8. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

„Gesundheit ist ein Menschenrecht- auch in Haft!"

Universität Basel, 20. bis 22.01.2016

Universität Basel

Institut für Bio- und Medizinethik

8e Conférence Européenne sur le développement de la santé en détention

„La santé est un droit humain- en détention également"

Université de Bâle, 20, 21 et 22 janvier 2016

INHALT – TABLE DES MATIÈRES

Grußwort - Préface
Stefan Enggist, Bundesamt für Gesundheit, Bern 03

Vorträge - Exposés
Psychisch Kranke
Prof. Dr. Norbert Nedopil,
Forens. Psychiatrie am Klinikum der Universität München 07

Mort en prison: euthanasie - Death in prison: euthanasia
12 years of experience in Belgium
Prof. Em. Paul Cosyns, Belgian Advisory Committee on Bioethics,
Psychiatry University of Antwerp 16

Grund und Grenze potentiell lebenslanger Verwahrung
Die Schweizer Verwahrung an den Schranken der Europäischen Menschenrechtskonvention
Prof. Dr. Grischa Merkel, Juristische Fakultät Universität Basel 21

Arbeitsgruppen - Groupes de travail / Corner Stone Lab
Schizophrenie in der Gefängnismedizin
Dr. med. Andreas Frei
Leitender Arzt Fachstelle Forensik Psychiatrie Baselland 37

Patientenrechte und Patientenvertretung in Haft
Dr. Peter Kastner, Volksanwaltschaft Wien 46

Alter, Pflege, Sterben und demographischer Wandel im Vollzug
Wilfried Weyl, D-Butzbach; Gabriele Wehnert, JVKB, D-Berlin 63

Quo Vadis Vollzugsmedizin - Strategische Entwicklungen und Ausblick
Ltd. Medizinaldirektor Dr. Michael Lutz-Dettinger
Ltd. Medizinaldirektor Dr. Marc Lehmann 68

Gesundheit von Frauen in Haft
Vorstellung eines qualitativen Forschungsprojekts
Dr. Katja Thane, Nadine Ochmann MPH (Universität Bremen) 70

Gesundheitsversorgung und Ethik
Prof. Jörg Pont, Wien; Wiebke Bretschneider, Basel 74

Von Paradiesvögeln, verzauberten Männern und Frauen in Tüten.
Transgender Personen im Österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug (2013)
Mag.a Yvonne Czermak, Justizanstalt Wiener Neustadt 76

Doula Im Frauengefängnis Rom
Mirka Grob, Casa Circondariale Femminile Roma Rebibbia 79

Sevrage de l'Alcool en Prison
Expérience du service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire, Hôpitaux Universitaire de Genève
Dr. Penelope Fraser, HUG, CH-Genf 86

Le préavis thérapeutique *selon le nouveau Règlement Concordataire Romand*
Définitions légales et implications cliniques
Dre Corinne Devaud Cornaz, psychiatre et
M. Marc Fetter, infirmier en psychiatrie 91

Quand l'impulsivité est au coeur du problème
Comment rendre attractif un programme des soins spécifiques
Pour des personnes en obligation de soins?
Michèle Girard, Infirmière Spécialiste Clinique en psychiatrie 98

Anhang
Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012) 107
Prof.Dr. Hans Wolff, Prof. Jörg Pont, Prof. Dr. Heino Stöver

Déclaration de Genève 2012 à propos de la santé en prison
Geneva Declaration 2012 on health care in prison

Autorinnen und Autoren - Auteurs 114

Veranstalter und Programmkomitee - Organisateurs 117

Impressum und Dank
Mentions Légales et Remerciements 118

GRUßWORT

Stefan Enggist, Bundesamt für Gesundheit

Sehr geehrter Herr Regierungsrat, sehr geehrte Damen und Herren
Ich begrüsse Sie auch im Namen des Bundesamtes für Gesundheit herzlich zur 8. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Den Organisatorinnen und Organisatoren vielen Dank für Ihren grossen Einsatz. Ich freue mich besonders über den heurigen Tagungstitel: „Gesundheit ist ein Menschenrecht- auch in Haft!“. Ich werde zu vier Punkten sprechen. Punkt 1. Welchen Ansatz zur Gesundheit in Haft vertritt das Bundesamt für Gesundheit BAG?
Punkt 2. Einzelhaft.
Punkt 3. Die neuen Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners und
Punkt 4. Das neue Schweizer Epidemiengesetz.

Punkt 1. Der Ansatz des BAGs

Das Bundesamt für Gesundheit setzt sich seit Jahren für eine bessere Gesundheit in Haft ein. Es unterstützt einen Public Health Ansatz entlang von drei Leitlinien: 1. Die Gesundheit der Gefängnisbevölkerung und die Gesundheit der übrigen Bevölkerung beeinflussen sich gegenseitig. 2. Menschen in Haft haben dasselbe Recht auf Gesundheit wie der Rest der Bevölkerung. 3. Selten ist der Staat so direkt und umfassend für die Gesundheit seiner Bürger verantwortlich wie dann, wenn er ihnen die Freiheit entzieht und sie gefangen hält. Dieser Ansatz steht im Einklang mit völkerrechtlichen Verpflichtungen und mit dem Schweizerischen Strafgesetz. Er entspricht der Forderung der WHO, Gesundheitsbehörden sollten sich anwaltschaftlich für gesunde Haftbedingungen einsetzen.
Rechtliche Vorgaben und Standards sind eines, ihre Umsetzung ein anderes. Damit komme ich zum

2. Punkt: Einzelhaft

In der Schweiz besucht nebst dem Antifolterausschuss des Europarates, dem CPT, auch die Nationale Antifolterkommission NKVF Anstalten des Freiheitsentzuges. Bisher haben nebst der Schweiz, Österreich, Deutschland und Frankreich 60 weitere Staaten einen ähnlichen Präventionsmechanismus. Jüngst besuchte die Antifolterkommission Gefangene in Untersuchungs- und Hochsicherheitshaft. Die Erkenntnisse, die sie dabei gemacht hat, sind beunruhigend: Untersuchungshaft ist in der Schweiz mehrheitlich Isolationshaft, oft unbefristet. Nur ganz selten werden Unter-

suchungsgefangene in Gruppen untergebracht. Abgesehen von einem einstündigen Spaziergang verbringen die meisten 23 Stunden pro Tag in ihrer Zelle. Die Antifolterkommission hält dies für grundrechtswidrig und fordert einen Systemwechsel in Richtung Gruppenvollzug.

Die Hochsicherheitshaft gibt kein besseres Bild ab. Zum Zeitpunkt des Besuches der Kommission waren davon schweizweit 35 Personen betroffen. Auch sie mehrheitlich in Isolationshaft und in der Regel 23 Stunden am Tag in ihrer Zelle. Sie können sich nur abwechselnd und alleine eine Stunde auf dem Spazierhof frei bewegen. Ein weiterer verstörender Befund sei direkt aus dem Tätigkeitsbericht der Kommission von 2013 zitiert: *„Die Einweisung von Personen mit zum Teil unbehandelten schweren bzw. akuten psychiatrischen Krankheitsbildern in Hochsicher-heitsabteilungen wird (..) als weitere äusserst bedenkliche Problematik erkannt. (…). Die Kommission traf mehrfach Personen an, die psychisch stark beeinträchtigt waren und sich zum Teil seit mehreren Jahren in Hochsicherheitshaft befanden.“*

Warum erwähne ich all dies? Die WHO hat 2014 das Buch „Prisons and Health“ veröffentlicht. Ein gesamtes Kapitel handelt von den krank machenden Auswirkungen der Einzelhaft wie Angst, Panikattacken, Depression, Ärger, rasende Wut, Wahrnehmungsstörungen bis hin zur totalen Konfusion, Sinnesstörungen bis hin zu Halluzinationen, Paranoia, Psychose, Selbstverletzung, Suizid. Oft, so die WHO, sei eine andauernde Intoleranz gegenüber Kontakt mit andern Menschen die Langzeitfolge. Damit würden die Chancen einer erfolgreichen Wiedereingliederung massiv vermindert. Die WHO hat mit diesem Artikel Einzelhaft als Problem der öffentlichen Gesundheit anerkannt. Seine Autorin, die britisch-israelische Kriminologin Sharon Shalev, trägt mit ihren Arbeiten mass-geblich dazu bei, Einzelhaft prominent in der internationalen Agenda zu verankern.
Damit bin ich beim

3. Punkt: Die neuen Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners

Die SMR gehen aufs Jahr 1955 zurück. Nun wurden sie von einer internationalen Expertengruppe erneuert und im Dezember von der Generalversammlung der Vereinten Nationen in Erinnerung an den langjährigen politischen Gefangenen und späteren Staatspräsidenten Süd-afrikas, Nelson Mandela, als United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules) verabschiedet. Die Schweiz hat den Revisionsprozess kräftig unterstützt. Die Mandela Rules übernehmen manches aus den Strafvollzugsgrundsätzen des Europarats. In wesentlichen Punkten unterscheiden sie sich jedoch und gehen mitunter

darüber hinaus. Das betrifft zum Beispiel die Regeln zur Isolationshaft oder die Regeln mit Gesundheitsbezug. Im Gegensatz zu den EPR definieren die Mandela Rules den Begriff der Einzelhaft, und zwar wie folgt: Einschliessen von Gefangenen ohne sinnvolle soziale Kontakte über 22 und mehr Stunden pro Tag. Zudem wird der Begriff der „verlängerten Einzelhaft“ als „Einzelhaft während mehr als 15 aufeinanderfolgenden Tagen“ definiert. Die Mandela Rules fordern, Einzelhaft sei mit 3 Verboten zu belegen:
1. Mit einem Verbot von unbefristeter Einzelhaft.
2. Mit einem Verbot von verlängerter Einzelhaft.
Und 3. Mit einem Verbot der Einzelhaft bei Gefangenen mit einer seelischen oder körperlichen Behinderung, welche sich durch Einzelhaft verschlimmern könnte. M.a.W.: Auch gemäss den Mandela Rules ist die Schweizer Praxis im Bereich Isolationshaft wohl mehrheitlich unzulässig. Im Weitern räumen die Mandela Rules dem Gesundheitspersonal im Bereich Einzelhaft zwei neue Kompetenzen ein: 1. Zu prüfen, ob die Isolation den Gesundheitszustand zu verschlechtern oder eine Behinderung zu verschlimmern droht, und 2. Die Kompetenz, der Direktion eine Änderung oder gar ein Ende dieses Haftregimes aus Gesundheitsgründen zu empfehlen.

Die Mandela Rules stärken nicht allein die anwaltliche Rolle des Gesundheitspersonals sondern auch seine professionelle Unabhängigkeit und Bindung ans zivile Gesundheitssystem. Klinische Entscheide, so die Mandela Rules, dürfen nur vom Gesundheitspersonal getroffen und von nichtmedizinischem Personal weder umgestossen noch ignoriert werden. Vor allem andern fordern die Mandela Rules jedoch, dass die Gesundheitsversorgung in enger Bindung zu den zivilen Gesundheitsbehörden organisiert wird. Und dies führt mich zum

4. und letzten Punkt: Das neue Schweizer Epidemiengesetz

Das Epidemiengesertz wurde revidiert und ist am 1. Januar in Kraft getreten. Es verpflichtet Haftanstalten zu gewissen Massnahmen, um Infektionskrankheiten zu verhüten, und den gesundheitlichen Schaden bei Drogenkonsum zu vermindern. Besonders zu reden gibt die Pflicht, Inhaftierten bei Bedarf sauberes Injektionsmaterial abzugeben. Das BAG wird die zuständigen Kantone bei der Umsetzung dieser Bestimmung unterstützen. Das wird interessant. Denn nicht die kantonalen Justiz- sondern die kantonalen Gesundheitsbehörden sind in der Schweiz für den Vollzug des Epidemiengesetzes zuständig. Sie werden sich der Gesundheitversorgung in Haft annehmen müssen. Das wäre genau, was das Völkerrecht und die WHO anstreben.
Danke!

Stefan Enggist

Psychisch Kranke

Prof. Dr. Norbert Nedopil
Forensische Psychiatrie am Klinikum der Universität München

Psychiatrische Morbidität bei Gefangenen

Schwierigkeiten des Vergleichs:

Unterschiedliche gesetzliche Regelungen

Länder mit großzügigen Unterbringungsvoraussetzungen in psychiatrischen Krankenhäusern

→Schweiz, Deutschland, Holland, skandinavische Länder

Länder mit restriktiven Unterbringungsvoraussetzungen:

→UK, Österreich, die meisten osteuropäischen Länder

Länder, die kaum über forensische Fachkrankenhäuser verfügen

→Italien, Frankreich

Länder, in denen die Unterbringung von der (aufgehobenen) Schuldfähigkeit abhängt,

→z.B. Deutschland, Österreich, z.T. Schweiz,

Länder, in denen das nicht der Fall ist,

→z.B. UK, Schweden, z.T. Dänemark

Länder, in denen die Unterbringung von der (aufgehobenen) Schuldfähigkeit abhängt

→z.B. Deutschland, Österreich, z.T. Schweiz,

Länder, in denen das nicht der Fall ist,

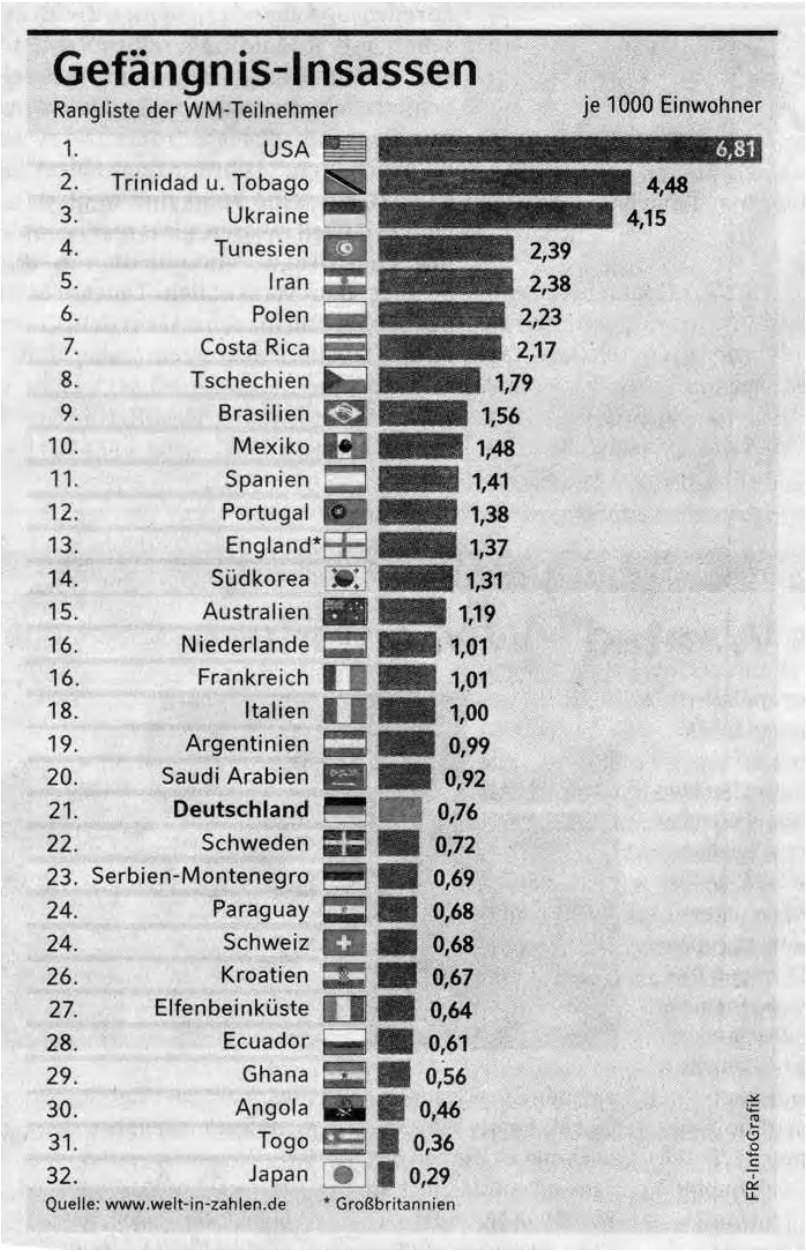
→z.B. UK, Schweden, z.T. Dänemark

Länder mit unterschiedlichen staatlichen, sozialen und ökonomischen Systemen: Europa und Nordamerika, Emerging Economies in Asien und Lateinamerika, Länder der Dritten Welt

Unterschiedliche Schwellen für Prisonisierung in den verschiedenen Ländern.

Gefangenenzahlen in verschiedenen Ländern

Land	**Gefangene**	**Bevölkerung**	**Anteil**
Schweiz	6.100	8.200.000	74/100.000
Deutschland	61.906	79.758.764	77/100.000
Großbritannien	86.793	64.100.000	135/100.000
Frankreich	67.500	66.030.000	102/100.000
USA	7.500.000	389.000.000	1928/100.000



Unterschiedliche Zugänglichkeit zu den öffentlichen Gesundheitssystemen in verschiedenen Ländern
(Linda Teplin: The prison is the poor man's mental hospital).

Unterschiede zwischen Männern, Frauen, Jugendlichen und älteren Erwachsenen.

Tab. 19.1 (Nedopil 2012) Psychische Störungen bei Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen.

Land	Kanada	Däne-mark	Illinois, USA	Kanada	Kanada	Deutsch-land	Metaanal yse
Autor	Coté u. Hodgins (1990)	Andersen et al. (1996)	Teplin et al. (1996)	Corrado et al. (2000)	Brink et al. (2001)	Jacobs u. Reinhold (2004)	Fazel u. Danesh (2002)
	an der Gesamtzahl (%)						
Art der Störung			Frauen	U-Haft	Verurteilte	18- bis 23-Jährige	62 Studien
Schizophrenie	6,4	8	2,4	4,9	5,0		3–7
affektive Störungen	18,2	11	19,5	10,1	21,8	27,5	10
Persönlichkeitsstörung und Neurosen		18	4,2	88,0		65	65
Substanzmissbrauch	66,9	53	63,6	85,9	69,8	62,5	
antisoziale Persönlichkeitsstörung	48,9	11	13,8	64,3		52,5	

Psychische Störungen bei Gefangenen in verschiedenen Ländern Europas

Anteil in % / Diagnose	Schweiz	Eng-land	Deutsch-land	Italien	Metaanalyse Fazel	
	%	%	%	%	Männer	Frauen
Substanz-missbrauch	26.3	60	77	25		
Schizophrenie	5.3	5,2	10	?	3 - 7	4
Affektive Störungen	2.2	20	20	10	10	12
Anpas-sungs-störungen	15.9	20	25	25,3		
Persönlich-keits-störungen	16.2	59	60	51,9	65	42
Geistige Behinderung	2.8					
Alle psychischen Störungen außer Substanz-missbrauch	35.1					
PTBS		4				
Komorbi-ditäten				36,6		

Psychische Störungen bei Gefangenen und Untersuchungshäftlingen in Deutschland

Anteil in % / Diagnose	Gefangene	Untersuchungshäftlinge
	%	%
Substanzmissbrauch	77	43
Schizophrenie	10	0
Affektive Störungen	20	40
Anpassungsstörungen	25	20

Häufige Besonderheiten bei Gefängnisinsassen

Traumatische Lebenserfahrungen
Geringe soziale Unterstützung
Soziale Randständigkeit
Substanzmissbrauch

➔ Risikofaktoren für psychische Störungen
➔ Hohe Vulnerabilität

+ Prädelinquente soziale und psychologische Stressoren
+ Delikt und Inhaftierung als Life event

➔ Hohes Risiko für psychische Störung und psychiatrischen Interventionsbedarf

Besonderheiten der Gefängnispsychiatrie (vergleichbar trotz aller Unterschiede)

1. Häufung von psychischen Krankheiten, die auch in der Allgemeinpsychiatrie gesehen werden: Schizophrenie, - Suchterkrankungen, - Bipolare Störungen.

Beispiel: Schizophrenie London (Jarett et al. 2015)

	Gefängnis Jährliche Aufnahmen	**Allgemeinbevölkerung Erkrankungen/Jahr**
Psychose	5,2 %	0,4 %
High risk für Psychose	5%	< 1 %
Psychische Auffälligkeiten	16%	

2. Häufung von psychischen Störungen, die aufgrund ihrer besonderen Assoziation mit Kriminalität in Gefängnissen kumulieren
- Persönlichkeitsstörungen (insb. Dissoziale und Emotional Instabile)
- Suchterkrankungen
- ADHS, - Störungen des Sozialverhaltens, - Störungen der Impulskontrolle,
- Organische Wesensänderungen

ADHS in männlichen Gefängnispopulationen

Prävalenz in verschiedenen Studien	
Jugendliche	30 %
Erwachsene	26 %

Zum Vergleich:

Prävalenz bei Befragungen in den USA	
Kinder	5,3 %
Erwachsene	2,5 %

3. Störungen, die aufgrund eines Deliktes oder aufgrund der Inhaftierung entstehen
- Anpassungsstörungen, Depressionen, - Angststörungen, - Suizidalität,
- PTSD.
4. Störungen aufgrund der Haft und ihrer Dauer
- Haftreaktionen: Selbstverletzungen, Suizidalität, Anorektische Symptome,
- Haftpsychosen, - Querulatorische Entwicklungen, - Hospitalismus.

Psychiatrische Behandlung und Betreuung im Gefängnis

Notwendig weil:
Kurzfristig und intramural:

- um das Leiden zu erleichtern oder zu heilen
- Um die den Gefangenen zustehende gleichwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten
- Um das Zusammenleben in engen Räumen auch für die Mitinsassen zu erleichtern
- Um Unterbringungsdauern nicht unnötig zu verlängern (Psychisch Gestörte werden zögerlicher gelockert und später entlassen)
- Um den Verantwortlichen in Politik und Administration den Rücken frei zu halten (z.B. Verhinderung des Gefängnissuizids).

Langfristig und extramural:

- Um einen wirksamen Schutz gegen psychiatrische Morbidität zu ermöglichen
- Um nach einer Entlassung Lebensdauer zu verlängern und Lebensqualität zu verbessern
- Um das kriminelle Rückfallrisiko nach der Entlassung zu senken.

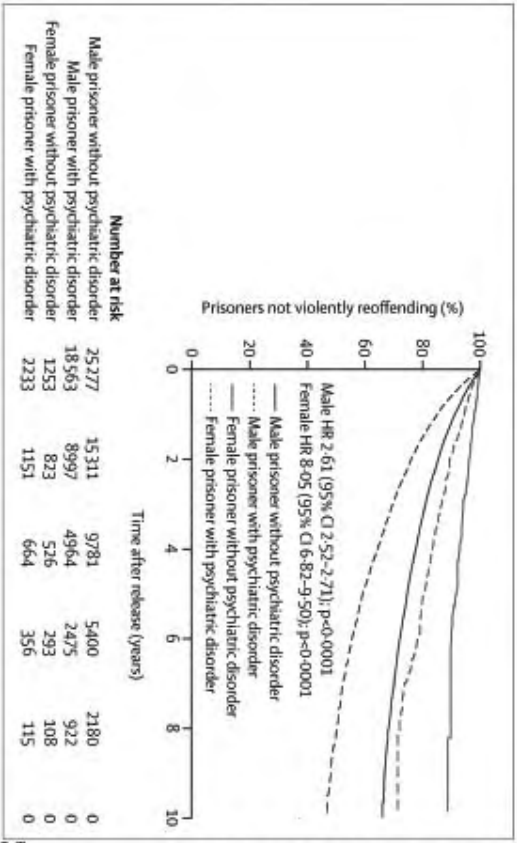


Figure 1. Kaplan-Meier curve (unadjusted model) for violent reoffending in released prisoners by sex and psychiatric disorder status
HR=hazard ratio.

Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden
Zhang Chang, Henrik Larsson, Paul Lichtenstein, and Seena Fazel
Lancet Psychiatry. 2015 October ; 2(10): 891–900.

LMU

Rückfälle mit Gewalttaten und psychische Störung bei entlassenen Gefängnis-insassen

Rückfälle mit Gewalttaten und psychische Störung bei entlassenen Gefängnisinsassen

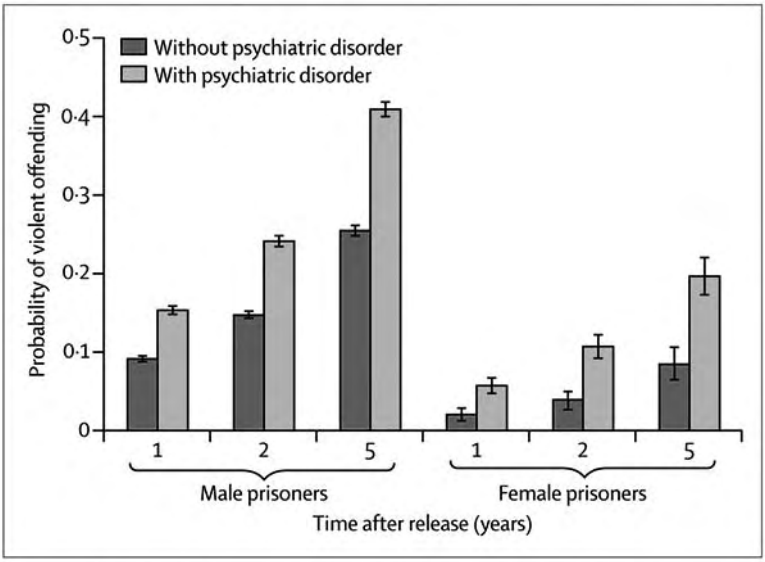


Figure 2. Probability of violent reoffending by sex, time after release, and psychiatric disorder status
Error bars are 95% CIs.

Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. Zheng Chang, Henrik Larsson, Paul Lichtenstein, and Seena Fazel. L*ancet Psychiatry*. 2015 October ; 2(10): 891–900.

Mort en prison: euthanasie
Death in prison: euthanasia
12 years of experience in Belgium

Prof. em. Paul Cosyns
Belgian Advisory Committee on Bioethics, Psychiatry University of Antwerp

major medical Belgian laws

1. Law on 'patient's rights' : focus on 'autonomy' of patients, 2002
2. Law on 'Euthanasia' : conditional depenalisation, 2002
3. Law on 'palliative care', 2002
4. Law on Prisoners and Prisoners rights, 2005

Belgian law on Euthanasia 2002

- This law is a *conditional depenalisation* of euthanasia
- This law does not concern "physician assisted suicide"

legal definition of 'euthanasia'

"...euthanasia is defined as intentionally terminating life by someone other than the person concerned, at the later request".
The Belgian law does not include /concern 'physician assisted suicide'

Belgian law on Euthanasia 2002 - 2 main motivations...

- Empowerment of the right of 'autonomy' of patients (Law on the (Rights of patients' 2002)
- To allow patient's requests to 'die with dignity'

3 major conditions

1. The (adult) patient is competent and conscious at the moment of making the request...the request is voluntary, well-considered and repeated...
2. The patient is in a condition of constant and unbearable *physical or mental suffering* that *cannot be alleviated*
3. This condition results from a *serious* and *incurable disorder*

Physician assisted suicide or being "tired of living" "fatigue de vivre": 2 possibilities

a/ if linked to a serious and incurable disorder:
Belgian law on euthanasia may apply
b/ if not linked to a serious and incurable medical disorder:

Belgian law on euthanasia does not apply and the physician will be procecuted

Belgian basic data on euthanasia 2013

- *N: 1807* cases for a population of 11 M inhabitants
- Euthanasia represent *1,7% of deaths* in Belgium
- Sex distribution: *males 52%, females 48%*

medical diagnostics (2011/2012)

- Patient is expected to die in near future **87%** (cancer 73%)
- Patient is not expected to die in near future **13%**

Euthanasia in Belgian prisons

- E*xp*ected to die in the near future (cancer): **3** cases
- Not expected to die in the near future: **0** case

Casus "Frank VdB", 51 year old, 30 year of incarceration

requested euthanasia for 'mental suffering' (no physical dis.)

- Sex offender (many offenses and one murder), he relapsed and murdered again during a conditional release.
- 'interned', ie mentally ill offender (sexual sadism) who needs treatment but received no adequate treatment during incarceration (treatment not available)
- He no longer asks for 'release' because he thinks of himself to be too dangerous ('I cannot control sexual urges')

2011 Frank VdB first request of euthanasia on the ground of unbearable mental suffering due to chronic incarceration (already 30 year!) and perspectiveless future (unless to die in prison) because of his mental disorder..

2014 advise of 3 psychiatrists (partially) positive

2014/15 heavy confusing juridic/public/media debate (national and internat.)

fact: no MD agreed to perform it (no MD but one, who refused 'in extremis').

discussion, medical juridical and ethical

competent' patient?	"yes" unanimous agreement
unbearable suffering'?	"yes" (according patient)
'results from a serious disorder'	sexual sadism is a serious condition, but the suffering did not result from it
'results from a incurable disorder'	adequate penitentiary treatment has never been available (incurable?)

Epilogue

Frank VdB has been transfered for treatment in 2015 in the newly opened 'Forensic Psychiatric Centre of Ghent' (290 beds, October 2014).

Medio 2015 opening of a 'high security long stay' ward for mentally ill offenders in regular psychiatric hospitals.

controversial issues…(a)

Misuse of euth. law to solve non medical problem(s) - lack of penitentiary treatment - alternative to 'death penalty'	**Abus de la loi** pour résoudre des problèmes non-médicaux - Manque de traitement pénitent. - Alternative à la peine de mort
Contagion of euth. requests within penit. (15 new requests!)	**Contagion** des demandes d'euth. dans les pénitentiers (15 cas!)
Effect of '**mediatisation**'	Effet de la '**médiatisation**'
'incurable disorder' and **Patient's right** to refuse treatment.	'maladie incurable' et **droit du patient** de refus de traitement.

controversial issues…(b)

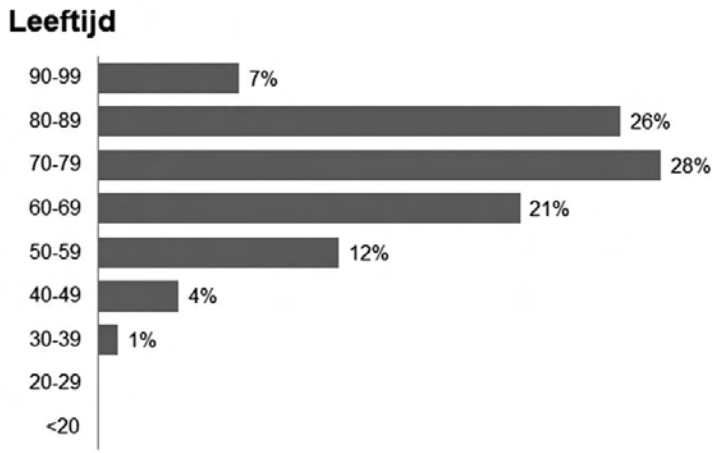
Definition of the concept '**mental suffering**'	Définition du concept de '**souffrance mentale**'
Coupling an euthanasia request with '**organ donation**'	Coupler la demande d'euthanasie avec le '**don d'organes**'
Borders of euthanasia and (assisted) **suicide**.	Limites entre euthanasie et **suicide** (assisté).

