.<sup>19</sup>

a) Grundlegendes Wissen über übertragbare Krankheiten wie HIV, Hepatitis oder TB ist zwar bei allen befragten Vollzugsmitarbeitenden vorhanden. Die Regel, dass zum Schutz vor einer Ansteckung das Gegenüber grundsätzlich immer als TrägerIn einer ansteckenden Krankheit zu betrachten ist, ist weit verbreitet. Über die genauen Übertragungsmöglichkeiten, Risiken sowie Präventions- und Schutzmassnahmen der einzelnen Krankheiten scheint das Wissen jedoch in vielen Fällen gering zu sein. Dies betrifft *insbesondere HBV, HCV und TB*, in geringerem Mass aber auch HIV. Einige Befragte gestanden selbstkritisch ein, dass sie sich durch die vertiefte Beschäftigung mit der Frage während des Interviews bewusst wurden, dass ihr Wissen oberflächlich, veraltet oder lückenhaft sei. Teilweise waren in den Gesprächen eindeutig unzutreffende Aussagen über Übertragungsmöglichkeiten oder Schutzmassnahmen sowie aufgeworfene Fragen Hinweise auf diese Defizite.

Ausser im Grundkurs am SAZ, den viele Mitarbeitende erst besuchen, nachdem sie bereits einige Jahre in einer Vollzugsanstalt gearbeitet haben, werden in den Anstalten nur in Ausnahmefällen systematisch Informationen zum Thema vermittelt.<sup>20</sup> Von einer regelmässigen Aktualisierung und Auffrischung dieses Wissens in den Anstalten (wie dies im Fall von Ersthilfe-

---

<sup>19</sup> Siehe für eine ähnliche Einschätzung der Sorgen der Mitarbeitenden Iten und Gravier (2005: 43f).

<sup>20</sup> Auch Mitarbeitende von Gesundheitsdiensten geben an, dass sie ihren KollegInnen für Fragen zur Verfügung stehen würden. Diese Holschuld scheint allerdings selten eingefordert zu werden. Wo eine Präventionsbeauftragte die Mitarbeitenden aufsucht und Fragen stellt, scheint dieses Angebot besser genutzt zu werden.

massnahmen offensichtlich verbreitet ist) hat unter den Befragten niemand berichtet. Dies hat zur Folge, dass Halbwissen verbreitet ist, was *Unsicherheiten und Ängsten* Vorschub leistet. Mehrere Mitarbeitende würden es begrüssen, wenn die einzelnen Vollzugsinstitutionen (und sie selbst) zu wiederkehrenden Weiterbildungen verpflichtet würden.<sup>21</sup>

b) Die ungenauen oder fehlenden Informationen über die Krankheiten und die Schutzmassnahmen haben zur Folge, dass sich viele Vollzugsmitarbeitende wünschen, darüber informiert zu werden, welche InsassInnen TrägerInnen einer übertragbaren Krankheit sind (vgl. dazu 2.7), um sich im Kontakt mit diesen Personen speziell schützen zu können. Allgemein dringt aus ihren Aussagen der Eindruck durch, dass sie sich in ihren Sorgen um ihre eigene Gesundheit zu *wenig ernst genommen* fühlen. Dabei wurde sowohl vonseiten der Leitungspersonen wie auch der Vollzugsmitarbeitenden auf die enge Verschränkung der Gesundheit der Mitarbeitenden und jener der InsassInnen verwiesen: Da einerseits der Schutz der Gesundheit der Angestellten vom Schutz und der Behandlung kranker InsassInnen abhängt und andererseits die InsassInnen nur dann gut betreut werden können, wenn die Mitarbeitenden gesund sind, ist die Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug als ein Thema anzugehen, das die *Anstalt als ganze* mit allen in ihr lebenden und arbeitenden Menschen umfasst.

## 2.7 Ärztliche Schweigepflicht<sup>22</sup>

Die ärztliche Schweigepflicht, deren Ausgestaltung und Reichweite wurden sowohl vonseiten der Gesundheitsdienste wie auch der Vollzugsmitarbeitenden immer wieder als ein *kontroverses Thema mit Konfliktpotential* angesprochen (vgl. auch Iten und Gravier 2005: 44). Auch wenn dies nicht nur auf die Frage der übertragbaren Krankheiten zutrifft, so wird das so genannte Arztgeheimnis in diesem Bereich besonders emotional behandelt, da die Vollzugsmitarbeitenden sich um ihre eigene Gesundheit sorgen und die Verschwiegenheit der Gesundheitsdienste deshalb als ein Risiko für sich selbst interpretieren.

Die ärztliche Schweigepflicht, zu der die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Punkt 10 ihrer „medizinischen Richtlinien“ zur „Ausübung der medizinischen Tätigkeit bei inhaftierten Personen“ (SAMW 2002) Stellung nimmt, wird in den verschiedenen

---

<sup>21</sup> Vgl. dazu auch die Auswertung der schriftlichen Umfrage (Masia et al. 2007).

<sup>22</sup> Vergleiche zu einer Übersicht zu den rechtlichen Grundlagen, der Rechtsprechung und Vorschlägen zu Lösungsansätzen Slama (2004).

Anstalten und durch verschiedene ÄrztInnen und Pflegenden sehr unterschiedlich ausgelegt und interpretiert. Die Bandbreite reicht von einer Markierung der Namen von z.B. mit HIV infizierten InsassInnen auf der internen Belegungsliste bis hin zur „Anonymisierung“ von Medikamenten, um zu vermeiden, dass Vollzugsmitarbeitende bei der Abgabe von Medikamenten Rückschlüsse auf die Krankheit ziehen können.

Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass Uneinigkeiten und Unverständnis hinsichtlich des Umgangs mit der ärztlichen Schweigepflicht *in einem weiteren Kontext* zu verstehen – und anzugehen – sind: Einerseits hängen sie mit den bereits erwähnten fehlenden Informationen sowie den Ängsten vor einer Ansteckung mit einer übertragbaren Krankheit zusammen. Vollzugsmitarbeitende können nicht verstehen, wieso sie nicht informiert werden, von welchen Personen eine Ansteckungsgefahr ausgeht. Andererseits deuten unsere Informationen darauf hin, dass dort mehr Verständnis für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und für die Ängste der Mitarbeitenden vorhanden ist, wo zwischen Gesundheitsdiensten und den übrigen Sektoren (insbesondere Arbeit/Gewerbe, Sicherheit, Betreuung/Aufsicht) regelmässige Kontakte und eine gute Zusammenarbeit besteht. Je weniger der Gesundheitsdienst mit den anderen Bereichen verknüpft ist, desto grösser scheint die Gefahr, dass unter Mitarbeitenden Frustration bezüglich der Aufgaben und Rollen entsteht oder dass verschiedene Dienste im Vollzugsalltag gegeneinander ausgespielt werden.

## 2.8 Inner- und zwischeninstitutionelle Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsdienst und den übrigen Bereichen einer Anstalt ist sehr *unterschiedlich geregelt*. Zum Teil besteht zwischen diesen wenig Kontakt, gelegentlich ist die starke Trennung von gegenseitigem Unverständnis und Ablehnung geprägt. In einigen Institutionen sind Zusammenarbeit und Austausch hingegen alltäglich, was unter anderem mit der Organisationsweise des Gesundheitsdienstes zusammenhängt. Aus medizinisch-pflegerischer Sicht wird es als positiv hervorgehoben, wenn der Gesundheitsdienst als *relativ autonomer Fachbereich* mit entsprechender Kompetenz innerhalb der Institution anerkannt und von der Direktion klar unterstützt wird (etwa bezüglich Ressourcen, Massnahmen und Haltung). Umgekehrt heben auch Anstaltsleitende hervor, dass sie diese Arbeitsteilung und die Delegation von Fachfragen an die zuständigen ExpertInnen schätzen. Dadurch werden die Verantwortung und die Eigeninitiative dieser Dienste beispielsweise hinsichtlich des Themas der Infektionskrankheiten gefördert, was auch in Vorschläge vonseiten der Pflegenden oder der ÄrztInnen zu Präventionsmassnahmen münden kann. Je *professioneller* die Gesundheitsdienste sind (z.B. je qualifizierter die Mitarbeitenden, je höher die Stellenprozente, je

länger die Präsenzzeit und besser die Verfügbarkeit von ÄrztInnen und Pflegenden), desto besser können sie die Funktion solcher Fachstellen übernehmen.

Eine Organisationsstruktur, in der die gesamte somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung der kantonalen Institutionen des Freiheitsentzugs durch eine Stelle z.B. an einem Universitätsspital geleistet wird, wird von verschiedener Seite als positiv und zukunftsweisend angeführt.<sup>23</sup> Als Vorteil wird einerseits die klare Trennung zwischen medizinisch-pflegerischen Aufgaben und dem Vollzug des Freiheitsentzugs gesehen, andererseits aber auch die Möglichkeit des fachlichen Austauschs und einer einheitlichen Praxis innerhalb eines Kantons. Wie bei einem solchen zentralisierten Organisationsmodell die anstaltsinterne Verankerung, die Zusammenarbeit und der regelmässige Austausch zwischen dem Gesundheitsbereich und den Vollzugsmitarbeitenden funktioniert, wäre hingegen genauer zu prüfen.

Der *Informationsaustausch über die Anstalten* hinweg wurde von vielen Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste als Schwierigkeit thematisiert. Die beiden schweizerischen Fachgremien der ÄrztInnen (KSG) sowie der Pflegenden (Schweizerisches Forum für die Gesundheitsdienste der Gefängnisse, Straf- und Vollzugsanstalten) werden als Plattformen für Informationsvermittlung und Austausch unter Fachpersonen allgemein geschätzt, wenn auch das Engagement in diesen Gremien wiederum sehr unterschiedlich ist. Teilweise dürfte dieses vom persönlichen und privaten Engagement einzelner Personen abhängen, in einzelnen Fällen wird diese Aktivität ausdrücklich von den Anstaltsleitungen unterstützt. Die Bemühungen der beiden Verbände, die *Informationsübermittlung* über die Krankengeschichte von InsassInnen beim Übertritt von einer Anstalt in die andere zu verbessern und zu standardisieren, wird unterschiedlich umgesetzt. Diesbezüglich werden von den ÄrztInnen und den Pflegenden Verbesserungen gewünscht, um Doppelspurigkeiten und Informationsverlust zu vermeiden. In diesem Zusammenhang bestehen hinsichtlich des Umgangs mit der ärztlichen Schweigepflicht gewisse Unklarheiten bzw. wird das Arztgeheimnis für den Informationsaustausch als hinderlich bezeichnet.

