

## **Forschungsprojekt „Intramurale Medizin“**

### **Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug in der Schweiz**

*Ass. jur. Julian Mausbach, Universität Zürich*

#### **I. Das Forschungsprojekt Intramurale Medizin**

Das Forschungsprojekt „Intramurale Medizin in der Schweiz“<sup>1</sup> wird am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, Frau Prof. Dr. Tag, Universität Zürich, bearbeitet und vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) gefördert.

Die Idee zur Entwicklung dieses Forschungsschwerpunkt knüpft an ein Symposium zum Thema „Intramurale Medizin“, das 2005 an der Universität Heidelberg von Prof. Dr. Dr. Hillenkamp und von Prof. Tag veranstaltet wurde und thematisch die Rechtslage der intramuralen Medizin in Deutschland fokussierte. In der Folge wurde 2007 an der Universität Zürich ein internationales Symposium zur intramuralen Medizin durchgeführt.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Grundlegend *Hillenkamp/Tag* (Hrsg.), *Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*, Springer 2005 sowie *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich*, Springer 2008.

<sup>2</sup> Ein Schwerpunkt der Forschungsarbeit ist der Vergleich der rechtlichen Ausgestaltungen der intramuralen Medizin in der Schweiz mit Rechtsordnungen anderer Länder. Hierzu wurde im Rahmen des Forschungsprojektes das Internationale Symposium „Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs“

Zu beiden Symposien wurden Tagungsbände publiziert,<sup>3</sup> deren Inhalt auch für die intramurale Medizin in der Schweiz von Bedeutung sind. Das Forschungsprojekt „Intramurale Medizin in der Schweiz“ hat sich vorgenommen, die zahlreichen Fragen, die sich insoweit stellen, in einem vom SNF geförderten Bericht, zusammenzustellen und Antworten zu geben. Darüber hinaus werden begleitend zum Forschungsprojekt am Lehrstuhl Tag Dissertationsvorhaben mit thematischem Bezug zu Fragen der intramuralen Medizin betreut. So verfasst der Autor dieses Beitrages als ehemaliger SNF-Assistent und Projektleiter des Forschungsprojektes „Intramurale Medizin in der Schweiz“ eine Dissertation zu den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht im Strafvollzug.

## II. Gegenstand der Forschung zur intramuralen Medizin

Das Forschungsprojekt „Intramural Medizin in der Schweiz“ betrifft alle Fragestellungen, die sich beim Vollzug von Freiheitsstrafen und Maßnahmen hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Inhaftierten ergeben. Dabei sind die Herausforderungen sowohl für die Praxis der medizinischen Versorgung in Institutionen des Freiheitsentzuges als auch für die rechtliche Bewertung gross. Einige der wesentlichen Fragen lauten: Wie soll der Zunahme von Infektionskrankheiten, wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose begegnet werden? Inwiefern kann in einer Situation von Unfreiheit beim Patienten von einem «freien Willen» gesprochen werden oder konkret auf eine gravierende Sonderkonstellation bezogen: Wie soll man mit einem Hungerstreik oder einem Suizidversuch umgehen? Soll die

---

veranstaltet. Es bot Einblicke in die gesundheitliche Versorgung von Inhaftierten in 13 Ländern. Es zeigte sich, dass die intramurale Medizin auch international (rechts-) wissenschaftlich noch kaum untersucht ist. Für das Forschungsprojekt „Intramurale Medizin“ ermöglichte das Symposium einen vertieften Ländervergleich. Anhand diesem konnte zum einen hinterfragt werden kann, an welcher Stelle und auf welche Weise die vorgefunden Heterogenität in den Regelungen auf dem Gebiet der Schweizerischen Vollzugsmedizin die Findung und Begründung von rechtlichen Standards behindert oder erschwert. Zum anderen aber auch, welche Grundlage für die Festlegung verbindlicher Standards geschaffen werden.

<sup>3</sup> Siehe hierzu Endnote 1.

ärztliche Schweigepflicht geregelt werden und wenn ja wie? Wie kann die Behandlung von psychisch kranken Menschen im Strafvollzug gewährleistet werden?