Federal Control and Evaluation Commission

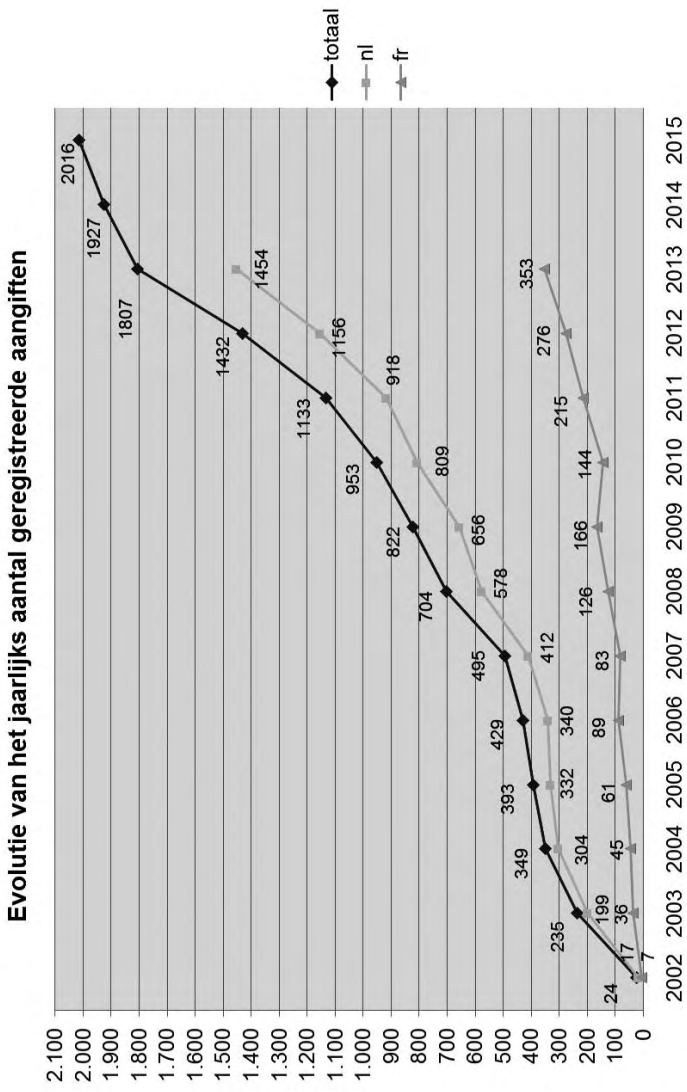
In belgium the control is done 'post factum'

- Files accepted as such 86%
- Files with comments 14%
- Files sent to 'justice' 0% (in 2015: 1 case)

Age distribution of euthanasia (Belgium 2012/2013)



Evolution of euthanasia (N) in Belgium 2002-2015



Grund und Grenze potentiell lebenslanger Verwahrung

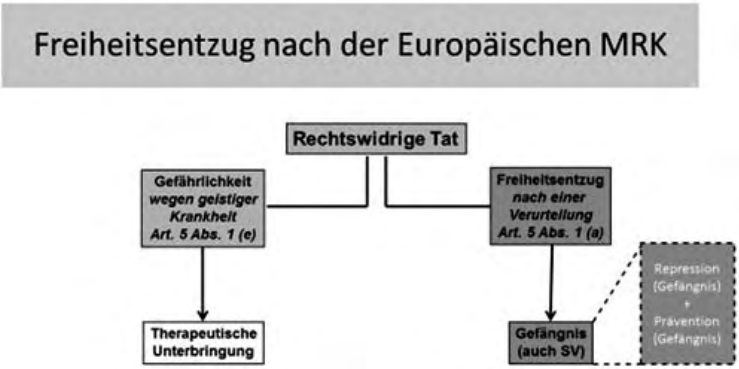
Die Schweizer Verwahrung an den Schranken der Europäischen Menschenrechtskonvention

Prof. Dr. Grischa Merkel

1. Einleitung

Grund und Grenze für den strafrechtlichen Freiheitsentzug und damit auch für eine potentiell lebenslange Verwahrung nach dem Strafgesetzbuch werden der Schweiz vom Völkerstrafrecht vorgegeben, wozu insbesondere die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) zählt. In der hierfür massgeblichen Vorschrift des Art. 5 Abs. 1 Buchst. a heisst es dazu:
„Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit.
Die Freiheit darf nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: rechtmäßige Freiheitsentziehung nach Verurteilung durch ein zuständiges Gericht (…).“

Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR), dessen Auslegung der EMRK für die Schweiz ebenfalls verbindlich ist, fällt hierunter nicht nur die Freiheitsstrafe infolge Schuldspruchs durch ein Gericht, sondern auch eine mit dem Schuldurteil angeordnete Sicherungsverwahrung, unabhängig davon, ob sie nach nationalem Recht als Strafe oder Massnahme anzusehen ist. Der EGMR orientiert sich diesbezüglich am Charakter des Freiheitsentzugs, nicht an dessen Etikettierung. Unterscheidet sich die Unterbringung also nicht grundlegend von einer Freiheitsstrafe, wird sie als Strafe angesehen und nach Art. 5 Abs. 1 Buchst. a EMRK beurteilt (EGMR M. v. Germany, Urt. v. 17.12.2009 – 19359/04). Diese sowohl repressiv mit dem Strafvollzug als auch präventiv mit der Sicherungsverwahrung mögliche Form eines potentiell unbefristeten Freiheitsentzugs nach Art. 5 Abs. 1 Buchst. a EMRK wird ergänzt um die Möglichkeit nach Buchstabe e, psychisch kranke Menschen rein präventiv zu verwahren.

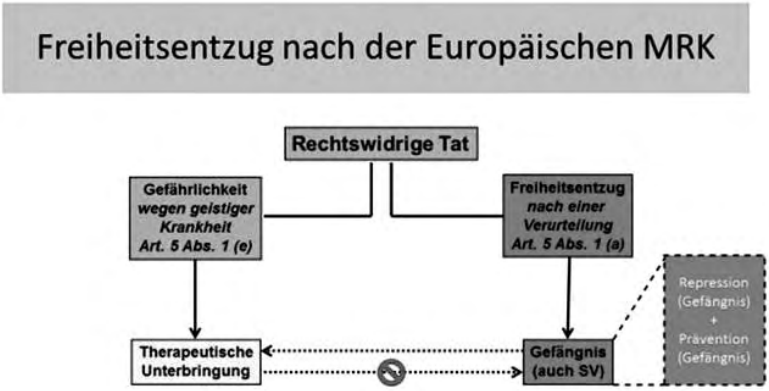


2. Verwahrung psychisch kranker Täter

Für diesen Freiheitsentzug müssen nach der Rechtsprechung des EGMR (Hutchison Reid v. The United Kingdom, Urt. v. 20.2.2003 – 50272/99,) bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es muss eine verlässlich festgestellte „true mental disorder“ vorliegen, worunter auch die dissoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Psychopathie fallen. Die Beurteilung obliegt dabei Experten, allerdings haben die Vertragsstaaten hinsichtlich der Definition der psychischen Störung/ Krankheit einen Beurteilungsspielraum;
- der zwangsweise Freiheitsentzug muss aufgrund der Schwere der Krankheit erforderlich sein;
- die Dauer der Unterbringung ist abhängig vom Fortbestehen der Krankheit;
- die Unterbringung muss dem Grund des Freiheitsentzuges angepasst sein, es muss sich also um eine therapeutische Unterbringung handeln;
- der Freiheitsentzug darf nicht willkürlich erfolgen.

Während Straftäter und Sicherungsverwahrte auch in den Einrichtungen für psychisch Kranke untergebracht werden dürfen, ist die Verwahrung psychisch Kranker, denen nach Art. 5 Abs. 1 Buchst. e EMRK die Freiheit entzogen wurde, in einer Straf- oder Verwahranstalt grundsätzlich nicht gestattet, weil es sich dabei regelmässig nicht um therapiegeeignete Anstalten handelt.

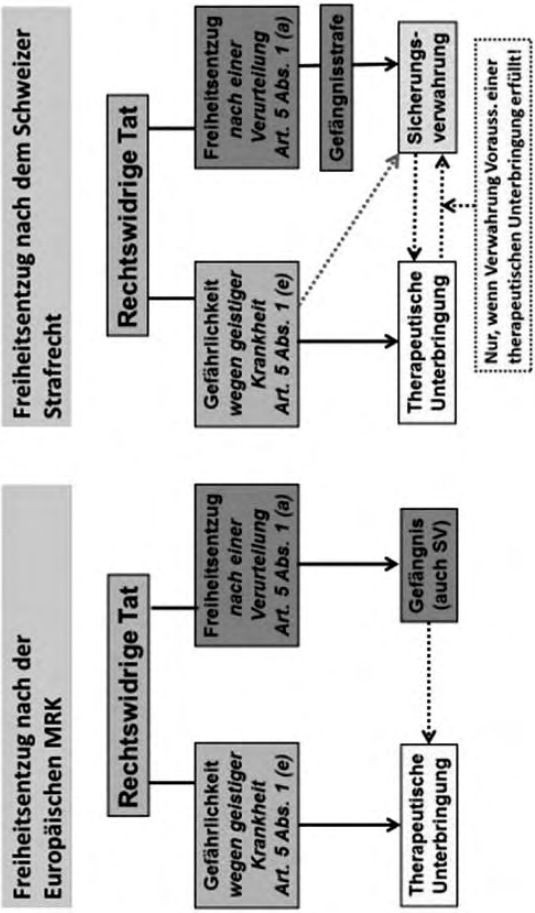


Art. 59 StGB sieht allerdings vor: „Ist der Täter psychisch schwer gestört, so kann das Gericht eine stationäre Behandlung anordnen (…). Die stationäre Behandlung erfolgt in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder einer Massnahmevollzugseinrichtung. Solange die Gefahr besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht, wird er in einer geschlossenen Einrichtung behandelt. Er kann auch in einer Strafanstalt (…) behandelt werden, sofern die nötige therapeutische Behandlung durch Fachpersonal gewährleistet ist.“ Diese Möglichkeit der Überstellung in eine Strafanstalt ist eine Neuerung, die im Januar 2007 in Kraft getreten ist.

Seit dem Jahr 2007 erlaubt der Gesetzgeber mit in Krafttreten des Art. 64 Abs. 1 Buchst. b StGB i.V.m. Art. 19 Abs. 3 StGB bei schweren Straftaten auch die direkte Überstellung von Tätern in die Sicherungsverwahrung, bei denen „aufgrund einer anhaltenden oder langdauernden psychischen Störung von erheblicher Schwere, mit der die Tat in Zusammenhang stand, ernsthaft zu erwarten ist, dass der Täter weitere Taten dieser Art begeht und die Anordnung einer Massnahme nach Artikel 59 keinen Erfolg verspricht.“ Nach Absatz 4 soll der Täter nur dann psychiatrisch betreut werden, wenn dies notwendig ist.

Weil eine reine Verwahrmassnahme bei schuld*unfähigen* Tätern nach der Rechtsprechung des EGMR rechtswidrig jedoch wäre, muss diese Vorschrift so gelesen werden, dass sie nur bei vermindert schuldfähigen Straftätern zur Anwendung kommt. Würde sie auch bei schuldunfähigen Tätern angewendet werden, so müsste es sich um therapeutische Einrichtungen handeln, als welche man die Strafanstalten, in denen derzeit die Sicherungsverwahrung stattfindet, sicher nicht bezeichnen kann. Eine Gegenüberstellung der EMRK mit dem StGB ergibt damit folgendes Bild, wobei der rot markierte Pfeil nur dann für einen rechtmässigen Freiheitsentzug steht,

wenn für die notwendige therapeutische Behandlung im Strafvollzug gesorgt wäre:



3. Lebenslängliche Verwahrung (Art. 123a BV)

Als völkerrechtlich noch weitaus problematischer erweist sich allerdings Art. 123a der Bundesverfassung:

Art. 123a Bundesverfassung (BV)

[in Kraft seit 8.2.2004]

[1] Wird ein Sexual- oder Gewaltstraftäter in den Gutachten, die für das Gerichtsurteil nötig sind, als extrem gefährlich erachtet und nicht therapierbar eingestuft, ist er wegen des hohen Rückfallrisikos bis an sein Lebensende zu verwahren. Frühzeitige Entlassung und Hafturlaub sind ausgeschlossen.

[2] Nur wenn durch neue, wissenschaftliche Erkenntnisse erwiesen wird, dass der Täter geheilt werden kann und somit keine Gefahr mehr für die Öffentlichkeit darstellt, können neue Gutachten erstellt werden. Sollte auf Grund dieser neuen Gutachten die Verwahrung aufgehoben werden, so muss die Haftung für einen Rückfall des Täters von der Behörde übernommen werden, die die Verwahrung aufgehoben hat.

Seit 2008 umgesetzt insb. mit der lebenslänglichen Verwahrung, geregelt in Art. 64 Abs. 1bis und 64c StGB.

Mit Blick auf

seine völkerrechtliche Vereinbarkeit wurde bereits in der Botschaft vom 23.11.2005 festgestellt: „Der Gerichtshof [EGMR] geht davon aus, dass diese persönlichen Eigenschaften [beispielsweise Geisteskrankheit, psychische Instabilität oder ganz allgemein gemeingefährliche Persönlichkeitsstörungen] sich im Verlaufe der Zeit verändern können. Auch wenn die

Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung teilweise als gering erscheinen mag, bestehe in jedem Einzelfall eine Möglichkeit, dass die in der Person des Inhaftierten liegenden, den Freiheitsentzug rechtfertigenden Gründe nachträglich wegfallen könnten, so dass die Fortdauer des Freiheitsentzuges konventionswidrig wäre. Das Recht auf regelmässige Haftprüfung besteht mithin, weil die Gründe, die eine Unterbringung oder Verwahrung anfangs erforderlich machten, später wegfallen können" (Botschaft 2005, S. 899 – Einfügungen in eckigen Klammern von mir).

Neben der Rechtswidrigkeit der fehlenden Überprüfung des Haftgrundes verkennt die Vorschrift, dass es im Massnahmenrecht nicht primär darum geht, Krankheiten zu heilen, sondern die Möglichkeiten straffreien Lebens auszuloten. Eine dauernde „Untherapierbarkeit" ist ferner nicht nur ein Mythos, sie ist auch nichts, was ein Psychiater feststellen könnte – und ein Richter freilich schon gar nicht. Übersehen wird schliesslich, dass bei fortbestehender hochgradiger Gefährlichkeit psychisch kranker Täter auch die Möglichkeit gesicherter therapeutischer Unterbringung *ohne* Strafcharakter besteht. Eine strafgleiche lebenslange Verwahrung ohne Entlassungsperspektive ist dagegen so eindeutig menschenrechtswidrig, dass diese Vorschrift hier nicht weiter diskutiert zu werden braucht.

4. Nachträgliche Anordnungen im Massnahmenrecht

Der Beitrag soll sich indessen intensiver mit zwei weiteren Anordnungsmöglichkeiten beschäftigen, die das strafrechtliche Schuldprinzip in besonderer Weise herausfordern: Zum einen mit der nachträglichen Anordnung der Sicherungsverwahrung, zum anderen mit der nachträglichen Anordnung einer stationären therapeutischen Massnahme.

Nachträglich meint hier, dass diese Anordnungen erst am Haftende, also nach Verbüssung einer Freiheitsstrafe erfolgen, und damit das strafbegrenzende Schuldprinzip in besonderer Weise infrage stellen. Der Grundsatz der Schuldangemessenheit der Strafe soll nämlich sicherstellen, dass ein Straftäter gerade *nicht* über das Mass seiner Schuld hinaus bestraft wird. Schon die Anordnung der Sicherungsverwahrung *mit* einem Strafurteil bricht mit diesem Grundsatz, zumal die Verwahrung de facto nichts anderes bedeutet als eine Verlängerung der Haft. Nachdem der EGMR sich aber einmal entschieden hat, diese Möglichkeit zuzulassen, soweit die Verwahrung mit dem Schuldurteil angeordnet wurde (EGMR v. Germany, Urt. v. 17.12.2009 – 19359/04; Mork v. Germany, Urt. v. 9.6.2011 – 31047/04 u. 43386/08; Schmitz v. Germany, Urt. v. 9.6.2011 – 30493/04), ist auf absehbare Zeit nicht zu erwarten, dass hiervon zugunsten eines sinnvolleren

Umgangs mit Straftätern oder prinzipieller Erwägungen hinsichtlich des Straf- und Massnahmenrechts wieder abgerückt wird.

Wird ein Freiheitsentzug allerdings erst *nach* einem Strafurteil angeordnet, reagiert der EGMR weitaus restriktiver (EGMR M. v. Germany, Urt. v. 17.12.2009 – 19359/04; Kallweit v. Germany, Urt. v. 13.1.2011 – 17792/07; . Germany, Urt. v. 13.1.2011 – 20008/07; 27360/04 und 42225/07). So blieb die deutsche Regie-rung weitestgehend erfolglos mit verschiedenen Bemühungen, Straftäter nachträglich in die Sicherungsverwahrung zu überstellen (dazu Merkel 2010, 1056 ff.; dies. 2011a; Kinzig 2010, 235 ff.; Pollähne 2010 m.w.N).

Die Schweiz sieht sich derzeit in einer ähnlichen Situation: Es wird befürchtet, man müsse einige, weiterhin hochgefährliche Straftäter in die Freiheit entlassen. Ob es diese hochgefährlichen Straftäter tatsächlich gibt, weiss allerdings niemand wirklich zu sagen: Nachdem sich einige Intensivgewalttäter jahre- oder gar jahrzehntelang ausschliesslich im Strafvollzug befunden haben, kann niemand auch nur mit annähernder Sicherheit vorhersagen, wie sie sich – auch in Anbetracht ihres fortgeschrittenen Alters – in Freiheit bewähren würden (Nedopil 2002, 344 ff.). Diesbezügliche Prognosen beruhen deshalb im Wesentlichen auf Spekulation. Trotzdem war das Thema gefährlicher Rückfalltäter insbesondere in den 1990er Jahren medial so präsent, dass praktisch alle europäischen Länder politisch reagiert und entsprechende gesetzliche Vorkehrungen oder Schärfungen vorhandener Gesetze eingebracht haben.

a) Nachträgliche Anordnung potentiell unbefristeter Verwahrung

Wenden wir uns zunächst der nachträglichen Anordnung der Sicherungsverwahrung zu, die seit dem Jahr 2007 in Art. 65 Abs. 2 StGB geregelt ist:

Art. 65 Abs. 2 StGB

[in Kraft seit 1.1.2007]

Ergibt sich bei einem Verurteilten während des Vollzuges der Freiheitsstrafe aufgrund neuer Tatsachen oder Beweismittel, dass die Voraussetzungen der Verwahrung gegeben sind und im Zeitpunkt der Verurteilung bereits bestanden haben, ohne dass das Gericht davon Kenntnis haben konnte, so kann das Gericht die Verwahrung nachträglich anordnen. Zuständigkeit und Verfahren bestimmen sich nach den Regeln, die für die Wiederaufnahme gelten.

Wesentlich ist hierbei der Umstand, dass die Voraussetzungen für die Verwahrung zum Zeitpunkt des Strafurteils bereits bestanden haben müssen, das Gericht hiervon aber weder Kenntnis hatte noch diese Kenntnis hätte haben können. Diese Einschränkungen sind erforderlich, wenn man einen offensichtlichen Verstoss gegen das Verbot der Doppelbestrafung vermeiden will. Dies findet sich seit Oktober 2007 nicht nur in der Schweizer Strafprozessordnung (Art. 11), sondern ist ebenfalls im Völkerrecht geregelt, unter anderem in Art. 4 des 7. Zusatzprotokolls zur EMRK:

Ne bis in idem (Verbot der Doppelbestrafung)

Z.B. **Art. 4 des 7. Zusatzprotokolls zur EMRK:**

Abs.1: Niemand darf wegen einer Straftat, wegen der er bereits nach dem Gesetz und dem Strafverfahrensrecht eines Staates rechtskräftig verurteilt oder freigesprochen worden ist, in einem Strafverfahren desselben Staates erneut vor Gericht gestellt oder bestraft werden.

Abs.2: Absatz 1 schliesst die Wiederaufnahme des Verfahrens nach dem Gesetz und dem Strafverfahrensrecht des betreffenden Staates nicht aus, falls neue oder neu bekannt gewordene Tatsachen vorliegen oder das vorausgegangene Verfahren schwere, den Ausgang des Verfahrens berührende Mängel aufweist.

Das Verbot der Doppelbestrafung dient der Rechtssicherheit, weshalb nur im Ausnahmefall ein bereits abgeschlossenes Verfahren wieder aufge-nommen werden darf. Dafür sind enge Grenzen gesetzt, insbesondere wenn die Wiederaufnahme zu *Lasten* eines Betroffenen erwogen wird: Zum einen kann ein schwerer Mangel des Ausgangsverfahrens zur erneuten Verhandlung führen, wie etwa der Umstand, dass ein Zeuge unter Druck gesetzt oder ein Gefälligkeitsgutachten eingebracht wurde und sich dies im Urteil ausgewirkt hat. Zum anderen können Tatsachen bekannt werden, durch die sich der Sachverhalt in einem so anderen Licht darstellt, dass seine rechtliche Würdigung deutlich von derjenigen des Ausgangsverfahrens abweicht. Ein Schulbeispiel für eine Wiederaufnahme zuungunsten des Angeklagten nach einem Freispruch bildet sein öffentliches Geständnis beim Verlassen des Gerichtsgebäudes.

Mit Blick auf die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung nach dem StGB schränkt das Gesetz die Kenntnis neuer Tatsachen zwar weiter ein, allerdings ist schon fraglich, ob die Anordnung der Sicherungsverwahrung überhaupt einen ausreichenden Widerauf nahmegrund darstellt. Sie kann als Massnahme nämlich weder für sich ein Strafurteil begründen noch verändert sie den Strafausspruch. So legt auch Art. 410 Abs. 1 Buchst. a StPO fest, dass

eine Revision, also die erneute Verhandlung nach einem rechtskräftigen Urteil, nur dann zulässig ist, wenn „neue, vor dem Entscheid eingetretene Tatsachen oder neue Beweismittel vorliegen, die geeignet sind, einen Freispruch, eine wesentlich mildere oder wesentlich strengere Bestrafung der verurteilten Person oder eine Verurteilung der freigesprochenen Person herbeizuführen“ – all dies steht bei der Anordnung einer Massnahme nicht zur Debatte, weil sie nach dem Schweizer Sanktionensystem gerade keine Strafe ist.

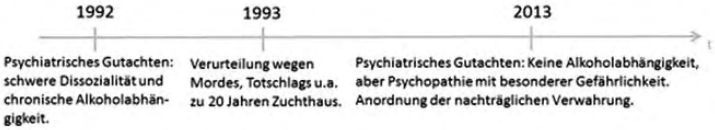
Während die Schweiz (wie auch Deutschland) streng zwischen Strafen und Massnahmen differenziert (vgl. Art 56 Abs. 1, 57 Abs. 1 StGB), schlägt der EGMR die strafgleiche Sicherungsverwahrung allerdings der Strafe zu, weshalb deren Anordnung mit einem Schuldurteil erfolgen muss und diesem nicht nachfolgen darf (EGMR M. v. Germany, Urt. v. 17.12.2009 – 19359/04). Insofern liesse sich aus Sicht des EGMR argumentieren, dass die nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung gar nicht anders, als durch eine Revision des ursprünglichen Strafurteils erfolgen dürfe. Revidiert wird im Fall des Art. 65 Abs. 2 StGB allerdings gerade nicht der ursprüngliche Strafausspruch – wie er vom Schweizer Strafrecht verstanden wird –, sondern *allein* das Fehlen der Anordnung der Sicherungsverwahrung.

Neben diesen Schwierigkeiten eher formaler Natur kommt hinzu, dass die Anordnung der Sicherungsverwahrung allein von der künftigen Gefähr--lichkeit des Täters abhängt. Es müssten also nachträglich Tatsachen bekannt werden, die zum Zeitpunkt des Ausgangsurteils nicht erkennbar waren, die den Täter aber *nachträglich* als hochgradig gefährlich erscheinen lassen. Das Bundesgericht hat diese Konstellation unlängst in einem Fall bejaht (6B_896/2014 vom 16. Dezember 2015).
Der Betroffene (X) war 1993 wegen schwerer Straftaten zu 20 Jahren Zuchthaus verurteilt worden. Das Gericht hatte zuvor einen Sachverständigen um Erstellung eines Gutachtens gebeten, der bei X eine schwere dissoziale Störung diagnostizierte sowie eine chronische Alkoholabhängigkeit. Bereits seit seiner Kindheit war X danach trotz normaler Intelligenz sozial extrem auffällig, begann früh mit Straftaten und verbrachte in der Folge sein Leben hauptsächlich in Haft. Das Gericht erwog wegen dieser Vorgeschichte und den zu Last gelegten Tötungsdelikten bzw. der Beteiligung des X hieran zwar die Anordnung einer Sicherungsverwahrung, sah davon aber ab, weil es annahm, X würde bei einem Strafvollzug längere Zeit in Unfreiheit verbringen als bei der Anordnung der Verwahrung (Urteil des Geschworenengerichts Zürichs Nr. 3/1992 vom 6./12. Mai 1993).

Im Jahr 2013, kurz vor der Entlassung des Betroffenen, revidierte ein neues Gutachten die ursprüngliche Diagnose insoweit, als eine Alkoholabhängigkeit nicht bestanden habe und die Gefährlichkeit des Betroffenen auf einer schwer zu therapierenden Psychopathie beruhe. Dabei wird die Psychopathie heute als schwere Form einer dissozialen Persönlichkeitsstörung verstanden. Das Bundesgericht kommt deshalb zu dem Ergebnis, dass neue, zum Zeitpunkt des ursprünglichen Strafurteils nicht erkennbare Tatsachen die Wiederaufnahme des Verfahrens zur nachträglichen Anordnung der Sicherungsverwahrung ermöglichen würden:

BGer im Fall X. (16.12.2015)

„Es wird an die zum Zeitpunkt der Tatbegehung und des ursprünglichen Urteils bereits vorgelegenen (aber in dieser Form nicht erkannten bzw. nicht erkennbaren) tatsächlichen Voraussetzungen der schweren psychischen Störung des Beschwerdeführers und dessen daraus folgende qualifizierte Gefährlichkeit angeknüpft sowie an den Umstand, dass das Geschworenengericht bei Kenntnis dieser Sachlage die auf unbestimmte Zeit angelegte Verwahrung (…) angeordnet hätte. Die Wiederaufnahme des Verfahrens stellt damit keine doppelte Bestrafung dar."



Dazu müsste es sich bei den Voraussetzungen der schweren Persönlichkeitsstörung des Betroffenen um neue, zum Zeitpunkt des ursprünglichen Urteils nicht erkennbare Tatsachen handeln. Da es letztlich jedoch um eine neue Beurteilung der Gefährlichkeit geht, ist sorgfältig zwischen Tatsachen und Bewertungen zu unterscheiden. Gefährlichkeit ist dabei so wenig eine Tatsache (s. auch Stratenwerth 2006, § 12 Rn. 21) wie eine psychiatrische Diagnose (s. auch Lehner 2015, 271). Als Tatsachen kommen vielmehr den Taten zugrunde liegende Umstände, einschliesslich der subjektiven Einstellung des Täters zu seinen Taten/Opfern, Vorverurteilungen des Täters oder Umstände und subjektive Einstellungen, die psychischen oder psychiatrischen Diagnosen zugrunde liegen, in Betracht. Zwar beruft sich das Bundesgericht auf die *Voraussetzungen* der Persönlichkeitsstörung, diese waren aber durch das Gutachten aus dem Jahr 1992 mit einer expliziten Schilderung des Lebenslaufs des Betroffenen hinlänglich bekannt. Bekannt hätte damals auch sein können, dass Entwicklung und Verhalten des Betroffenen geradezu idealtypisch den Merkmalen einer Psychopathie nach der Psychopathy Checklist (PCL) von Robert D. Hare entsprach, deren überarbeitete Version (PCL-R) seit dem Jahr 1991 veröffentlicht ist.

Besonders auffallend ist, dass von dieser Störung Betroffene meist schon in der Kindheit gravierende soziale Auffälligkeiten zeigen, die ihre schulische Integration extrem erschweren oder ganz unmöglich machen, ohne dass sie unterdurchschnittlich intelligent wären.

Die Umstände einer schweren Dissozialität und sogar deren Prognose und die damit zusammenhängende Gefährlichkeit des X waren dem Strafgericht also seinerzeit bekannt. Da sich das Strafgericht der Gefährlichkeit des Angeklagten auch durchaus bewusst war, aber befürchtete, er könnte früher in die Freiheit entlassen werden, wenn das Massregelrecht zur Anwendung kommen würde, hat es ihn zu einer auf 20 Jahre befristeten Freiheitsstrafe verurteilt. Warum das Bundesgericht gleichwohl von neuen Tatsachen spricht, bleibt unklar und zwingt den Betroffenen dazu, vor den EGMR zu ziehen, um die Vereinbarkeit der nachträglichen Wiederaufnahme seines Verfahrens zur Anordnung der Sicherungsverwahrung völkerrechtlich abschliessend zu klären.

Nachträgliche, d.h. nach Verurteilung erfolgende Anordnungen der strafgleichen Sicherungsverwahrung verstossen nach dem Gesagten gegen geltende internationale Rechtsprinzipien (Verbot der Doppelbestrafung, Rückwirkungsverbot). Nachträglich diagnostizierte Störungen stützen sich in der Regel nicht auf zum Zeitpunkt der Verurteilung unbekannte oder nicht erkennbare Tatsachen, sondern bewerten lediglich denselben Sachverhalt anders. Damit verstossen entsprechende Anordnungen im Rahmen einer Wiederaufnahme des Verfahrens ebenfalls gegen das Doppelbestrafungsverbot.

b) Nachträgliche Anordnung einer stationären therapeutischen Massnahme

Deutschland wurde bereits im Jahre 2009 damit konfrontiert, dass der EGMR nachträgliche Anordnungen der Sicherungsverwahrung grund-sätzlich als rechtswidrig ansieht. Seither werden als hochgradig gefährlich geltende Täter nach dem Strafvollzug oder einer befristeten Sicherungsverwahrung in gesicherte therapeutische Einrichtungen überstellt. Diese Möglichkeit sieht die Schweiz bereits seit August 2008 mit der Regelung des Art. 65 Abs. 1 StGB vor:

Art. 65 Abs. 1 StGB [in Kraft seit 1.8.2008]

Sind bei einem Verurteilten vor oder während des Vollzuges einer Freiheitsstrafe oder einer Verwahrung nach Artikel 64 Absatz 1 die Voraussetzungen einer stationären therapeutischen Massnahme gegeben, so kann das Gericht diese Massnahme nachträglich anordnen. (…) Der Vollzug einer Reststrafe wird aufgeschoben.

Gemeint sind hier vor allem persönlichkeitsgestörte Straftäter, die in Deutschland etwa 2/3 der Sicherungsverwahrten ausmachen, wobei es sich überwiegend um schwere dissoziale Störungen handelt (Habermeyer et al. 2007). Es ist grundsätzlich nicht üblich, dissozial Persönlichkeitsgestörte strafrechtlich anders zu behandeln als „normale“ Straftäter, weil der Diagnose (bislang) keine schuldausschliessende Wirkung zukommt. Diese Tätergruppe wird in der forensischen Psychiatrie wegen ihrer unkooperativen Haltung jedoch nur ungern aufgenommen, und ihre Gefährlichkeit wird aufgrund mangelnden Therapieerfolges meist über Jahrzehnte hinweg bejaht. Dies führt in der Regel dazu, dass Betroffene entweder direkt ihre Strafe antreten müssen oder nur vorübergehend in der forensischen Psychiatrie untergebracht werden, bevor sie in den allgemeinen Strafvollzug überstellt werden.