Eine Zusammenarbeit mit *externen Fachstellen* findet am ehesten und gelegentlich mit den kantonalen Aidshilfen statt. Nur in einzelnen der untersuchten Fälle erfolgt diese regelmässig und institutionalisiert.

---

<sup>23</sup> Als Beispiel sei der „Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires“ (SMPP) im Kanton Waadt genannt (vgl. Iten und Gravier 2005: 35).

## 2.9 Fazit: Handlungsbedarf

Im Folgenden werden die vorrangigen Herausforderungen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug rekapituliert. Darauf aufbauende Empfehlungen zu Massnahmen und einer entsprechenden Vorgehensweise folgen im anschliessenden Kapitel 3.

Während der Datenerhebung zeigte sich auf der Ebene der Anstalten und aus der Sicht der Mitarbeitenden, dass die Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug derzeit kein zentrales Thema ist, solange es keinen akuten Anlass dazu gibt, d.h. dass das *Problembewusstsein oft gering* ist. In diesem Zusammenhang wären genauere Daten nützlich, die allenfalls in weiteren Studien zu erheben wären und sich der Frage widmen, ob Infektionskrankheiten und Drogenprobleme im Freiheitsentzug tatsächlich wenig verbreitet sind und kaum Ansteckungsrisiken bestehen oder ob die positive Einschätzung auf eine oberflächliche Sichtweise oder Verdrängung zurückzuführen ist, da diese Themen u.a. Tabubereiche wie Sexualität und illegale Tätigkeiten innerhalb der Anstalten berühren. Bei näherer Beschäftigung mit den Fragen wurde sowohl vonseiten der medizinisch-pflegerischen Fachpersonen als auch jener des Vollzugsbereichs deutlich, dass trotz der eher tiefen Einstufung der Problematik im Vollzugskontext *zahlreiche offene Fragen* bestehen, die im Interesse eines optimalen Schutzes der Gesundheit von Mitarbeitenden und InsassInnen (und letztlich der Gesamtbevölkerung) gelöst werden müssen.

In der Diskussion im Hearing, die in einer anstaltsübergeordneten und umsetzungsorientierten Perspektive erfolgte, betonten die Fachpersonen, dass die wichtigste Aufgabe für die Zukunft sei, jene Massnahmen im Freiheitsentzug *umzusetzen*, die längst als wirksame und sinnvolle Mittel zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und im Umgang mit Drogen im Freiheitsentzug bekannt sind (vgl. dazu UNODC 2006). Das heisst, dass grundsätzlich erkannt ist, dass in diesem Bereich Handlungsbedarf besteht, um eine äquivalente Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Nach einem innovativen Schub in den 1990er Jahren kam es im schweizerischen Freiheitsentzug aus verschiedenen Gründen zu einer Blockade im Bereich der Prävention von Infektionskrankheiten.<sup>24</sup> Die Diskussionen um die Einführung von anonymen Spritzenabgaben im Freiheitsentzug waren einer der Faktoren, die zu dieser Verhärtung und einem Stillstand von gesamt-

---

<sup>24</sup> Die von der KSG und dem Forum der Gesundheitsdienste organisierte Tagung im Januar 2006 zum Thema „Standards in der Gefängnismedizin“ zeigt die Bestrebungen für Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug.

schweizerischen Initiativen beigetragen hatten. Die kantonalen Zuständigkeiten sowohl im Strafvollzugs- als auch im Gesundheitsbereich und die fehlende (u.a. personelle) Kontinuität bei der Behandlung des Themas aufseiten des BAG (Abt. Übertragbare Krankheiten und Sektion Drogen) waren weitere Elemente. Gegensätze zwischen den Akteuren im Gesundheitsbereich und jenen des Freiheitsentzugs – sowohl auf Ebene von Anstalten wie allgemein – sowie zwischen Verwaltung und PraktikerInnen förderten bei den Akteuren in der Praxis das Gefühl, zu wenig berücksichtigt oder nicht ernst genommen zu werden.

Derzeit ist von vielen Seiten eine *Bereitschaft und Offenheit* zu vernehmen, einen Neubeginn zu wagen und gemeinsam und im Interesse an der Sache nach Lösungen zu suchen.<sup>25</sup> Dies machte nicht zuletzt die Beteiligung an der Datenerhebung für diese Studie deutlich. Die Einleitung konkreter Massnahmen setzt allerdings den politischen Willen voraus, die notwendigen *finanziellen Ressourcen* bereitzustellen. Danach stehen folgende Themen im Vordergrund, die unter Einbezug aller relevanten Akteure und für alle Formen des Freiheitsentzugs als *offene Fragen* zu klären sind:

- *Wie verbreitet* sind Infektionskrankheiten und Drogenkonsum (in welchen Konsumformen) in den verschiedenen Formen des schweizerischen Freiheitsentzugs? Ist hierzu die Erhebung zusätzlicher Daten notwendig oder können diese Informationen aus existierenden Daten abgeleitet werden?
- Welche *Mindeststandards* hinsichtlich Prävention, Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten und Angeboten im Drogenbereich sollen im schweizerischen Freiheitsentzug ausgehend vom Äquivalenzprinzip und den national und international vorhandenen Programmen, Empfehlungen und Erfahrungen umgesetzt werden?
- Wie werden Anstaltsleitende und Vollzugsmitarbeitende *aus-* und *kontinuierlich weitergebildet*, um ihre Handlungskompetenz zu fördern und nachhaltig zur *Umsetzung* der vereinbarten Mindeststandards beizutragen?
- Wie werden die *fachliche Zusammenarbeit und Information* sowie die *Umsetzung* der Mindeststandards durch die medizinischen und pflegerischen Fachpersonen am besten gewährleistet?
- Welche *betriebsinternen Veränderungen* (Organisationsentwicklung) sind nötig, um die Gesundheit aller Beteiligten unter den Bedingungen

---

<sup>25</sup> Diese Offenheit schient auch im Zusammenhang mit dem Generationenwechsel bei den Anstaltsleitungen zu stehen.

des Freiheitsentzugs bestmöglich zu schützen und fördern? Die Gesundheit der Mitarbeitenden ist dabei als Ausgangspunkt zu nehmen. Weitere Fragen betreffen etwa die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdiensten und den Vollzugsmitarbeitenden sowie das Arztgeheimnis.

- Welcher *betriebsexternen oder betriebsübergreifenden Veränderungen* bedarf es, um die Anstrengungen in den Anstalten nachhaltig zu unterstützen? Hierunter fallen neben der Frage der finanziellen und personellen Ressourcen jene des Informationsaustausches zwischen den Einrichtungen sowie die Fortsetzung von Behandlungen nach Entlassung.

### 3 Wie weiter? Vorschläge für das künftige Vorgehen

Im Anschluss an die präsentierte Situationsanalyse und den festgestellten Handlungsbedarf werden im Folgenden Ansätze für Massnahmen und Veränderungsvorschläge präsentiert, die aus den Interviews mit den verschiedenen Fachleuten und der Fachliteratur abgeleitet sind. Ziel ist dabei, mit der als Vorprojekt konzipierten vorliegenden Studie eine Grundlage für das weitere Vorgehen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug bereitzustellen.

Im Kapitel 3.1 werden die nächsten Schritte skizziert und die für diesen Prozess besonders wichtigen Akteure genannt. Im Kapitel 3.2 folgen inhaltliche Vorschläge, wie die offenen und verbesserungswürdigen Fragen angegangen werden könnten.

#### 3.1 Wie: nächste Schritte

Wie ist vorzugehen, um die im vorangehenden Kapitel 2.9 genannt wichtigsten Aufgaben anzugehen? Die Planung des weiteren Vorgehens sollte an folgender Ausgangslage anknüpfen:

- Bei allen wichtigen Akteursgruppen ist die *Bereitschaft und Offenheit* vorhanden, sich mit dem Thema der Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug zu befassen und nötigenfalls Initiative zu ergreifen. Diese Chance für einen Neubeginn, in der sachliche Diskussionen und Lösungsorientierung im Vordergrund stehen, gilt es zu nutzen.
- Die Akteure in der Praxis – sowohl im Bereich Vollzug als auch Gesundheit – signalisierten in verschiedener Hinsicht, dass sie sich in der

Vergangenheit von den verantwortlichen Verwaltungseinheiten *zu wenig einbezogen und vernachlässigt* fühlten.<sup>26</sup>

- Kommende Initiativen sollten die *Umsetzung von minimalen Standards* und die Suche nach geeigneten, erfolgversprechenden und nachhaltigen *Strategien* in den Vordergrund stellen.

Die folgenden Vorschläge sollen dazu beitragen, unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen des Freiheitsentzugs eine äquivalente Gesundheitsversorgung anzustreben und die Optimierung des Schutzes der Bevölkerung inner- und ausserhalb von Vollzugsanstalten vor Infektionskrankheiten anzugehen. Es wird ein *ideales und umfassendes Vorgehen* skizziert, das als orientierende Leitlinie zu verstehen ist, die für die Umsetzung einzelner Schritte auf wichtige Aspekte hinweist. Die Umsetzung dieser Vorschläge ist in unterschiedlichem Umfang vorstellbar. Aufgrund der komplexen politischen Verflechtungen und der grossen Zahl von Akteuren ist es als ein längerfristiges Vorhaben zu verstehen.<sup>27</sup> Allgemein sind die folgenden Phasen und Arbeitsebenen zu unterscheiden:

I.	Erarbeitung der konkreten Strategie (Einigung über Handlungsbedarf, Ziele, Aufgabenverteilung etc.)
II.	Erarbeitung der benötigten Grundlagen (z.B. epidemiologische Daten, Richtlinien, Vereinbarungen)
III.	Umsetzung in die Praxis

#### I. Erarbeitung der konkreten Strategie

Die Gespräche mit den verschiedenen Fachpersonen zeigten, dass das weitere Vorgehen einer *konsultativen und kooperativen Logik* folgen sollte. Das heisst, dass die verschiedenen involvierten Akteure und Interessensgruppen von Beginn weg einbezogen werden (d.h. VertreterInnen von Gesundheits- und Justizbehörden, Anstaltsleitungen, ÄrztInnen, Gesundheitsdiensten, Vollzugsmitarbeitenden, Fachorganisationen)<sup>28</sup>. Dadurch sollen die tatsächlichen

<sup>26</sup> Zudem verfügen weder der Freiheitsentzug noch die Gefängnismedizin über eine starke Lobby und deren Arbeit findet in der Regel wenig gesellschaftliche und fachliche Anerkennung.