In der juristischen Diskussion und Analyse hat die intramurale Medizin in der Schweiz trotz der Vielzahl von Fragestellungen bisher eher geringe Beachtung erfahren und ist daher ein nur wenig untersuchtes Forschungsfeld. Angesichts der vielfältigen juristischen Probleme, die sich insbesondere aus der Sonderrolle des Vollzugsmediziners<sup>4</sup> ergeben, versucht das Forschungsprojekt „Intramurale Medizin“ dem zu begegnen.

### **III. Bisheriger Forschungsstand**

Zunächst wurden die vorhandenen, zersplitterten und oft fragmentarischen Rechtsgrundlagen zusammengetragen und die Normenhierarchie der Intramuralen Medizin in der Schweiz dargestellt. Daraufhin wurde die Rolle der Vollzugsmediziner im Umfeld des Freiheitsentzuges und der Einfluss der vorhandenen Rechtslage auf diese Rolle untersucht. In einem weiteren Schritt wurden die Rechtsgrundlagen hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Lösung bestimmter, in der Praxis drängender Problemsituationen analysiert. Insbesondere sind dies die Fragen zur Einwilligung und Aufklärung des inhaftierten Patienten, zur ärztlichen Schweigepflicht intra muros und zum Umgang mit Sucht und Infektionsgefahren in den Institutionen des Freiheitsentzuges.

Des Weiteren ist die rechtliche Situation der Vollzugsmedizin in Bezug auf besondere Insassengruppen (bsplw. psychisch Kranke, Frauen, Jugendliche und betagte Inhaftierte) und besondere Vollzugsformen (bsplw. Offener Vollzug, Untersuchungs-, Auslieferungs- und Ausschaffungshaft<sup>5</sup>) Gegenstände der Forschung. Dabei steht im

---

<sup>4</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsneutrale Differenzierung, z.B. Mediziner/innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

<sup>5</sup> Diese ist mit der in Deutschland bekannten „Abschiebehaft“ vergleichbar.

Vordergrund, ob die speziellen Bedürfnisse und Anforderungen dieser Vollzugsgruppe oder –formen bereits entsprechend und ausreichend Niederschlag in den gesetzlichen Vorgaben gefunden haben.

Ziel der Forschung ist es, die Vertiefung des wissenschaftlichen Diskurses zur Schaffung einheitlicher und juristisch verbindlicher Standards für die Vollzugsmedizin zu erreichen. Hierzu sollen, ausgehend von der Zusammenstellung, Untersuchung und Analyse der Rechtslage, die nötigen und möglichen Veränderungen zur Anpassung der schweizerischen Rechtslage aufgezeigt werden.

#### **IV. Rechtslage in der Schweiz**

Die Schwierigkeiten der Erforschung des Gebietes der intramuralen Medizin beginnen in der Schweiz bereits bei der Zusammenstellung eines Kataloges der gegenwärtig gültigen Rechtsnormen.

Im Gegensatz zur deutschen Rechtslage, die sich auch nach der Föderalismusreform noch immer weitgehend einheitlich über das Strafvollzugsgesetz definiert,<sup>6</sup> stellt sich die Rechtslage in der Schweiz extrem heterogen dar.<sup>7</sup> Eine Vielzahl von kantonalen Gesetzen und Verordnungen bilden zwar einen rechtlichen Rahmen für die Vollzugsmedizin. Hinsichtlich Regelungstiefe und -dichte ist dieser Rahmen aber nur bedingt aussagekräftig, da er an vielen Stellen die drängenden Fragen nicht oder nur fragmentarisch umrandet. Daher sind auch anstaltsinterne Richtlinien, Hausordnungen und Weisungen in den Katalog des Vollzugsrechts aufzunehmen, will man das rechtliche Fundament der Vollzugsmedizin vollständig abbilden.

---

<sup>6</sup> Eigene landesrechtliche Strafvollzugsregelungen haben bisher nur Bayern, Hamburg und Niedersachsen erlassen.

<sup>7</sup> Grundlegend *Tag in: Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich*, 1 ff.

Einheitliche Regeln für die Vollzugsmedizin sind mithin nicht vorhanden.