Nun wissen wir bereits, dass auch Art. 59 StGB die Möglichkeit eröffnet, psychisch kranke Täter nicht in der forensischen Psychiatrie, sondern im Strafvollzug unterzubringen bzw. gleich dort zu belassen, wenn die Möglichkeit besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht. Da insbesondere bei dissozial persönlichkeitsgestörten Tätern die Möglichkeit einer nachträglichen Anordnung einer stationären therapeutischen Anordnung nach Art. 65 Abs. 1 StGB gesehen wird, ist davon auszugehen, dass Art. 59 StGB jedenfalls auch die Möglichkeit eröffnen soll, diese Tätergruppe einfach weiterhin im Strafvollzug zu verwahren. Dabei entsteht völkerrechtlich eine Schwierigkeit, die am Fall Kronfeldner gegen Deutschland exemplarisch verdeutlichen lässt (weitere entspre-chende Entscheidungen des EGMR: Kallweit v. Germany, Urt. v. 13.1.2011 – 17792/07; O.H. v. Germany, Urt. v. 24.11.2011 – 4646/08; Glien v. Germany, Urt. v. 18.11.2013 – 7345/12).

Auch Kronfeldner wurde bereits mit 16 Jahren mehrfach zu Freiheitsstrafen verurteilt und verbrachte nur etwa vier Jahre in Freiheit, bis er im Jahre 1990 zu acht Jahren Freiheitsstrafe wegen Vergewaltigung mit anschliessender Sicherungsverwahrung verurteilt wurde. Nach seiner Strafverbüssung wurde er im Jahre 1997 in die Sicherungsverwahrung überstellt, die seinerzeit in Deutschland auf zehn Jahre befristet war. Im Jahre 2004 wurde Kronfeldner zunächst in die Psychiatrie überstellt, nachdem bei ihm eine seit der Jugend bestehende dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war. Zeitgleich wurden erste Anstrengungen unternommen, die zeitliche Befristung der Sicherungsverwahrung rückwirkend aufzuheben, so dass Kronfeldner mit Ablauf der 10-Jahres-Frist im Jahre 2007 nicht in die Freiheit entlassen, sondern zurück in die Sicherungsverwahrung überstellt wurde, die sich, wie in der Schweiz, zu dieser Zeit nicht wesentlich vom Strafvollzug unterschied.

Im Jahre 2012 hatte der EGMR diesen Fall zu beurteilen (Urt. v. 19.1.2012 – 21906/09), weil die Deutschen Gerichte Kronfeldners Entlassung abgelehnt hatten.

Weil dieser Entscheidung bereits mehrere Urteile des EGMR vorangegangen waren, die den rückwirkenden Wegfall der Befristung der Sicherungsverwahrung als unvereinbar mit Art. 5 Abs. 1 Buchst. a EMRK festgestellt hatten (der Freiheitsentzug erfolgte also nicht nach einer Verurteilung), berief sich die deutsche Regierung zur Begründung des Freiheitsentzugs nun auf Art. 5 Abs. 1 Buchst. e EMRK, also den Freiheitszug bei psychisch Kranken. Der EGMR bemerkt zu dieser Begründung das Folgende: →

EGMR (2012) im Fall Kronfeldner:

„Aber selbst wenn unterstellt wird, dass davon ausgegangen werden könnte, dass die Strafvollstreckungsgerichte als zuständige Behörde festgestellt hatten, dass der Beschwerdeführer an einer ‚tatsächlichen psychischen Störung' litt, die seine Zwangsunterbringung rechtfertigte, kommt der Gerichtshof nicht umhin festzustellen, dass der Beschwerdeführer infolge des in Rede stehenden Verfahrens in einer separaten Abteilung für Sicherungsverwahrte der Justizvollzugsanstalt S. untergebracht war. In diesem Zusammenhang verweist der Gerichtshof auf seine vorstehende Rechtsprechung, dass die Freiheitsentziehung einer Person wegen psychischer Krankheit grundsätzlich nur dann im Sinne von Art. 5 Abs. 1 Buchstabe e ‚rechtmäßig' ist, wenn sie in einem Krankenhaus, einer Klinik oder einer anderen geeigneten Einrichtung erfolgt."

1997	2004	2004	2007
Beginn der SV (10 Jahre)	Verlegung in die Psychiatrie	Einführung eines Gesetzes zur nachträglichen Anordnung der SV	Ende der 10-Jahres-Frist und Fortsetzung der Unterbringung in der SV.

In Deutschland wurden in der Folge eigens Therapieunterbringungen geschaffen, die besonders gesichert, aber gleichzeitig den Betroffenen möglichst viel Freiraum und therapeutische Unterstützung bieten sollen. In eine solche Therapieeinrichtung wurde ein anderer Betroffener Namens Bergmann nach seiner Haft und anschliessender Sicherungsverwahrung überstellt, als sein Entlassung bevorstand. Bergmann war wegen sexuellen Sadismus mehrfach vorbestraft und hatte 69-jährig bereits annähernd 30 Jahre in Haft verbracht.

Der EGMR setzt sich in diesem Fall insbesondere mit der Frage auseinander, ob der Freiheitsentzug willkürlich erfolgte (Bergmann v. Germany, Urt. v. 7.1.2016 – 23279/14). Dabei berücksichtigt er, dass die Behörden davon ausgingen, dass sich Bergmanns Gefährlichkeit auch in Anbetracht seines Alters nicht verändert habe, so dass schwere Gewalt- und Sexualstraftaten zu erwarten seien, was gutachterlich bestätigt wurde. Die Behörden hatten ausserdem eine andere Unterbringungsmöglichkeit erwogen, diese aber als unzulänglich hinsichtlich der Sicherung bei annähernd gleicher Freiheitsbeschränkung abgelehnt. Der EGMR verneint deshalb die Willkürlichkeit der Entscheidung, weist allerdings explizit darauf hin, dass der fortgesetzte Freiheitsentzug nur deshalb möglich sei, weil er in einer Therapieeinrichtung ohne Strafcharakter erfolge. Die nachträgliche Umetikettierung von Straftätern in psychisch Kranke wird vom EGMR jedoch gebilligt, wenn sie entsprechend untergebracht werden (ablehnend Merkel 2011a u. 2011b; Morgenstern 2011, 58; Renzikowski 2011, 536 ff.).
Mit Blick auf Art. 65 Abs. 1 StGB bedeutet dies, dass nachträgliche Unterbringungen auf der Grundlage einer psychischen Krankheit zwar möglich sind, sie dürfen dann allerdings nur in einer therapeutischen Anstalt erfolgen, die tatsächlich die Voraussetzungen einer Therapieeinrichtung erfüllt. Weitere Unterbringungen in einer Strafanstalt sind damit ausgeschlossen.

5. Konsequenzen für das Sanktionenrecht?

Wer den Eindruck gewonnen hat, es werde seit einigen Jahren auf jedem erdenklichen Wege versucht, das prinzipiell befristete Schuldstrafrecht durch die Möglichkeit potentiell unbefristeter Verwahrung auszuhebeln, der täuscht sich nicht. Formell mag dies den Erfordernissen der Rechtsstaatlichkeit genügen (fraglich ist allerdings, ob es sich aufgrund der zahlenmässig überschaubaren Fälle nicht um eine verbotene Einzelfallgesetzgebung handelt), materiell verabschieden die neuen Gesetzes nicht nur das Schuldprinzip, sondern brechen auch mit elementaren Prinzipien des internationalen Strafrechts.

Einer freiheitlichen Rechtsordnung wäre es freilich angemessener, sich auf ihre Prinzipien und bestehenden Gesetze zu besinnen und nach vernünftigeren Lösungen Ausschau zu halten. So können schwer dissozial persönlichkeitsgestörte Delinquenten durchaus frühzeitig erkannt werden und sollten von vornherein – und nicht erst nachdem sie ihr halbes Leben im Strafvollzug verbracht haben – sicher therapeutisch untergebracht werden, um ihnen eine Rückkehr in die Gesellschaft zu ermöglichen.

Tatsächlich weisen die meisten Sicherungsverwahrten, die wegen wiederholter schwerer Straftaten einsitzen, deutliche Anzeichen genau dieser Störungen auf (Habermeyer et al. 2007, 324 f.; Puhlmann & Habermeyer 2010, 46), die sich unter anderem in einem manipulativen, gewalttätigen und empathielosen Umgang mit anderen Menschen zeigen können, in der häufigen Begehung von Straftaten sowie in besonderen Schwierigkeiten der Verhaltensänderung. Im Gegensatz zu vielen anderen Straftätern bedarf es hier also keiner Resozialisierung, sondern einer Sozialisierung. Haftanstalten können dies nicht leisten. Dazu bedarf es vielmehr intensiver therapeutischer Unterstützung, die nach Möglichkeit bereits vor der Strafmündigkeit erfolgen sollte.

6. Fazit

Um das Problem hochgradig gefährlicher Täter anzugehen, bedarf es nicht einer ganzen Reihe von freiheitsentziehenden Möglichkeiten. Es braucht vielmehr eines Umdenkens im Umgang mit speziellen Tätern. Schwere Dissozialität, die Menschen als besonders gefährlich erscheinen lässt, ist glücklicherweise frühzeitig erkennbar, weshalb die Unterbringung in diesen Fällen von vornherein in einer (gesicherten) therapeutischen Einrichtung möglich ist. Dies setzt lediglich voraus, dass der Krankheitswert dieser Störungen von der Rechtsprechung anerkannt wird und die Täter unter Verzicht auf den Schuldvorwurf therapeutisch untergebracht werden. Es setzt allerdings auch voraus, dass die Gesellschaft bereit ist, in diesen oft gravierenden Fällen zugunsten ihrer eigenen Sicherheit auf Vergeltung zu verzichten.

7. Literatur

Habermeyer E, Puhlman P, Passow D, Vohs K (2007) Kriminologische und diagnostische Merkmale von Häftlingen mit angeordneter Sicherungsverwahrung. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 90: 317–330

Hare RD (1991) The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems

Kinzig J (2010) Das Recht der Sicherungsverwahrung nach dem Urteil des EGMR in Sachen M. gegen Deutschland. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 30: 233–239

Lehner C (2015) Nachträgliche Anordnung stationärer therapeutische Massnahmen. Eine Auseinandersetzung mit Art. 65 Abs. 1 StGB, Zürich: Schuldthess

Merkel G (2010) Incompatible Contrasts? – Preventive Detention in Germany and the European Convention on Human Rights. In: German Law Journal 11: 1046–1066, http://www.germanlawjournal.com/pdfs/Vol11-No9/PDF_Vol_11_No_09_1046-1066_GMerkel.pdf, letzter Zugriff am 19.6.2011

Merkel G (2011a) Case Note - Retrospective Preventive Detention in Germany: A Comment on the ECHR Decision Haidn v. Germany of 13 January 2011. In: German Law Journal 12: 968–977, http://www.germanlawjournal.com/pdfs/Vol12-No3/PDF_Vol_12_No_03_968-977_Developments_Merkel.pdf, letzter Zugriff am 19.6.2011

Merkel G (2011b) Die trügerische Rechtssicherheit der vorbehaltenen Sicherungsverwahrung und der nachträglichen Therapieunterbringung. In: Recht & Psychiatrie 4: 205–214

Morgenstern C (2011) Bestrafen, Verwahrung und danach Therapieren? – Das neue Therapie-Unterbringungsgesetz in der Kritik. In: Neue Kriminalpolitik 22: 55–59

Nedopil N (2002): Prognosebegutachtungen bei zeitlich begrenzten Freiheitsstrafen, NStZ, 344–349

Pollähne H (2010) Europäische Rechtssicherheit gegen Deutsches Sicherheitsrecht? Zur EGMR-Entscheidung in Sachen nachträgliche (Verlängerung der) Sicherungsverwahrung. In: Kritische Justiz 43: 255–269

Puhlmann P, Habermeyer E (2010) Die Sachverständigenexpertise im Spannungsfeld zwischen Justiz und Psychiatrie am Beispiel des Hangbegriffes des § 66 StGB (Sicherungsverwahrung). In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4: 39–47

Renzikowski J (2011) Das Elend mit der rückwirkend verlängerten und der nachträglich angeordneten Sicherungsverwahrung. In: Zeitschrift für internationale Strafrechtsdogmatik 6: 531–543

Stratenwerth G (2006) Strafrecht Allgemeiner Teil, Band II: Strafen und Massnahmen, 2. Aufl., Bern: Stämpfli

Schizophrenie in der Gefängnismedizin

Moderation: Dr. med. Andreas Frei
Leitender Arzt Fachstelle Forensik Psychiatrie Baselland
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Einleitung

Ziel des heutigen Workshops ist der Austausch über das Problem chronisch schizophrener Patienten im Gefängnis, namentlich in Untersuchungshaft (Es wäre zu wünschen, dass es im Vollzug gar keine gibt, da nach übereinstimmender Meinung straffällige psychisch kranke Rechtsbrecher nicht in den ordentlichen Strafvollzug gehören). Oft geht es bei der Behandlung schizophrener Rechtsbrecher um eine Behandlung gegen den Willen der Betroffenen. Für eine solche gibt es gerade im Gefängnis keine bzw. nur ungenügende Rechtsgrundlagnen (Mausbach J. Bioethica Forum 2012; 5/4: 128 – 133)

Nach einer Einführung, die ich zu grossen Teilen einem Artikel von Habermeyer und Lau (Kriminalistik 2012/12; 753 ff) entnommen habe, möchte ich Ihnen drei Kasuistiken zur Bearbeitung in Gruppen vorstellen, wobei Sie Ihre länderspezifischen Erfahrungen einbringen können.

Anschliessend stelle ich mir eine Vorstellung Ihrer Fälle und eine gemeinsame Diskussion vor.

Forensisch-psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Einleitend möchte ich zur Schweiz bemerken, dass es bis zum Mai des Jahres 1997 in der Deutschschweiz genau sieben forensisch-psychiatrische Betten gab. Ansonsten wurden gefährliche schizophrene Straftäter in den Gefängnissen „behandelt», die weniger gefährlichen in psychiatrischen Kliniken mit allgemeinem Versorgungsauftrag.

In den letzten Jahren sind geschätzte 200 Betten in spezialisierten, zu den grossen psychiatrischen Kliniken gehörenden Abteilungen geschaffen wurden. Dies hat zur Folge, dass die nichtforensischen psychiatrischen Kliniken keine forensischen Patienten mehr aufnehmen. Da die forensischen Kliniken nur Patienten behandeln, die teils jahrelang behandelt werden und ein Bett Frs. 1200.--/d einbringt, stehen heute praktisch keine Notfall- oder Kriseninterventionsbetten mehr bereit – die Situation ist desbezüglich fast schlimmer als vor 20 Jahren. Dieser Missstand wird auch in einer der vorgestellten Kasuistiken manifest.

Klinik der Schizophrenie

Prävalenz von 0,5–1,5% .

Das Haupterstmanifestationsalter liegt zwischen 20 und 25 Jahren

Gekennzeichnet durch charakteristische Störungen des Denkens, des Antriebs, der Wahrnehmung, der Affektivität, des Ich-Erlebens und des Verhaltens und somit durch Veränderungen der gesamten Persönlichkeit.

Häufig wahnhaften Vorstellungen und Denkweisen sowie Sinnestäuschungen.

Darüber hinaus bizarre und uneinfühlbare Verhaltensweisen sowie eine unangemessene Gestimmtheit zu beobachten, seltener auch abnorme Bewegungsmuster. In Extremformen völliger Verlust des Realitätsbezuges und der Kommunikationsfähigkeit einhergehen.

Im Vorfeld der Erkrankung bzw. im Krankheitsverlauf nicht selten Verdünnungsformen der oben genannten Symptome und/oder Persönlichkeitsveränderungen, die mit einer eigentümlichen Affektivität, sozialem Rückzug, sozialer Uneingebundenheit und/oder kognitiven Defiziten einhergehen können. Symptomausprägungen und Verlaufsgestalten der Schizo-phrenie sind heterogen.

Einteilung der Verläufe im Sinne einer Drittelregelung: Ein Drittel der Patienten hält die frühere psychosoziale Leistungsfähigkeit weitgehend bei, ein Drittel kann unter reduzierten Umständen selbständig leben und ein weiteres Drittel trägt deutliche Leistungseinbussen davon und ist daher oftmals auf Hilfestellungen in Alltagsfragen angewiesen.

Kriminologische Fakten bezüglich Schizophrenie

Die Schizophrenie ist mit erhöhten Risiko für die Begehung von Gewaltstraftaten verknüpft: Risiko bei Männern ums Vierfache und bei Frauen sogar um das Zehnfache erhöht, Risiko von Tötungsdelikten um das Sechzehnfache erhöht.

N. B.: Grossteil der Patienten begeht im Lebenslauf aber keine gewalttätigen Übergriffe.

Anteil delinquierender Patienten zwischen 10 und 26 % .

In Zürcher in Population von 469 Gewalt- und Sexualstraftätern nahezu 11 % schizophren erkrankte Personen.

In Deutschland seit Jahren Anstieg der Belegungszahlen in der forensischen Psychiatrie, wobei dies vorwiegend auf die steigende Anzahl schizophrener Patienten, die nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind, zurückzuführen ist.

In Hessen stellen Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen mittlerweile ca. 50 % der Untergebrachten.

Später straffällig gewordene Patienten wurden in der Regel grösstenteils vorab stationär behandelt: In Nordrhein-Westfalen 78,1 % der schizophrenen Maßregelvollzugspatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie registriert.
Größtenteils Körperverletzungsdelikte, versuchte oder vollendete Tötungsdelikte und Brandstiftungen. Taten überwiegend zum Nachteil von Menschen aus dem direkten persönlichen Umfeld der Täter begangen, Tatbegehung fand in häufig im Wohnumfeld statt.

Gewalttaten als Erstmanifestation der Schizophrenie vs. Taten chronischer Patienten

In einer etwas älteren Übersichtsarbeit wird international die Rate von Homiziden, begangen durch psychisch schwer Kranke, mit ca. 0.13/100'000/a angegeben, die Rate in unserer Studie aus der Nordwest-schweiz (Frei 2013) betrug mit 0.063/100'000/a weniger als die Hälfte.
Laut einer Metaanalyse von 10 Studien über Homizide von Tätern mit «psychotischer Störung» beträgt das Verhältnis Täter mit Erstmanifestation vs. Täter mit bekannter Psychose 38.5% / 61.5%, in unserer Studie betrug es mit 7/13 Fällen 35% / 65%. Rechnet man mit 20 Neumanifestationen auf 100'000/a, so beträgt die Homizidrate für neu Erkrankte 1.1/1000/a (Literatur 1.2/1000), d.h. auf jede 909. Erstmanifestation (Literatur 883) käme ein Homizid, bei 500 schon bekannten Psychosen wäre die Homizidrate 0.081 (Literatur 0.11/1000/a), also ein Homizid auf 12'346 bekannte Fälle (Literatur 9090). Das Verhältnis der beiden Raten betrug 14 (Literatur 16.5).

Chronische Patienten und Behandlungsprobleme

Wenn man die Vorgeschichte schizophrener Patienten in Forensisch-Psychiatrischen Behandlungseinrichtungen betrachtet, so fallen multiple Behandlungsprobleme auf:
Als Hauptproblem liess sich dabei wiederholt eine medikamentöse Non-compliance identifizieren. Somit muss es im forensischen Kontext entscheidend darum gehen, eine Strategie bzgl. der fehlenden Behandlungstreue zu entwickeln. Angestrebt wird soweit möglich eine Monotherapie, gegebenenfalls in Depotform.
Ein Faktor, der zur unzureichenden bzw. unzuverlässigen Medikamenteneinnahme beiträgt, ist ein komorbider Substanzgebrauch, wobei es sich bei Suchterkrankungen um ein unabhängig von der Schizophreniediagnose bestehendes Risikomerkmal für Gewaltdelinquenz handelt.
Daher geht es nicht nur um eine Behandlung der Schizophrenie, sondern im Behandlungsverlauf optimalerweise auch um die Behandlung des begleitenden Substanzmissbrauchs, wobei hier weniger pharmakologische

als vielmehr psychoedukative und psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen.

Ursachen der Delinquenz schizophrener Patienten

Obwohl gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit Schizophrenie ein schwerwiegendes klinisches und juristisches Problem ist, gibt es nur wenige Untersuchungen zu den biologischen Grundlagen dieses Problems. Frühere Studien haben genetische [Koen et al. 2004] und neuroendokrinologische [Marcinko et al. 2005] Faktoren unter die Lupe genommen und diese nicht als monokausale Ursachen für die Gewalttätigkeit identifizieren können. Dennoch tragen auch neurobiologische Läsionen zur Gewalttätigkeit schizophrener Patienten bei, dies jedoch nicht im Sinne monokausaler Wirkungen. Nach Analyse mehrerer Studien zu diesem Thema führen Naudts und Hodgins [2006] aus, dass die Resultate entsprechender Studien inkonsistent und zum Teil sogar widersprüchlich seien.

Gleiches gilt für psychopathologische Modelle für die Gewalttätigkeit schizophrener Patienten. Hier hat sich gezeigt, dass das aus klinischer Sicht sehr überzeugende „Threat/Control-Override-Modell“, nach dem insbesondere Wahnsymptome, die mit dem Gefühl einhergehen, kontrolliert bzw. in der leiblichen Integrität beeinträchtigt zu werden, Gewalt begünstigen, ungeeignet ist, Risikopatienten eindeutig zu identifizieren [Stompe et al. 2004, Kröber 2008]. Somit ist bislang unklar, welche Charakteristika zwischen delinquenten und nicht delinquenten schizophrenen Patienten unterscheiden.

Suchtmittelabusus und Persönlichkeit

Lediglich Risikofaktoren wie z. B. Substanzabusus bzw. Abhängigkeit, unzureichende Compliance und begleitende Persönlichkeitsstörungen wurden identifiziert, wobei zuletzt sogar Daten publiziert wurden, die dem Substanzgebrauch die entscheidende delinquenzbegünstigende Rolle zuweisen. Schon Stompe et al. hatten auf die Rolle sozialer und insbesondere familiärer Faktoren hingewiesen und bei gewalttätigen Schizophrenen eine höhere Rate ebenfalls erkrankter Angehöriger festgestellt [2006]. Zuletzt liessen sich auch anhand einer grossen schwedischen Stichprobe familiäre Auffälligkeiten (Alkoholmissbrauch und insbesondere elterliche Gewaltdelinquenz) als Risikofaktoren identifizieren, was die Einflüsse familiärer Faktoren unterstreicht.

Aus der gutachterlichen und klinischen Erfahrung heraus ist es unstrittig, dass die Kriminalität betroffener Personen Defizite in der Realitätswahrnehmung bzw. –kontrolle widerspiegeln kann, die letztlich auf die floride Krankheitssymptomatik, z. B. in Form von Wahnsymptomen oder

Halluzinationen, zurückgehen. Solche Symptome können Patienten verängstigen und auf diese Weise zu aggressiven Handlungen beitragen, z. B. wenn die Patienten das Gefühl haben, sich gegen die Nachstellungen vermeintlicher Verfolger wehren zu müssen. Unabhängig davon können auch Negativsymptome in Form von kognitiven Störungen und sozialen Leistungseinbussen, die zu sozialem Rückzug und Isolation führen, Patienten in verschiedenen Kontexten, z. T. auch Alltagssituationen, massiv überfordern und insbesondere zu Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Motive ihres Gegenübers führen.

Risikogruppen

Eine Einteilung möglicher Tätertypen wurde von Hodgins [2008] vorgelegt, die drei Subgruppen unterscheidet: Die erste Gruppe der „early-starters" zeigt antisoziale Verhaltensweisen schon in Kindheit und früher Jugend. Diese Verhaltensweisen bleiben über die Lebensspanne stabil und die Patienten haben zumeist schon Delikte begangen, bevor die Schizophrenie manifest wird oder Prodrome auftreten. Die zweite und weitaus grössere Gruppe der straffälligen Patienten zeigt jedoch kein dissoziales Verhalten vor dem Beginn der Erkrankung. Erst nach der Erstmanifestation verhalten sie sich wiederholt aggressiv und dieses Verhalten steht mit fortbestehenden Symptomen bzw. Leistungseinbussen in Zusammenhang. Eine dritte Gruppe ist diejenige der chronischen Schizophrenen, die oftmals in eher fortgeschrittenem Lebensalter und nach zumeist schon längerer Krankheitsdauer plötzlich und massiv gewalttätig handeln und dabei oftmals enge Bezugspersonen bzw. mit ihrer Betreuung betraute Person verletzen oder gar töten.

Motivanalyse

Für die juristischen Verfahrensbeteiligten kommt es darauf an, Anhaltspunkte dafür zu erkennen bzw. zu beachten, wann eine deutliche Gefahr von schwerwiegenden Straftaten besteht und eine ambulante Behandlung wenig aussichtsreich ist. Dabei geht es zunächst darum, zu beachten, dass im Kontext körperlicher Übergriffe bei schizophrenen Patienten aus fachlicher Sicht oftmals lediglich der Zufall entscheidet, ob es zu einer schwerwiegenden oder Bagatellverletzung betroffener Personen kommt.

Schizophrene Patienten handeln oftmals impulsiv und mit wenig Vorbereitung gewalttätig. Sie treffen keine Vorsichtsmassnahmen und deshalb gelingt es oftmals Zeugen, einzugreifen oder dem Betroffenen einen Angriff erfolgreich abzuwehren. Zur Bewertung des Schweregrades eines Eingriffs sollte daher weniger der erzielte Effekt, d. h. die Schwere der Verletzung, als vielmehr die zugrundeliegende Motivation des Angreifers oder die Frage

eines Waffeneinsatzes herangezogen werden. Wenn ein schizophrener Patient für einen Angriff, der lediglich mit einer oberflächlichen Schnittverletzung ausging, eine klare Tötungsabsicht formuliert, ist aus fachlicher Sicht Vorsicht geboten und eine Einstellung des zugehörigen Strafverfahrens, selbst bei einer zweifellos vorhandenen bzw. möglichen Schuldunfähigkeit keinesfalls sinnvoll.

Was kennzeichnet also den gefährlichen Patienten, z. B. auch in Haft?

- Eine wahnhafte Symptomatik, üblicherweise personenbezogen und mit dem Betroffenen diskutierbar.
  - „Acting on delusion“
  - Begleitende affektive Symptome wie Wut, Ärger oder Furcht.
  - Substanzenmissbrauch, entweder als Co-Morbidität zu einer schizophreniformen Störung oder als Ursache einer Wahnerkrankung.
  - Langjährige Krankheitsdauer mit bekannter Neigung zur Gewalttätigkeit.
  - Schlechtes Ansprechen auf Psychopharmaka.
  - Ausgeprägte Psychopathologie, v. a. formale Denkstörungen.
  - Grössenideen (Fehlende Beeindruckbarkeit)
  - Feindseligkeit.
  - Homelessness (Verwahrlosung)

Zivilrechtliche vs. Strafrechtliche Zwangsbehandlung

Die Möglichkeiten allgemeinpsychiatrischer Kliniken bzw. psychiatrischer Wohnheime, kriminalitätsgefährdete, schizophrene Patienten adäquat und insbesondere langfristig zu betreuen, sind limitiert. Unterbringungen nach den Landesunterbringungsgesetzen in Deutschland oder ein fürsorgerischer Freiheitsentzug in der Schweiz sind jedoch kein Ersatz für langfristige und konsequente Behandlungsmassnahmen, wie sie in den forensisch-psychiatrischen Fachkliniken angeboten werden können.

Allgemeinpsychiatrische Unterbringungen gegen den Willen eines Patienten sind an akute Gefährdungsaspekte gebunden und die akute Gefährlichkeit Betroffener sinkt bei Einleitung der neuroleptischen Medikation zumeist innerhalb weniger Wochen deutlich. Damit entfallen die Unterbringungsvoraussetzungen und der Betroffene muss, wenn er zu diesem Zeitpunkt seinen Willen bekundet, die Behandlung zu beenden bzw. aus der stationären Behandlung entlassen zu werden, notfalls auch gegen ärztlichen Rat entlassen werden. Dadurch entstehen unbefriedigende Drehtüreffekte zwischen Entlassung und raschem Wiedereintritt, die an sich eher lästig als im engeren Sinne bedauerlich wären, wenn sie nicht in einigen Fällen auch

spätere Gewalthandlungen ermöglichen würden, weil versäumt wurde, eine langfristige Behandlungsoption herzustellen. Die Möglichkeiten, solche langfristigen Behandlungsoptionen sicherzustellen, mögen für den Strafrichter bzw. Staatsanwaltschaft in einigen Fällen eng begrenzt sein, sie könnten jedoch über die Optionen der Betreuungs- bzw. Vormundschaftsrechte durchgesetzt werden, wenn eine enge Abstimmung zwischen Ermittlungsbehörden und Vormundschaftsgerichten hergestellt würde.

Art. 426 ZGB: Die Fürsorgerische Unterbringung

1. Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.
2. Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind zu berücksichtigen.
3. Die betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzung für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind.
4. Die Betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesetz ist ohne Verzug zu entscheiden.

Art. 59 StGB: Stationäre therapeutische Massnahmen

1. Ist der Täter psychisch schwer gestört, so kann das Gericht eine stationäre Behandlung anordnen, wenn:
   a. der Täter ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat, das mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang steht; und
   b. zu erwarten ist, dadurch lasse sich der Gefahr weiterer mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten begegnen.
2. Die stationäre Behandlung erfolgt in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder einer Massnahmevollzugseinrichtung.
3. Solange die Gefahr besteht, dass der Täter fliehen kann oder weitere Straftaten begeht, wird er in einer geschlossenen Einrichtung behandelt. Er kann auch in einer Strafanstalt nach Artikel 76 Absatz 2 behandelt werden, sofern die nötige Behandlung durch Fachpersonal gewährleistet ist.
4. Der mit der stationären Behandlung verbundene Freiheitsentzug beträgt in der Regel höchstens fünf Jahre. Sind die Voraussetzungen für die bedingte Entlassung nach fünf Jahren noch nicht gegeben und ist zu erwarten, durch die Fortführung der Massnahme lasse sich der Gefahr weiterer mit der psychischen Störung des Täters in Zusammenhang stehender Verbrechen und Vergehen begegnen, so kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Verlängerung der Massnahme um jeweils höchstens fünf Jahre anordnen.

Polizeiliche Generalklauser (BV Art. 36, Abs. 1)

- Es darf keine andere Rechtsgrundlage vorliegen (Grundsatz der Subsidiarität).
- Es muss eine unmittelbare und schwere Gefahr für Leib, Leben, Gesundheit oder Sachen vorliegen.
- Die Gefahr darf nicht anders abwehrbar sein.
- Es dürfen nur so lange Massnahmen darauf gestützt werden, als dies zwingend notwendig ist zur Abwehr der Gefahr.
- Die Gefahr darf nicht vorhersehbar sein, da der Gesetzgeber ansonsten gezwungen wäre eine entsprechende Regelung zu treffen, wenn er dieser Gefahr begegnen möchte.

Indikation zur forensisch-psychiatrischen Abklärung

In folgenden Fällen sollte bei strafrechtlich relevanten Vorfällen unbedingt ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden, um bestehende Gefahren, aber auch Behandlungsoptionen auszuloten:

- wiederholt im Rahmen akuter Krankheitsphasen gewalttätig wurden
- im Kontext dieser Gewalthandlungen Waffen eingesetzt haben
- ihre Gewalthandlungen durch Wahnsymptome der Verfolgung und insbesondere leiblichen Beeinträchtigungen begründet haben
- eine Tötungsabsicht oder massive Verletzungsabsicht bzw. einen sexuellen Übergriff vorhatten
- eine Vorgeschichte mit Gewaltdelinquenz auch unabhängig von der Schizophrenie aufweisen
- einen massiven Drogenabusus aufweisen und intoxikiert Gewalt eingesetzt haben
- wiederholt ihre Behandlung eigenmächtig beendet bzw. die Medikation eigenmächtig reduziert oder abgesetzt haben
- einen erheblichen sozialen Abstieg erlitten haben und vor ungeklärten privaten, Wohn- und Arbeitsverhältnissen stehen
- Gewalt angedroht haben
- im Vorfeld Suizidhandlungen begangen haben
- eine Vorgeschichte, bizarrer, möglicherweise auch nicht strafbarer Fehlhandlungen.