<sup>27</sup> Mit den Vorschlägen ist kein konkreter Zeitplan verbunden. Die Abfolge der einzelnen Schritte ist jedoch zu beachten. Für die Umsetzung des ganzen Plans ist realistischerweise mit mehreren Jahren zu rechnen.

<sup>28</sup> Dabei könnte von der Gruppe ausgegangen werden, die am Hearing für diesen Bericht teilgenommen hatte. Diese Personen hatten ihr Interesse an einer erneuten Zusammen-

chen Bedingungen und Bedürfnisse sowie laufende Initiativen berücksichtigt und die Unterstützung sowie Verantwortungsübernahme durch alle wichtigen Akteure gewonnen werden. Die Herstellung eines persönlichen Kontakts ist dabei wichtig. Zu beachten ist, dass die Bereiche „Gesundheit“ und „Freiheitsentzug“ ausgewogen vertreten sind und dass sowohl die „PraktikerInnen“ mit direktem Kontakt zu den InsassInnen wie auch die Leitungs- und Verwaltungsebene von Beginn weg involviert werden.

Diese erste Phase könnte als Konsultationsprozess konzipiert werden, in welchem sich alle relevanten Akteure grundsätzlich über die gemeinsame Zielsetzung und die weiteren zu ergreifenden Schritte einigen. In diesem Zusammenhang ist auch die Unterstützung der zuständigen Behörden für die grundsätzliche Ausrichtung der Strategie zu finden. Damit sollten die notwendigen *politischen Weichen* gestellt werden, um nicht zuletzt die für die Umsetzung notwendigen personellen und finanziellen *Ressourcen* frei zu geben.

## II. Erarbeitung der benötigten Grundlagen

In der zweiten Phase ginge es darum, dass verschiedene *Arbeitsgruppen*, in denen wiederum die jeweils relevanten Bereiche vertreten sind, die offenen Fragen klären und – wo solche beabsichtigt sind – anerkannte und konkrete Richtlinien für Mindeststandards und Programme (für Aktionen, Kurse etc.) ausarbeiten. Dabei ist von national und international bestehenden rechtlichen Verpflichtungen und Programmen (z.B. Äquivalenzprinzip, MaPaDro III, NHAP 2004-2008<sup>29</sup> etc.) sowie nationalen und internationalen Empfehlungen, Richtlinien (z.B. Correctional Service Canada 2004; UNODC 2006; WHO Europe 2003) und erprobten Erfahrungen auszugehen.

Ziel sollten schweizweit *möglichst einheitliche Minimalstandards* für Testung, Prävention und Behandlung sein, die den Grundsatz, dass im Freiheitsentzug eine äquivalente Gesundheitsversorgung wie ausserhalb der Anstalten zu gelten hat, bestmöglich umsetzen. Dabei gilt es zu klären, wie diese Gleichwertigkeit für die verschiedenen Aspekte konkret erreicht werden kann. Eine möglichst grosse „*unité de doctrine*“ ist nicht zuletzt im Interesse an einem einfachen und reibungslosen Übergang der InsassInnen von einer Anstalt in eine andere sowie zu Gunsten der Effizienz in den Anstalten anzu-

---

kunft bekundet. Diese Gruppe wäre durch weitere Akteure (u.a. diejenigen, die an einer Teilnahme verhindert waren) zu ergänzen. Vgl. Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen.

<sup>29</sup> Dazu zählt etwa, dass grundsätzlich die vier Säulen der schweizerischen Drogenpolitik (Prävention, Schadensminderung, Therapie und Repression) auch im Freiheitsentzug gelten sollten (BAG 2006a).

streben.<sup>30</sup> Richtlinien sind jedoch stets so zu formulieren, dass sie innerhalb der Minimalstandards *Gestaltungsspielraum* lassen für regionale und vollzugstypische Eigenheiten. Im Interesse an einer möglichst guten Umsetzung der Anregungen ist zu beachten, dass sich sämtliche Empfehlungen und Richtlinien in den Vollzugsalltag und die bestehenden Prozesse integrieren lassen, um der Befürchtung vor einer zusätzlichen Belastung der Vollzugsaufgaben entgegenzuwirken.

Es ist auch in dieser Phase von entscheidender Bedeutung, Praxisakteure von Beginn weg in den Prozess einzubeziehen, um sie für die Anliegen zu gewinnen und die Richtlinien und Programme praxistauglich zu gestalten. Ebenso sind für die Ausarbeitung von spezifischen Richtlinien oder Massnahmen die zuständigen internationalen und nationalen Fachorganisationen, -kommissionen (EKAF, EKDF, SAMW, FMH etc.) und NGOs (Aidshilfe Schweiz, Lungenliga, SEVHep, Infodrog etc.) beizuziehen.

Als *vorrangige Themen*, die in Arbeitsgruppen bearbeitet werden sollten, sind für den Vollzugsbereich die Gesundheit der Vollzugsmitarbeitenden und die Aus- und Weiterbildung der Anstaltsleitenden sowie der Angestellten aus dem Gesundheits- und Vollzugsbereich zu sehen, die in enger Zusammenarbeit mit dem SAZ erfolgen sollte. Parallel dazu ist für den Gesundheitsbereich die Frage der Richtlinien und Standards für Prävention, Testung und Behandlung zu klären. Thematisch könnte TB eine erste Priorität sein, da diesbezüglich die Ängste und Verunsicherung beträchtlich sind, da weniger hinderliche Tabus bezüglich Übertragungsformen (durch Drogenkonsum oder sexuelle Kontakte) bestehen und da zudem die KSG in diesem Bereich aktiv wird. Grundsätzlich ist aber eine Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheit zu verfolgen, die alle Krankheiten einbezieht.

## III. Umsetzung in die Praxis

Um die Umsetzung der Standards und Richtlinien in der entscheidenden dritten Phase einzuleiten, müssen alle beteiligte Akteure die Minimalstandards als nicht zu unterschreitende Massnahmen *kennen und verstehen*. Zu diesem Zweck sind die Anstaltsleitenden, das Vollzugspersonal, aber auch die ÄrztInnen und Pflegenden in geeigneter Form zu schulen und regelmässig weiterzubilden. Im Verlauf der Umsetzung ist im Rahmen von *Controlling und Qualitätsmanagement* in regelmässigen Abständen zu überprüfen, ob Regeln und Massnahmen eingehalten werden und noch immer den Problemlagen und den aktuellen Erkenntnissen entsprechen.

---

<sup>30</sup> Dies entspricht zudem einer allgemeinen Tendenz zur Vereinheitlichung im schweizerischen Strafvollzugswesen (z.B. revidiertes StGB, schweizerische Strafprozessordnung).

Die Praxisakteure *Gesundheit* (ÄrztInnen<sup>31</sup> und Pflegefachpersonen, vertreten durch die Vereinigungen KSG und Forum) und *Freiheitsentzug* (Leitungen und ihre Vereinigung SKIJ sowie Mitarbeitende der verschiedenen Vollzugsformen) spielen in dieser Phase III die Hauptrolle. Dabei sollten sowohl Leitung und Verwaltung wie auch die Mitarbeitenden in der Praxis Initiativen zu konkreten Umsetzungsmassnahmen anregen und einbringen.

In allen drei Phasen dieses Prozesses kommt einer Reihe von Akteuren eine wichtige Rolle zu, wobei die Ausgangslage durch die Verschränkung von Kompetenzen, Zuständigkeiten (Bund, Kantone, Anstalten sowie Gesundheit, Justiz) und Themenbereichen (verschiedene Krankheiten und Drogen/Sucht) komplex ist. Generell ist der Frage der sowohl im Gesundheits- als auch im Strafvollzugsbereich weitreichenden kantonalen Kompetenzen grosse Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. auch Achermann und Künzli 2006). Eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen implizierten Behörden – auf Kantons-ebene durch die zuständigen *interkantonalen Konferenzen* KKJPD und GDK sowie die *Strafvollzugskonkordate* – ist dabei von vorrangiger Bedeutung.

Das *BAG* (v.a. die Abteilungen Übertragbare Krankheiten und Nationale Präventionsprogramme) könnte neben der Ausübung seiner direkten Kompetenzen (vgl. dazu Achermann und Künzli 2006) die kontinuierliche *Koordinations- und Vernetzungsaufgabe* im Themenbereich Infektionskrankheiten und Drogen im Freiheitsentzug übernehmen und fachliche Grundlagen und Informationsmaterial bereitstellen. Es wird eine enge Zusammenarbeit mit der *Sektion Straf- und Massnahmenvollzug des BJ* empfohlen. Die *KKJPD* und die *KSG* spielen ebenfalls in allen drei Etappen eine entscheidende Rolle. Im Bereich der Informationsvermittlung/ Aus- und Weiterbildung ist das *SAZ* eine wichtige Instanz, die den Zugang zu den PraktikerInnen ermöglicht und einen Einfluss auf eine gewisse Harmonisierung von Wissen, Standards und Praktiken haben kann. *Fachorganisationen* und -kommissionen im Bereich Infektionskrankheiten und Drogenfragen sind wichtig für die Bereitstellung von Wissen sowie für die Umsetzung z.B. von Präventionsmassnahmen.

## 3.2 Was ist zu tun?

Welche Massnahmen können dazu beitragen, die offenen Fragen und den genannten Handlungsbedarf anzugehen? Im Folgenden wird hierzu an die Themen der Situationsanalyse in Kapitel 2 angeknüpft und eine Gewichtung nach

---

<sup>31</sup> Dabei sollen dringend auch die konziliarisch und im Stundenlohn in Anstalten tätigen ÄrztInnen einbezogen werden.

Prioritäten vorgenommen. Detaillierte Vorschläge sollen gemäss dem skizzierten Vorgehen in einem nächsten Schritt direkt durch die betroffenen Fachleute und Gremien ausgearbeitet werden.<sup>32</sup>

Die Empfehlungen richten sich am *Ziel* aus, dass die Gesundheit aller Akteure im Freiheitsentzug (d.h. der InsassInnen ebenso wie der Mitarbeitenden der verschiedenen Anstaltsbereiche) *bestmöglich geschützt und gepflegt* werden soll, was auch im Interesse der *öffentlichen Gesundheit*<sup>33</sup> liegt.