Ein für die Rechtsvereinheitlichung förderlicher Ansatz findet sich im Dritten Abschnitt des StGB.<sup>8</sup> Nach Art. 387 Abs. 1 lit. c StGB wird dem Bundesrat die fakultative Kompetenz zur Gestaltung der Gesundheitsfürsorge intra muros übertragen. Somit können eidgenössisch einheitliche Regelungen „über den Vollzug von Strafen und Maßnahmen an kranken, gebrechlichen und betagten Personen“ erlassen werden.

Ein weiterer Vereinheitlichungsansatz findet sich im Allgemeinen Teil des Strafgesetzbuches. Neben den Regelungen zum Massnahmenvollzug sind dort allgemeine Strafvollzugsgrundsätze in den Art. 74 StGB ff.<sup>9</sup> zu finden. Es gilt demgemäss der Grundsatz, dass die Rechte der gefangenen Person nur so weit beschränkt werden dürfen, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern.<sup>10</sup>

Des Weiteren normiert Art. 75 Abs. 1 StGB ausdrücklich den Angleichungsgrundsatz.<sup>11</sup> Hierin manifestiert sich die Forderung, dass die Bedingungen innerhalb des Freiheitsentzuges so weit als möglich den allgemeinen Lebensverhältnissen entsprechen sollen.

Dies ist für die Vollzugsmedizin in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Zum einen ergibt sich aus ihr im Sinne einer Grundregel, dass die

---

<sup>8</sup> StGB bezeichnet das Schweizerische Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand 1.02.2009).

<sup>9</sup> Die entsprechende Botschaft zeigt auf, dass gerade hinsichtlich des Vollzuges an HIV-infizierten Personen und Drogenabhängigen ein erheblicher Regelungsbedarf besteht. Programme zur Aids-Prävention, zur Abgabe von Drogen- sowie Substitutionsmitteln sind Bereiche, in welchen einheitliche Regelungen auf Bundesebene dringlich angezeigt sind; vgl. BBl 1999, 2109.

<sup>10</sup> Art. 74 Abs. 1 StGB Vollzugsgrundsätze. „Die Menschenwürde des Gefangenen oder des Eingewiesenen ist zu achten. Seine Rechte dürfen nur so weit beschränkt werden, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern.“

<sup>11</sup> Vgl. Art. 75 Abs. 2. StGB Vollzug von Freiheitsstrafen. Grundsätze: „<sup>1</sup> Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben. Der Strafvollzug hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen, die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten, schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken und dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen.“

Inhaftierten Anspruch haben, auf die notwendige Krankenbehandlung, regelmäßige medizinische Vorsorgeuntersuchungen und auf Versorgung mit Hilfsmitteln, soweit sie notwendig sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Sie ist damit zugleich die Grundlage des Vertrauens der inhaftierten Personen, eine adäquate medizinische Versorgung zu erhalten.

Zum anderen wirft die Regelung etliche unbeantwortete Fragen auf. So ist nicht geklärt, welche „allgemeinen Lebensverhältnisse“ gemeint sind. Denn die Lebensverhältnisse und damit auch die medizinische Versorgung außerhalb des Strafvollzuges sind sehr verschieden. Außerdem ist fraglich, was die Einengung des Angleichungsgrundsatzes anhand der Formulierung „soweit als möglich“ bedeutet. Es bleibt offen, ob hierbei auf die Finanzen, politischen Entscheidungen<sup>12</sup> oder auf die allgemeinen organisatorischen Sicherungsvorkehrungen des komplexen Strafvollzuges abzustellen ist. Die Beantwortung dieser Frage ist wiederum den kantonalen Strafvollzugsbestimmungen überlassen und wird aufgrund deren Heterogenität in sehr unterschiedlicher Weise beantwortet.

Ebenfalls aus Art. 75 Abs. 1 StGB kann auch der Gegensteuerungsgrundsatz<sup>13</sup> abgeleitet werden. Dieser besagt, dass, soweit eine Gleichstellung mit den allgemeinen Lebensverhältnissen nicht erreicht werden kann, es Aufgabe der Vollzugsbehörde bleibt, den mit der Haft verbundenen schädlichen Nebenfolgen entgegenzuwirken. Es ist eine unabweisbare Konsequenz, dass damit auch die Verpflichtung entsteht, die gesundheitsschädlichen Wirkungen des Strafvollzuges abzumildern.