Fazit

Schizophrene Erkrankungen stellen zwar einen Risikofaktor für Gewalthandlungen dar, die Rückfallgefahr ist bei adäquater Behandlung jedoch gering. So konnte Seifert [2007] darstellen, dass die Wiedereingliederung schizophrener Patienten nach einer Behandlung im Massregelvollzug seltener scheitert als z. B. bei Persönlichkeitsstörungen. Darüber hinaus war in den Fällen eines Rückfalls die Straftatschwere deutlich niedriger als beim zur Unterbringung führenden Delikt. Das Vorliegen einer Schizophrenie wird daher z. B. im VRAG von Harris et al. [1993] (deutsche Version von Rossegger et al. [2009]), einem Fremdbeurteilungsinstrument mit 12 Variablen zur Erfassung des Gewaltrisikos als kriminoprotektives Merkmal aufgeführt. Dies kann jedoch nur für diejenigen Patienten gelten, die hinsichtlich ihrer Erkrankung suffizient behandelt sind.

Patientenrechte und Patientenvertretung in Haft

Dr. Peter Kastner, stellvertretender Geschäftsbereichsleiter in der Volksanwaltschaft, A- Wien

Anfang Jänner 2016 waren in Österreichs Justizanstalten 8.059 Personen in Haft. Jeder Neuzugang ist ehestens einem Arzt vorzuführen. Von der Aufnahme bis zur Entlassung ist die Vollzugsverwaltung für die Gesundheit der Insassen verantwortlich. Verletzte, Kranke und Pflegebedürftige werden vom Staat versorgt. Der Beitrag geht den Fragen nach, welche Rechte diese Personen in Haft haben und wer sie dabei unterstützt[1].

A. Einleitung
B. Patientenrechte – als partikulares Gesundheitsrecht
1. Ursache
2. Folgen
C. Patientencharta - ein politisches Grundsatzbekenntnis
1. Gliedstaatsvertrag
2. Rechtsqualität
3. Geltungsbereich
4. Konsequenzen
D. Patientenrechte in Haft – Teil staatlicher Gewährleistungspflichten
1. Behandlung lege artis
2. Recht auf Selbstbestimmung
3. Recht auf würdevollen Umgang
4. Recht auf Achtung der Intimsphäre
5. Schutz der körperlichen Integrität
E. Patientenvertretungen – Mittler zwischen den Beteiligten
1. Einrichtungen in den Ländern
a) Zuständigkeit
b) Kooperation mit Ombudsstellen
c) Tätigkeitsbereich
2. Patientenanwälte in den Psychiatrien
a) Organisation
b) Vertretungsverhältnis
c) Wirkungsbefugnisse
3. Volksanwaltschaft
a) Nachprüfende Kontrolle

[1] Geringfügig erweiterte Fassung des Vortrags bei der 8. Europäischen Konferenz für Gesundheitsförderung in Haft, Universität Basel, 22.1.2016. Soweit die männliche Form verwendet wird, ist die weibliche stets mitumfasst.

b) Gang des Prüfverfahrens
c) Erweiterter Aufgabenbereich
4. Verschränkung der Einrichtungen
F. Resümee

A. Einleitung

Informationen sind im Zeitalter des Internet jederzeit und überall abrufbar. Der Bürger ist mündig. Autoritäten werden in Frage gestellt. Dies gilt auch für den Bereich des Gesundheitswesens. Ärzte sind nicht mehr länger „Götter in Weiß“. Sie sind Dienstleister und haben für jeden Behandlungsschritt Rede und Antwort zu stehen.

Patienten sind heutzutage informiert. Sie wissen von unterschiedlichen Therapien und erwarten vom Arzt Erfolg. Tritt dieser nicht ein, wird schnell der Ruf nach Verantwortung und Haftung laut. Wer nicht zufrieden ist, wechselt den Arzt oder klagt ihn. Statt der Gesundheit geht es letztlich nur noch ums Geld.

Patientenrechte und Patientenvertretungen helfen zu vermeiden, dass aus einem Miteinander von Arzt und Patient ein Gegeneinander wird. Sie stellen klar, dass es ein Mensch ist, dem man sich zuwendet, mit all seinen Ängsten und Sorgen – oft existentiellen Ängsten und Sorgen.

Wer gesund ist, kann sich krank sein nur begrenzt vorstellen. Und wer krank ist, hat nur einen Wunsch: rasch wieder gesund zu werden. Der einfühlsame Umgang mit Kranken macht den Mediziner zum Arzt. Solange Ethik im Beruf keine Selbstverständlichkeit ist, tragen Patientenrechte zur Bewusstseinsbildung bei. Patientenvertreter helfen bei ihrer Durchsetzung.

Aber was sind eigentlich Patientenrechte? Wo stehen sie geschrieben? Gelten sie auch in Haft? Und wer hilft bei ihrer Durchsetzung? Diesen Fragen möchte ich mich im Weiteren zuwenden.

B. Patientenrechte – als partikulares Gesundheitsrecht

Zu den Baugesetzen unserer Verfassung zählt das bundesstaatliche Prinzip[2]. Es besagt, dass die Staatsaufgaben zwischen Bund und Ländern zu teilen sind. Die Aufteilung erfolgt anhand von Bestimmungen, die entweder den Bund oder die Länder für zuständig erklären. Die Zuständigkeiten – sowohl was die Gesetzgebung als auch die Vollziehung betrifft – sind dabei so voneinander abzugrenzen, dass es zu keinen Überschneidungen kommt. In der Praxis führt dies immer wieder zu Schwierigkeiten[3].

[2] Art 2 Abs 1 B-VG.
[3] Vgl nur VfSlg 10.066/1984; dort 4.1. und 4.2.

1. Ursache

Trotz eines zentralen Kompetenztatbestandes des Bundes[4] fallen große Bereiche des Gesundheitsrechtes in die Vollzugszuständigkeit der Länder und zum Teil auch in deren Gesetzgebungskompetenz. So obliegt es dem Bund, Heil- und Pflegeanstalten dem Grunde nach zu normieren[5]. An die Vorgaben haben sich die Länder in ihren Ausführungsgesetzen zu halten. Sie sind auch für die Vollziehung des Krankenanstaltenrechtes zuständig[6].

Gesundheitliche Belange betreffen viele Lebensbereiche, die aus unterschiedlichen Gründen nach einer Regelung verlangen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier nur das Epidemiegesetz, Tuberkulosegesetz, Geschlechtskrankheitengesetz, AIDS-Gesetz, Impfschadengesetz und das Suchtmittelgesetz genannt. Patientenrechtliche Vorschriften sind gleichsam ein Annex zur Hauptmaterie. Dementsprechend häufig stößt man auch auf sie. Einschlägige Bestimmungen finden sich etwa in unserem ABGB und StGB, in den Krankenanstaltengesetzen von Bund und Ländern, dem Unterbringungsgesetz, Patientenverfügungsgesetz und Impfschadengesetz sowie im Berufsrecht der Ärzte und Sanitäter[7].

2. Folgen

Bei dieser Fülle an Regelungen ist es schwer, den Überblick zu bewahren. Dabei ist es nicht nur aufwändig, die Rechte von Patienten in den einzelnen Gesetzen ausfindig zu machen. Vielmehr zeigt sich bei rechtsvergleichender Betrachtung, dass diese Rechte auch ganz unterschiedlich gestaltet sind. Es ist, wie wenn man aus großer Höhe eine Kristallkugel fallen lässt, die aufschlägt und in Stücke zerspringt. Teile lassen allenfalls erahnen, was einst ein Ganzes war.

C. Patientencharta – ein politisches Grundsatzbekenntnis

Zwar hätte es nach unserer Verfassung der Bund in der Hand, einen eigenen Kompetenztatbestand zu schaffen[8]. Kraft dessen ließen sich Patientenrechte

---

[4] Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

[5] Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

[6] §§ 3 ff KaKuG, BGBl 1957/1 idgF; etwa §§ 3 ff NÖ KAG, LGBl 9440-39; *Kopetzki*, Krankenanstaltenrecht, in *Holoubek/Potacs*, Öffentliches Wirtschaftsrecht I[3] (2013) 377 (414 ff).

[7] §§ 16, 1295 ff ABGB; § 110 StGB; §§ 5a, 8 Abs 2 und 3 KaKuG. Weitere Nw bei *Stärker*, Gesundheitsrecht von A bis Z (2010) 406 FN 2 bis 9; *Memmer*, Rechte und Pflichten – Patient und Behandler, in *Aigner/Kletečka/ Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis (15. ErgLfg, Nov 2015) I/34.

[8] Art 10 Abs 1 Z 1 B-VG.

vereinheitlichen und österreichweit festlegen. Nicht alles, was rechtstheoretisch möglich ist, ist aber auch realpolitisch machbar.

1. Gliedstaatsvertrag

Der Bund wählte daher einen anderen Weg: einen Weg, der den Ländern ihre Zuständigkeit beließ. Er schloss mit ihnen, gestützt auf Art 15a B-VG, Vereinbarungen, in denen sich beide Seiten zur Sicherstellung der Patientenrechte bekannten. Der erste derartige Vertrag wurde mit dem südlichsten Bundesland, Kärnten, im Jahr 1999 geschlossen. Gleichlautende Verträge mit den anderen Bundesländern folgten. Den Abschluss machten 2006 Wien und Salzburg[9].

Mit der Charta gelang es, die Patientenrechte erstmals systematisch zu erfassen. Jede Weiterentwicklung des Rechtsbestandes wird sich daran zu orientieren haben. Hierin liegt zweifelsohne der große Wert der Kompilation. Der praktische, unmittelbar fassbare Nutzen für den Patienten hält sich jedoch in Grenzen.

2.Rechtsqualität

Gliedstaatsverträge richten sich an die Vertragsparteien. Sie sind zur Umsetzung und Einhaltung des Vereinbarten verpflichtet. Subjektive Rechte des Einzelnen sind aus ihnen ebenso wenig abzuleiten wie korrespondierend dazu durchsetzbare Ansprüche gegen Bund oder Länder[10]. Dementsprechend harsch fiel denn auch die Kritik im Fachschrifttum aus. Die Patientencharta habe nicht mehr als eine „politische Signalwirkung“. Sie diene der „Beruhigung des Laienpublikums“ und erfülle nur mediale Erwartungshaltungen. Das Bundesgesetzblatt dürfe nicht zum „Infofolder“ verkommen und als „Werbeprospekt der Politik“ zweckentfremdet werden[11]. Bei aller Kritik sollte der Vorteil einer komprimierten Darstellung nicht verkannt werden. Mag sich die Charta zur Auslegung der einzelnen Materiengesetze nur bedingt eignen. Für eine Analyse ist sie Richtmaß, das trefflich Aussage darüber gibt, wo und in welchem Umfang nachzubessern ist.

---

[9] Vgl die Auflistung bei *Memmer*, aaO I/33. Zur Genesis *Jahn*, Außergerichtliche Konfliktlösung im Gesundheitswesen (2009) 26 f.

[10] Vgl *Mayer/Muzak*, B-VG[5] (2015) Art 15a B-VG III mN.

[11] *Aigner,* in ÖJK (Hrsg) Patientenrechte in Österreich (2001) 31 ff: „symbolische Beschwichtigungsgesetzgebung“ (32); *Kopetzki*, Patientenrechte in Österreich - Entwicklungen und Fehlentwicklungen, in *Kern/Kopetzki,* Patientenrechte und ihre Handhabung (2006) 13 ff: „Patientenrechtslyrik“ (26).

3. Geltungsbereich

Die Charta umfasst 37 Artikel, die – durchaus übersichtlich – in 9 Abschnitte gegliedert sind. Jedem Abschnitt steht eine Überschrift voran. Sie ist Kapitel der folgenden Bestimmungen, die vielfach als Postulate formuliert sind[12].

Die Patientencharta nimmt von ihrem Geltungsbereich Personen, die sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befinden, nicht aus. Das wäre auch aus gleichheitsrechtlichen Gründen weder wünschenswert noch hinnehmbar. Demnach ist Träger von Patientenrechten „jede Person, die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in Anspruch nimmt oder ihrer auf Grund ihres Gesundheitszustandes bedarf“ (Art 1 Abs 2).
Diese Leistungen werden „durch freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe und Einrichtungen erbracht, die der Erhaltung und dem Schutz der Gesundheit, der Feststellung des Gesundheitszustandes, der Behandlung von Krankheiten, der Vornahme operativer Eingriffe, der Geburtshilfe sowie der Pflege und Betreuung von Kranken und Genesenden dienen“ (Art 1 Abs 3).
Man wird sich nun schwer tun, Justizanstalten unter diese Einrichtungen zu subsumieren. Wohl hat der Staat alles zu unternehmen, dass Gefangene keinen gesundheitlichen Schaden nehmen. Der Strafvollzug ist aber nicht auf die Erhaltung und den Schutz der Gesundheit der Insassen ausgerichtet. Anstaltsärzte wiederum sind „Angehörige der Gesundheitsberufe“. Von der Ausbildung her sind es Allgemeinmediziner. Ihnen obliegt die medizinische Behandlung und Betreuung der Insassen im Auftrag des Anstaltsleiters. Sie sind aber nicht freiberuflich tätig. Vielmehr stehen sie in einem Dienstverhältnis zum Rechtsträger, sei es privater oder hoheitlicher Natur.

Krankenanstalten sind in der Charta ausdrücklich als Leitungsträger genannt[13]. Allein die Tatsache, dass die Krankenabteilungen der beiden größten Justizanstalten Österreichs den Status einer Sonderkrankenanstalt haben[14], gebietet es, die medizinische Versorgung im Vollzug insgesamt zu den „Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens“ zu zählen. Die gegenteilige Auffassung hätte zur Konsequenz, dass die Vollzugsverwaltung mit der Zuweisung zum Haftort darüber entscheidet, ob sich ein Insasse im Bedarfsfall auf den Inhalt der Charta berufen kann oder nicht.

---

[12] Statt aller BGBl I 2001/89 (Bund-Bgld). Der Text der Charta ist auch unter www.gesundheit.gv.at abrufbar. Vgl auch die Punktation bei *Andreaus*, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 400 ff.
[13] Art 5 Abs 1.
[14] Gemeint sind die JA Wien-Josefstadt und die JA Stein, die für 990 bzw 762 Insassen ausgerichtet sind. Eine Sonderkrankenanstalt ist auch die Außenstelle Wilhemshöhe (67 Betten).

Notwendigerweise führte dies zu Ungleichbehandlungen. Sachlich rechtfertigen ließen sich diese nicht.
Art 1 Abs 3 wird daher nicht so zu lesen sein, dass sein Wortlaut darüber bestimmt, wer Träger von Patientenrechten ist. Für diese Sicht spricht auch die Zielrichtung der Charta, wonach sich die Vertragsparteien verpflichten, Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle allen denkbaren Lebensbereiche sicherzustellen[15].

4. Konsequenzen

Strafvollzug ist gemäß Art 10 Abs 1 Z 6 B-VG Bundessache hinsichtlich Gesetzgebung und Vollziehung ist. Ausgehend von den vorstehenden Überlegungen kommt damit dem Bund die Verantwortung für die Umsetzung und Einhaltung der Patientencharta zu.
Der Bund ist es auch, der im Falle der mangelnden Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen haftet, freilich nicht, wie die Träger der Krankenanstalten, nach den Bestimmungen des Zivilrechts, sondern aus dem Titel der Amtshaftung. Er muss für ein rechtswidriges, schuldhaftes Verhalten, das seine Organe „in Vollziehung der Gesetze“ gesetzt haben, einstehen[16].
Anders als nach den Prinzipien unseres Schadenersatzrechtes besteht die Ersatzleistung bei Amtshaftung ausschließlich in Geld. Der Rechtsträger tritt dabei für jenes Organ in Vorlage, das den Schaden verursacht hat. Er kann sich ihm gegenüber im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit regressieren[17].
Da der Vollzug von Freiheitsstrafen zu den Kernaufgaben des Staates zählt, ist jeder Schaden, den Vollzugsbedienstete einem Insassen zufügen, als „in Vollziehung der Gesetze“ zu sehen. Ausgenommen ist lediglich rein deliktisches Verhalten, das außerhalb jedes Sachzusammenhanges gesetzt wird. Hierfür haften Schädiger wie jeder Private auch, straf- wie zivilrechtlich[18].
Die Patientencharta schließt mit einem Abschnitt über die „Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen“. Ihm ist ein Kapitel vorangestellt, das mit „Vertretung von Patienteninteressen“ umschrieben ist. Der Begriff „Interessen“ stellt klar, dass es dabei um mehr geht als um einklagbare Ansprüche. Vielfach sind es Verhaltensregeln, die gemahnen, sorgsam und würdevoll mit einem hilfsbedürftigen Menschen umzugehen.

---

[15] S Art 5 Abs 2 Patientencharta.
[16] § 1 Abs 1 AHG.
[17] § 3 Abs 1 AHG.
[18] *Mader*, in *Schwimann*, ABGB[3] VII (2005) § 1 AHG Rz 7; *Ziehensack*, AHG-Praxiskommentar (2011) § 1 Rz 993 mNw. Zuletzt OGH 1 Ob 208/12p = SZ 2012/137.

Über die Reihung kann man unterschiedlicher Meinung sein. Dem Einen wird das Recht auf Selbstbestimmung das Wichtigste sein. Ein Anderer wird den größten Wert auf den vertrauensvollen Umgang von Arzt mit den Patienten legen. Mir scheint das Recht auf sachgerechte medizinische Behandlung am essentiellsten. Ich will es daher an den Beginn stellen.

1. Behandlung lege artis

Das Recht auf sachgerechte Therapie und Pflege besagt, dass jeder Patient Anspruch auf sorgfältige, gewissenhafte Behandlung und Betreuung nach den Grundsätzen der anerkannten Methoden der Wissenschaft hat. Hierzu sind Ärzte und Fachkräfte der Gesundheitsberufe auf Grund ihrer Expertenstellung verpflichtet. Eine Behandlung lege artis beinhaltet auch eine adäquate Schmerztherapie. Im Krankenanstaltenbereich ist der Rechtsträger zudem verpflichtet, dem Patienten auf Wunsch Zugang zu einer klinisch psychologischen und gesundheitspsychologischen Unterstützung zu eröffnen. Zudem ist bedarfsgerecht psychotherapeutische Versorgung anzubieten[19].

All dies sollte von Rechts wegen in Österreichs Justizanstalten gewährleistet sein. Demnach hat der Staat für „die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der Strafgefangenen ... Sorge zu tragen“[20].

Die gesundheitliche Betreuung erfolgt dabei durch den ärztlichen, den psychologischen und den psychiatrischen Dienst. Mögen auch die Ressourcen im Einzelfall nicht immer ausreichen; mit der Palette der grundsätzlich angebotenen Leistungen wird der Staat seiner Garantenstellung gerecht.

Eingeschränkt wird der Umfang der Versorgung allerdings darauf, dass Behandlung im „nötigen“ Maß zu gewähren ist[21]. Spürbar wird dies etwa bei der zahnmedizinischen Versorgung, wo für die Verabreichung schmerzstillender Injektionen von den Insassen regelmäßig Eigengeld zugeschossen werden muss.

Nach der ersten Haftverhandlung erhalten Frauen einen Termin bei einem Gynäkologen[22]. Männlichen Insassen wird ab dem 50. Lebensjahr eine Kontrolluntersuchung bei einem niedergelassenen Urologen angeboten.

---

[19] *Kerschner*, Patientenrechte und Behandlungsbegrenzung (Abbruch, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) in *Resch/Wallner,* Handbuch Medizinrecht[2] (2015) Rz 28.
[20] § 66 Abs 1 StVG.
[21] Vgl § 68 Abs 2 StVG.
[22] Erlass v 9.10.2014, BMJ-VD52202/0022-VD 2/2014.

Darüber hinaus müssen es aber konkrete Beschwerden sein, um dem Arzt vorgeführt zu werden. Auf Vorsorgeuntersuchungen haben Insassen keinen Anspruch[23]. So liegt es an jedem Einzelnen, sich von Zeit zu Zeit durchuntersuchen zu lassen. Die Kosten dafür hat er selbst zu tragen.
Selbst wenn man die Früherkennung von Krankheiten nicht zur „Erhaltung" der Gesundheit zählt und hierunter nur palliative und kurative Behandlungen versteht, sollte zumindest die Zugangsuntersuchung umfangreicher ausfallen. Sie umfasst gegenwärtig neben der Erhebung des allgemeinen Status und einem Lungenröntgen weder ein Blutbild noch ein EKG[24].

2. Recht auf Selbstbestimmung

Eingeschränkt ist für Inhaftierte – naturgemäß, möchte man sagen – das Recht auf freie Arztwahl. Man könnte nun einwenden, dass sich auch in der Freiheit die Wahl des Patienten häufig auf jene Ärzte reduziert, die mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehen. De jure hat zudem im Krankenanstaltenbereich der Patient kein Recht zu bestimmen, wer ihn behandelt oder pflegt.
Im Vollzug ist der Insasse auf den Anstaltsarzt angewiesen. Die Zuziehung eines anderen Arztes ist nach dem Gesetz nur vorgesehen, wenn es dem Anstaltsarzt nach Art und Schwere des Falles zweckmäßig erscheint oder der Gefangene bei Verdacht einer ernsten Krankheit darum ansucht und die Kosten übernimmt[25]. Ernst ist eine lebensgefährliche oder mit erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigung verbundene Krankheit. Und das hat wiederum der Anstaltsarzt zu beurteilen[26]. Auch hat der Insasse nur einen Anspruch auf Beiziehung eines Konsiliararztes. Dieser tritt neben, und nicht anstelle des Anstaltsarztes. Um ihn kommt man also nicht umhin.

3. Recht auf würdevollen Umgang

Gerade weil der Insasse mit dem Anstaltsarzt kooperieren muss, ist ein ungetrübtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besonders wichtig. In der Patientencharta ist das einfühlsame Zugehen auf den Patienten mit „Recht auf Achtung der Würde und Integrität" umschrieben. Dahinter steht, den Patienten nicht als Objekt, sondern als Subjekt zu sehen. Jede Behandlung ist möglichst rücksichts- und schonungsvoll vorzunehmen;

[23] VwGH 30.3.2005, 2005/06/0044. Zu Recht kritisch *Zagle*r, Strafvollzugsrecht[2] (2012) 164.
[24] Bericht der VA an den NR und BR – Präventive Kontrolle (2015) 97.
[25] § 70 2. Satz StVG.
[26] So bereits *Kunst*, Strafvollzugsgesetz (1979) Anm zu § 70.

jede Aufklärung davor hat so zu erfolgen, dass sie den Kranken nicht unnötig beunruhigt.
Der Patient sollte keine Scheu haben, nachzufragen. Und der Arzt sollte sich vergewissern, ob seine Worte auch verstanden wurden. Medizinische Vorgänge sind oft komplex. Sie erschließen sich nicht jedem gleich. Bisweilen sind es Bildungsdefizite und Sprachbarrieren, häufig jedoch die Ungewissheit und nackte Angst um das weitere Wohlergehen, die Wahrnehmungs- und Aufnahmefähigkeit des Patienten trüben. So weiß man Minuten später nicht mehr, was einem eben gesagt wurde. All dies sollte der Arzt beim Gespräch bedenken[27].

4. Recht auf Achtung der Intimsphäre

Um ein Vertrauensverhältnis zum Arzt aufzubauen, sollte man mit ihm möglichst diskret in Kontakt treten können. Allein das ist im Vollzug bereits schwierig. Wer eine Vorsprache beim Anstaltsarzt, Zahnarzt oder Anstalts-psychiater wünscht, hat dies, außer in Notfällen, dem Aufsicht führenden Strafvollzugsbediensteten bei der Frühstücksausgabe zu melden. So sieht dies die Hausordnung in ihrem § 19 vor.
Doch nicht nur bei der Anmeldung des Bedarfes, auch beim ärztlichen Gespräch selbst ist Vertraulichkeit nur selten gewahrt. Meist ist ein Strafvollzugsbediensteter zugegen, der für den Arzt die Eintragungen im Krankenakt vornimmt und so notwendigerweise mithört, wie sich der Patient dem Arzt offenbart. Nicht immer ist ein Paravent da, wenn Ober- oder Unterkleider abgelegt werden sollen. Frauen beklagen, dass sie sich in Gegenwart von Männern ausziehen müssen. Schamgefühl war es auch, dass männliche Insassen abhielt, ihre Unterleibsbeschwerden dem Arzt näher zu schildern; dies angesichts des Umstandes, dass dem Gespräch eine weibliche Vollzugsbedienstete beiwohnte[28].

All diese Fälle zeigen Unzukömmlichkeiten auf, die mit etwas Feingefühl des Arztes vermeidbar wären. Freilich soll und darf die Sorge um dessen persönliche Sicherheit nicht gering geschätzt werden. Aber, um die Sicherheit des Arztes gewährleistet zu wissen, genügt in der Regel die Anwesenheit der

[27] Zu Art und Umfang der Information *Pont*, Ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft, in Dokumentation - 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (2012) 63 (70). Zu Sprachbarrieren und Videodolmetsch *Aigner*, Arzt und Patient: Die Ärztliche Aufklärung, in ÖJK (Hrsg) Gesundheit und Recht - Recht auf Gesundheit (2013) 25 (28, 29 f). Zur Sicht der Ärzte *Panosch*, Der Arzt im Spannungsfeld von personalisierter Aufklärung und Absicherungsmedizin, RdM 2015, 164 (166).

[28] Bericht der VA an den NR und BR (2014) I 152 f.

Justizwache vor dem Ordinationszimmer. Der Wunsch nach Zuziehung eines Dritten sollte im Einzelfall vom Arzt ausgehen und seinen Grund nicht in der Bequemlichkeit haben, dass ihm Schreibarbeit abgenommen wird.

5. Schutz der körperlichen Integrität

In einem Punkt geht unsere Rechtslage über die anderer Länder hinaus. Ärztliche Experimente an einem Strafgefangenen sind in Österreichs Haftanstalten ausnahmslos verboten. Und zwar selbst dann, wenn der Betreffende seine Einwilligung dazu gibt[29].

Die Bestimmung gilt neben dem Verbot der klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder Medizinproduktes an Insassen[30]. Sie geht darüber hinaus. Experimente sind Studien zu Versuchszwecken. Untersagt sind Maßnahmen, die einem Arzt vorbehalten sind. Psychologische Tests sind also erlaubt. Beim medizinischen Experiment verschieben sich die Rollen: Der Arzt wird vom Helfer zum Wissenschafter, der den Patienten beforscht. Der Kranke wird zur Testperson, die dem Arzt zur Verfügung steht[31].

Das Verbot zielt in erster Linie auf den Einsatz neuartiger Behandlungen ab, zu denen es noch keine gesicherten Erkenntnisse gibt, auch wenn sie für den Probanden eine Heilung oder Linderung erwarten lassen. Damit sollen besonders forensisch-psychiatrische Patienten geschützt werden, die praktisch nur im Straf- und Maßnahmenvollzug sind.

So sehr es zu begrüßen ist, dass die handelnden Personen damit jeden Verdachts einer Übervorteilung von Maßnahmenpatienten erhaben sind – der Reiz, Einwilligungen zu Feldversuchen mit Vergünstigungen zu belohnen, liegt auf der Hand – im Fachschrifttum wird es mit Bedauern gesehen, dass sich Österreich auf diesem Gebiet der Forschung geradezu ausnimmt und auf die Ergebnisse der Studien anderer Länder angewiesen ist[32].

Vielleicht muss es aber kein Entweder-oder sein. Vielleicht kann künftig neben einer Befassung der Ethikkommission, ob die Durchführung einer bestimmten Studie vertretbar ist, auch die Patientenanwaltschaft eine Rolle spielen, nämlich dann, wenn sich im Einzelfall die Frage stellt, ob dem Insassen vor Abgabe einer Willenserklärung alle abschätzbaren Risiken eines Eingriffs laiengerecht verständlich erklärt wurden.

---

[29] § 67 StVG.

[30] § 45 Abs 2 AMG; § 52 MPG.

[31] Zu Motivation und wechselseitigen Abhängigkeiten *H. Baumgartner*, Die Ethikkommission und ihre Entscheidungen für ärztliches Handeln, in *Diendorfer*, Medizin im Spannungsfeld von Ethik, Recht und Ökonomie (2001) 207 (209, 247 ff). Zu den einzelnen Versuchsarten *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht[6] (2008) Rz 934 ff.

[32] *Drexler*, StVG[3] (2014) § 67 Rz 1.

Der Aufgabenbereich der Patientenanwälte soll sich künftig auf alle Maßnahmenpatienten erstrecken[33]. Derzeit umfasst der rechtlich gesicherte Wirkungsbereich lediglich jene Insassen, die mangels einer geeigneten anderen Unterbringungsmöglichkeit in eine öffentliche Krankenanstalt für Psychiatrie oder eine psychiatrische Abteilung eines öffentlichen allgemeinen Krankenhauses überstellt werden müssen (§ 71 Abs 3 Z 4 StVG).

E. Patientenvertretungen – Mittler zwischen den Beteiligten

Noch einmal möchte ich auf die Patientencharta zurückkommen. Nach ihrem Art 29 sind „zur Vertretung von Patienteninteressen … unabhängige Patientenvertretungen einzurichten". Die Einrichtungen sind „weisungsfrei zu stellen und zur Verschwiegenheit zu verpflichten". Sie sollen Auskünfte erteilen, Beschwerden nachgehen, Mängel und Missstände aufdecken und Empfehlungen zu deren Behebung aussprechen. Zudem sollen sie professionelle und kostenlose Rechtsverfolgung anbieten. Ausdrücklich gewünscht ist, dass sie mit Patientenselbsthilfegruppen die Zusammenarbeit suchen.

1. Einrichtungen in den Ländern

Derartige Patientenvertretungen hat jedes Bundesland eingerichtet.
Abermals zeigt sich dabei der Föderalismus in seiner ganzen Blüte. Zwar sind sämtliche Einrichtungen kraft Gesetzes weisungsfrei gestellt. In ihrem Aufgabenbereich und Wirkungsbefugnissen unterscheiden sie sich aber erheblich.

a) Zuständigkeit

Während die Zuständigkeit der Patientenanwaltschaft in Niederösterreich auch Pensionisten- und Pflegeheime umfasst, können sich Patientenvertreter in Kärnten und Tirol nur an den Träger einer Krankenanstalt wenden[34]. In Kärnten wurde für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen eine eigene Pflegeanwaltschaft eingerichtet[35]. In Tirol gibt es einen Heimanwalt[36]. Im Burgenland trifft auch niedergelassene Ärzte eine Auskunfts- und Unterstützungspflicht[37]. In der Steiermark und Wien sind sie zur Abgabe einer Stellungnahme einzuladen[38]. Doch selbst soweit sich keine Regelungen finden, lassen sich freiberuflich tätige Angehörige von Gesundheitsberufen

[33] So die Empfehlung (Nr. 13) der Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug in ihrem Abschlussbericht, BMJ-V70301/0061-III 1/2014, 88.
[34] § 92 Abs 1 NÖ KAG; § 1 Abs 1 K-PPAG; § 1 Abs 2 Tir PV-G.
[35] §§ 4 ff K-PPAG.
[36] § 8 Tir HeimG 2005.
[37] § 3 Abs 2 Bgld GPB-A-G.
[38] § 2 Abs 5 Stmk LGBl 2009/21; § 3 Abs 2 Wr LGBl 2011/18.

regelmäßig auf die Beantwortung von Anfragen oder ein vermittelndes Einschreiten der Patientenanwaltschaft ein.

b) Kooperation mit Ombudsstellen

Bisweilen gibt es in den Bundesländern zusätzlich in jeder Krankenanstalt eine Informations- und Beschwerdestelle oder direkt vor Ort eingerichtete Ombudsbüros[39]. Sie sind Serviceeinrichtungen der Rechtsträger der Krankenanstalten und diesen gehorsamspflichtig. Mit den Patientenanwaltschaften kooperieren sie. Auch besteht ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch.

c) Tätigkeitsbereich

Alle genannten Einrichtungen sind auf Beratung und Aufklärung ausgerichtet[40]. Sie gehen Beschwerden nach und streben eine gemeinsame Aufarbeitung von Konflikten an. Meist geht es um unhöfliche Umgangsformen oder unterbliebene Aufklärungen. Die Patientenvertretungen tragen zur Bewusstseinsbildung bei und machen den Verantwortlichen die subjektive Sicht des Patienten begreiflich. Betroffenen vermitteln sie den Zugang des Arztes und glätten so manche Vertrauenskrise. Bisweilen sind es Missverständnisse, die Anlass zu einer Beschwerde gaben. Sie auszuräumen, gelingt in einem klärenden Gespräch.