### 3.2.1 Datengrundlage und Problembewusstsein

In vielen Institutionen des Freiheitsentzugs wird ausgehend vom gegenwärtigen Kenntnisstand über die Verbreitung von Infektionskrankheiten sowie den Drogenkonsum und seine Formen angenommen, dass „kein Leidensdruck“ besteht bzw. dass der Handlungsbedarf für veränderte Massnahmen in der Einrichtung gering sei. Um das Problembewusstsein hinsichtlich Prävention und Schutz zu schärfen, den Sinn und die Notwendigkeit von verstärkten Massnahmen zu belegen und die Risikoabwägung für angemessene Präventions- und Schutzmassnahmen auf zuverlässige Grundlagen zu stützen, sind *genauere Informationen* über die Verbreitung von HIV, HBV, HCV, TB und evt. anderer Infektionskrankheiten (z.B. STI) sowie über den Drogenkonsum und die jeweiligen Konsumformen notwendig, wobei eine Differenzierung nach verschiedenen Vollzugskontexten anzustreben ist.

Im Austausch zwischen den verschiedenen Betroffenen und epidemiologischen Fachpersonen ist abzuklären, ob ausgehend von bestehenden Kenntnissen ausreichende Informationen für den Freiheitsentzug abgeleitet werden können oder ob dazu neue Daten erhoben werden müssen. Diese Prioritätensetzung hat nicht zuletzt unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kosten für eine epidemiologische Datenerhebung zu erfolgen.<sup>34</sup>

Diese Informationen sind für die Ausarbeitung von Richtlinien und Massnahmen ebenso wie für die Schulung der Anstaltsleitenden, Vollzugsmitarbeitenden, ÄrztInnen und Pflegenden zu berücksichtigen.

---

<sup>32</sup> Einzelne konkrete Vorschläge, die in den Gesprächen formuliert wurden, sind in Anhang II: Umsetzungsideen als mögliche Anknüpfungspunkte aufgeführt.

<sup>33</sup> Dabei ist zu beachten, dass Fragen der öffentlichen Gesundheit zusehends über nationale Grenzen hinweg betrachtet und geklärt werden müssen, da der Austritt aus Institutionen des Freiheitsentzugs längst nicht mehr nur in die Schweiz erfolgt.

<sup>34</sup> Vgl. zu verschiedenen Möglichkeiten der Datenerhebung Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen.

### 3.2.2 Schulung der Leitungspersonen und Mitarbeitenden

Für die Umsetzung der Minimalstandards und Richtlinien kommt der Aus- und Weiterbildung der zuständigen Akteure eine zentrale Rolle zu. Die entsprechende Schulung der *Anstaltsleitungen* ist dabei als erste Priorität zu sehen, um deren Einsicht in die Notwendigkeit und die Unterstützung der Umsetzung des Äquivalenzprinzips und anderer Standards zu gewinnen. Dabei ist neben grundlegenden Informationen zu den Krankheiten und ihrer Bekämpfung auch auf Fragen des Managements einzugehen, welche die interne Organisation wie z.B. die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen dem Vollzugs- und dem Gesundheitssektor betreffen. Gesundheit in Institutionen des Freiheitsentzugs ist als eine ganzheitliche Frage zu sehen, wobei der Schutz der Mitarbeitenden und jener der InsassInnen eng miteinander verflochten sind.

Ebenfalls vorrangig ist die Schulung der *Vollzugsmitarbeitenden*, wobei in einem ersten Schritt deren eigene Gesundheit und ihre Schutzmöglichkeiten im Vordergrund stehen sollen.<sup>35</sup> Ziel sollte sein, dass der Selbstschutz vor Krankheiten ebenso Teil ihres professionellen Handelns wird wie der Umgang mit Sicherheitsrisiken im Freiheitsentzug. Der Selbstschutz im Arbeitsalltag soll durch bessere Informationen über Infektionskrankheiten, Übertragungsrisiken, Schutzmöglichkeiten etc. verbessert werden. Gesichertes Wissen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten sowie die Einübung von entsprechenden Massnahmen können zugleich helfen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Darüber hinaus sind den Vollzugsmitarbeitenden die grundlegenden Prinzipien und Standards für eine äquivalente Gesundheitsversorgung der InsassInnen bekannt und verständlich zu machen.

Die Mitarbeitenden der *Gesundheitsdienste* (ÄrztInnen, Pflegefachpersonen, SanitäterInnen) sind ebenfalls in geeigneter Form zu den geltenden Standards und Richtlinien zu schulen.

Informationen können den Anstaltsleitenden und den Gesundheits- und Vollzugsmitarbeitenden über *zwei Kanäle* vermittelt werden:

a) *Vertiefte Schulungen* zu den Grundlagen werden mit Vorteil in das Kursprogramm des SAZ integriert. Dabei ist einerseits im Rahmen des Grundkurses für das Vollzugspersonal den Infektionskrankheiten und Drogenfragen ein grösseres Gewicht beizumessen. Andererseits sind Spezialkurse für Anstaltsleitende (z.B. im Rahmen der Kaderkurse), Vollzugsmitarbeitende und Angestellte der Gesundheitsdienste ins Angebot aufzunehmen, die sich ver-

tieft mit diesen Fragen befassen. Ziel soll sein, dass alle Anstaltsleitenden und Gesundheitsdienstmitarbeitende sowie möglichst viele Vollzugsmitarbeitende in diesem Rahmen geschult werden.

b) Längerfristig sind Wege zu finden, wie die Informationen regelmässig in Erinnerung gerufen und aktualisiert werden. Hierzu könnten beispielsweise in den Anstalten *jährlich wiederholende Informations- und Übungsveranstaltungen* durchgeführt werden, die für alle Mitarbeitenden obligatorisch sind.

Bei der Erarbeitung der *Inhalte* ebenso wie der Veranstaltung der Kurse ist die Zusammenarbeit mit *Fachorganisationen* aus dem Bereich Drogen und Infektionskrankheiten zu suchen. Die Informationen sind ausdrücklich spezifisch auf die Situation im Freiheitsentzug zuzuschneiden. Bei allen Schulungen sind geeignete Formen der Informationsvermittlung zu finden. Hinsichtlich der Kursleitenden scheint es wichtig, dass diese in den Augen der Vollzugsmitarbeitenden glaubwürdig sind und die Vollzugssituation und die spezifischen Herausforderungen kennen.

Als Dienstleistung für Mitarbeitende der Gesundheitsdienste wird empfohlen, diesen regelmässig *aktuelle Informationen* über verschiedene ansteckende Krankheiten (u.a. auch bei neu auftauchenden Krankheiten wie Vogelgrippe oder SARS) zu vermitteln, die explizit Bezug auf die Situation im Freiheitsentzug nehmen. Diese Aufgabe könnten entweder spezialisierte Fachstellen oder auch die zuständigen Sektionen des BAG übernehmen. Bei Praxisänderungen, von denen der Freiheitsentzug betroffen ist (wie beispielsweise den Veränderungen beim TB-Screening von Asylsuchenden im Rahmen der GSM), ist dieser als betroffener Akteur zu berücksichtigen und gezielt zu informieren, um Verunsicherung und Unverständnis zu vermeiden.

### 3.2.3 Testung, Prävention und Behandlung der InsassInnen

Auch wenn im Freiheitsentzug grundsätzlich die gleichen Standards und Praktiken der Gesundheitsversorgung gelten sollen wie ausserhalb, birgt dieser allgemein wie auch für die spezifischen Fragen der Testung, Prävention und Behandlung gewisse Chancen und Schwierigkeiten in sich, die es zu berücksichtigen gilt. Ein Vorteil gegenüber Massnahmen ausserhalb von Anstalten ist, dass InsassInnen von Institutionen des Freiheitsentzugs für gezielte Präventions- und Informationskampagnen ebenso wie für die Behandlung einfach zu erreichen und zu begleiten sind. Die Rezeption und Umsetzung dieser Massnahmen hingegen ist vermutlich erschwert, da den InsassInnen etwa andere Probleme wichtiger und dringender erscheinen oder da in der Kontroll- und Zwangssituation des Freiheitsentzugs Abwehr und Misstrauen

<sup>35</sup> Vgl. dazu bezüglich HIV/Aids das Ziel 12 „Berufliche Aus-, Weiter und Fortbildung“ der NHAP 2004-2008.

gegenüber der Institution und den Mitarbeitenden die Aufnahme der Botschaften behindern können.<sup>36</sup>

Die Vorschläge in diesem Kapitel zielen darauf ab, Inputs für die Ausarbeitung und die zu behandelnden Fragen in Richtlinien und Mindeststandards zu nennen. Allgemein soll der Grundsatz gelten, dass sich jede dieser Massnahmen lohnt, auch wenn sie pro Jahr „nur“ eine Ansteckung verhindert oder eine Behandlung ermöglicht.

Massnahmen, die sich an die InsassInnen richten, haben zwei Gruppen besonders zu berücksichtigen: *MigrantInnen* und *Frauen*. Letztere sind im Freiheitsentzug mit 5,7% deutlich in der Minderheit, müssen aber als Gruppe mit einer spezifischen Ausgangslage berücksichtigt werden. AusländerInnen stellen mit 69% im Freiheitsentzug allgemein die Mehrheit dar.<sup>37</sup> Untersuchungshaft, der geschlossenen Strafvollzug und Ausschaffungshaft sind davon besonders betroffen. In der Arbeit mit MigrantInnen ist einerseits der sprachlichen Verständigung Beachtung zu schenken, die sowohl im Bereich Testung, Präventionsinformationen wie auch Behandlung von zentraler Bedeutung ist. Dies gilt insbesondere im Themenbereich der Infektionskrankheiten, in welchem es – nicht nur für MigrantInnen – um heikle und tabuisierte Fragen gehen kann. Professionelle und – im Interesse des Datenschutzes – externe<sup>38</sup> DolmetscherInnen sind in diesen Situationen unabdingbar. Dabei ist auf die zahlreichen Erfahrungen im Bereich Migration und Gesundheit zurückzugreifen.<sup>39</sup>

### 3.2.3.1 Testung

Generell ist die Einführung von obligatorischen *Eintrittsuntersuchungen*, bei welcher u.a. Tests durchgeführt werden können, für die Beurteilung des Gesundheitszustands der InsassInnen von grosser Bedeutung. Im Bereich der Testung ist zwischen den Krankheiten und ihren Übertragungswegen zu unterscheiden.<sup>40</sup> Bei *Tuberkulose* ist aufgrund der Verbreitung durch Tröpf-

---

<sup>36</sup> Vgl. zu einer Darstellung der Transmissions-, Rezeptions- und Umsetzungsprozesse von Informationen Achermann und Stotzer (2006).