Art. 75 Abs. 1 StGB birgt zudem eine weitere, zunächst unscheinbare Regelung, nach welcher der Strafvollzug darauf ausgerichtet sein muss, den inhaftierten Personen zu helfen, straffrei zu leben. Hiermit wird der

---

<sup>12</sup> Etwa betreffend über spezielle Programme, wie z.B. zur Bekämpfung der Drogensucht, von HIV oder Tuberkulose.

<sup>13</sup> Vgl. Art. 75 Abs. 1: „[...] Der Strafvollzug hat [...] schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken.“

Resozialisierungsgrundsatz zum Ausdruck gebracht. Für die Kantone ergibt sich daraus der Auftrag, für die Durchführung von medizinischer Behandlung zur sozialen Wiedereingliederung zu sorgen. Mögliche medizinische Maßnahmen, die hierbei in Betracht kommen um die angestrebte soziale Integration des Inhaftierten nach seiner Entlassung zu erreichen, sind daher durchzuführen. In Betracht kommen etwa die Beseitigung gravierender körperlicher Beeinträchtigungen, wie beispielsweise die Operation einer Kiefergaumenspalte oder die Entfernung von sozial stigmatisierenden „Knasttätowierungen“, aber auch psychotherapeutische Behandlungen, wie etwa die Behandlung von Sprachfehlern. Gerade hinsichtlich dieser medizinisch nicht immer zwingend nötigen Maßnahmen ist die Frage der Kostenübernahme höchst umstritten und kantonale unterschiedlich gehandhabt.

Insgesamt bleibt es, trotz der aus dem Strafgesetzbuch zu entnehmenden Regelungen, für den Bereich der Vollzugsmedizin daher bei einer Rechtslage, die in weiten Teilen lückenhaft ist und sich zu jenen Punkten, die einer Regelung zugeführt wurden, durch große Uneinheitlichkeit auszeichnet.

## **V. Die Rolle der Vollzugsmediziner**

Die Heterogenität der Rechtslage wirkt sich auch auf die Rolle des Vollzugsmediziners im System des Freiheitsentzuges aus.

Hierbei ist zunächst zu beachten, dass in der Schweiz die Vollzugsmedizin in der Regel durch Mediziner vorgenommen wird, die als externe Kräfte in den Institutionen des Freiheitsentzuges eingebunden sind. Das klassische Bild des Anstaltsarztes, welcher sein Arbeitspensum zu 100 % in der Anstalt erfüllt, gilt für die Schweiz nur sehr eingeschränkt. Zwar sind vereinzelt, in den wenigen sehr grossen Einrichtungen des Freiheitsentzuges Mediziner vorhanden, die ausschliesslich intramural

tätig sind. Der Grossteil der in der Vollzugsmedizin tätigen Ärzte rekrutiert sich allerdings aus Medizinern, die in räumlicher Nähe zur jeweiligen Anstalt eine eigene Praxis betreiben oder auf andere Art und Weise auch ausserhalb der Vollzugsmedizin tätig sind. Anders als in Deutschland sind zudem keine reinen Justizvollzugskrankenhäuser vorhanden. Spitalbetten für Inhaftierte stehen in der Schweiz nur auf bewachten Stationen in Bern und Genf zur Verfügung.

Ebenso wie in Deutschland sehen sich die Vollzugsmediziner in der Schweiz einer beachtlichen medizinischen Aufgabenpluralität auf dem Bereich der „klassischen“ Gesundheitsfürsorge ausgesetzt. Sie ergibt sich zum einen aus der Maxime, angesichts der kosten- und personalintensiven und mit erheblichen Sicherheitsanforderungen einhergehenden Inanspruchnahme extramuraler ärztlicher Dienste, die intramurale Versorgung in der Breite wie der Spezialisierung zu optimieren. Zum anderen aus der Verdichtung von Problemgruppen im Freiheitsentzug. Namentlich zum einen die drogen-, medikamenten- und alkoholabhängigen Suchtkranken, die psychisch Gestörten, die Autoaggressiven und Suizidgefährdeten, die AIDS-Kranken und HIV-Infizierten, die Tuberkulose- und Hepatitisträger, die aggressiven Gewalt- und Sexualdelinquenten, die unter psychosomatisch manifesten Prisonierungseffekten leidenden Langzeitverbüessenden, zum anderen Inhaftiertengruppen mit spezifischen Gesundheitsproblemen, wie etwa betagte Inhaftierte, Frauen oder Jugendliche.