Liegt ein offenkundiger Behandlungsfehler vor, werden Direktverhandlungen mit den Haftpflichtversicherungen geführt, mit dem Ziel, Schadenersatzansprüche außergerichtlich zu bereinigen. Im Fall von Auffassungsunterschieden oder widersprüchlichen Gutachten werden im Auftrag des Patienten Schieds- oder Schlichtungsstellen angerufen. Findet deren Spruch nicht Akzeptanz, schließen oft weitere Verhandlungen an[41]. Zur Parteienvertretung vor Gericht sind die Patientenanwälte aber nicht befugt.

2. Patientenanwälte in den Psychiatrien

Echte Vertretungsmacht haben demgegenüber jene Personen, die sich um psychisch Kranke kümmern, die ohne ihr Verlangen, meist gegen ihren Willen, auf einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt aufgenommen wurden und dort angehalten werden[42]. Mit den vorhin genannten „Patientenanwälten“ haben sie nur den Namen gemein.

---

[39] § 11 OÖ KAG 1997; § 3 Vlbg Patienten- und KlientenschutzG.

[40] Zu Leitbild und Arbeitsweise *Bachinger*, Außergerichtliche Streitbeilegung, in *Aigner/Kletečka/ Kletečka-Pulker/Memmer* II/60, II/64 ff; *Jahn*, Konfliktlösung 47 ff.

[41] *Bachinger*, Die Patientenanwaltschaften in Österreich, in *Kern/Kopetzki* 87 (92).

[42] §§ 13 ff UbG. Zu den Konstellationen einer Freiheitbeschränkung *Engel*, Unterbringungsrecht, in *Resch/Wallner* Rz 2 f. Zu Zahlen s die Broschüre des Vereins VertretungsNetz: Patientenrechte in der Psychiatrie, 12.

a) Organisation

Diese Personen werden hauptamtlich für einen Verein tätig, der den Kranken vertritt. Ihr Handeln wird dem Verein zugerechnet. Gegenwärtig gibt es zwei derartige Vereine[43]. Ihre Eignung wurde per Verordnung festgestellt. Sie unterstehen der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Justiz und werden von ihm finanziert[44].

Der Verein ist für die Aus- und Fortbildung seiner Mitarbeiter verantwortlich. Er weist sie Gerichtsprengeln zu, in denen die Spitäler liegen. Dem Vorsteher des Bezirksgerichtes wie dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt sind diese Personen namhaft zu machen[45]. Sie sind damit als „Patientenanwalt" bestellt. Patientenanwälte agieren unabhängig. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Namen sind in einer elektronischen Ediktsdatei zu führen[46].

b) Vertretungsverhältnis

Die Patientenanwälte fungieren als gesetzliche Vertreter jener Kranken, die ohne oder gegen ihren Willen eingewiesen wurden oder während der Dauer ihres Aufenthaltes Zwang unterworfen werden. Das Vertretungsverhältnis endet, sobald der Angehaltene eine Person seines Vertrauens bevollmächtigt. Handelt es sich dabei um einen Rechtsanwalt oder Notar, erlischt die Vertretungsbefugnis des Patientenanwalts dem Gericht gegenüber. Der Krankenanstalt gegenüber bleibt sie solange aufrecht, als der Untergebrachte nicht anders verfügt[47].

Personen, die im Spital auf eigenes Verlangen Aufnahme fanden, können den Patientenanwalt zur Wahrung ihrer Interessen bevollmächtigen.

c) Wirkungsbefugnisse

Das Attest über die Erstuntersuchung erhalten die Patientenanwälte automatisch mit der Verständigung von der Aufnahme eines neu eingewiesenen Patienten[48]. Darüber hinaus können sie jederzeit in die Krankengeschichte Einsicht nehmen und sich Auszüge daraus erstellen lassen. Auf Verlangen ist ihnen das Parere vorzulegen. Zudem machen sie sich ein Bild, wie es sich aus den Daten der Aufnahmeuntersuchung, dem Medikamentenblatt und der Pflegedokumentation ergibt.

---

[43] § 3 VO BGBl II 2007/117: Institut für Sozialdienste (für Vlbg); Verein VertretungsNetz (für alle übrigen Bundesländer).

[44] §§ 1, 5 Abs 1, 8 Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz; § 13 f UbG.

[45] § 13 Abs 3 UbG.

[46] § 89j GOG, www.edikte.justiz.gv.at.

[47] § 16 Abs 2 UbG.

[48] § 10 Abs 2 UbG.

Sodann suchen sie das persönliche Gespräch mit ihrem Klienten, um sich einen Ersteindruck zu verschaffen. Sie erläutern dem Untergebrachten den weiteren Gang des Verfahrens, informieren ihn über seine Rechte und vertreten ihn anschließend, sowohl in der ersten Anhörung wie in der mündlichen Verhandlung, vor Gericht. Im gerichtlichen Verfahren kommt den Patientenanwälten ein Antrags-, Frage- und Rechtsmittelrecht zu. Auch haben sie die Möglichkeit, die Bestellung eines zusätzlichen Sachverständigengutachtens zu verlangen[49].
Allfällige weitere Beschränkungen während der Dauer des Aufenthalts, sei es, dass der Patient fixiert wird, das Zimmer nicht verlassen darf oder Kontakte mit der Außenwelt unterbunden werden[50], sind dem Patientenanwalt umgehend zu melden. Dieser kann eine gerichtliche Überprüfung initiieren. Über den Krankheitsverlauf und den Heilungsprozess ist der Patientenanwalt auf Wunsch zu informieren. Er kann jederzeit bezüglich der Medikation oder Therapien das Gespräch mit den behandelnden Ärzten suchen und auch sonst alle Erleichterungen empfehlen, die dem Untergebrachten seinen Aufenthalt im Spital erträglicher machen.
Neben der Wahrung der rechtlichen Interessen kommt dem Patientenanwalt also eine weitreichende Betreuungsfunktion zu[51]. Diese umfasst seit Juli 2010 auch die Pflicht, Angehörigen für allgemeine Auskünfte über die Unterbringung oder den Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung zur Verfügung zu stehen[52].

3. Volksanwaltschaft

All diese Möglichkeiten stehen den Insassen des Straf- und Maßnahmenvollzuges nicht offen. Sie sind, so sie nicht über die entsprechenden Mittel für einen gewillkürten Vertreter verfügen, auf sich gestellt.
Patientenvertretungen der Länder sind für den Bereich der hoheitlichen Vollziehung des Bundes nicht zuständig. Und die Vertretungsmacht der Patientenanwälte beschränkt sich auf Angehaltene in einer Psychiatrie.
Hinzu kommt, dass Strafgefangene über die Art der ärztlichen Behandlung nur eine Aufsichtsbeschwerde erheben können. Auf deren Erledigung

[49] Zu alledem *Beermann* in *Koppensteiner/Zierl*, Praxisleitfaden Unterbringungsrecht (2012) Kap V Rz 36 ff, 45 ff.
[50] Weitere Bsp aus der Rsp bei *Beermann* aaO Rz 64 ff; *Engel* in *Resch/Wallner* Rz 90 ff. *Halmich*, Unterbringungsgesetz (2014) 261, 275 ff.
[51] ErläutRV 464 BlgNR 17. GP, 16, 24. Zurückhaltender *Kopetzki*, Grundriss des Unterbringungsrechts[3] (2012) Rz 485.
[52] § 15 Abs 2 UbG idF BGBl I 2010/18.

besteht kein Rechtsanspruch. Auch erhält der Insasse keine im Rechtsmittelweg bekämpfbare Entscheidung[53].

a) Nachprüfende Kontrolle

In dieser Situation bleibt oft nur der Gang zur Volksanwaltschaft. Die Einrichtung wurde 1977 geschaffen und 1981 in der Verfassung verankert. Ihre Anrufung steht jedermann offen, der behauptet, von einem „Missstand in der Verwaltung“ betroffen zu sein, dem er selbst rechtlich nicht (mehr) abhelfen kann. Die Volksanwaltschaft hat jede solche Beschwerde zu prüfen. Der Betreffende hat ein Recht, vom Ergebnis der Prüfung und abschließenden Beurteilung in Kenntnis gesetzt zu werden[54].

Die Volksanwaltschaft ist von Verfassung wegen unabhängig. Ihr sind sämtliche Auskünfte zu erteilen.

Auf verschwiegenheitsrechtliche Bestimmungen kann sich die befasste Behörde nicht berufen[55]. Zur Abstellung festgestellter Missstände hat die Volksanwaltschaft den mit den obersten Verwaltungsgeschäften betrauten Organen Empfehlungen zu erteilen. Diesen Empfehlungen ist Rechnung zu tragen oder binnen 8 Wochen schriftlich zu begründen, weshalb an dem kritisierten Verhalten festgehalten wird[56].

b) Gang des Prüfverfahrens

In Angelegenheiten des Straf- und Maßnahmenvollzuges wendet sich die Volksanwaltschaft an das Bundesministerium für Justiz, das im Dienstweg die zuständige Justizanstalt befasst. Geht es um Fragen der Gesundheitspflege, wird vor Konzipieren eines Antwortschreibens regelmäßig der Chefärztliche Dienst bzw. Chefzahnärztliche Dienst eingebunden. Er hat seinen Sitz in der seit Juli vergangenen Jahres installierten Generaldirektion im Bundesministerium für Justiz[57]. Ihm kommt neben der Überwachung der Medikamentengebarung auch eine Clearingfunktion zu.

c) Erweiterter Aufgabenbereich

Seit 1.7.2012 bekleidet die Volksanwaltschaft zudem die Funktion des Nationalen Präventionsmechanismus und vereint so präventive mit nachprüfender Kontrolle[58]. Ihre Besuche in den Justizanstalten nimmt die Volksanwaltschaft mit Hilfe multiprofessionell zusammengesetzter Kommissionen wahr, die die Einrichtungen großteils unangekündigt visitieren. Den Kommissionen ist, neben dem vertraulichen Gespräch mit Insassen, Zugang zu allen Unterlagen zu gewähren. Hierzu zählen auch die angeforderten

[53] §§ 120 Abs 1, 122 StVG.
[54] Art 148a Abs 1 B-VG.
[55] Art 148a Abs 6, 148b Abs 1 B-VG.
[56] Art 148c B-VG; § 6 VAG.
[57] § 13 StVG idF BGBl I 2015/13.
[58] S BGBl I 2012/1 (OPCAT-Durchführungsgesetz).

Krankengeschichten, die in der österreichischen Vollzugsverwaltung elektronisch geführt und archiviert werden. In sie lassen sich die Experten Einsicht geben. Auf Wunsch sind ihnen Auszüge zu erstellen[59]. Die Besuche dienen einer Verbesserung des Systems. Nur insoweit können sich die Kommissionen Einzelschicksale annehmen.

4. Verschränkung der Einrichtungen

Zwar kann die Volksanwaltschaft bei entsprechend klarer Sach- und Rechtslage dem Bundesministerium für Justiz empfehlen, Ansprüche anzuerkennen und damit langwierige Prozesse zu vermeiden. Anders als die Patientenanwälte in den Psychiatrien hat sie aber keine Befugnis, Betroffene vor Gericht rechtsfreundlich zu vertreten. In einer Ausweitung der Befugnisse der Patientenanwaltschaft wird daher keine Konkurrenz gesehen, sondern eine sinnvolle Ergänzung eines für die Insassen von Justizanstalten defizitären Rechtsschutzsystems.

F. Resümee

Die gesundheitliche Versorgung der Insassen stellt die Vollzugsverwaltung vor große Herausforderungen. Auf der einen Seite stehen die hohen Haftzahlen, auf der anderen Seite der in ganz Österreich spürbare Ärztemangel. Hinzu kommt der oft angegriffene Gesundheitszustand vieler Eingelieferter. Sie bedürfen nicht nur Medikation, sondern vielfach auch zeitintensiver Betreuung und Pflege.

Jede medizinische Leistung, die in den Anstalten nicht erbracht werden kann, muss teuer zugekauft werden. Die Verwaltung aber hat sparsam zu agieren und in Zeiten knapper Budgets exakt zu kalkulieren. Demgegenüber stehen Menschen, die oft über Jahre hinweg nicht beim Arzt waren. Nicht wenige deshalb, weil sie keine Krankenversicherung haben und sich den Gang zum Arzt nicht leisten konnten.

Alle Insassen, unterschiedslos woher sie kommen und weshalb sie in Haft sind, haben ein Recht auf eine adäquate medizinische Versorgung. Die Qualitätsstandards sollten dabei keine anderen sein als in der Freiheit. Das gilt für die Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ebenso wie für Pflegeleistungen und Maßnahmen zur vollständigen Wiedergenesung. Allen Insassen, unterschiedslos woher sie kommen und weshalb sie in Haft sind, sollte man auf Augenhöhe begegnen. Das gebietet die Menschenwürde.

---

[59] Zum Ablauf eines Besuchs und der Auswertung des Protokolls *Kastner*, „Schutz und Förderung der Menschenrechte“ im Strafvollzug, JSt 2013, 22 (23 ff); *ders,* Wahrnehmungen der Volksanwaltschaft zum Maßnahmenvollzug, JSt 2013, 152 (153f).

Sie ist Teil jener Rechte, die jeder Mensch vom ersten Augenblick seines Lebens an hat.

Patientenrechte gelten für alle Menschen, in Freiheit wie in Haft. Auch bei ihrer Durchsetzung sollte man nicht differenzieren. Interessenvertreter sollten unterschiedslos zur Verfügung stehen. Wie eingangs erwähnt, hat jeder Kranke nur einen Wunsch: rasch wieder gesund zu werden. Dabei sollte man ihn unterstützen.

Patientenrechte gelten auch in Haft. Ihre Durchsetzung ist aber weit schwieriger als in der Freiheit. Die Rechtsschutzmöglichkeiten für Insassen im Straf- und Maßnahmenvollzug sollten erweitert werden.

Alter, Pflege, Sterben und demographischer Wandel im Vollzug

Wilfried Weyl (D-Butzbach) Gabriele Wehnert (JVKB, D-Berlin)

Die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen in Deutschland obliegt den Justizbehörden.
Es gibt in Deutschland ein Hospiz- und Palliativgesetz **(HPG)** dessen Ziel es ist:
„*ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.“*
Die flächendeckende Palliativversorgung **(SAPV)** wurde bereits ab 2007 eingeführt. Doch im Jahre 2015 ist diese noch immer nicht gewährleistet.

Mit Zeitverzögerung nehmen die Behörden davon Kenntnis das der demographische Wandel vor den Mauern nicht halt macht.
Längere Strafen und Ersttäter im Alter über 50 plus und die allgemeine Verlängerung der Lebensdauer führen zu einem ständigen Anstieg der älteren Gefangenen.
Dieser Prozess ist auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten.
Die Gruppe der älteren Gefangenen ist in der geriatrischen Diskussion weitgehend unbeachtet geblieben, weshalb wir wenig über ihre gesundheitlichen-sozialen Bedarfe wissen, und wenig darüber, wie der Justizvollzug darauf adäquat reagieren soll.

Ältere Gefangene leiden unter chronischen gesundheitlichen Belastungen durch riskante Lebensweisen, wie der frühere auch in Haft fortgesetzte Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegalen Drogen, existentiell bedrohliche Erkrankungen, wie Hepatitis und HIV/AIDS sowie psychischen Belastungen und Erkrankungen sind bei älteren Inhaftierten überproportional stark verbreitet und treten früher als bei Personen in der Allgemeinbevölkerung auf (Fazel, Hope, O’Donnell, Piper, etal.,2001).
Depressionen beispielsweise treten über fünf Mal häufiger bei älteren als bei jüngeren Gefangenen oder in der Allgemeinbevölkerung auf (Fazel, Hope, O’Donell, Piper & Jacoby, 2001).
In den Gefängnissen steigt die Zahl der geriatrischen Patienten stetig an.
Ebenso wie die Pflegestandards aus der 'Erwachsenenkrankenpflege' nicht auf die Kinderkrankenpflege übertragen werden kann, können sie auch nicht ohne weiteres auf die Pflege älterer Menschen übertragen werden.
Der zunehmende Verlust der körperlichen Reserven macht den älteren Menschen anfälliger für neue Krisen. Psychische Belastungen durch die

Inhaftierung werden anders verarbeitet. Viele ältere Patienten leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Demenz, Inkontinenz, Arthrosen, Osteoporose, Arteriosklerosen hirnversorgender Gefäße, Prostatahyperplasie und Niereninsuffizienz um einige zu nennen [siehe Gefängnismedizin Stöver/Keppler Kap. Oberfeld, Behinderung und Alter].
Die konzeptionellen und praktischen Antworten auf die demographischen Entwicklungen im Justizvollzug sind unterschiedlich:
Sowohl gesonderte Betreuung im Einzelfall, Einrichtung einzelner Abteilungen, bis hin zu speziellen Einrichtungen für ältere Gefangene (ab 55 Jahren) lassen sich in Deutschland ausmachen.

So besteht in der JVA Detmold/**NRW** eine Lebensälterenabteilung, die bereits seit mehreren Jahren eine Warteleiste führt und das Eingangsalter auf 62 Jahre erhöht hat. Eine enge Kooperation besteht mit einer Pflegeeinrichtung für Gefangene in **NRW** (Hövelhof).
Eine weitere Facette der Versorgung bietet die Einrichtung einer Lebensälterenabteilung in dem Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg/ **NRW**.
In **Hessen** gibt es in der JVA Schwalmstadt mit dem Kornhaus eine Abteilung für ältere Gefangene.
Ein Beispiel für eine gesonderte Einrichtung stellt das Gefängnis für ältere Straftäter in Singen (**Baden-Württemberg**) dar.

Ein weiteres besonderes Tätigkeitsfeld ist der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit Migrationshintergrund.
Für den ‚normalen' Mitteleuropäer ist der Besuch beim Anstaltsarzt fast wie ein Gang zum Hausarzt.
Männer aus dem islamischen Kulturkreis haben schon Bedenken, wenn der Anstaltsarzt eine Frau ist. Dies gilt ebenso für Krankenschwestern, die im Männervollzug arbeiten.
Oft scheitert eine notwendige Behandlung an der Frage des Geschlechts des Behandelnden. Im Gefängnis lebt der Gefangene 'seinen' Islam oftmals konsequenter als außerhalb der Mauern. Dies betrifft seine Ansprüche an das Essen ebenso wie seine Gebete im Tagesablauf.
Für Menschen aus dem orientalischen Kulturkreis wird eine Einzelzelle als Haftverschärfung empfunden, er braucht seine Gesprächs- und Gebetsmitbewohner. Ein Mitteleuropäer hingegen sieht Einzelunterbringung als positiv an und wünscht sie. Probleme mit Gefangenen mit Migrationshintergrund entstehen fast immer nur dann, wenn man mitteleuropäische Maßstäbe einfach auf diese Menschen überträgt, ohne sich mit ihren kulturellen Besonderheiten zu beschäftigen.

Bericht aus der Tageszeitung:

Kassel (dpa) Ein todkranker Häftling aus Hessen ist zehn Tage nach seiner Freilassung in Freiheit gestorben. Nach einem Gutachten hatte die Staatsanwaltschaft die Freilassung des 75-jährigen am 16. Februar bewilligt. Der 75-Jährige war Jahrzehnte in Haft, unter anderem wegen bewaffneter Banküberfälle. Seine Frau hatte ihn zuletzt drei Jahre lang nicht gesehen, weil auch sie zu krank war, um nach Kassel zu fahren. In Wiesbaden kam es kurz vor dem Tod des Mannes zu einem Wiedersehen.

Wann und wie ein sterbender die Haftanstalt verlassen kann liegt im ermessen der Staatsanwaltschaft und der Bereitschaft einer Krankenkasse den Patienten zu übernehmen.

Hier wird mit jedem Tag gegeizt.
Im „Knast“ bezahlt der Fiskus, egal was es kostet und dann?
„Sind wir nicht zuständig“, „Wir Brauchen erst eine Bescheinigung vom Arbeitsamt wegen der Arbeitsfähigkeit“, „Der war hier nicht“, „ Der war zu kurz hier gemeldet“.
Tage und Wochen werden am Telefon und beim Briefeschreiben verbracht bis es gelingt einen Patienten kurz vor seinem Tod in Freiheit zu entlassen.
Es gibt im Gefängnis ein ungeschriebenes Gesetz „Im Knast darf keiner sterben“ (Presse und Nachfragen durch die Landtage [Das schlimmste was einem Ministerialbeamten passieren kann]).
Ist der Patient laut Staatsanwaltschaft aber nach Möglichkeit nicht zu entlassen, „Kann er noch einen Finger krumm machen“
oder will der Patient in der Haftanstalt sterben - „Ich hab doch niemand“, „Hier kenne ich alle“, „Das ist mein Zuhause“ - muss erst das Personal vorbereitet werden. Der Tod ist halt ein Tabuthema nicht nur im Vollzug.
In den Gefängnissen fehlt die fachliche Kompetenz, eine Weiter- und Fortbildung ist bei den Verantwortlichen bis jetzt kein großes Thema. Eine „Sterbekultur“ darf auch in einer JVA kein Fremdwort sein.

Diskussionsthemen:

- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden?
- Inklusion versus Exklusion (Umgang mit Gefangenen, die im Vollzug aufgrund ihrer Haftzeit altern)
- Bedarfsorientierte Pflege älterer Inhaftierter
- Sterben im Freiheitsentzug

Wie geht man mit älteren Gefangenen um, wenn der Staat die Strafe Vollstrecken möchte? Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden?

Aufgrund der veränderten Bedürfnisse Älterer und gesundheitlicher Einschränkungen werden besondere Anforderungen an die Räumlichkeiten und an das Personal einer Vollzugseinrichtung für ältere und pflegebedürftige Inhaftierte gestellt. Die Ausstattung der Vollzugsanstalten muss den spezifischen Ansprüchen und Bedürfnissen von älteren Gefangenen gerecht werden, damit eine adäquate Versorgung und Pflege ermöglicht werden kann. Um Funktionsdefizite auszugleichen, benötigen ältere Menschen spezielle Trainingsangebote, Hilfsmittel und Umgebungsgestaltung aber auch medizinische und soziale Versorgung. Der Zugang zum Freistundenhof, den Therapieräumen und eventuell zum Arbeitsplatz sollte barrierefrei gestaltet sein. In diesem Kontext ist zunächst grundsätzlich zu klären, ob eine Unterbringung und Versorgung Älterer im Regelvollzug erfolgen soll und dort dann jeweils Bedarfsorientierte und individualisierte Versorgungsmodelle im Sinne einer Inklusion aufgebaut werden müssen. Eine Erwägung wäre, eine Exklusion dahingehend vorzunehmen, dass die Gruppe der besonders pflegebedürftigen älteren Insassen in spezialisierten Einrichtungen isoliert und exkludiert werden.

Die Unterbringung pflegebedürftiger Inhaftierter erfordert
- Eine 24-Stunden Präsenz von Pflegepersonal
- Umfassende ärztliche Betreuung -Physio-/ergo-und sozial therapeutische Betreuung
- Bedarfsorientierte Hilfsmittel (höhenverstellbares Bett, Wannenlifter, Rollstühle, Laufleisten, barrierefreie Nasszellen, Notrufsignal vom Bett aus bedienbar.
- Aufsicht und Anleitung von/bei täglichen Verrichtungen
- Angemessene räumliche und personelle Ausstattung
- Ein flexibles Team, dass auch bereit ist Defizite zu kompensieren.

Ältere Inhaftierte haben andere Bedürfnisse, sie sehnen sich nach mehr Ruhe, sind tendenziell introvertierter oft auch ängstlich. Die Auseinandersetzung mit dem Tod kann von Bedeutung sein. Sie benötigen teilweise Hilfestellungen und/oder Erleichterung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie benötigen eine Beschäftigung bei nicht mehr bestehender Arbeitspflicht um das Gefühl nicht zu verlieren nützlich zu sein. Der Tagesablauf sollte strukturell so geplant sein, dass er Stabilität und Sicherheit bietet. Hierzu müssen die Bedarfe ermittelt und spezifiziert werden um einen Weg zur Bedarfsdeckung zu planen und umzusetzen. Es gilt hier Prozesse zu beschreiben, Konzepte zu erstellen und diese dann umzusetzen.

Insbesondere das Personal muss über empathische Kompetenzen verfügen, um ältere Insassen angemessen zu betreuen. Hier ist eine enge Zusammen-

arbeit aller beteiligten Berufsgruppen (Allgemeiner Vollzugsdienst, Sozialdienst, Therapeuten und Pflegepersonal) unumgänglich. Wertschätzender Umgang muss gerade in dieser besonderen Lebensphase von allen geleistet werden unabhängig von Straftat und Alter.

Wo sind die Grenzen einer Inhaftierung im Alter?
- Strafe verliert ihren Sinn, wenn ein Strafgefangener unter geistiger Schwäche leidet und ihm die Bewusstheit des Strafvollzugs fehlt
- Aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkung von einer lebensbedrohlichen Situation auszugehen ist
- Demenzkranke, die gar nicht mehr wissen, dass sie etwas falsch gemacht haben.
- Sonstige Krankheiten die nicht in einer Vollzugsanstalt oder Anstaltskrankenhaus behandelbar sind.

Lebensende - Sterben im Freiheitsentzug

Auch vor den Gefängnismauern macht der Tod nicht halt.
So finden sich neben älteren Inhaftierten auch solche, die aufgrund langer Haftstrafen oder schwerer Erkrankung in Haft sterben werden.
Das Lebensende älterer oder todkranker Gefangener, die ohne Aussicht auf Haftunterbrechung, Gnadenantrag oder Vollstreckungsunterbrechung verweilen müssen, stellt eine besondere Herausforderung für alle beteiligten dar. Sterbenskranke oder der Tod hinter den Mauern sind vom Gesetz eigentlich nicht vorgesehen.
Unter dem Aspekt, menschenwürdiges Sterben im Strafvollzug, stellen sich folgende Fragen:
■ Inwiefern berührt eine Haftunterbrechung oder vorzeitige Entlassung den staatlichen Strafanspruch?
■ Kann es für Menschen, die schwere Straftaten begangen haben (in der Regel sind dies Tötungsdelikte) einen Anspruch auf würdevolles Sterben geben ?
Grundsätzlich muss der Strafanspruch zurücktreten, wenn der Gefangene dem Tod nahe ist. Strafvollzug ist keine Umgebung für Menschen, die im Sterben liegen. Würdevolles Sterben bedeutet, selbstverantwortlich Entscheidung über das Lebensende zu treffen.

Quo Vadis Vollzugsmedizin - Strategische Entwicklungen und Ausblick

Moderation: Leitender Medizinaldirektor Dr. Michael Lutz-Dettinger
Ltd. Medizinaldirektor Dr. Marc Lehmann

Im Rahmen des Workshops wurde mit kurzen Eingangsstatements durch die beiden Workshop-Leiter auf bereits in den letzten Jahren erbrachte deutliche Veränderungen wie beispielsweise die Steigerung der Substitutionsversorgung oder die immer stärkere Berücksichtigung der Menschenrechte, aber auch anstehende Problematiken wie fehlender personeller Nachwuchs, Ressourcenprobleme, insbesondere in Bezug auf die Arzneimittelversorgung, anstehende Probleme aus der Flüchtlingsversorgung, Umsetzung der Zwangsbehandlung nach neueren Regelungen in den Justizvollzugsgesetzen, Bewertung der Versorgungsqualität und der Individualisierung der Medizin sowie zunehmende Spezialisierung in unterschiedlichen Disziplinen mit Individualisierung der Therapie gesprochen.

Im Rahmen der nachfolgenden Diskussion wurden unterschiedliche Ansätze zu den erörterten Thematiken verfolgt. Im Bereich der zunehmenden Individualisierung und Spezifizierung der Medizin wurden u.a. als Lösungsansätze, auch aufgrund der zunehmenden und jetzt durch die Flüchtlingskrise verschärften Situation in Bezug auf die transkulturell medizinischen Problematiken erörtert, dass es zumindest in Teilbereichen sehr hilfreich sein kann, schnell verfügbare Telefondolmetscher einzusetzen, telemedizinische Verfahren in Teilbereichen zu nutzen, wobei die Teilnehmer davon ausgehen, dass dieses insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Versorgung nicht geeignet ist und telefonische Beratung mit Spezialisten abzuhalten. Die unterschiedlichen Versorgungsmodelle, z.B. einer engen Kooperation mit einer speziellen Klinik, sind nicht in allen Bereichen aufgrund der zunehmenden Spezialisierung einzelner Kliniken immer umsetzbar. In Bezug auf individuell auftretende Patientenproblematiken ist es oft hilfreich, durch „kreative Lösungen“ ein Versorgungssetting auch ggfs. innerhalb des Justizvollzuges aufzubauen, das die gleichwertige Versorgung ermöglicht. Dieses wurde an Spezialfällen wie Tumortherapie oder Schlaganfallnachsorge diskutiert.

In Bezug auf den im Justizvollzug zunehmenden Fachkräftemangel sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich kann ein Ansatzpunkt darin bestehen, dass die sogenannten patientenfernen Dienstleistungen wie auch die Sicherheitsaufgaben zunehmend vom Krankenpflegepersonal/ärztlichen Personal weg hin zu entsprechenden Dienstleistern oder Mitarbeitern

verlagert werden. Diese müssen dann nicht über die krankenpflegerischen/ärztlichen Berufsabschlüsse verfügen. In gleicher Weise könnte auch die ärztliche Tätigkeit durch Einsatz von Dokumentationsassistenten entlastet und dadurch verbessert werden. Demgegenüber ist jedoch auch die Führungskompetenz der Bereichs-leitungen zu verbessern und auszubauen. Ein echter Ressourcenmangel im finanziellen Bereich, wie er aufgrund der explodierenden Budgets u.a. durch die Versorgung von HCV-Infizierten zu erwarten wäre, besteht „praktisch“ nicht, die Patienten können im System behandelt werden. Auch eine weitere Leitlinienentscheidung, die Ausweitung der Behandlung auf alle HIV-positiven Patienten mit antiretroviraler Medikation ist ein weiterer Kostentreiber. Weiter aufgelöst bleibt der Konflikt, der sich aus den aktuellen Urteilen und auch der gesetzgeberischen Umsetzung zur Zwangsbehandlung ergibt. Hier wird es zunächst darauf ankommen, den Patienten zu sichern, denn eine Behandlung im engeren Sinne (Zwangsbehandlung) ist schwierig durchführbar.
Abschließend wurde noch über die qualitativen Aspekte der Versorgung in der Vollzugsmedizin gesprochen, und es bestand Einvernehmen dahingehend, dass dieses insbesondere durch die Gründung einer bundesweiten Fachgesellschaft zu verbessern wäre. Hier könnten auch entsprechende Kolloquien entstehen.