<sup>37</sup> Zahlen für das Jahr 2006 (BFS, Statistik des Freiheitsentzugs, Stand 08.02.2007).

<sup>38</sup> Professionelle DolmetscherInnen werden heute im Strafvollzug selten eingesetzt. In der Regel werden zur Verständigungshilfe andere InsassInnen beigezogen (vgl. Achermann und Hostettler 2006).

<sup>39</sup> Hierzu wird die Zusammenarbeit mit der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG empfohlen, welche für die Umsetzung der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007“ zuständig ist.

<sup>40</sup> Vgl. auch Achermann und Künzli (2006: 21-25) zur Frage, wie sich die Pflichten und Möglichkeiten der Behörden und Anstalten zum Schutz vor einer Übertragung der ver-

cheninfektion eine Abklärung möglichst zu Beginn des Eintritts in das Freiheitsentzugssystem obligatorisch durchzuführen. Um die TB-Abklärung möglichst effizient zu gestalten und den Schutz von Mitarbeitenden und InsassInnen zu verbessern, indem eine Infektion frühzeitig erkannt und nötigenfalls behandelt wird, ist in Zusammenarbeit insbesondere mit den Polizei- und Untersuchungsgefängnissen eine Lösung zu erarbeiten. Diese muss den oft kurzen Aufenthaltszeiten in diesen Einrichtungen Rechnung tragen. Das heisst etwa, dass klare Prozesse für die Kommunikation von Testergebnissen definiert werden müssen, falls diese erst nach Aus- oder Übertritt in eine andere Anstalt vorliegen. In welcher Form die Abklärung stattfindet – ob durch einen der üblichen Tests oder mittels eines elektronischen Befragungsinstrumentes<sup>41</sup>, dessen Übertragung auf die Bedingungen des Freiheitsentzugs geprüft werden müsste – ist in Zusammenarbeit der zuständigen Fachpersonen zu beurteilen.<sup>42</sup>

Hinsichtlich *HIV*, *HBV*, *HCV* sollten die InsassInnen bei Eintritt (evt. auch vor Austritt) mittels geeigneter Informationen *aufgefordert* werden, sich testen zu lassen.<sup>43</sup> Auf diese Weise könnten infizierte InsassInnen gezielt behandelt und beraten und Infektionsrisiken eingedämmt werden. Dabei müssen geeignete Formen gefunden werden, den Eingewiesenen den Sinn dieser Tests aufzuzeigen. Weiter ist sicherzustellen, dass sie bei einem positiven Ergebnis die angebrachte Behandlung erhalten (vgl. dazu 3.2.3.3) und dass die ärztliche Schweigepflicht eingehalten wird. Für HIV-Tests wird empfohlen, das Instrument des „Voluntary Counselling and Testing“ (VCT) (vgl. Schwab Zimmer 2006), das die Testung mit Präventions- bzw. Beratungsangeboten verknüpft, auch für den Freiheitsentzug anzupassen und einzusetzen.

---

schiedenen Krankheiten je nach dem voneinander unterscheiden, ob die Infektion via Tröpfchen oder Kontakt erfolgt.

<sup>41</sup> Ein solches wird zur Abklärung von TB-Fällen bei Asylsuchenden in den Empfangsstellen eingesetzt. Dieser Fragebogen, der in 29 Sprachen vorliegt und durch eine Pflegefachperson gemeinsam mit den Betroffenen ausgefüllt wird, erlaubt eine erste Einschätzung, ob eine gründlichere TB-Abklärung durch einen Arzt nötig ist. Er wurde nach der Abschaffung des allgemeinen TB-Screenings im Rahmen der GSM bei Asylsuchenden Anfang 2006 eingeführt (BAG 2005b, 2006b).

<sup>42</sup> Die KSG beschäftigt sich gegenwärtig mit der Ausarbeitung von Standards zu Tuberkulose für die medizinische Praxis im Strafvollzug. Vgl. dazu die Einladung zur Zusammenkunft der KSG im Januar 2007 in Lugano unter [www.chuv.ch/psy/smpp.htm](http://www.chuv.ch/psy/smpp.htm).

<sup>43</sup> Sutton et al. (2006) zeigen, dass systematische Befragungen beim Eintritt auch aus ökonomischen Gründen Sinn machen, da sie grosse Einsparungen und zielgerichtete Interventionen ermöglichen.

Allgemein können Testergebnisse einen Beitrag zur verbesserten Kenntnislage leisten, indem sie fortlaufend (annähernde) aktualisierte Daten über die Verbreitung von Infektionskrankheiten innerhalb der einzelnen Anstalten des Freiheitsentzugs liefern.

### 3.2.3.2 Prävention

Für die Prävention sind *verhaltens- und verhältnispräventive Massnahmen* zu kombinieren. Das heisst, dass für die Verhältnisprävention einerseits Präventionsinstrumente (wie Präservative, Desinfektionsmittel, evt. sterile Spritzen/Nadeln) niederschwellig zugänglich gemacht werden (vgl. Correctional Service Canada 2004: 2). Gleichzeitig sollen die strukturellen Bedingungen in den Institutionen so gestaltet werden, dass die Infektionsrisiken möglichst gering sind (z.B. Überbelegung vermeiden, gegen Gewalt vorgehen). Die Bekämpfung der Diskriminierung von infizierten InsassInnen ist dabei ein weiterer Aspekt, der die Verhältnisse positiv beeinflusst, indem etwa die Bereitschaft sich testen und behandeln zu lassen erhöht wird (UNODC 2006). In diesem Kontext ist es wichtig, auf rein symbolische Schutzmassnahmen ohne medizinische Begründung (wie z.B. den Ausschluss von HIV-infizierten InsassInnen von der Küchenarbeit) zu verzichten, da diese Stigmatisierung und Fehlinformationen Vorschub leisten.

Andererseits ist die Verhaltensprävention der InsassInnen (und der Mitarbeitenden) durch Informationsvermittlung und Gespräche zu verfolgen, die bestimmte Verhaltensweisen fördern oder verändern und die Handlungskompetenzen beeinflussen. *Thematisch* sind die Präventionsbemühungen vor allem im Bereich Hepatitis<sup>44</sup> und STI zu verstärken, ohne allerdings HIV zu vernachlässigen.

Präventions- und Schutzmassnahmen sowohl gegenüber InsassInnen als auch Vollzugsmitarbeitenden sollten nach einer *pro-aktiven Strategie* verfahren, die nicht von einer Holschuld dieser Gruppen, sondern von einer *Bringschuld* der Anstaltsleitungen, Gesundheitsdienste oder Präventionsbeauftragten ausgeht. Bezüglich Informationsvermittlung an InsassInnen ist darauf zu achten, dass diese sowohl *schriftlich als auch mündlich* (in Gruppen und in Einzelgesprächen) erfolgt und den Sprach- und Lesekompetenzen der Zielgruppen angepasst sind. Es sind geeignete Instrumente und Vorgehensweisen zu entwickeln, um die Präventions- und Schutzbotschaften möglichst wirksam zu vermitteln und die *Aufnahmebereitschaft* bei der Zielgruppe zu optimieren.

---

<sup>44</sup> So wäre etwa die Empfehlung umzusetzen, Jugendliche und das Personal im Freiheitsentzug gegen HBV zu impfen (Odenheimer und Müllhaupt 2005).

*Ausgebildete Präventionsbeauftragte* in den Anstalten dürften eine gute Möglichkeit sein, sich dem Thema in geeigneter und ernsthafter Weise anzunehmen und es zu einem integralen Bestandteil des Anstaltslebens zu machen. Nicht nur steht diesen Personen Zeit für die Prävention zur Verfügung, sondern sie haben auch Möglichkeiten, ihre Zugangsstrategien den verschiedenen Personen und Gruppen anzupassen.

Die Präventionsarbeit sollte *geschlechtersensibel* sein. In der Arbeit mit Frauen ist etwa zu berücksichtigen, dass nicht nur das Wissen um Schutzmöglichkeiten, sondern auch das Durchsetzungsvermögen gegenüber Partnern wichtig ist. Eine solche „präventive Knacknuss“, wie es ein Arzt umschreibt, ist zwar nicht spezifisch für den Freiheitsentzug, verlangt dort aber nach Lösungen, die über die konkrete Gesundheitsversorgung hinausgehen und eine Zusammenarbeit von Betreuung, Sozialarbeit und Prävention / Gesundheitsförderung erfordern.

Generell sollte die Präventionsarbeit auf den *zahlreichen Erfahrungen* zu Projekten im Freiheitsentzug und ausserhalb *aufbauen*. Durch die Zusammenarbeit zwischen Präventionsfachleuten, den PraktikerInnen im Freiheitsentzug und der Gefängnismedizin könnten innovative *Pilotprojekte* gefördert werden, die bei positiver Erfahrung anderen Anstalten zur Nachahmung zu empfehlen wären.

### 3.2.3.3 Behandlung

Die Behandlung von InsassInnen mit Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug hat nach den gleichen Grundsätzen zu erfolgen wie bei Menschen ausserhalb dieser Anstalten. Um gegenwärtige Abweichungen von diesem Grundsatz zu beseitigen, sind Lösungen und entsprechende *Richtlinien* für die Fragen des Beginns, der Fortsetzung und die Bezahlung einer Behandlung zu finden. Als besonders dringend hoben Fachpersonen die Frage der *Behandlung von HCV-Infizierten* hervor. Allgemein besteht Regelungsbedarf in Fällen, wo die Behandlung länger als die vorgesehene Aufenthaltsdauer in einer Anstalt dauern würde. Davon besonders betroffen sind Untersuchungs- und Ausschaffungshaft, ausländische Inhaftierte, die in ihr Herkunftsland zurückgeschickt werden sollen und Drogenabhängige in Substitutionsprogrammen.

Ebenfalls zu regeln ist die *Kostenübernahme* von medizinischen Behandlungen (inkl. Tests) bei Inhaftierten ohne Krankenversicherung. Hierbei ist insbesondere abzuklären, ob für ausländische Inhaftierte nicht die gleichen Bedingungen hinsichtlich Versicherungspflicht zur Anwendung gelangen sollten, die auch für so genannte „Sans-Papiers“, d.h. AusländerInnen ohne Aufenthaltserlaubnis, gelten (vgl. dazu Achermann 2003; BAG und BSV 2002). Sollte dies zutreffen, sind die betreffenden Personen zu Beginn ihrer Inhaftierung zu versichern.