Zusammenfassend ist jedoch festzustellen, dass sich die vollzugsmedizinische Versorgung aus Sicht der Teilnehmer bereits auf einem erfreulich hohen Niveau befindet und es darauf ankommt, nicht im Befolgen von querulatorischen Vorträgen Detailbereiche ressourcen-intensiv umzustrukturieren, sondern die Kernbereiche für echte Verbesserungen zu erschließen, so dass möglichst viele Patienten bei angemessenem Ressourcenaufwand profitieren. Hier käme das Verfahren der SWAT-Analyse in Betracht.

Gesundheit von Frauen in Haft
Vorstellung eines qualitativen Forschungsprojekts

Moderation: Dr. Katja Thane (Universität Bremen)
Nadine Ochmann MPH (Universität Bremen)

Einführung

Zur Einführung in die Thematik Gesundheit von Frauen in Haft wurden einige Hintergrundinformationen zu Gesundheit von inhaftierten Frauen vorgestellt. Zugrunde gelegt wurde eine Definition von Gesundheit von Frauen der WHO: *„Ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens für alle weiblichen Säuglinge, Mädchen und Frauen unabhängig von Alter, sozioökonomischer oder ethnischer Zugehörigkeit, Rasse und Aufenthaltsort“* (UNODC & WHO Europe, 2009: 12). Daraus wird deutlich, dass auch der Justizvollzug einen solchen genannten Aufenthaltsort darstellt und diese Definition damit für den Vollzug ebenfalls relevant ist. Denn inhaftierten Frauen stellen sich einige Herausforderungen: Da der Vollzug grundsätzlich auf männliche Gefangene ausgerichtet ist, werden Bedürfnisse der Frauen unzureichend berücksichtigt. Zudem stellen inhaftierte Frauen eine Minderheit unter den Gefangenen dar, lediglich 5,6% aller Inhaftierten in Europa sind Frauen (Aebi & Delgrande 2014). Auch in ihrer Deliktstruktur unterscheiden sich die inhaftierten Frauen von den Männern. Frauen sind häufiger aufgrund von gewaltlosen Eigentums- und Vermögensdelikten (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, etc.) inhaftiert als Männer. Daraus folgt, dass sich auch die Vollzugsdauer unterscheidet, die bei den Frauen im Durchschnitt kürzer ist. So waren beispielsweise in Deutschland im Jahr 2012 47,8% der weiblichen Inhaftierten gegenüber 36% der männlichen Inhaftierten für weniger als neun Monate in Haft (Statistisches Bundesamt 2012; 2014). Diese kurze Vollzugsdauer hat auch Konsequenzen für Behandlungs-, Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, diese sind für inhaftierte Frauen seltener vorhanden. Darüber hinaus ist die Wiederinhaftierungsrate bei Frauen sehr hoch.

Betrachtet man die gesundheitliche Situation von Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, dann können höhere Inzidenzen und Prävalenzen konstatiert werden, sowohl chronische als auch psychische Erkrankungen sind im Vollzug überrepräsentiert insbesondere Suchterkrankungen. Inhaftierte Frauen zeigen eine besondere Vulnerabilität: 50% sind intravenös Drogen konsumierend, 60-90% haben bereits vor der Haft Gewalt-/Missbrauchserfahrungen erlebt (Bohne 2013, Keppler 2010, Müller & Schöttle 2004), 50-57% leiden an psychischen Erkrankungen (Keppler 2005),

sie verfügen überwiegend über einen geringen Bildungsstand, sind häufig erwerbslos und haben Schulden. Die Situation während der Haftzeit ist für Frauen mit weiteren Schwierigkeiten verbunden. Dazu zählen die überwiegend wohnortferne Unterbringung, eingeschränkte soziale Kontaktmöglichkeiten, geringe Bildungs-/ Ausbildungsmöglichkeiten, wenig Freizeitmöglichkeiten, sowie körperliche, psychische und/ oder sexualisierte Gewalterfahrungen. Insgesamt kann eine weitere Verschlechterung des (psychosozialen) Gesundheitszustandes festgestellt werden. Insbesondere der illegalisierte Drogenkonsum, der auch als Bewältigungsstrategie der Haftsituation funktioniert und seine Begleiterscheinungen stellen daher eine gesundheitliche Herausforderung im Frauenvollzug dar. Inhaftierte Drogenkonsumentinnen weisen einen besonders beeinträchtigten Gesundheitszustand auf: Mit den Suchterkrankungen gehen häufig weitere physische und psychische Erkrankungen einher wie u.a. Hepatitis B&C, HIV/Aids, Abszesse, Thrombosen und Borderline-Störungen. All diese gesundheitlichen Problemlagen treffen im deutschen Vollzug auf das vollzugseigene Gesundheitsversorgungssystem mit den dafür typischen Eigenschaften und strukturellen Problemen (vgl. Keppler et al. 2009).

Gesundheit von Frauen in Haft: eine qualitative Erhebung

Im Anschluss an diese Einführung hat Nadine Ochmann Ergebnisse aus ihrem Promotionsvorhaben „Gesundheit von Frauen in Haft: eine qualitative Erhebung“ vorgestellt. Anknüpfungspunkte für das Promotionsvorhaben sind u.a. folgende ExpertInnen-Aussagen:

- *„Wenn eine Frau in Haft kommt, begibt sie sich in eine von Männern dominierte Welt, in der die Bedürfnisse und Befindlichkeiten von Frauen nicht berücksichtigt werden […] deshalb zahlen Frauen einen weit höheren gesundheitlichen Preis als Männer.“* (Zsuzsanna Jakab, WHO-Regionaldirektorin für Europa 2011)
- Gefängnisarzt Karlheinz Keppler: *„Inhaftierten Frauen [entwickeln] gerade zu Zeiten der Inhaftierung ein vorher in Freiheit nicht vorhandenes Gesundheitsbewusstsein“* (2010, S. 75).

Nadine Ochmann hat im Rahmen ihrer Promotion problemzentrierte Interviews mittels eines Leitfadens mit 22 inhaftierten Frauen in deutschen Gefängnissen geführt. Das kürzeste Interview hat 20 Minuten und das längste über 2 Stunden gedauert. Diese hat sie anschließend transkribiert. Als Auswertungsmethode wurde die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014, Mayring, 2010), gewählt. Im Rahmen des Workshops wurden erste Ergebnisse vorgestellt. Dabei wurden Ergebnisse aus folgenden Themenbereichen vorgestellt: Welche Bilder von Gesundheit haben inhaftierte Frauen? Was machen inhaftierte Frauen im Gefängnis um

sich gesundheitlich gut bzw. besser zu fühlen? Hierbei wurden sowohl alleinige Beschäftigungen auf dem Haftraum als auch gemeinsame Freizeit-Aktivitäten, insbesondere das gemeinsames Essen und Kochen vorgestellt. Anschließend wurden die Funktionen all dieser Tätigkeiten analysiert. Abgeschlossen wurde dieser Teil mit den Wünschen und konkreten Ideen zur Verbesserung der Freizeitaktivitäten aus Sicht der inhaftierten Frauen. An- und abschließend wurden sowohl positive als auch negative Beispiele der Erfahrungen mit der Gefängnismedizin aus Sicht der inhaftierten Frauen präsentiert, indem beispielhaft Ausschnitte aus den Interviews vorgelesen wurden.

Diskussion

In der Diskussion der Arbeitsgruppe werden unterschiedlichste Aspekte angesprochen:

- Frauen in Haft sind eine hoch vulnerable Gruppe.
- Eine TäterInnen-Opfer-Dichotomie ist häufig nicht auszumachen, wenn beides in der Person vorkommt.
- Frauen als „gewalt-ausübende Täterin“ werden oft nicht so gesehen. Es ist ein sehr genderspezifisches Bild, von wem Gewalt ausgeht.
- Sexuelle Viktimisierung und sexualisierte Gewalt lässt sich auch im Gefängnis finden.
- Diese Themen werden von MitarbeiterInnen eher gemieden, hier ist eine verstärkte Sensibilisierung von Nöten.
- In der oben genannten WHO-Definition zu Gesundheit fehlt das Recht auf Sexualität.
- Forschung im Gefängnis sollte partizipativer gestaltet werden.
- Forschungsergebnisse sollten mit den Frauen diskutiert werden, und ihre Sicht ernst genommen wird, um ihnen ein Stück weit mehr ‚Macht‘ und Autonomie zu geben.
- Wie kann auch die Leitungsebene für solche Fragen des Empowerments gewonnen werden?
- Inwieweit können Konzepte wie Restorative Justice umgesetzt werden, um auch insbesondere vorherige Viktimisierungen von Täterinnen zu bearbeiten bzw. zu thematisieren. Erste Ansätze ermöglicht das neue deutsche Opferschutzgesetz von 2015.

Literatur

Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2014). SPACE 1 - Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2013. Strasbourg: Council of Europe.

Bohne, S. (2013).Gewalterfahrungen und Gesundheit - Frauen im Strafvollzug. In Halbhuber-Gassner, L. & Pravada, G. (Hrsg.) Frauen-gesundheit im Gefängnis. (S. 31-45). Freiburg in Breisgau: Lambertus

Keppler, K. (2005). Gefängnismedizin im Frauenvollzug. In T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.), Intramurale Medizin - Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug (S. 169-193). Springer.

Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.) (2009). Gefängnismedizin: Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme Verlag.

Keppler, K. (2010). Zur gesundheitlichen Lage von weiblichen Gefangenen im niedersächsischen Justizvollzug. In H. Bögemann, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen (S. 73-83). Weinheim und München: Juventa.

Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchges. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Müller, U., & Schöttle, M. (2004). III. Teilpopulationen-Erhebung bei Inhaftierten. "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland". Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Statistisches Bundesamt (2014), Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unter-bringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres - Stichtag 31.März 2014

Statistisches Bundesamt (2012). Strafvollzug-Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. – 2012

UNODC, & WHO Europe. (2009). Gesundheit von Frauen im Straf-vollzug.

WHO. (2011). Was geschieht, wenn eine Frau ins Gefängnis kommt? Neue Checklisten sollen Gefängnisaufenthalt erträglicher machen. abrufbar unter http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/latest-press-releases/ what-happens-when-a-woman-goes-to-prison-new-checklists-aim-to-reduce-the-price-she-pays [8.1.2015]

Gesundheitsversorgung und Ethik

Moderation: Jörg Pont (Wien) und Wiebke Bretschneider (Basel)

Die 22 interdisziplinär zusammengesetzten Teilnehmer der Arbeitsgruppe (Allgemeinmediziner, Psychiater, Krankenpfleger, Juristen und Menschenrechtler) griffen den Vorschlag der Moderatoren auf, gemeinsam zu untersuchen, ob die anlässlich der 6. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft erklärte „ Genfer Deklaration zu Gesundheitsversorgung in Haft 2012“[60] hinsichtlich

- der gesetzlichen Verankerung ethischer Grundsätze für Gesundheitsversorgung in Haft,
- ihrer Umsetzung durch Ausbildung und externer Kontrolle,
- Bekanntmachung und Akzeptanz medizinischer Ethik im Gefängnis,
- personeller Trennung medizinischer Rollen (Betreuer versus Gutachter und Amtsarzt),
- Übernahme der Gesundheitsbetreuung in Haft durch die Gesundheitsbehörden anstatt durch die Gefängnisbehörden

in den darauf folgenden 3 Jahren in der Wirklichkeit irgendeine Wirkung gezeigt hat oder aber als Deklaration auf dem Papier verkümmert ist.

Die Arbeitsgruppe stellte fest, dass immerhin in diesen Jahren in der Schweiz im Kanton Neuenburg die Gesundheitsversorgung in Haft aus der Gefängnisadministration herausgelöst wurde und nun, in gleicher Weise wie in den Kantonen Genf, Wallis und Waadt, von der Gesundheitsbehörde administriert wird, was mit einem höheren Grad an professioneller medizinischer Unabhängigkeit einher geht und dass im Kanton Basel die Ärzte, noch nicht aber die Krankenpfleger, der Gesundheitsbehörde unterstellt wurden. International wurde der Transfer der Verantwortlichkeit der Gesundheitsbetreuung von Inhaftierten von den Justizbehörden an das Gesundheitsministerium in Belgien hervorgehoben.

Die Unabhängigkeit der Professionen sollte grundsätzlich gewährleistet werden. In der Diskussion wurde der Konsens erzielt, dass die klare Trennung der Gesundheitsadministration von der Gefängnisadministration jedoch nicht damit einhergehen darf, dass die erforderliche interprofessionelle Kooperation zwischen Gesundheitspersonal und Justizwachepersonal Einbußen erleidet. Es wurde angeregt, dass sowohl auf lokaler Ebene in den Justizanstalten als auch auf leitender administrativer Ebene regelmäßige (Jour fixe) Kommunikation zwischen beiden Professionen unter mutuellem Verständnis

[60] Siehe Anhang

der unterschiedlichen Zielsetzungen und Vorgaben eingerichtet werden sollte, um sowohl die täglichen logistischen Abläufe als auch Planungsarbeit und Bewältigung ethischer Konfliktzonen erleichtern zu können und gegenseitiges Vertrauen zu generieren.
Hervorgehoben wurde außerdem, dass das Einverständnis des Patienten im Rahmen der interprofessionellen Kommunikation von hoher Wichtigkeit ist.
An praktischen Beispielen wurde die Verzögerung von Überstellungen von Kranken in Krankenanstalten durch logistische Probleme und personelle Engpässe beim Justizwachepersonal angeführt sowie mangelndes Verständnis der Gefängnisadministration für medizinische Belange als auch mangelndes Verständnis von Gesundheitspersonal für Sicherheitsbelange.
Regelmäßige interprofessionelle Kommunikation unter gegenseitiger Achtung der Herausforderungen jeder Berufsgruppe
wurde schließlich als Grundkonzept erfolgreicher Gesundheitsbetreuung unabhängig von der bestehenden administrativen Strukturen für Gesundheitsversorgung in Haft erkannt, auch um dem Äquivalenzprinzip ausreichend Rechnung tragen zu können.

Von Paradiesvögeln, verzauberten Männern und Frauen in Tüten.

Transgender Personen im Österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug (2013)

Moderation: Mag.a Yvonne Czermak, Justizanstalt Wiener. Neustadt

Erkenntnisinteresse

Anlässlich des wiederholten Auftretens von Einzelfällen stellt sich die Frage nach dem Umgang mit Transgender Personen innerhalb der österreichischen Vollzugslandschaft. Erlässe oder Empfehlungen hinsichtlich einer einheitlichen Behandlung von InsassInnen mit transgeschlechtlichen Empfindungen und Identitätsentwürfen liegen nicht vor.

Rahmen

Erkenntnis des VfGH (2009): *Geschlechtsangleichende Operation als schwerwiegender Eingriff in ein gesundes System - daher nicht weiter Voraussetzung für eine Personenstandsänderung.*

Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie (DSM-5) bzw. Transsexualismus (ICD-10) in Österreich (2014):

Voraussetzung für eine Personenstandsänderung: Psychiatrische ODER klinisch-psychologische ODER psychotherapeutische Stellungnahme zur Bestätigung der Diagnose.

Keine Übereinstimmung der Geschlechtsmerkmale mit dem juristischen/ sozialen Geschlecht erforderlich!

§8 Abs.4 StVG: *Getrennte Unterbringung von männlichen und weiblichen Strafgefangenen in gesonderten Anstalten oder Abteilungen.*

Keine Berücksichtigung von transgeschlechtlich empfindenden Personen oder nicht-binären Geschlechtsidentitätsentwürfen!

Forschungsfragen

- Wie erleben TG Personen die besonderen Herausforderungen im Vollzugsalltag?
- Mit welchen Reaktionen und Umgangsstrategien finden sie sich konfrontiert?
- Welche Freiheitsgrade und Ressourcen können Bedienstete einer Einrichtung mobilisieren, um transgeschlechtliche Bedürfnisse zu berücksichtigen?

Auf welche Welt- und Menschenbilder weist der Umgang mit Betroffenen hin?

Methoden
Erhebung subjektiven Erlebens mittels Instrumenten der qualitativen Sozialforschung: Narratives Interview nach Fritz Schütze.
Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (induktive Kategorienbildung).
Feldzugang
Über 27 Justizanstalten (gerichtliche Gefangenenhäuser, Straf-/Maßnahmeneinrichtungen, Sonderanstalten) werden 11 Personen erhoben, die Teilnahme erfolgt freiwillig/anonym, die Interviews finden (Ausnahme: elektronisch überwachter Hausarrest) in den Institutionen statt.
Sampling
Transfrauen (Mann zu Frau): 100%, Alter: 27-50 Jahren, Österr. Staatsbürgerinnen: 70%, Maßnahmenunterbringung: 40%, Aufrechte Partnerschaft: 30% (davon 20% mit Mitinsassen) Alleinstehend, geschieden: 30%, Elternschaft: 50% (jew. 1 Kind).
Heterosexuell (Orientierung auf Männer): 50%, bisexuell/lesbisch: jew. 10% (Rest: k. A.)
Angleichungsmaßnahmen vor der Haft: 40% (Brustaufbau: 20%, genitalanpassende OP: 10%, Hormonbehandlung: 10%, ausschl. soziale Angleichung: 20%).
Wunsch nach ehestmögl. Behandlungsmaßnahmen inkl. Geschlechtsanpassung: 60%.
Ergebnisdarstellung
Folg. Kategorien bilden die Relevanzsysteme gemäß subjektivem Erleben der Befragten ab:
1.Die Zwangsgemeinschaft:
Die Justizwache: Unterstützendes bis diskriminierendem Verhalten, fehlende einschlägige Information/Ausbildung.
Die Mitinsassen: Erleben der Gemeinschaft als transphob oder stärkend, in Abhängigkeit vom aktuellen weiblichen Angleichungsstatus.
Die Betreuungsdienste: Eher unterstützend, jedoch mangelnde einschlägige Information.
2.Die Angleichung:
Geschlechtsangleichende Maßnahmen: Möglichkeit zur Fortsetzung in Freiheit begonnener Hormonbehandlung gewährleistet, initiative Maßnahmen nicht ermöglicht
Angleichung als Zeitfaktor: Bei Maßnahmenuntergebrachten erhöhter Druck aufgrund langer Anhaltezeiten.
3. Frauen im Männervollzug:
Weibliche „Identitäts-Ausrüstung“: Verfügbarkeit anstaltsabhängig.
Frauenkleider: Verfügbarkeit und Ausmaß anstaltsabhängig.
4. Das Gefängnis als schützender Rahmen: Erste Outings und Liebes-

beziehungen.
5. Klassifizierung und Zuordnung: Übernahme in den Frauenvollzug kaum ermöglicht, Ratlosigkeit hinsichtlich Alltagsgestaltung und Sicherheitsmaßnahmen.

Diskussion und Empfehlungen

➔ Insgesamt eher positive Bewertung des Personals, respektloses Verhalten weitgehend aufgrund von Unwissenheit.
➔ Fehlende Anpassung interinstitutioneller Prozedere (Visitierungen, Unterbringung, u.a.) für Transgender Personen.
➔ Möglichkeiten des Identitätsausdrucks anstaltsabhängig, keine einheitlichen Regelungen.
➔ Verweigerung der Einleitung initiativer Behandlungsmaßnahmen in Haft/Unterbringung.
➔ Wenig Berücksichtigung von transgeschlechtlichen Empfindungen und Identitätsentwürfen in Therapie-/Vollzugsplanung.
Daraus ergeben Indikationen für folgende Maßnahmen:
Niederschwellige Schulungsmaßnahmen des Personals zur Diskriminierungsprävention, Schaffung von „Standards of Care“ bei Unterbringung und Behandlung, Akzeptanz des jeweils sozialen Geschlechts Betroffener, Einbindung von transgeschlechtlichen Empfindungen und Lebensentwürfen in forensisch-therapeutische Behandlung und Resozialisierungsmaßnahmen sowie Etablierung einer multi-professionellen Fachgruppe zur Erhebung von Vollzugssituationen und Behandlungsindikationen.

Doula im Frauengefängnis Rom

Mirka Grob

Was ist eine Doula?

Der Begriff Doula kommt aus dem antiken Griechischen und war die Bezeichnung für die “Sklavin der Familie”, welche den Frauen zur Seite stand. Doulas waren gleichzeitig Arbeiterinnen und Mitglieder der Familie.
Heute ist die Doula eine ausgebildete, nicht sanitäre Figur, welche die Frauen vor, während und nach der Geburt assistiert. Ihre Unterstützung basiert auf emozionaler wie auch auf praktischer und formativer Ebene. Früher war es ueblich, dass eine Neumutter von einem Frauenkreis umgeben war, welcher dieser half und sie umsorgte. Das Assistieren in der Pflege des Neugeborenen und bewaeltigen des Haushalts erlaubten der Mutter einen sanfteren Übergang in das neue Leben mit weniger Traumas und Schwierigkeiten als es heute oft der Fall ist. Vor allem durch die Urbanisierung des Lebensstils und das Hospitalisieren der Geburten verschwand das Netz der Frauen und die jungen Mütter von Heute ertragen neben vielen Ängsten und Zweifeln auch eine grosse Einsamkeit.

Mehr denn je ist also die Rolle der Doula in der Gesellschaft von heute wichtig geworden. Unter anderem gehört dazu die Geburtsvorbereitung, Körperübungen und -pflege, Aufklaerung, einen Geburtsplan erstellen, das Organisieren des Haushalts, Begleitung zu Arztterminen, Pflege des Neugeborenen, Hilfe beim Stillen, Massage, Aktives Zuhören und vieles mehr.
Diese Art von Unterstützung loest viele Ängste und beugt anderen vor und traegt dazu bei, das die Schwangerschaft und die Geburt gut verlaufen. Die Doula versteht es zudem, den Zeichen und Signalen der Mutter zu folgen und setzt sich dafür ein, dass das Bonding,d.h. das sich erkennen und binden zwischen Mutter und Kind garantierter ist.
Die Assistenz einer Doula ist oft auch gefragt in komplexeren Situationen wie zum Beispiel bei Fehlgeburten, therapeutischen Aborten, Behinderungen, homosexuellen Paaren oder Eltern, welche negative oder traumatische Erfahrungen hinter sich haben.
Im kleineren und sehr viel reduzierterem Rahmen versuchen wir im Gefängnis zu denselben Zielen zu kommen, auf Langzeitwirkung hinarbeitend.
Unser Ziel ist also das Frauengefaengnis von Rebibbia. Laut Artikel 17 sind wir Volontärinnen. Ohne jemals irgendeine spezifische Vorbereitung gemacht zu haben, weil es bis jetzt keine solche gibt, treten wir ein.

Niemals vor uns war die Präsenz einer Doula vorhanden im Gefängnis von Rebbibia. Die ersten Male war das Eintreten äußerst gewöhnungs-bedürftig. Mittlerweile sind uns dieselben Mauern fast familiär geworden. Wir lassen Taschen, Handys und persönliche Gegenstände sowie Vorurteile und Prinzipien im Schliessfach und überschreiten die Schranke mit Metall-detektor. Die zuständigen Angestellten der pädagogischen Abteilung über-geben uns eine aktuelle Liste von Schwangeren und Neumüttern, welche sich entweder in der Krankenabteilung, in der internen Krippe oder aber in anderen Abteilungen befinden.
Wir holen diese aus den verschiedenen Abteilungen ab und passieren als Gruppe die unterirdischen Gänge um zur überwachten Turnhalle zu gelangen. Diese ist nunmehr der offizielle Treffpunkt dieser Frauen geworden, welche oft untereinander verwandt sind oder in denselben Ghettos leben und sich bei dieser Gelegenheit wiedersehen.

Doula einer Frau zu sein, welche uns nicht ausgewählt hat, welche wir zum ersten Mal und im besten Fall zum letzten Mal sehen ist nicht immer einfach. Es sind hart gewordene Frauen trotz ihrer jungen Jahre, vom Leben gezeichnet, oft zum x-ten Mal eingesperrt, normalerweise Opfer eines Systems, einer Tradition. Jedes Mal finden wir uns vor ihrem tiefen Schmerz der entrissenen Kinder wieder. Jedes Mal ist uns bewusst, dass wir in einem Land leben, wo Mütter und Kinder als Allerletzte kommen.

Hier also beginnt unsere Arbeit.

Es macht wenig Sinn, Programme zu machen. Die Situation ist jedes Mal neu und sicherlich anders als erwartet. Bestimmt aber ist der Montag Morgen mittlerweile ein fester Rahmen welcher diesen Frauen gehört, ein Kreis, ein Zusammenkommen in welchem ausgetauscht, geweint, geflucht, die Stille geteilt und viel, viel zugehört wird.
Als Doula kann ich es mir erlauben, weder im Vorurteil noch im Prinzip zu sein um mich auf dieselbe Ebene zu bringen, das heisst, von Frau zu Frau, von Mutter zu Mutter. Ich kann sie in ihren Mutterinstinkten und -intuitionen unterstützen, Zweifel zulassen und versuchen, diese umzuwandeln. Ich kann Ihnen Zeit und Zuhören geben und die Möglichkeit, sich im Radius von 360°Grad auszudrücken.
Natürlich bringe ich auch meine persönlichen Erfahrungen ein; als Frau, als Mutter, als Praktizierende.

Seit vielen Jahren habe ich meine eigene Yogaschule, unterrichte neben Yoga und Schwangerschaftsyoga auch Tai Chi Chuan, Qi Gong, Atmungs- und Entspannungstechnicken und Meditation. Alles Mittel um mit den Frauen auf einfache und direkte Art mit Körper, Geist und Atmung zu arbeiten falls diese

es wünschen. Manchmal lesen wir vor, seltenerweise haben wir die Erlaubnis, ein Aufklärungsvideo zu zeigen, manchmal entstehen regelrechte Anatomiestunden und Beratungen was das Gebären und Stillen anbelangt.

Ich habe sowohl Geburten wie auch das Sterben begleitet. Viele Jahre habe ich als Lehrerin gearbeitet, sowohl in der Schweiz wie vor allem im Ausland. Da ich sieben Sprachen spreche bestehen selten Kommunikationsprobleme auf der Sprachebene. Ich bin auch diplomierte Geigenbauerin und Geigerin. Das Experimentieren mit Musik ist ein sehr direkter und einfacher Weg, in Kontakt zu kommen, ohne Worte zu kommunizieren, sich auszudrücken, etwas zu teilen.
Erst kürzlich habe ich einen Master in Educazione Prenatale, d.h in vorgeburtlicher Erziehung absolviert: Wir alle können intuieren, wie wichtig und wieviel Einfluss die Kondition der Mutter und deren Umfeld auf ihr Kind hat. Heute ist man der Ueberzeugung, das dieser Einfluss bereits vor dem konkreten Empfangen eines Kindes anfängt. Einmal mehr also Präventions-arbeit.

Wenn die Zeit abgelaufen ist, verabschieden wir uns mit den Worten:

" Hoffentlich sehen wir uns nicht wieder!" Mehr als ein Mal ist es passiert, dass eine von den Frauen entlassen wurde während wir dort waren; jedes Mal ein magischer Moment! Das Wort "Freiheit!", "Liberante!" welches ein gebeugter, harter, geschlossener und depressiver Körper in pures Leben verwandelt! Der Freudenschrei, die Arme in die Luft geworfen, die leuchtenden Augen, das Lachen, die Umarmungen, die Solidarität der anderen welche dableiben und dennoch ein klein bisschen Hoffnung schoepfen, dass auch sie eines Tages frei sein werden, der Griff unter das T-shirt um das versteckte Feuerzeug einer Zurückgebliebenen zu schenken, die plötzliche Eile zu gehen, fort, fort und zurück zu ihren Kindern! Jedes Mal sagen sie uns:" Ich werde dich anrufen!" Aber es ist noch nie passiert; wir sind Teil einer schmerzhaften Erfahrung in ihrem Leben, welche sie so schnell wie möglich zurücklassen und löschen wollen.

Oft aber passiert es, dass Frauen im Gefängnis gebären. Normalerweise werden sie ueberfuehrt, sobald die Wehen einsetzen und das Personal sicher ist, dass die Frau nicht simuliert.
Selbstverständlich sind die Frauen auch während der Geburt bewacht, isoliert von Partner und Familie in diesem so speziellen Moment. Nach nunmehr drei Jahren warten wir noch immer auf die Bewilligung, diese Frauen auch während der Geburt begleiten zu können, an ihrer Seite zu sein während sie ein Kind zur Welt bringen.....in welchem Stapel von Papieren im Gesundheitsministerium sich die besagte Bewilligung wohl befindet?....

Nach der Geburt kehren Mutter und Kind zurück ins Gefängnis, dieses Mal in die interne Krippe. Das Gesetz erlaubt den Müttern, ein Kind bis und mit dem dritten Geburtstag bei sich zu haben. Als Doula assistieren wir ihnen nun in all ihren Bedürfnissen und Unsicherheiten mit ihren Neugeborenen. Wie bei allen Frauen können Probleme beim Stillen auftreten, Reflux, Verdauung, Mastite, eventuelle Entzündungen im Falle eines Kaiserschnitts. Die sanitäre Pflege bleibt dem internen Arztpersonal überlassen. Wir arbeiten am Selbstvertrauen der Mutter und geben praktische Hinweise. Sehr oft sind wir Vermittler zwischen Mutter und Personal.

Was aber vor allem und immer wieder am meisten zählt, ist der Augenblick, das Hinhören und Fühlen was das Gegenüber braucht! Gerade und vor allem deshalb eine enorme Chance, zu wachsen, sowohl als Frau wie als Doula, zusammen mit diesen so herausfordernden Frauen! Vieles habe ich zu lernen von ihnen; von ihrem Stolz, ihrer inneren Freiheit, ihrem so anderen Umgang mit der Angst!

Auch anderes haben sie mich gelehrt...

Es ist vorgekommen, dass sie mich darin unterrichtet haben, wie man Geld aus den Hosentaschen anderer stiehlt, wie man sich in Gruppen organisiert. Dabei vergessen sie nie, mich zu ermahnen, eine Foto von mir auf meinem Esstisch liegenzulassen damit sie, sollten sie zufälligerweise bei mir einbrechen, sofort wieder gehen ohne Schaden anzurichten. Ich frage nie nach aber es kommt vor, dass sie mir spontan von ihren Delikten erzählen. Ich habe zugehoert, getroestet, Mörderinnen umarmt, immer wieder an die Worte Jesus denkend:" Wer ohne Schuld ist der werfe den ersten Stein..."!
Paradoxerweise sind die Frauen im Gefängnis oft sehr viel freier als draussen, dominiert und manipuliert von der Männerwelt welche ihre Frauen für Delikte "benutzen" da sie als Schwangere oder als Mütter oder meistens als beides ein Recht auf Hausarrest oder aufgeschobene Strafen haben, welche sie akkumulieren und zu einem späteren Zeitpunkt absitzen. In der Realität bedeutet dies, dass diese Frauen ein ständiges Hin und Her zwischen "Zuhause" und den Strafanstalten, "aeusserer" und "innerer" Freiheit leben, deshalb immer wieder schwanger sind und dieser Kreislauf andauert, bis sie keine Kinder mehr haben können. Zu diesem Zeitpunkt warten viele Jahre Haft auf sie und es erstaunt deshalb kaum, dass sie oft zehn oder mehr Kinder haben.

Viele Schicksale gehen mir durch den Sinn...:

Die Frau, welche ihr 11tes Kind während eines Kolloquiums im Gefängnis mit ihrem Mann gezeugt hatte, danach aufgeschobene Haft erhielt, nach kaum 9

Monaten wieder im Gefängnis war, dieses Mal mit einer Doppelschwangerschaft; einer regulären und einer Eileiterschwangerschaft gleichzeitig! Die Ärzte konnten sowohl die Mutter wie das Kind retten! Kurze Zeit später bekam sie Hausarrest.ich habe sie bis jetzt nicht wiedergesehen.

Die Frau, bei welcher beim Ultraschall im 6. Monat festgestellt wurde, dass das Kind lebensuntauglich war, da sich keine Hirnmasse entwickelt hatte. Noch heute bewundere ich den Mut und die Entschlossenheit dieser jungen Frau, das Kind trotzdem auszutragen und zu gebären um es in den Armen halten zu können während sein so kurzes Leben erlosch! Zum Glück konnte sie in der "Freiheit" und mit ihrem Mann an der Seite gebären.