### 3.2.4 Ärztliche Schweigepflicht

Zwischen den verschiedenen Beteiligten (d.h. ÄrztInnen, Gesundheitsdienste, Anstaltsleitende, Vollzugsmitarbeitende) ist ein *Austausch* zur Frage der ärztlichen Schweigepflicht zu suchen. Ziel ist es, dass die bestehenden Richtlinien der SAMW allen Akteuren bekannt und einsichtig sind und verbindlich umgesetzt werden. Vorab ist zu prüfen, ob die heute unterschiedlichen Praktiken auf mangelnde Kenntnisse der Regeln oder auf Unklarheiten hinsichtlich des Geltungsbereichs oder der konkreten Umsetzung dieser Richtlinien zurückzuführen sind. Nötigenfalls wären die Richtlinien durch Präzisierungen zu ergänzen. Für die Problematik, dass in vielen Anstalten beispielsweise in der Nacht Medikamente durch Vollzugsmitarbeitende an die InsassInnen abgegeben werden, was gewisse Rückschlüsse auf die Erkrankung zulässt, ist eine Lösung zu finden, die den Persönlichkeitsschutz der PatientInnen respektiert, den betrieblichen Möglichkeiten angepasst und den ausführenden Personen verständlich ist.

Aufseiten der Gesundheitsdienste ist *Verständnis* für die Unsicherheiten und Ängste der Vollzugsmitarbeitenden zu suchen und es sind geeignete Schutz- und Informationsmassnahmen einzuleiten (vgl. 3.2.2). Den Vollzugsmitarbeitenden ist hingegen der *Sinn und die Logik* der ärztlichen Schweigepflicht zu erläutern und zudem zu verdeutlichen, dass sie sich in einer gefährlichen Scheinsicherheit wiegen, wenn sie davon ausgehen, dass sie sich vor allem – oder gar ausschliesslich – im Kontakt mit bekannterweise infizierten Personen gegen eine Übertragung schützen müssen.

### 3.2.5 Zusammenarbeit und Organisationsentwicklung

Innerhalb der einzelnen Institutionen des Freiheitsentzugs sind *Strukturen und Formen* (z.B. regelmässige Sitzungen) zu finden und zu schaffen, damit sich die Gesundheitsdienste und die andern Vollzugsbereiche miteinander austauschen, Fragen anbringen und Unsicherheiten thematisieren können. Ziel davon ist es, die teilweise bestehenden Gräben zwischen den beiden Bereichen zu überwinden. Hierzu muss das *gegenseitige Verständnis und die Anerkennung* der jeweiligen Perspektiven und Aufgaben gefördert werden. Die verschiedenen Bereiche einer Institution des Freiheitsentzugs sollen sich als spezialisierte, für klar definierte Bereiche zuständige, aber gleichwertige Sektoren einer Anstalt sehen, die gemeinsam zur selben übergeordneten Aufgabe beitragen. Eine Möglichkeit, dieses Verhältnis zu verbessern ist, dass dem Gesundheitsdienst – oder auch einer Präventionsperson – die Verantwortung für die Gesundheit in der ganzen Anstalt übergeben wird, worunter explizit auch der Schutz der Mitarbeitenden fallen würde.

Um den Informationsfluss zwischen den Anstalten zu verbessern sind die *bestehenden Gremien* der KSG und des Forums der Gesundheitsdienste zu un-

*terstützen und fördern*, indem Ressourcen für die Arbeit in diesen Vereinigungen oder deren Infrastruktur (z.B. Büro oder Sekretariat) zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise könnten diese Gruppen ihre Arbeit effizienter und flächendeckend ausüben und ihr Einfluss könnte gestärkt werden. Davon ist ein Beitrag zu einer einheitlicheren Informations-, aber auch Präventions- und Behandlungspraxis in den verschiedenen Institutionen zu erwarten.

Schliesslich ist der *Informationsaustausch* zwischen spezialisierten Diensten über den Gesundheitszustand, Impfungen, durchgeführte Tests und Ergebnisse, verordnete Medikamente etc. allgemein zu verbessern. Dies bezieht sich nicht nur auf die vor- oder nachgelagerten Institutionen des Freiheitsentzugs, sondern beispielsweise auch auf die Zusammenarbeit mit Durchgangszentren für Asylsuchende, Wohngruppen für Drogenabhängige o.ä., wo Entlassene hingehen. Damit sollten das Wissen über den Gesundheitszustand sowie die Antwort auf medizinisch-pflegerische Bedürfnisse (z.B. Substitutionstherapien) der InsassInnen von Beginn ihres Aufenthalts in einer Anstalt an verbessert und die Fortsetzung von Behandlungen garantiert werden. Bei der Ausarbeitung solcher Vorschläge sind die Auflagen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten

Die *Organisation und institutionelle Anbindung* der AnstaltsärztInnen und der Gesundheitsdienste ist zu überprüfen. Von medizinischer Seite und in internationalen Empfehlungen (z.B. UNODC 2006) wird die Angliederung des medizinisch-pflegerischen Bereichs an die nationale bzw. kantonale Gesundheitsbehörde und an eine allgemeine Gesundheitsversorgungsinstitution bevorzugt. Solche Modelle haben den Vorteil einer kantonalen Koordination und dass professionelle Fachstellen für Medizin und Pflege im Freiheitsentzug existieren. Ein regionaler Zusammenschluss verschiedener Kantone zu eigentlichen Fachzentren für Gefängnismedizin könnte eine effiziente Weiterentwicklung davon sein. Bei der Prüfung solcher Modelle sind die oben erwähnten Fragen der Zusammenarbeit der medizinisch-pflegerischen Dienste mit den Leitungen und den Vollzugsmitarbeitenden zu beachten.

## Anhang I: Datenerhebung und Vorgehen

Im Folgenden werden einige Ergänzungen zu den methodischen Bemerkungen in Kapitel 1.3.2 ausgeführt.

### I.1 Rapid Assessment

Die vorliegende Studie ist als Rapid Assessment (RA) konzipiert. Diese sozialwissenschaftliche Methode wird typischerweise eingesetzt, wenn in kurzer Zeit und mit begrenzten Mitteln Informationen benötigt werden, um Interventionsprogramme zu entwickeln, überwachen oder evaluieren (Fitch et al. 2004: 1819f.). Sie erhebt keinen Anspruch auf eine vertiefte, vollständige und repräsentative Erfassung eines Phänomens, sondern will fokussierte Daten generieren, die es erlauben, zu einer allgemeinen Einschätzung einer Frage zu gelangen. Inhaltliche Breite und Varianz gehen präziser Tiefe vor. Ein RA ist deshalb nicht als Ersatz für andere, längerfristig ausgerichtete Forschungen zu verstehen ist, die gesichertere Erkenntnisse bereitstellen können (Manderson und Aaby 1992: 839). RAs zeichnen sich in der Regel durch eine Kombination verschiedener Datenquellen aus, was auch im vorliegenden Fall berücksichtigt wurde. Die Sichtweise und Schwerpunkte der beteiligten Akteure stehen dabei im Zentrum. Quantitative und epidemiologische Daten fließen zwar ein, werden aber nicht durch das RA generiert.<sup>45</sup>

### I.2 Fokusgruppen-Diskussionen

Fokusgruppen-Diskussionen sind Gruppeninterviews, in denen mehrere Teilnehmende unter der Moderation einer Interviewführung ein Thema diskutieren.<sup>46</sup> Wir führten 8 solche Gruppen in je unterschiedlichen Kontexten des Freiheitsentzugs durch (Ausschaffungshaft, Untersuchungshaft, geschlossener Strafvollzug, halboffener Strafvollzug, Massnahmenvollzug für junge Erwachsene, Strafvollzug an Frauen + 2 gemischte Gruppen am SAZ).<sup>47</sup> Die

---

<sup>45</sup> Vgl. zu RA auch Bentley et al. (1988), Ong et al. (1991), Zuppinger et al. (2000).

<sup>46</sup> Zur Methode der Fokusgruppendifkussionen vgl. Bernard (2002), Morgan (1998), Powell und Single (1996).

<sup>47</sup> Der Fürsorgerische Freiheitsentzug (FFE) in Anstalten des Straf- und Massnahmenvollzugs konnte in der vorliegenden Studie nicht als eigener Teilbereich untersucht werden. Im Rahmen des FFE eingewiesene Personen wurden von den befragten Fachpersonen nicht als spezielle InsassInnengruppe erwähnt. Es scheint unwahrscheinlich, dass – wo FFE überhaupt in den genannten Einrichtungen vollzogen wird – für diese Personen andere Bedingungen gelten würden als für InsassInnen, denen aufgrund anderer gesetzlicher

Auswahl der Anstalten erfolgte neben den Kriterien Vollzugsform und Region (Sprache, ländliche und städtische Kantone) abhängig von bereits bestehenden Kontakten oder von Empfehlungen durch ExpertInnen. Alle angefragten Anstalten erklärten sich auf Anhieb bereit zur Teilnahme.

Total nahmen an den Fokusgruppendifkussionen 41 Personen teil. Die Gesprächsrunden dauerten jeweils zwischen einer und zwei Stunden und folgten alle dem gleichen Interviewleitfaden. 3 der 8 Fokusgruppen fanden mit Mitarbeitenden in Anstalten der französischsprachigen Schweiz statt. Anstalten der italienischsprachigen Schweiz konnten aus zeitlichen Gründen nicht berücksichtigt werden. Entgegen dem ursprünglichen Plan, in jeder Anstalt zuerst ein Gespräch mit der Leitung und anschliessend eine Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des Gesundheitsdienstes, des Sozialbereichs und der Betreuung/Aufsicht zu führen, waren die Gesprächsgruppen in den Anstalten in jedem Fall anders zusammengesetzt. Da wir in dem kurzen Zeitrahmen möglichst in jedem Vollzugstyp und in verschiedenen Regionen Anstalten zu untersuchen suchten, passten wir unser Vorgehen den Möglichkeiten und der Bereitschaft der einzelnen Anstalten an. Wir sprachen schliesslich in jeder Einrichtung mit mindestens einer Vertretung des medizinisch-therapeutischen Bereichs (ÄrztIn oder Pflegende) und bis auf einen Fall überall mit der Anstaltsleitung resp. einer Stellvertretung. Die Sicht der Vollzugsmitarbeitenden, die in den meisten Fokusgruppen in den Anstalten sehr schwach vertreten war, wurde durch die beiden Gruppen am SAZ berücksichtigt, die ausschliesslich aus Mitarbeitenden in der Betreuung/Aufsicht oder Sicherheit bestanden.

Um den breiteren Kontext der verschiedenen Anstalten berücksichtigen und die spezifische Situation des Vollzugsalltags besser verstehen zu können, wünschten wir vor den Interviews eine Führung durch die Einrichtung, was uns in allen Anstalten ermöglicht wurde.

### I.3 Hearing

Im Rahmen eines Hearings mit 11 Fachpersonen aus verschiedenen Institutionen (vgl. Tabelle 1), die in den Bereichen Infektionskrankheiten, Drogenfragen und Freiheitsentzug aktiv sind, wurden erste Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews und den Fokusgruppendifkussionen diskutiert. Dies er-

---

Grundlagen die Freiheit entzogen wird. So sind sie den gleichen Risiken ausgesetzt und ihnen dürften kaum andere Präventionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Am ehesten sind Unterschiede hinsichtlich der Arztwahl und der allgemeinen Bedingungen des Freiheitsentzugs vorstellbar.

möglichte im Hinblick auf den vorliegenden Schlussbericht eine validierende Einschätzung und breitere Abstützung der Ergebnisse. Die Einladungen erfolgten in Absprache mit dem Mandanten.

Ziel dieser dreistündigen Diskussion war es, dass die Teilnehmenden aus ihrer je eigenen Fachperspektive die Ergebnisse einschätzen (Treffen sie zu? Sind diese relevant?) sowie die Empfehlungsgrundlagen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Praxisrelevanz diskutieren. Dabei galt es unter anderem die Adressaten bzw. die Zuständigen für die verschiedenen Themenbereiche und Massnahmen zu eruieren. Die vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen am als Diskussionsgrundlage abgegebenen Text sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen. Die Teilnehmenden drückten ihre Zufriedenheit darüber aus, dass vonseiten des Bundes im Bereich Infektionskrankheiten, Drogen und Freiheitsentzug erneut Initiative ergriffen wird und schätzten es, dass im Rahmen des Hearings unter Teilnahme von VertreterInnen aller beteiligten Bereiche offen und sachlich diskutiert werden konnte. Es wurden die Bereitschaft und der Wunsch ausgedrückt, sich in einem ähnlichen Rahmen erneut zusammenzufinden und konkret über das weitere Vorgehen zu beraten.

*Tabelle 1: Hearing: Teilnehmende und Eingeladene*

<b>Teilnehmende</b>	
<b>Name, Vorname</b>	<b>Institution</b>
Dubois-Arber, Françoise	Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) / Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne
Hämmig, Robert	Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin / Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern
Leutert, Stefan	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD)
Menzi, Peter	Infodrog
Nägeli, Andreas	Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz / Direktor Strafanstalt Wauwilermoos
Patzen, Hans-Jürg	Ostschweizer Strafvollzugskonkordat / Direktor Kantonale Anstalt Realta
Ruggia, Luciano	Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) / BAG
Slama, Helena	Konferenz schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)
Vogt, Karl-Heinz	Schweizerisches Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal (SAZ)
Walter, Franz	Aidshilfe Schweiz
Wyss, Franz	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
<b>Weitere eingeladene Institutionen</b>	
	Concordat romand sur l'exécution des peines Schweizerische Konferenz der Institutionen des Justizvollzugs (SKIJ)

Schweizerisches Forum für die Gesundheitsdienste der Gefängnisse, Straf- und Vollzugsanstalten  
Restellini, Jean-Pierre (Mitglied des CPT des Europarates)  
Verbindung der schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH)  
Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz

Bei sämtlichen Interviews mit ExpertInnen, Fokusgruppen und im Hearing waren jeweils zwei Projektmitarbeitende anwesend. Eine Person übernahm die Gesprächsführung, während die andere ein Gesprächsprotokoll erstellte. Zudem wurden alle Gespräche aufgezeichnet und anschliessend zusammenfassend transkribiert. Die Aufzeichnung des Hearings wurde vollständig transkribiert.

## Anhang II: Umsetzungsideen

Die folgende Zusammenstellung gibt Hinweise auf verschiedene Ideen für die konkrete Umsetzung der im Bericht präsentierten Vorschläge, die aus den Interviews mit den verschiedenen Fachpersonen hervorgingen. Sie ist als nicht abschliessende und ungewichtete Aufzählung zu verstehen, an die im Sinne eines Ideenspeichers in den Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten angeknüpft werden kann.

Tabelle 2: Umsetzungsideen nach Themenbereichen

Themenbereich	Was (Instrument, Massnahme)	Bemerkungen
Schulung und Information	Filme für Prävention und zur Vermittlung von Hintergrundwissen (für InsassInnen und Mitarbeitende)	Medien, die spezifisch für den Vollzugskontext entwickelt werden, z.B. im Rahmen eines Präventionsprojektes in einer Anstalt produziert, Beschaffung und allenfalls Bearbeitung von bestehenden Materialien aus Herkunftsländern der InsassInnen.
Schulung und Information der InsassInnen	Gesundheit als Thema für anstaltsinterne Bildung	Geringes Wissen über Körper und sein Funktionieren allgemein behindert Verständnis für und Einsicht in Prävention (auch Tests). Betrifft insbesondere MigrantInnen. (Zu integrieren in Persönlichkeitsbildung im Sinne von Empowerment, Selbstbestimmung, Förderung der Verantwortung, speziell auch bei Männern zu beachten.)
Information der InsassInnen	HIV-Präventionskurse mit <i>Aidshilfe</i> bewähren sich in einigen Anstalten bereits	Ausdehnen, evt. an verschiedene Zielgruppen anpassen. Finanzierung klären.
Ausbildung, Fort- und Weiterbildung	Problemspezifische <i>Schulungsangebote</i> für Mitarbeitende und Kader	Analog zu Vorgehen der KKJPD und GDK für Kurse am SAZ zum Umgang mit psychisch Kranken.
Fort- und Weiterbildung (anstaltsintern)	<i>Informationsveranstaltungen</i> für Vollzugsmitarbeitende zu Infektionskrankheiten und Drogen	In interdisziplinären Gruppen (bereichsübergreifend); evt. durch internen GD durchgeführt.
Fort- und Weiterbildung	Medizinische Schulung der „Gefängnismedizin“	Durch KSG; Zielpublikum: v.a. konziliarisch tätige ÄrztInnen.

Fort- und Weiterbildung	<i>Externe Kursangebote</i> , welche intern bezogen werden können	Für InsassInnen und Mitarbeitende; Angebot durch SAZ, Fachorganisationen, BAG.
Information, Fachwissen	<i>Fachstelle</i> Gesundheit und Freiheitsentzug beim BAG	Informationsvermittlung (z.B. Newsletter), Lieferung von Unterlagen (Broschüren) und Instrumenten (z.B. Schulungsunterlagen) zu Gesundheitsthemen für den Freiheitsentzug.
Information, Fachwissen	<i>Newsletter</i> und Updates von BAG und Fachorganisationen über gegenwärtig notwendige Tests, Untersuchungen, Behandlungen etc.	Entlastung der Anstalten, hohe Qualität und Schnelligkeit in der Verbreitung von relevantem Fachwissen.
Screening, Beratung, Prävention	Voluntary Counselling and Testing (VCT) für HIV	Mit Anpassungen an Besonderheiten des Freiheitsentzugs.
Screening, Beratung, Prävention	Computergestütztes Befragungsinstrument zur <i>TB-Abklärung</i> (aus GSM)	Mit Anpassungen an Besonderheiten des Freiheitsentzugs.
Standards	Richtlinien zur <i>Behandlung von Hepatitis</i> analog zu jenen für HIV/Aids	Mit Anpassung an Bedingungen des Freiheitsentzugs.
Standards	<i>Konsenskonferenz</i> über Richtlinien für medizinische Strategien	Ärzteschaft und Fachverbände (evt. mit Pflegenden).
Standards	Ausarbeitung und Umsetzung von Richtlinien	Nach Vorbild der Richtlinien zur Rekrutierung der Fort- und Weiterbildung, welche in allen Konkordaten identisch ist.
Risikoeinschätzung und -minderung Krisenmanagement Qualitätsmanagement	Handbuch, <i>Checklisten</i> , „Standard Operating Procedures“	Vor Ort Themen in interdisziplinären Gruppen zusammentragen und Grundlagen erarbeiten (fördert auch Zusammenarbeit in bereichsübergreifenden Problemfeldern).
Risikominderung	Stichfeste <i>Kevlarhandschuhe</i> für Zellenkontrollen	Sicherheit, Abbau von Ängsten unter Mitarbeitenden
Umsetzung	„ <i>Managing diversity</i> “	Migrationshintergrund, künftiger Aufenthaltsort, Gender, Suchterkrankung etc. bei Umsetzungsstrategien beachten.
Umsetzung	<i>Telefonübersetzung</i> für Kommunikation mit fremdsprachigen Personen	Besonders geeignet für kurze Einsätze und in einer Anstalt selten vorkommende Sprachen. Bestehende Angebote an Vollzugskontext anpassen.
Umsetzung	<i>Coaching/Beratung</i> für Institutionen für Praxisumsetzungsvorhaben im Bereich Gesundheit	Angebotspool durch BAG, Fachverbände, SAZ, Konkordate.

Strukturanpassung in Anstalten	Schaffung von <i>Präventionsdiensten</i> oder -beauftragten	In Institution „Präventionskultur“ einführen und fördern.
Strukturanpassung Ebene Kanton	<i>Zentraler, kantonaler Gesundheitsdienst</i> für Institutionen des Freiheitsentzugs	Vorteile: Einheitliche Richtlinien und Praxis, Datenaustausch, Anstellungspolitik im Kanton. Berechnung anregen, ob sich Synergien ausbezahlen.
Strukturanpassung in Anstalten	<i>Anstaltsverantwortliche</i> „Gesundheit“ ernennen	Spezielle geschulte Personen, sichern Transfer in die Vollzugspraxis.
Informationsaustausch zwischen Institutionen	<i>Gesundheitskarte</i> /-pass oder einheitliche Krankenakte	Initiativen der KSG weiterführen und unterstützen. Datenschutz berücksichtigen.
Epidemiologie Datenbeschaffung	<i>Forschung</i> und Datenerhebung zu Infektionskrankheiten und Drogenkonsum im Kontext Freiheitsentzug	Möglichkeiten: - Anlehnung an Datenbank des <i>Health in Prison Projects</i> (HIPP) der WHO Europa; - nach Vorlage der Studie von Iten und Gravier (2005); - Spezifische Teilerhebung im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS; - Nutzung von Informationen zu meldepflichtigen Krankheiten; - allgemeines Meldesystem von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug (z.B. AnstaltsärztInnen übermitteln BAG oder BFS anonymisierte Daten inkl. Angaben zum Vollzugskontext).
Innovation	<i>Finanzierungspool</i> für innovative Pilotprojekte	BAG evt. in Zusammenarbeit mit Modellversuchen BJ.