Die sanfteste Frau welche ich jemals kennengelernt hatte, welche sich als Mörderin entpuppte….zum zweiten Mal schwanger auch sie....

Die Frau, welche ihre ganze Depression und Verzweiflung ihrem kleinen Sohn übermittelt, welchen sie beschützt wie ihren Augapfel. Ich kenne sie nun seit fast drei Jahren...man hat sie im Zusammenhang mit Kinderhandel eingesperrt...

Die19-jaehrige Schwangere, welche ihre Mutter nach 11 Jahren als ebenfalls Inhaftierte endlich wiedergesehen hatte....

Die "Woelfin", anfangs unnahbar und aggressiv. Nach drei Jahren hat sie grosses Vertrauen in uns und verteidigt uns...

Die Frau welche einen so schweren Herzinfarkt erlitt, dass sie beinahe gestorben wäre und die Zentrale nur deshalb endlich deren Ehemann und Familie erreichen konnte, (auch um die zurückgebliebene kleine Tochter abholen zu kommen,) weil dieselbe Woelfin uns ein Zettelchen mit der korrekten Telefonnummer zugeschoben hatte…

Die "Rebellin", Tochter des grossen Zigeunerbosses, welche uns schwor, sobald sie draussen war, sich noch schlimmeren Delikten zu widmen um sich an der Justiz zu raechen…

Reflexionen

Basierend auf meinen Erfahrungen und Beobachtungen und ohne urteilen zu wollen moechte ich in diesem Zusammenhang die Frage stellen, wieviel Sinn die Existenz der Gefängnisse wohl haben mag?...meine Arbeit dort....? Ob eine solche Art von Strafmassnahme einen Menschen, die Welt wohl wirklich ändern mag?

Vielleicht kennen sie Willi Maurer. Ich bin vor zwei Wochen auf seine Bücher gestossen.

Therapeut und Gründer des Begegnungsortes Doné im Tessin wo er seit 30 Jahren Menschen in ihrer Entfaltung mit Gefuehls- und Körperarbeit begleitet. Daraus ist ein Wissen entstanden, das Grundlegendes zur Vermeidung von Gewalt, Kriminalitaet, Sucht und Selbstzerstörung beitragen kann und ihn zur Sensibilisierungsarbeit zum Thema Geburt motiviert hat.

"Durch die langjährige Anteilnahme an der Entwicklungsgeschichte vieler Menschen, entstand in mir ein Verantwortungsgefühl im Bezug zu denen, die in unserer Gesellschaft am meisten übergangen werden, **den Neugeborenen**. Konsequenterweise engagiere ich mich vernetzend bei Holon und Integrale Politik Schweiz um mein Wissen, das Grundlegendes zur Prävention von Gewalt, Sucht und Umweltzerstörung beitragen kann, in die Gesellschaft zurückzuführen.
Eine wahrhaft effiziente Prävention wäre das Garantieren von sozialen Konditionen und psychologischer und finanzieller Unterstützung für alle Mütter, welche ihnen die Möglichkeit bieten, sich vollständig ihren Kindern von Anfang an widmen zu können."

Für sich spricht auch die Poesie von Erri de Luca, ein berühmter Dichter Italiens, mit welcher ich schliessen möchte:

FUER JEDE FRAU IM GEFÄNGNIS
EINE FRAU IM GEFÄNGNIS IST EINE GROESSERE VERSCHWENDUNG ALS EIN MANN IM GEFÄNGNIS. JEDE FRAU IM GEFÄNGNIS BEDEUTET GROESSERES FEHLEN UND GROESSERE ARMUT DRAUSSEN.

EINE MUTTER WENIGER UND KINDER VERSTREUT ZWISCHEN VERWANDTEN UND SICH ANNEHMENDEN.
EINE UNBENUTZTE KUECHE, EIN GESCHLOSSENES FENSTER, EINE LEERE WAESCHELEINE.

AN DER THEKE FUER FRUECHTE, BROT, SEIFE, KAFFEE, FISCH, BLUMEN HAT ES EINE EXPERTIN WENIGER.
EINE FRAU IM GEFÄNGNIS IST EINE ENERGIEVERSTUEMMELUNG.

DER MANN IST SCHNELLER MUEDE ALS DIE FRAU.

DER MANN IST SCHNELLER MUEDE OHNE FRAU.

DIE STADT ERLISCHT OHNE DAS NACHHAUSE KOMMEN DER FRAU.

DIE STADT IST UNGLÜCKLICH OHNE DIE LIEBE EINER FRAU IN IHREM DAHEIM.
NUR DAS GEFAENGNIS IST AM FEIERN; WAS FUER EIN LUXUS, DAS DOPPELTE ROTE KONZENTRAT DER FRAUEN, WELCHE IHRE MENSTRUATION WEGWERFEN UND IHRE EXISTENZ IM BIENENSTOCK, WELCHER KEIN HONIG BRINGT.

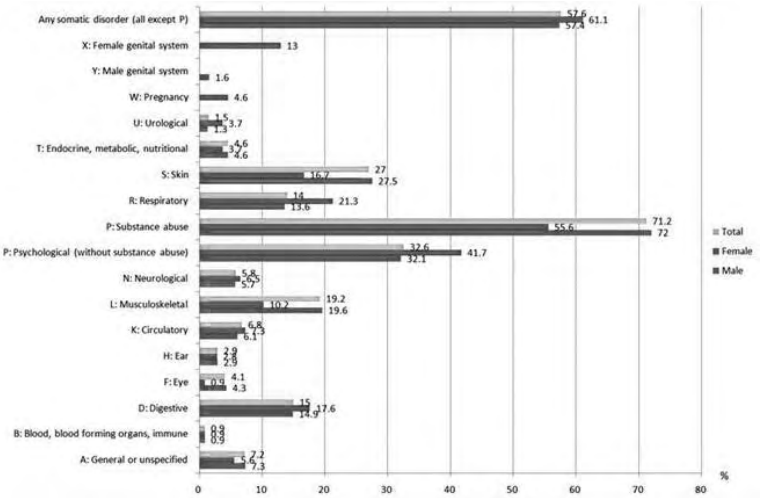
ICH BIN AUF DER SEITE DES UNRECHTS, BEZAHLT VON DER MENSCHLICHEN SORTE FUER JEDE FRAU IM GEFAENGNIS.

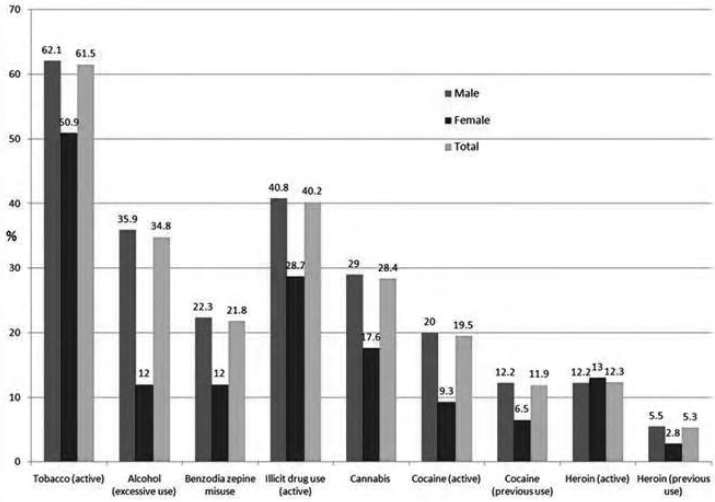
Sevrage de l'Alcool en Prison

Expérience du service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire, Hôpitaux Universitaire de Genève

Moderation : Dr. Penelope Fraser, HUG, CH-GEnf

QUELQUES CHIFFRES





Wolff et coll, Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification BMC Public Health 2011, 11:245

SYNDROME DE SEVRAGE DE L'ALCOOL

Symptômes MINEURS

Hyperexcitabilité globale :

tremor, céphalée, insomnie, tachycardie, palpitations, sudations, anxiété, agitation, nausées/vomissements.

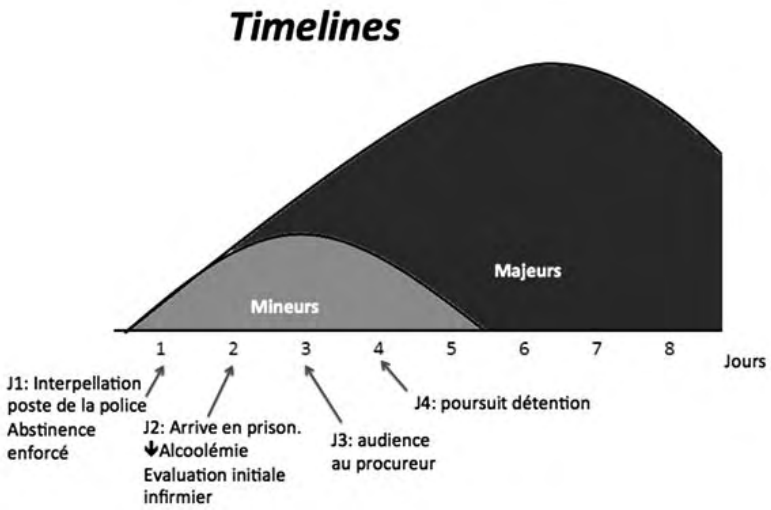
Symptômes MAJEURS

Hyperthermie,

hallucinations,

crise convulsive.

Bayard M, McIntyre *J, Hill KR, Woodside J Jr., Alcohol Withdrawal Syndrome. Am Fam Physician. 2004 Mar 15;69(6):1443-50*



PLUSIEURS MODÈLES DE PRISE EN CHARGE

- Médication à dose fixe
- Médication basée sur les symptômes (*avantageux conçernant durée, morbidité mais nécessite un accés au patient aux soins)*

-> Schéma intermédiaire développé à Champ-Dollon

Score de sevrage CIWA-Ar abrégé :

Nausées/vomissements	0				4			7
Tremblements	0				4			7
Sueur	0	1			4			7
Anxiété	0	1			4			7
Agitation	0	1			4			7
Céphalées	0	1	2	3	4	5	6	7
Hallucinations visuelles	0				4			7
Hall. auditives	0				4			7
Hall. cénesthésiques	0				4			7
Désorientation	0		2	3	4			
TOTAL								

10 PARAMÈTRES:
rapide et précis avec grande reproductibilité inter-observateur

Nausées et vomissements : *Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.*
4 : Nausées intermittentes avec haut-le-cœur.
7 : Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements.

Tremblements : *Evaluer bras tendus et doigts en face de l'examinateur. Observer.*
4 : Modérés, lorsque les bras sont tendus.
7 : Sévères, même avec les bras non tendus.

Sueurs : *Observer.*
1 : Sueur à peine perceptible, paumes moites.
4 : Front perlé de sueur.
7 : Sueurs profuses.

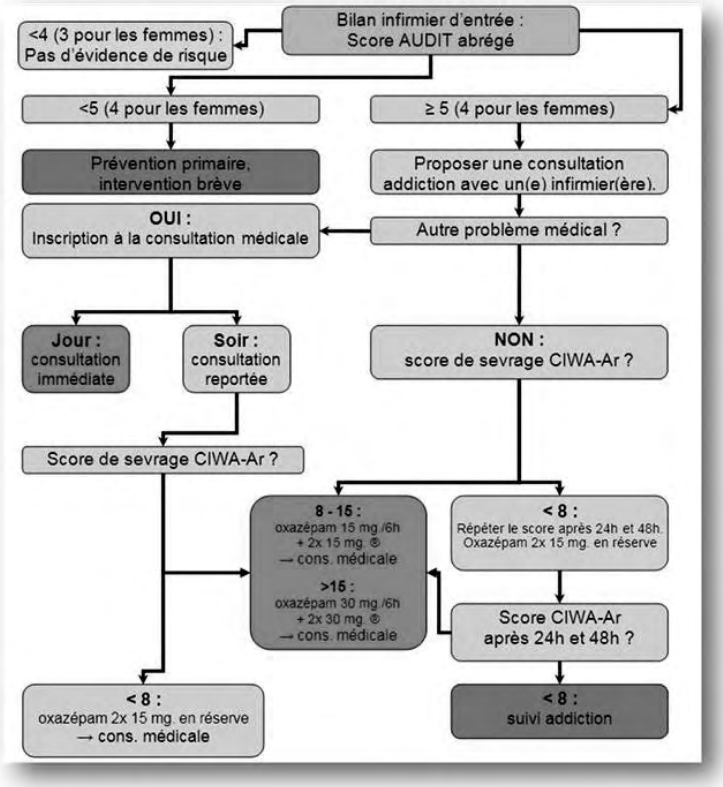
Anxiété : *Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.*
0 : Pas d'anxiété. Détendu.
1 : Légèrement anxieux.
4 : Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété.
7 : Equivalent d'état de panique aiguë.

Agitation : *Observer.*
0 : Activité normale.
1 : Activité légèrement accrue par rapport à la normale.
4 : S'agite et gigote, modérément.
7 : Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment.

Troubles des perceptions tactile/auditive/visuelle : *Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Entendez-vous un son ou voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Entendez-vous ou/voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ?*
4 : Hallucinations modérées.
7 : Hallucinations continues.

Troubles de l'orientation : *Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où sommes-nous ? Qui suis-je ?»*
2 : Erreur sur la date de moins de 2 jours.
3 : Erreur sur la date de plus de 2 jours.
4 : Désorienté(e) dans plusieurs modes.

LOGIGRAMME ALCOOL



Réflexion basée sur: D. Berdoz, C.Chapuis, J.-B. Daeppen, Prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool, Schweiz Med Forum 2005; 235-240

INDICATIONS À L'HOSPITALISATION

- Grossesse
- Epilepsie connue
- Syndrome de sevrage sévère (hallucinations, delirium)
- Co-existence d'un risque suicidaire (patient incapable de s'engager à faire appel)
- Co-existence d'une pathologie psychiatrique décompensée

Key Messages

1. Sevrage de l'alcool est frequent et potentiellement dangereux.
2. Dépistage possible avec CIWA-Ar score validé et un traitement efficace.
3. Bien adapté à l'intervention infirmier – expansion de rôle, empowerment.
4. Nécessite la formation d'équipe et communication bilatérale et continue.

Le préavis thérapeutique *selon le nouveau Règlement Concordataire Romand*

Définitions légales et implications cliniques

Moderation : Dre Corinne Devaud Cornaz, psychiatre et M. Marc Fetter, infirmier en psychiatrie

Résumé de l'atelier No 8 :

En préambule, le Centre de Psychiatrie Forensique a été présenté avec ses missions actuelles et différents sites de consultations psychiatriques forensiques dans le Canton de Fribourg (CH). Ensuite, les différentes modifications législatives concernant l'octroi d'autorisations de sortie aux personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires du Concor-dat Romand auquel appartient le Canton de Fribourg ont été détaillées. Une attention particulière a été consacrée à l'art. 17 de ce nouveau règlement, celui-ci sollicitant spécifiquement les psychothérapeutes travaillant en prison. En effet, avant d'octroyer une sortie au détenu, un préavis leur désormais demandé, ce qui les engage davantage dans le processus d'octroi de sortie et les implique dans une procédure de déci-sion inter-disciplinaire. Afin d'illustrer les conséquences de cette nouvelle pratique et d'en discuter au niveau des implications en ce qui concerne la promotion des soins psychiques prodigués aux détenus, plusieurs vignettes cliniques ont été présentées et débattues au sein de cet atelier.

Missions du Centre de Psychiatrie Forensique

Le Centre de Psychiatrie Forensique a été inauguré en 2012 par le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (voir www.rfsm.ch) sur la demande des magistrats (Ministère Public et, Justice de Paix) et établissements pénitentiaires du Canton de Fribourg. Le Centre est subdivisé en deux unités, l'Unité d'Expertises qui reçoit les mandats d'expertises pénales, civiles et AI et l'Unité Thérapeutique. Cette dernière a pour mission d'assurer des soins psychiatriques dans trois sites de consultation différents, la Prison Centrale en Basse-Ville de Fribourg, les Etablissements de Bellechasse à Sugiez (FR) et l'Ambulatoire au Centre Ville de Fribourg.

Cette répartition sur trois sites offre l'avantage pour les patients forensiques et leurs psychothérapeutes d'un suivi longitudinal permettant une continuité des soins celle-ci débutant dès la détention avant jugement, se poursuivant ensuite durant l'exécution de peine puis à la sortie de prison lorsque celle-ci est assortie de conditions comme un suivi psychiatrique ordonné.

Règlement concordataire romand : aspects légaux spécifiques liés aux droits du détenu et des traitements ordonnés

En Suisse, selon l'art. 123 de la Constitution Fédérale, l'instruction pénale, le jugement et l'exécution des sanctions relève de la compétence des cantons[61] .

Afin de pourvoir à un effort d'uniformisation de la législation dans ce domaine de l'exécution des sanctions, les vingt-six cantons se sont organisés en trois concordats, un canton ne pouvant assurer à lui seul toute la panoplie des sanctions prévues par le Code Pénal Suisse (exécution des peines primaires, des longues peines, des mesures, des internements) tant pour les adultes que les jeunes adultes. Ces trois Concordats comprennent deux Concordats en Suisse-Alémanique, celui du Nord-Est, celui du Nord-Ouest et Centre de la Suisse et un Concordat Romand, ce dernier réunissant les cantons francophones et le Tessin (Annexe 1). Les dispositions législatives visant à uniformiser l'application des sanctions au sein des Cantons Romands sont édictées par la Conférence Latine des Départements de Justice et Police (voir www.cldjp.ch).

C'est dans le décours de deux affaires dramatiques se concluant par l'homicide de deux jeunes femmes, l'un survenant dans le cadre d'une libération conditionnelle d'un détenu déjà condamné pour meurtre et le second survenu lors d'une sortie accompagnée par une socio-thérapeute que la CLDJP a, dans l'urgence, édicté un nouveau règlement précisant les conditions d'octroi des sorties (Règlement du 31.10.2013).

Ce nouveau règlement fait appel au Code Pénal pour définir les sorties. Celui-ci rappelle que les *autorisations de sortie sont accordées* pour per-mettre aux détenus d'entretenir des relations avec le monde extérieur, pour préparer leur libération ou pour des motifs particuliers comme par exemple de régler des affaires importantes ou juridiques qui nécessitent la présence de l'intéressé. Ce nouveau règlement définit à quelles conditions sont subordonnées l'octroi du congé. Parmi celles-ci y sont mentionnés « que le comportement de la personne détenue ne s'y oppose pas », « qu'il n'y a pas lieu de craindre qu'elle ne s'enfuie ou commette d'autres infractions », « qu'elle ne mette pas en danger la sécurité publique » et « qu'elle ne fasse pas l'objet de mesures particulières de sécurité ».

Le règlement concordataire stipule également que «selon une longue pratique, différents éléments sont pris en compte pour établir cette

[61] Les cantons doivent exécuter les jugements rendus par les tribunaux (art.372 al.1) et doivent garantir une exécution uniforme (art. 372 al.3).

appréciation, comme l'infraction commise, la durée de la sanction pénale, le risque de fuite, l'état psychique, le comportement et l'attitude du détenu, la durée du séjour, et la présence éventuelle de liens sérieux avec notre pays et risque de mise en danger de la collectivité».

Les champs d'application, les dispositions générales et différentes définitions d'une sortie sont également précisés. Selon l'art.3 du Règle-ment, elles comprennent les conduites, les permissions et les congés, ceux-ci étant accordés selon un barème progressif (art. 11) et selon une certaine procédure[62] (art.10).

Préavis Thérapeutique

Au sein de ce Règlement, l'art. 17 sollicite spécifiquement les psycho-thérapeutes. En effet, l'alinéa 3 stipule que « Si la personne détenue suit un **traitement thérapeutique ordonné** dans l'établissement d'exécution, ce dernier **prend en considération la prise de position du thérapeute compétent** sur l'évolution du dit traitement, l'existence de contre-indications médicales, et les recommandations visant à réduire le risque ». A titre illustratif, un exemplaire de formulaire de préavis est montré dans l'annexe No 2.

Atelier Clinique

Dans le but de sensibiliser les participants à l'atelier aux nouvelles questions cliniques soulevées par le remplissage d'un tel formulaire, quatre vignettes cliniques anonymisées ont été distribuées à quatre groupes afin que ceux-ci s'acquittent de l'exercice de répondre à ces questions et de comparer les avis. Après recueil des travaux de groupe, il est intéressant de constater qu'au terme de la restitution trois groupes sur quatre ont répondu de façon congruente alors qu'une vignette clinique a suscité des réponses divergentes ce qui démontre que les réponses à ces questions nécessite une concertation entre plusieurs soignants afin d'apprécier la situation.

[62] Procédure pour l'obtention d'une sortie : le(a) détenu(e) doit en faire la **demande formelle,** avoir effectué un séjour de 2 mois dans le même établissement, montrer des éléments probants que l'octroi de sa sortie est compatible avec le besoin de protection de la collectivité, justifier qu'il(elle) a pris une part active aux objectifs de resocialisation prévus dans le PES et que sa demande de sortie fait partie du PES, démontrer que son attitude au cours de la détention la rend digne de la confiance accrue qu'elle sollicite et qu'il (elle) dispose d'une somme minimale.

Recommandations sur la base du constat clinique du CPF

En dernière partie, après avoir collecté l'avis de tous les participants, les animateurs ont partagé leurs constats après deux ans de mise en pratique. Selon eux, les soignants seraient à même de répondre aux deux premières questions traitant de l'évolution du traitement et de l'existence de contre-indications médicales tandis que la réponse à la troisième question concernant les éventuelles recommandations pour éviter un risque de récidive devrait être renvoyée aux chargés d'évaluation criminologues.

Pour répondre à ces deux questions qui relèvent du champ clinique - évolution du traitement et contre-indications médicales -, l'équipe des thérapeutes forensiques du CPF a défini une *procédure qui comportait cinq étapes :*

A) Réception de la demande de sortie, qui est envoyée par l'assistant social de la personne détenue.

B) Contextualisation de la demande en regard du plan d'exécution de sanction de la personne détenue : évaluation inter-disciplinaire avec le référent social et/ou le le référent de l'autorité de placement.

C) Elaboration clinique dans le cadre d'un entretien en face à face du contenu du programme de sortie avec le patient : horaires et lieu de sortie, motifs et objectifs de la sortie, nature des liens avec les personnes rencontrées. Evaluation des facteurs protecteurs et des facteurs à risque d'une décompensation psychique du patient en cours de sortie. Eventuellement, aide à la construction et structuration du programme pour les patients plus démunis sur le plan psychique (patients avec intelligence limitée et/ou psychotiques).

D) Evaluation pluridisciplinaire du contenu du programme au sein de l'équipe thérapeutique forensique. Discussion, concertation et préparation de la réponse avec ajout d'éventuelles recommandations émises sur un plan clinique.

E) Envoi à la direction de prison, du préavis émis soit favorablement soit défavorablement en regard de la demande de sortie.

Par ailleurs, *l'évaluation pluri-disciplinaire* clinique entre psychiatres et infirmiers est constituée de cinq critères suivants :

A) Les critères statiques : anamnèse, antécédents psychiatriques et comorbidité.

B) Les critères dynamiques : nature du suivi clinique, psychopathologie, aptitude psychique du patient à un processus de remise en question, gestion des émotions et de la crise, état actuel de l'addiction du patient.

C) Critères environnementaux : enjeux systémiques, familiaux et relationnels, facteurs à risque de recours aux substances psychoactives et/ou exposition éventuelle à des situations de surstimulation.
D) Critères judiciaires : plan d'exécution de la peine ou de la mesure.
E) Critères subjectifs : expression des ressentis et/ou impressions lors de situations apparaissant floues, insuffisamment documentées ou générant un doute important.

Au retour de sortie du détenu/patient, dans le cadre de l'entretien clinique avec son thérapeute, les quatre aspects suivants sont apparus comme importants à discuter :
A) Evaluation, dans le cadre de l'entretien clinique, par le patient/détenu avec son thérapeute de l'impact de sa sortie sur son évolution clinique.
B) Comparaison de son vécu éprouvé durant son congé réel par rapport au vécu souhaité, voire idéalisé pour le congé prévu.
C) Articulation du résultat du congé avec le déroulement du plan d'exécution de la sanction ou de la mesure.
D) Evaluation de l'impact, positif ou négatif, sur l'état de santé psychique global du patient et mise en perspective par rapport à sa trajectoire existentielle.
Enfin, après cet entretien de bilan entre le patient et son thérapeute, une restitution de cet entretien est faite dans le cadre des colloques de synthèse clinique du CPF. Cette restitution permet au thérapeute référent de prendre du recul et redéfinir la suite des objectifs thérapeutiques pour son patient en intégrant le regard de ses pairs cliniciens.

Conclusions

Au terme de ces deux ans d'exercice de compte-rendu des préavis thérapeutiques aux autorités pénitentiaires, plusieurs aspects sont apparus importants aux yeux des cliniciens du CPF, aspects qui ont été discutés également avec les participants de l'atelier No 8.
Premièrement, le préavis thérapeutique doit toujours demeurer indépendant de l'avis de la direction de l'établissement pénitentiaire avant d'être envoyé à l'autorité de placement. En outre, la restitution du préavis doit être effectuée au terme d'une évaluation pluri-disciplinaire au sein de l'équipe thérapeutique, ceci afin d'autoriser un partage de point de vues ceux-ci apportant un regard pluriel sur la situation et de faire émerger un processus de réflexion à plusieurs concernant l'évaluation et la prise de décision. Enfin, l'avantage d'une telle évaluation, permet de partager aussi les responsabilités d'une telle prise de décision.

En deuxième lieu, le constat suivant est apparu lors de la mise en pratique de ces entretiens cliniques pour s'acquitter du remplissage de ce préavis thérapeutique. Tout d'abord, celui-ci est apparu également comme un véritable outil thérapeutique au service de la relation patient-clinicien, ce qui constitue un avantage indéniable lorsque l'on connaît l'importance des distorsions relationnelles que peuvent présenter une grande majorité des détenus sous obligation de traitement. En effet, il s'agissait de discuter aussi concrètement de l'organisation des sorties de la personne-détenue à l'extérieur obligeant cette dernière à transmettre des éléments intelligibles sur ses projets d'activité, sa vie relationnelle avec les proches auxquelles elle rendrait visite. Réévaluer les conditions de sortie amenait également à reparler des circonstances qui avaient conduit la personne-détenue à être incarcérée ce qui aidait celle-ci à développer un regard plus critique sur son fonctionnement antérieur. En outre, au fil des entretiens, au fur et à mesure que les objectifs de sortie étaient dument discutés et débattus, il est apparu que le préavis apparaissait également comme un outil de promotion de la santé psychique particulièrement lorsque les différents facteurs protecteurs pour éviter un risque de décompensation psychique étaient détaillés.

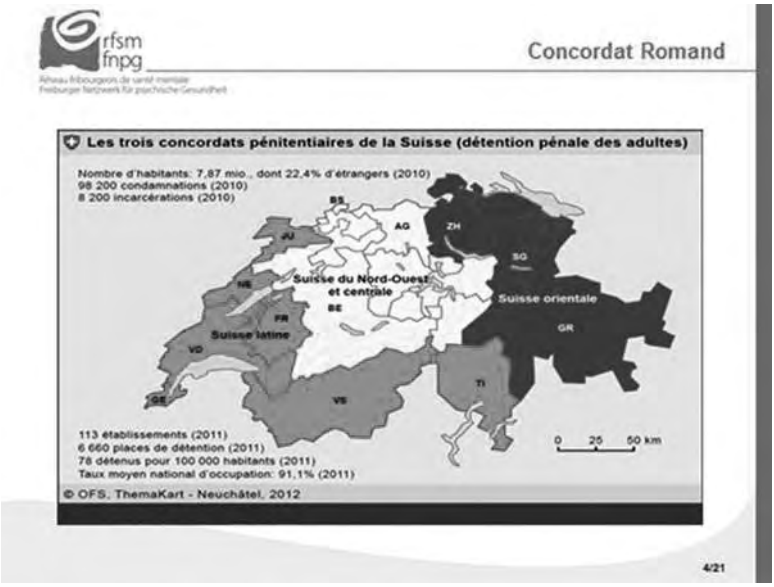
Ensuite, la restitution de ces préavis a eu un impact certain sur le partenariat entre soignants et personnel pénitentiaire. En effet, elle a nécessité l'établissement d'une procédure inter-disciplinaire afin de s'acquitter des délais qu'il s'agissait de respecter du côté des deux familles professionnelles ceci afin d'honorer les engagements pour la personne détenue. Elle a incité à développer une meilleure interface de communi-cation entre référents sociaux et soignants. Aux yeux de ces derniers également, afin d'éviter les effets délétères d'un préavis rendu trop tard – qui a pour effet de priver la personne détenue de la sortie- il est apparu nécessaire de planifier les RDVs suffisamment à l'avance pour discuter également de cet aspect. Dès lors, le préavis thérapeutique est apparu comme un instrument de progrès quant à la qualité des prestations psychiatriques dispensées auprès du patient.

Enfin, si le préavis lors de sa mise en œuvre début 2014, est apparu aux yeux des patients comme un frein, un obstacle à leur bonne relation thérapeutique, ou du moins à celle qu'ils se représentaient comme telle au fil des mois , l'obligation de s'en acquitter les a incité à s'adresser aussi plus rapidement aux thérapeutes. En effet, aux débuts, les thérapeutes étaient considérés comme les « empêcheurs de sortie », surtout lorsque les demandes de préavis arrivaient en dernière minute. Désormais, les thérapeutes sont investis, à tort parfois, comme les « facilitateurs de sortie » avec tout ce que cela comporte comme fardeau de responsabilité.

Néanmoins, nonobstant les effets d'instrumentalisation toujours connus en milieu pénitentiaire, force est de constater que cette mise en œuvre du préavis invite les personnes détenues à s'adresser plus rapidement aux médecins et infirmiers psychiatres du CPF.

Par ailleurs, si le remplissage de ce préavis a, dans un premier temps, pris au dépourvu les soignants, ceux-ci se demandant comment le remplir, « que dire ou quoi dire sur mon patient ? et surtout comment le dire » sans lui faire vivre une intrusion supplémentaire, il a incité les soignants œuvrant en psychiatrie à modifier ce préjugé de manière à se le représenter comme une préoccupation porteuse d'une intention bienveillante en se référant au modèle de l'octroi des congés d'hôpital psychiatrique. Ainsi, en devant répondre d'abord à une préoccupation d'ordre sécuritaire certes, les cliniciens du CPF ont fait en sorte que cette préoccupation comportait aussi une valence de soins psychique, dans le sens que le soignant psychiatre et psychothérapeute dédie ses efforts à comprendre ce qu'effectue son patient en dehors des entretiens psychiatriques, ceci dans une démarche d'accompagnement psychothérapeutique dans laquelle le patient doit apprendre à se situer vis-à-vis d'une réalité externe et non pas seulement par rapport à sa vie psychique interne.

Annexe: Les trois concordats pénitentiaires de la Suisse



Quand l'impulsivité est au cœur du problème

Comment rendre attractif un programme de soins spécifiques pour des personnes en obligation de soins ?

Possibilités et enjeux

Moderation: Michèle Girard, Infirmière Spécialiste Clinique en psychiatrie

CURABILIS

- Issu du concordat romand et latin.
- Etablissement pénitentiaire avec du personnel médico soignant et non un hôpital avec du personnel sécuritaire.
- Reçoit des personnes au bénéfice d'articles:
  - 59 al-3CP (traitement des troubles mentaux).
  - 64-al 1CPS (internement).
  - 60 al-1CPS (traitement des addictions)

LA STRUCTURE CURABILISA ce jour:

Unité Hospitalière de Psychiatrie

Pénitentiaire UHPP	⇒	Septembre 2014
1 pavillon de mesures UM4	⇒	Septembre 2014
2ème pavillon de mesure UM3	⇒	Septembre 2015

ROLEDE L'INFIRMIERE - SPECIALISTE CLINIQUE

1- Rôle d'experte consultante.

2- Rôle d'enseignement auprès des soignants, des personnes soignées et de leurs proches.

3- Rôle de leader clinique, tout en développant une réflexion à la recherche clinique en soins infirmiers et en intégrant la dimension éthique dans ses activités.

4- Lien fonctionnel et non hiérarchique avec les cadres et non cadres.

CONSTAT A UN ANNEE DE PRATIQUE

Selon les infirmiers, nouveaux collaborateurs:

• Expriment des difficultés pour le traitement des comportements impulsifs.

• Manquent de modèle conceptuel.

Selon les situations cliniques, une majorité de soignants:

• Oscillent dans des positions extrêmes:

- «sauver» ou «rejeter».

• E prouvent des émotions désagréables:

- peur.
- Découragement.

LES POSSIBILITES: L'ADAPTATION DU MODELE DE LA THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE selon MARSHA. M. LINEHAN

C'est un modèle qui a l'avantage d'offrir:

■ Une compréhension empathique du trouble de la personnalité.

■ Des outils qui aident à structurer les entretiens et cibler les comportements problématiques extrêmes à diminuer (parasuicide, hétéro-agressivité, menaces, insultes, par exemple).

■ L'enseignement des compétences comportementales non ou insuffisamment acquises par la personne soignée.

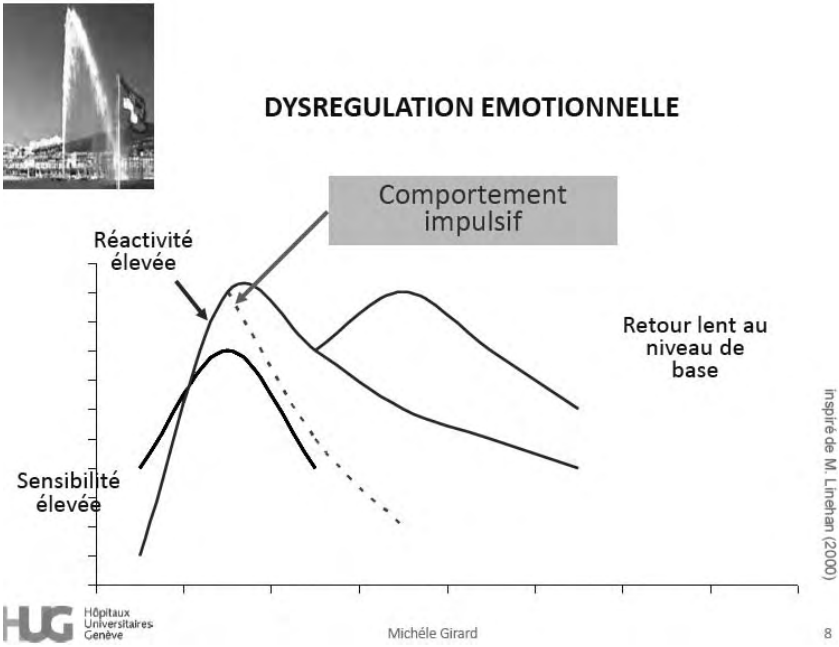
■ La possibilité d'engagement du patient pour diminuer ses comporte-ments problématiques et augmenter ses compétences.

■ L'augmentation de l'engagement des soignants.

■ Un soutien efficace des compétences soignantes.

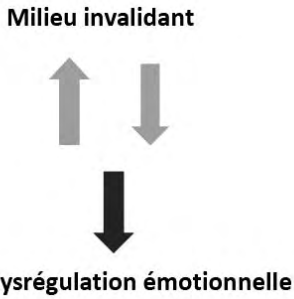
CRITERESDSM-IV DU TROUBLE BDL

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses
3. Perturbation de l'identité: instabilité de l'image, de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses,sexualité,toxicomanie,…)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à controller sa colère
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une ideation persécutoire ou de symptoms dissociatifs sévères.



ETIOLOGIE DU TROUBLE :

LA THEORIE BIOSOCIALE



ENVIRONNEMENT INVALIDANT

1. Rejette la communication des expériences personnelles.

2. Punitl'étalage émotionnel et renforce de manière intermittente l'escalade émotionnelle.

3. Sur-simplifie les buts à atteindre et la capacité à résoudre les problèmes.

LES CONSEQUENCES DU MILIEU INVALIDANT (1)

L'environnement n'apprend pas à l'individu à:

• Etiqueter les expériences privées dans une communauté sociale plus large.

• Réguler les émotions efficacement.

• Faire confiance aux expériences comme des réponses étant valides face aux événements.A la place, l'environnement apprend à l'individu de:

• S'auto-invalider activement et chercher dans l'environnement social des indications pour savoir comment répondre.

LES CONSEQUENCES DU MILIEU INVALIDANT (2)

L'environnement n'apprend pas à l'individu à:

• Exprimer avec précision ses émotions.

• Communiquer sa douleur d'une manière efficace.A la place, l'environnement apprend l'individu à:

• Osciller entre des styles tels que, inhibitions émotionnelles et émotions extrêmes.

LES CONSEQUENCES DU MILIEU INVALIDANT (3)

L'environnement n'apprend pas à l'individu à:

•Tolérer la détresse.

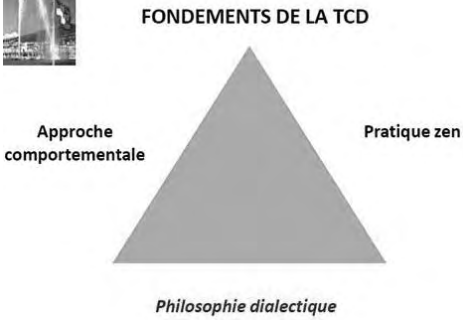
•Résoudre les problèmes difficiles de la vie.L'environnement apprend à l'individu à:

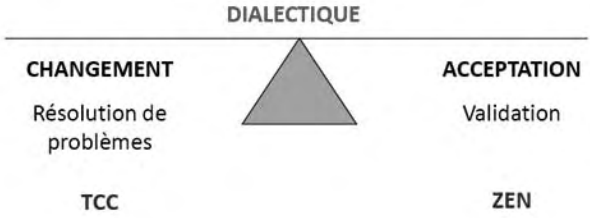
•Répondre négativement à l'échec.

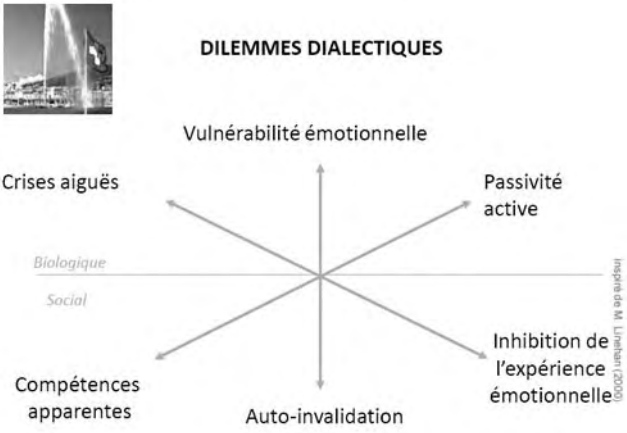
•Constituer des attentes et des objectifs irréalistes.

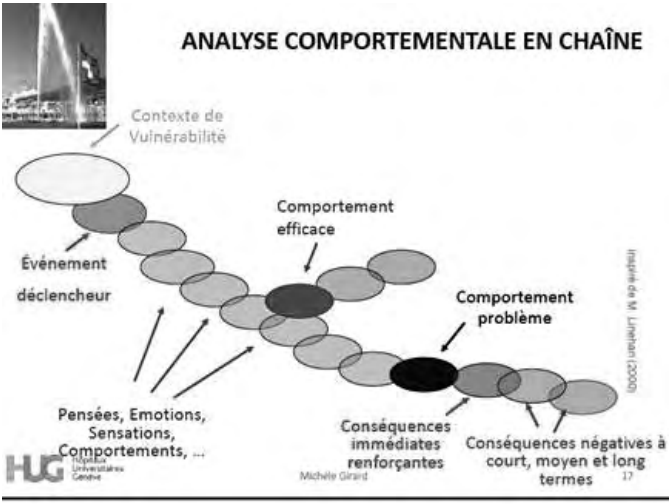
•Tenir

Des standards perfectionnistes.









COMMENT FAIRE UNE ANALYSE COMPORTEMENTALE EN CHAÎNE ?

1. Définition du comportement-cible

Il doit être formulé en terme de **comportement,** en précisant ses **conséquences**immédiates, à court, moyen et long-terme pour soi et autrui.

2. Recherche de l'événement déclencheur

Retrouver l'événement qui est **à l'origine**de l'enchaînement de pensées, sensations, émotions conduisant au comportement-cible.

3. Situer cet événement dans un contexte de vulnérabilité

Incarcération, alimentation, sommeil, manque d'exercice physique, maladies physiques ou psychiques, stress environnemental, etc.

4. Description des maillons de la chaîne

Décrire le plus précisément possible les différents événements observés: **émotions, pensées** (croyances, interprétations), **ressentis physiques**, **actions** (soi et autrui) survenant entre l'événement déclencheur et le comportement-cible.

5. Recherche de solutions

Trouver les **actions**, **stratégies**, ou **compétences**que l'on peut mettre en place pour résoudre le problème efficacement et éviter ainsi le comportement-cible.

Rechercher des stratégies de **prévention**permettant de réduire la vulnérabilité émotionnelle de base.

MODES DE LA TCD

• Entretiens thérapeutiques individuels, planifiés sur temps donné et dans un engagement mutuel.
• Entraînement aux compétences.
• Réunion de la consultation des membres des acteurs de soins..
• Pharmacothérapie.
• Hospitalisations de crise.

ENSEIGNER UN COMPORTEMENT EFFICACE POUR DIMINUER UN COMPORTEMENT PROBLEME

OBJECTIFS PRIORITAIRES COMPORTEMENTS A DIMINUER

Travailler avecl'analyse comportementale en entretiensur:
- Les comportements qui menacent la vie.
- Les comportements qui interfèrent avec les soins.
- Les comportements qui interfèrent avec la qualité de la vie.

Enseignement de compétences pour diminuer une compétence déficitaire

Augmenter:		Diminuer:
- Mindfulness	→	- Confusion d'identité, sentiment de vide
- Efficacité interpersonnelle	→	-Chaos, peur de l'abandon
-Régulation de l'émotion	→	- Affect labile , colère inappropriée
- Tolérance à la détresse	→	- Impulsivité, parasuicide

ENJEUX

Pour en favoriser l'efficacité, ce modèle nécessite l'adhésion à:

• Un choix de référence conceptuelle clairement énoncée et un engagement pour cette approche.

• Une interdépendance entre les professionnels.

• L'acceptation de concepts relatifs au traitement par l'équipe inter-discplinairepour une cohérence des soins.

• L'acceptation de concepts relatifs aux personnes traitées pour une vision cohérente et partagée du trouble.

• L'acceptation des concepts relatifs à une consultation hebdomadaire entre professionnels (intervisionet/ou supervision) indispensable.

LES ACCORDS DELA CONSULTATION (intervision)

• Accepter une philosophie dialectique (thèse, antithèse, synthèse).

• Aider le patient à interagir avec d'autres professionnels.

• Tous les professionnels de la santé observent leur propres limites sans peur de jugement des autres membres de l'équipe.

• Chercher une interprétation phénoménologique, empathique et non-péjorative du comportement de la personne du patient.

• Tous les professionnels de la santé sont faillibles.

• Les soignants qui s'occupent des patients aux comportements impulsifs ont besoin de soutien.

LES CONCEPTS RELATIFS ALA DEMARCHE DE SOINS DE SOINS

• Le meilleur soin qu'un soignant puisse faire est d'aider le patient à changer de façon à être plus près de ses propres objectifs.
• Clarté précision et compassion sont de la plus grande importance pour mener à bien le traitement.
• La relation thérapeutique est une relation de partenariat.
• Les principes comportementaux sont universels, n'affectant pas moins les soignants que les patients.
• Les soignants peuvent échouer.
• La méthode peut échouer même si les soignants n'échouent pas.

LES CONCEPTS RELATIFS AUX PATIENTS

• Les patients font du mieux qu'ils peuvent.
• Les patients souhaitent s'améliorer.
• Les patients ont besoin de faire mieux et ont besoin d'être plus motivés à changer.
• Les patients ne peuvent avoir causé l'ensemble de leurs problèmes mais ils doivent les résoudre quoi qu'il en soit.
• Les patients doivent apprendre de nouveaux comportement dans tous les contextes nécessaires.
• Les patients ne peuvent pas échouer dans leur démarche thérapeutique (mais la thérapie n'est peut-être pas adaptés à eux).

LES ENJEUX

Pour les soignants

• Accepter d'être soutenu pour apprendre et améliorer les compétences:
    • D'observation (de leur limites, de leurs émotions extrêmes, de leur jugements sur eux-mêmes, sur l'autre).
    • De description.
    • De participation.
• Accepter d'appliquer leurs compétences ainsi:
    • Sans jugement.
    • En cherchant ce qui est efficace.
    • En faisant une chose à la fois.

En conclusion Bilan à ce jour:

• Sur l'ensemble des collaborateurs infirmiers initiés à ce modèle les points suivants sont utiles et appréciés:
    • La précision du cadre thérapeutique.
    • Les techniques de validation et résolution de problème.
    • De la pratique.

- L’acquisition et l’augmentation des compétences.
- L’analyse comportementale.
- La structure des objectifs ciblés.

En conclusion

BIOGRAPHIE

Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite
Marsha M. LINEHAN
Edition Médecine &Hygiène-2000
Manuel d’entraînement aux compétences pour traiter le trouble de la personnalité borderline.
Marsha. M. LINEHAN
Edition Médecine&Hygiène-2000

TeilnehmerInnen

Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012)

In Genf fand vom 1. bis zum 3. Februar 2012 unter dem Titel „Patient oder Gefangener? Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft“ die 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft statt.
In der „Hauptstadt der Menschenrechte“ hatte Professor Jacques Bernheim den ersten von den Justizbehörden und der Gefängnisleitung unabhängigen medizinischen Dienst in Haft eingerichtet. Bernheim war ein unermüdlicher Verfechter der fundamentalen Rechte von Menschen in Haft und treibende Kraft grundlegender Regelwerke für den europäischen Strafvollzug, die auch vom Europarat, dem Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), dem Weltärztebund (World Medical Association/WMA), dem International Council of Nurses (ICN), der Weltgesundheitsorgani-sation (WHO) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als maßgeblich anerkannt sind.
Diese Regeln und Empfehlungen basieren auf dem Humanitären Völkerrecht und den Grundrechten. Im Einzelnen handelt es sich um folgende sieben fundamentale Prinzipien:

1. Gefangene müssen jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
2. Die medizinische Versorgung muss derjenigen für nicht inhaftierte Personen entsprechen (Äquivalenzprinzip).
3. Jede medizinische Behandlung von Menschen in Haft setzt deren freiwillige und informierte Zustimmung voraus, wobei das Prinzip der Vertraulichkeit gilt (Berufsgeheimnis).
4. Menschen in Haft haben ein Recht auf gesundheitliche Aufklärung und auf Zugang zu den gängigen Mitteln zur Krankheitsverhütung.
5. Pflicht zur humanitären Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen.
6. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen unabhängig von allen Ebenen der Justiz und des Strafvollzugs arbeiten.
7. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen über die notwendigen professionellen Kompetenzen verfügen.

In der Mehrheit der europäischen Länder sind diese Prinzipien noch nicht in der Gesetzgebung verankert. Darüber hinaus stellen die Teilnehmerinnen

und Teilnehmer der 6. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft fest, dass die Prinzipien in der Praxis nur unzureichend umgesetzt werden, und erinnern daran, dass mehrere europäische Länder wiederholt vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wegen unmenschlicher und entwürdigender Behandlung von Gefangenen verurteilt worden sind.

Angesichts der weltweiten Wirtschaftskrise und einer Tendenz in der Gesetzgebung, sicherheitsbezogenen Erwägungen Vorrang vor der Unterstützung für vulnerable (besonders verletzliche) Gruppen einzuräumen, bringen wir unsere wachsende Beunruhigung angesichts der sich verschlechternden Bedingungen im Strafvollzug – insbesondere was die gesundheitliche Versorgung angeht – zum Ausdruck.

Der Akt des Freiheitsentzuges zieht jedoch stets eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Inhaftierten nach sich. Wir appellieren deshalb dringend an die europäischen Staaten, die genannten sieben Prinzipien und die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze in ihren jeweiligen Landesgesetzen zu verankern und ihre Achtung und Umsetzung sicherzustellen.
Insbesondere fordern wir nachdrücklich, dass die Rolle der Mitarbeitenden in der gesundheitlichen Versorgung geklärt werden muss. Hier ist vor allem sicherzustellen, dass sie allein im Interesse der Gesundheit ihrer Patienten handeln. Da es bei ihnen häufig zu Loyalitätskonflikten zwischen den Erwartungen und Ansprüchen von Patient(inn)en auf der einen und jenen des Vollzugspersonals oder der Direktionen auf der andern Seite kommt, muss allen Mitarbeitenden von medizinischen Diensten in Haft professionell unabhängiges Arbeiten ermöglicht und garantiert werden.
Um dieses Ziel einer professionellen Unabhängigkeit zu erreichen, schlagen wir folgende drei Schritte vor:

1. Vereinheitlichung der Ausbildung und des Informationsstandes insbesondere in den Feldern Recht und Medizinethik aller Mitarbeitenden im Justizvollzug, um:

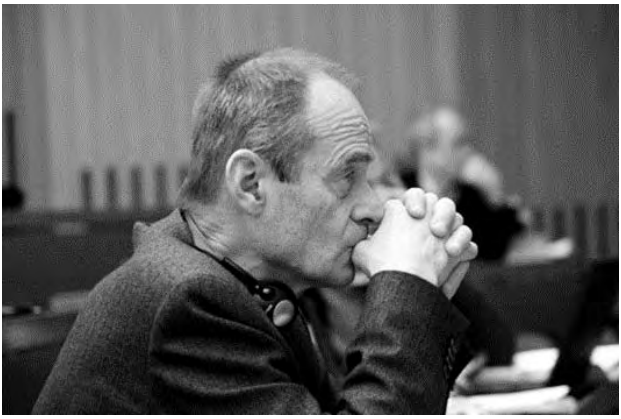
Situationen identifizieren zu können, die mit Loyalitätskonflikten zu tun haben, und in solchen Situationen im Interesse der inhaftierten Patient(inn)en handeln zu können, und um
Die Rollen und Aufgaben aller Berufsgruppen in Haft zu klären und den gegenseitigen Respekt zu fördern.

2. Verstärkter Einbezug der Kontrollbehörden, der Berufsverbände und von medizinethischen Kommissionen.

3. Klare Zuordnung des Personals zu den Bereichen Strafrecht, Strafvollzug und Gesundheitsversorgung, wobei der Medizinische Dienst der Gesundheitsbehörde zu unterstellen ist.

Die Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (2012) ist online:
http://ump.hug-ge.ch/
und http://www. http://gesundinhaft.eu/konferenzen/

Die Autoren:



Jörg Pont, 1. Johannes-Feest-Preisträger und Mitautor

Hans Wolff und Heino Stöver, Mitautoren

Déclaration de Genève 2012 à propos de la santé en prison

La 6ème Conférence Européenne pour la Promotion de la Santé en Prison dont le thème était « Patient ou Prisonnier? - Pistes vers l'équivalence des soins en prison », a eu lieu du 1er au 3 février 2012 à Genève, capitale mondiale des Droits Humains et ville où Jacques Bernheim a développé le 1er service de médecine en milieu pénitentiaire indépendant des autorités judiciaires et pénitentiaires. Bernheim fut un défenseur infatigable des droits fondamentaux des personnes en détention. Il a contribué à l'élaboration des Règles Pénitentiaires Européennes et des documents de référence du Conseil de l'Europe, du Comité de Prévention de Torture (CPT), de la World Medical Association (WMA), de l'International Council of Nurses (ICN), de la World Health Organization (WHO) et de l'Académie des Sciences Médicales Suisses (ASSM). Ces directives et recommandations sont fondées sur le droit international humanitaire et les droits constitutionnels fondamentaux.

Ces textes s'articulent autour de 7 principes fondamentaux :

1. L'accès aux soins
2. L'équivalence des soins
3. Le consentement du patient et la confidentialité des soins
4. La prévention sanitaire
5. L'intervention humanitaire
6. L'indépendance professionnelle
7. La compétence professionnelle

Ces principes n'ont pas été intégrés dans les lois de la majorité des pays Européens. De plus, nous, les participants à la 6ème Conférence Européenne pour la Promotion de la Santé en Prison constatons que dans la pratique, l'application de ces principes est lacunaire. Nous déplorons le non-respect des engagements pris et des condamnations régulières et répétées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme de plusieurs pays européens en raison de traitements inhumains et dégradants répertoriés dans leurs prisons.

Au vu de la crise économique mondiale et des virages législatifs privilégiant la sécurité au détriment de l'assistance aux populations vulnérables, nous exprimons notre inquiétude grandissante à propos de la dégradation des conditions de détention et en particulier des conditions de soins en prison.

Nous appelons les Etats Européens à inscrire les sept principes de référence ainsi que les règles pénitentiaires européennes dans leur législation et à prendre des mesures urgentes pour assurer le respect de celles-ci.

De plus, nous insistons sur la nécessité de clarifier le rôle des professionnels de santé travaillant en prison. Ces derniers doivent pouvoir s'assurer que leurs actions sont menées dans le seul intérêt de la santé des personnes détenues. Les conflits de double loyauté étant fréquents en prison, nous demandons que l'indépendance professionnelle de l'ensemble des services médicaux exerçant en milieu pénitentiaire soit garantie.

Une approche en 3 étapes aidera à concrétiser cet objectif d'indépendance
1. Généraliser la formation et l'information, en particulier dans les domaines du droit et de l'éthique médicale, de l'ensemble du personnel intervenant sur les questions de santé en prison, afin de :
Permettre l'identification des situations génératrices de double loyauté et de les gérer au mieux dans l'intérêt du patient détenu.
Clarifier les rôles et missions de tous les corps professionnels et favoriser le respect mutuel

2. Renforcer l'implication des autorités de surveillance, des sociétés professionnelles et des comités d'éthique médicale.

3. Séparer les filières professionnelles judiciaires, pénitentiaires et sanitaires. Placer cette dernière sous la responsabilité de l'autorité sanitaire.

*La **Déclaration de Genève 2012** est sur internet à : **http://ump.hug-ge.ch/***

Geneva Declaration 2012 on health care in prison

The 6th European Conference on Health Promotion in Prison was held from February 1st to 3rd 2012 in Geneva under the theme « Patient or Prisoner? - towards equivalence of care in prison ». Geneva, the world capital of human rights was the city where Jacques Bernheim developed the first prison medical service independent of prison and judicial authorities. Bernheim, a tireless defender of human rights of detainees, was one of the driving forces leading to the European Prison Rules and other documents of reference supported by the Council of Europe, the Committee for the Prevention of Torture (CPT), the World Medical Association (WMA), the International Council of Nurses (ICN), the World Health Organization (WHO) and the Swiss Academy of Medical Sciences.

These guidelines and recommendations are based on international humanitarian law and basic constitutional rights and are organized around seven principles:

1. Access to a doctor
2. Equivalence of care
3. Patient’s consent and confidentiality
4. Preventive health care
5. Humanitarian assistance
6. Professional Independence
7. Professional competence.

These principles have not been incorporated into the penitentiary laws of most European countries. In addition, we, the participants of the 6th European Conference on Health Promotion in Prison note that the application of these principles is weak or lacking. We deplore the non-respect of these principles and regular and repeated convictions of European countries by the European Court of Human Rights due to inhuman or degrading treatment towards prisoners.

Given the global economic crisis and legislative initiatives that favor security instead of assistance to vulnerable populations, we express our growing concern about the deterioration of prison conditions, particularly health care in prison.
We call on European states to include the seven principles of reference and the European prison rules in their legislation and to take urgent measures to ensure their strict respect.

Furthermore, we emphasize the need to clarify the role of health professionals working in prisons, in particular to ensure that their actions can be conducted solely in the interest of the health of their patients. As dual loyalty conflicts are common in prison, we stress the importance to enable professional independence of every health care professional.

A 3-step approach will help achieve the goal of professional independence:

1. Widen the training and information, particularly in the fields of medical law and ethics, of all personnel implicated with health issues in prison, to:
Allow identification of situations of dual loyalty and improve management of the patient's interest.
Clarify roles and missions of all professional bodies working in prison and foster mutual respect.

2. Strengthen the involvement of supervising health care authorities, professional societies and medical ethics committees.

3. Separate judicial and penitentiary tasks from health care; place the latter under the responsibility of the health authority.

The Geneva Declaration 2012 on health care in prison is online at http://ump.hug-ge.ch/

Jörg Pont

AUTORINNEN UND AUTOREN - AUTEURS

Dr. sc. med. Wiebke Bretschneider
Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel; CH-4056 Basel"
wiebke.bretschneider@unibas.ch

Prof. Paul Cosyns
Antwerp University Hospital, Universitair Forensisch Centrum;
chairman of the Belgian Comité for Bioethics, "Comité consultatif belge de Bioethique", B-Antwerp; pcosyns@gmail.com

Yvonne Czermak
Psychologischer Dienst Justizanstalt Wiener Neustadt
A - 2700 Wiener Neustadt; yvonne.czermak@justiz.gv.at

Dre Corinne Devaud Cornaz
Médecin-Adjoint RFSM - Centre de Psychiatrie Forensique, Fribourg, Suisse, Réseau Fribourgeois de Santé Mentale; CH-1700 Fribourg
DevaudCC@rfsm.ch

Stefan Enggist
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG; Abteilung übertragbare Krankheiten
Schwarztorstrasse 96, CH -3003 Bern; Tel. +41 31 322 31 68;
http://www.bag.admin.ch/aids ; stefan.enggist@bag.admin.ch

Marc Fetter
Infirmier en psychiatrie forensique, Centre de psychiatrie forensique du RFSMforensique du RFSM; CH-1700 Fribourg; Fetterm@rfsm.ch

Penelope Fraser
Cheffe de clinique, service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires,
Penelope.Fraser@hcuge.ch

Dr. med. Andreas Frei
Forensischer Psychiater Psychotherapeut FMH; CH- 6005 Luzern
andreas54frei@hin.ch

Michéle Girard
(infirmière specialiste clinique en psychiatrie, HUG, CH-Genève
michele.girard@hcuge.ch

Mirka Grob
Casa Circondariale Femminile Roma Rebibbia, I-Rom; mirc@gmx.ch

Dr. Peter Kastner
Volksanwaltschaft Wien; A-1015 Wien; peter.kastner@volksanwaltschaft.gv.at

Dr. Marc Lehmann
Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Berlin in der JVA Plötzensee
D- 13627 Berlin; marc.lehmann@jvapls.berlin.de

Dr. med. Michael Lutz- Dettinger
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Leitender Medizinaldirektor
Zentralkrankenhaus bei der JVA Kassel I; D-34121 Kassel
Michael.Lutz-Dettinger@JVA-Kassel1.Justiz.Hessen.de

Prof. Dr. Grischa Merkel
Juristische Fakultät Universität Basel; Ch-4002 Basel; grischa.merkel@unibas.ch

Prof. Dr. Norbert Nedopil
Psychiatrische Klinik am Klinikum der Universität München,
Campus Innenstadt, Forensische Abteilung; D- 80336 München
Norbert.Nedopil@med.uni-muenchen.de

Nadine Ochmann
Universität Bremen; FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften,
D-28359 Bremen; nochmann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Jörg Pont
Brachtlgasse 20A; A - 1230 Vienna; joerg.pont@meduniwien.ac.at

Dr. Katja Thane
Universität Bremen; FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften;
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); D-28359 Bremen
thane@uni-bremen.de

Gabriele Wehnert
Justizvollzugskrankenhaus Berlin
In der JVA Plötzensee, Stlv. Stationsleitung, D- Berlin
Gabriele.wehnert@jvapls.berlin.de

Prof. Dr. Heino Stöver
Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a.M.,
Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt ;
http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff/personen.html
www.isff.de ; hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Wilfried Weyl
Ehem. Pflegedienstleiter JVA Butzbach; Justizvollzugsanstalt Butzbach, Bezirkskrankenhaus
Kleeberger Straße 23, D - 35510 Butzbach
Tel.:06033 893 3340; wilfried.weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de

Prof. Dr. Hans Wolff
Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP)
Service de Médecine de Premier Recours ; Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ;
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4; CH-1211 Genève 14
Tel : +41 22 (37) 23523 ; http://ump.hug-ge.ch/ ; hans.wolff@hcuge.ch

TeilnehmerInnen

ORGANISATEURS
VERANSTALTER UND PROGRAMMKOMITEE

IBMB Universität Basel
Prof. Dr. Bernice Elger

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Berlin
Prof. Dr. Heino Stöver

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.*, Berlin*
Bärbel Knorr

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, Genf)
Prof. Dr. Hans Wolff

Schweizer Haus Hadersdorf Wien
Dr. Barbara Gegenhuber

In Kooperation mit der
Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte (KSG)
und dem
Forum der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs.

Mit Unterstützung
des *Bundesamt für Gesundheit BAG*

MENTIONS LÉGALES ET REMERCIEMENTS
IMPRESSUM UND DANK

Éditeurs – Herausgeber:
Bündnis Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft
in Kooperation mit IBMB Universität Basel

Rédaction – Redaktion
Composeur – Gestaltung und Satz
Christine Kluge Haberkorn, akzept e.V. Berlin

Typographie – Druck:
Druckerei Dressler, Berlin

Distribution - Vertrieb:
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenhilfe und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14, D-12161 Berlin
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org; PDF: www.gesundinhaft.eu/

Katja Thane, Alphonsine Bakambamba, Nadine Ochmann

Unterstützer der Konferenz

▶ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

▶ Schweizerischer Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF)

FNSNF
FONDS NATIONAL SUISSE
SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
FONDO NAZIONALE SVIZZERO
SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION

▶ Schweizerisches Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal (SAZ)
Centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire
Centro svizzero per la formazione del personale penitenziario
Swiss Prison Staff Training Center
CH - 1700 Fribourg www.prison.ch

▶ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
CH-3001 Bern

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

▶ Justiz- und Sicherheitsdepartement des Kantons Basel Stadt

Aussteller/Sponsoren

AbbVie AG
Switzerland
CH- 6341 Baar
abbvie.com

CompWare Medical GmbH
D-64579 Gernsheim
http://www.CompwareMedical.de

labormedizinisches zentrum Dr Risch Anstalt
www.risch.ch
9494 Schaan – Fürstentum Liechtenstein

labormedizinisches zentrum
centre des laboratoires médicaux
centro medicina di laboratorio

nal von minden GmbH
D- 93053 Regensburg
www.**nal-vonminden**.com

Reckitt Benckiser (Switzerland) AG providing a service to Indivior PLC
8304 Wallisellen, www.rb.com

Zeller Medical AG
CH-8590 Romanshorn
www.zellerag.ch

Die Kooperationspartner:

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Deutsche AIDS-Hilfe

akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Universität Basel

SHH
SCHWEIZER HAUS HADERSDORF

Conférence des médecins pénitentiaires suisses (CMPS)
Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)
Conference of Swiss Prison Doctors (CSPD)
Conferenza dei medici penitenziari svizzeri (CMPS)

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Forum der Gesundheitsdienste des schweizerischen Justizvollzugs

Forum *du personnel soignant des établissements de détention en suisse*