## Literatur

- Achermann, Alberto und Jörg Künzli (2006). *Gesundheit und Haft: Gesundheitsrelevante Rechte von Häftlingen insbesondere im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten und Kompetenzen des Bundes zu ihrer Durchsetzung*. Bern.
- Achermann, Christin (2003). "Krankenversicherung für Sans-Papiers : die aktuelle Situation in Recht und Praxis." *Asyl*, 18(3): 8-11.
- Achermann, Christin und Ueli Hostettler (2006). "AusländerIn ist nicht gleich AusländerIn: Strafvollzugsalltag und Entlassungsvorbereitung einer vielfältigen Insassengruppe", in Riklin, Franz (Hg.), *Straffällige ohne Schweizerpass. Kriminalisieren - Entkriminalisieren - Exportieren? Fachgruppe "Reform im Strafwesen"*. Luzern: Caritas Schweiz, S. 21-35.
- Achermann, Christin und Urszula Stotzer (2006). *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration: Rapid Assessment*. Neuchâtel: SFM.
- Baechtold, Andrea (2005). *Strafvollzug. Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz*. Bern: Stämpfli Verlag.
- BAG (2003). *Nationales HIV / Aids-Programm 2004-2008*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2005a). *Nationales HIV / Aids-Programm 2004-2008: Bericht über aktuelle Entwicklungen und den Stand der Umsetzung des Aids-Programms des BAG nach 20 Monaten Laufzeit*. Bern: BAG.
- BAG (2005b). *Technische Weisungen betreffend grensanitätsdienstliche Massnahmen (GSM) bei Personen des Asylbereichs in den Zentren des Bundes und in den Kantonen*. Bern.
- BAG (2006a). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III 2006-2011) - Kurzfassung*. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Bern.
- BAG (2006b). "Übertragbare Krankheiten: Asylsuchende und Untersuchung auf manifeste Tuberkulose." *Bulletin*, 1/06: 9-11.
- BAG und BSV (2002). *Sans-papiers: Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung. Schreiben vom 23. Dezember 2002*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bentley, Margaret E. et al. (1988). "Rapid ethnographic assessment: Applications in a diarrhea management programme." *Social Science & Medicine*, 27(1): 107-116.

- Bernard, Harvey Russell (2002). *Research methods in anthropology : qualitative and quantitative methods*. Walnut Creek [etc.]: AltaMira Press.
- Bobrik, Alexei et al. (2005). "Prison Health in Russia: The Larger Picture." *Journal of Public Health Policy*, 26: 30-59.
- Bolli, Karl (2000). *Gefängnismedizin und Arztdienst in der Kantonalen Strafanstalt Pöschwies, CH-8105 Regensdorf/Zürich unter Berücksichtigung der Empfehlung Nr. R (98)7 des Europarates betreffend ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsfürsorge in Gefängnissen*.
- Correctional Service Canada (2004). *Commissioner's Directive 821: Management of Infectious Diseases*. Ottawa: CSC.
- Council of Europe (1998). *Recommendation No. R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. Committee of Ministers.
- Dolan, Kate A., Scott Rutter und Alex D. Wodak (2003). "Prison-based Syringe Exchange Programmes: A Review of International Research and Development." *Addiction Research*, 98: 153-158.
- Fitch, Chris et al. (2004). "Rapid assessment: an international review of diffusion, practice and outcomes in the substance use field." *Social Science & Medicine*, 59(9): 1819-1830.
- Gerlich, Miriam et al. (2005). "Prävention von HIV- und Hepatitisvirus-Infektionen in Schweizer Untersuchungshaft- und Strafvollzugsanstalten." *SuchtMagazin*, (2): 14-18.
- Gerlich, Miriam, Ulrich Frick und Ambros Uchtenhagen (2004). *Erfassung und Behandlung von chronischen Infektionskrankheiten in Haft- und Strafanstalten der Schweiz. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung*. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- INFOPUB, Régine Linder und Hans Peter Wermuth (1993). *Pilotprojekt in den Anstalten in Hindelbank. Aids-Prävention Beratung Spritzenabgabe*. Bern.
- Iten, Anne und Bruno Gravier (2005). *Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final*. Lausanne: Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud.
- Klein, Susan J. et al. (2002). "Building an HIV Continuum for Inmates: New York State's Criminal Justice Initiative." *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Supplement HIV/AIDS in Correctional Settings): 114-123.
- Lauer, Franklin N. et al. (2002). "From Jail to Community: Innovative Strategies to Enhance Continuity of HIV/Aids Care." *The Prison Journal*, 82(1): 84-100.
- Lines, Rick et al. (2004). *Prison Needle Exchange: Lessons from A Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- MacNeill, Jessica R. et al. (2005). "Jails, a neglected opportunity for tuberculosis prevention." *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2): 225-228.
- Manderson, Lenore und Peter Aaby (1992). "An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research." *Social Science & Medicine*, 35(7): 839-850.
- Masia, Maurizia et al. (2007). *Auswertungsbericht zum Fragebogen "Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten zu Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs". Mandant: Bundesamt für Gesundheit, Sektionen Aids, Drogen und Grundlagen, Vertrag Nr.: 06.001327 / 2.25.01.-1040*. Freiburg: Departement für Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Freiburg i.Ü.
- Maul-Backer, Henning, Martin Tschies und Heino Stöver (1994). "Drogenfreie Zone? Gefängnisse sind keine drogenfreie Zonen. In der Schweizer Frauenhaftanstalt Hindelbank bei Bern werden sterile Einwegspritzen an Gefangene abgegeben ..." *Neue Kriminalpolitik*, (4): 11-12.
- Mitchell, Deborah und Mark McCarthy (2001). "What happens to drug misusers on release from prison? An observational study at two London prisons." *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8(3): 203-217.
- Mitty, Jennifer Adelson et al. (1998). "Transitioning HIV-Infected Women After Release From Incarceration. Two Models for Bridging the Gap." *Journal of Correctional Health Care*, 5(2): 239-254.
- Morgan, David L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Myers, Janet et al. (2005). "Get Connected: An HIV Prevention Case Management Programme for Men and Women Leaving California Prisons." *American Journal of Public Health*, 95: 1682-1684.
- Nelles, Joachim et al. (1998). "Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison?" *BMJ*, 317(7153): 270-273.
- Nelles, Joachim und Heino Stöver (2002). "Zehn Jahre Spritzenvergabe im Gefängnis: Ein Review der bisherigen Spritzenvergabeprojekte in der

- Schweiz, Deutschland, Spanien und Moldawien." *Suchttherapie*, 3: 155-161.
- Odenheimer, Eric und Beat Müllhaupt (2005). *Hepatitis B: 50 Fragen und Antworten*. Genf: SEVHep.
- Ong, Bie Nio et al. (1991). "Rapid appraisal in an urban setting, an example from the developed world." *Social Science & Medicine*, 32(8): 909-915.
- Powell, Richard A und Helen M Single (1996). "Focus groups." *International journal for quality in health care*, 8(5): 499-504.
- Richter, Marina (2006). *Who is Who: Access-Datenbank zu Akteuren und Netzwerken im Gesundheitsbereich des Freiheitsentzugs*. Mandant: Bundesamt für Gesundheit, Sektionen Aids, Drogen und Grundlagen, Vertrag Nr.: 06.001327 / 2.25.01.-1040. Freiburg: Departement für Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Freiburg i.Ü.
- Richter, Marina und Ueli Hostettler (2006). *Dokumentation der Literatur-Datenbank Infektionskrankheiten im Strafvollzug (Standards, Empfehlungen, Best Practices)*. Mandant: Bundesamt für Gesundheit, Sektionen Aids, Drogen und Grundlagen, Vertrag Nr.: 06.001327 / 2.25.01.-1040. Freiburg: Departement für Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Freiburg i.Ü.
- Samitca, Sanda et al. (2006). *Remise de seringues et de traitements à la méthadone pour les personnes toxicomanes: enquête nationale pharmacies 2005 et monitoring des autres sources d'approvisionnement en matériel d'injection*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- SAMW (2002). *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Schwab Zimmer, Monika (2006). "Beratung beim HIV-Test als Präventions-Chance nutzen." *Spectra*, 59: 8.
- Skipper, C. et al. (2003). "Evaluation of a Prison Outreach Clinic for the Diagnosis and Prevention of Hepatitis C: Implications for the National Strategy." *Gut*, 52: 1500-1504.
- Slama, Helena (2004). *Arztgeheimnis im Gefängnis: Datenschutz bei Inhaftierten in der Schweiz*. Bern: Unveröffentlichte Diplomarbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums "Medical Manager FH".
- Stern, Vivien (2001). "Problems in Prisons Worldwide, with a Particular Focus on Russia." *Annals of the New York Academy of Sciences*, 953: 113-119.
- Sutton, Andrew J., W. John Edmunds und O. Noel Gill (2006). "Estimating the Cost-effectiveness of Detecting Cases of Chronic Hepatitis C Infection on Reception into Prison." *BMC Public Health*, 6: 170.
- UNODC (2006). *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response*. Wien: WHO, UNAIDS.
- WHO Europe (1998). *HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons, Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar, Warsaw, Poland, 14-16 December 1997*. Kopenhagen: WHO.
- WHO Europe (2002). *National Tuberculosis Programme Managers' Meeting, Report on the fifth meeting, Wolfheze, Netherlands, 7-9 June 2002*. Kopenhagen: WHO.
- WHO Europe (2003). *Erklärung Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit*. Moskau.
- Zuppinger, Brigit, Christine Kopp und Hans-Rudolf Wicker (2000). *Interventionsplan HIV/AIDS-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen. Rapid Assessment im Auftrag des BAG (Vertrag # 00.000647)*. Bern: Institut für Ethnologie.