Neben den klassischen medizinischen Versorgungsaufgaben ergänzen vollzuglich veranlasste Tätigkeiten das Aufgabenspektrum der Vollzugsmedizin. Diese beeinflussen die Arzt-Patienten-Beziehung mannigfaltig und werden durch die heterogene Rechtslage ihrerseits unterschiedlichen kantonalen Lösungen zugeführt. So werden Eintritts- und Austrittsuntersuchungen, Beurteilung der Hafterstehungs- bzw. Arbeitsfähigkeit, medizinische Begleitung von Zwangsmaßnahmen und –

behandlung zwar durchweg in der gesamten Schweiz durchgeführt, die rechtliche Grundlage zur Vornahme der entsprechenden Tätigkeiten unterscheiden sich jedoch sowohl inhaltlich wie formell deutlich. Es sind Kantone vorhanden, die auf formalgesetzlicher Ebene eine Regelung getroffen haben, aber auch solche, in denen entsprechende Regelung lediglich innerhalb anstaltsinterner Hausordnung enthalten sind oder gänzlich fehlt.

Dies führt dazu, dass die Vollzugsmediziner ihren Tätigkeiten in einer Situation nachgehen, die rechtlich manche Fragen offen lässt. In Anbetracht der Tatsache, dass die Gesundheitsfürsorge im Freiheitsentzug ein integraler Bestandteil des Vollzugslebens bildet, ist dies mindestens unerfreulich.

Darüber hinaus erfährt die Vollzugsmedizin durch die besonderen Konditionen des Freiheitsentzuges eine von der Allgemeinmedizin stark abweichende Prägung. So ergibt sich eine antinomische Spannung, die die Vollzugsmedizin aus der Einbettung des am Wohl des Patienten ausgerichteten Behandlungsauftrags in das Netzwerk des Vollzugs bezieht, welcher seinerseits den möglichst reibungslosen Ablauf des Vollzuges zu erreichen sucht.

Setzt man die Aufgabenvielfalt, die tatsächliche Ausstattung der Institutionen des Freiheitsentzuges und diese antinomische Spannung in Verbindung mit der Empfehlung R 98 (7) des Ministerkomitees des Europarates über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsfürsorge im Gefängnisbereich,<sup>14</sup> stellt man fest, dass der Freiheitsentzug und mit ihm die Vollzugsmedizin in der Schweiz nicht

---

<sup>14</sup> Nach diesen sollte jeder Inhaftierte „während der Aufnahme in eine Strafvollzugseinrichtung und später während seines Aufenthaltes jederzeit und ohne Verzögerung Zugang zu einem Arzt ... haben“ und dies „wenn nötig, zu jeder Tages- und Nachtzeit.“

immer und an allen Stellen für diese Multifunktionalität und Aufgabenvielfalt gerüstet ist.<sup>15</sup>

Dies ergibt sich auch daraus, dass die nötige Spezialisierung der Eigeninitiative und dem autodidaktischen Geschick des jeweiligen Arztes überlassen. Die Einführung einer Fachausbildung für Vollzugsmedizin erscheint daher angezeigt.

Aber auch für die Inhaftierten ist die vorhandene Rechtsunsicherheit problematisch. Denn sie können aufgrund der Inhaftierung nicht in gleicher Weise wie in Freiheit gesundheitlichen Beeinträchtigungen begegnen. So fehlt es etwa an der freien Arztwahl. Des Weiteren ist der Gesundheitszustand von inhaftierten Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schlechter. Dies potenziert sich infolge des Zusammenlebens von einer größeren Anzahl von Menschen auf begrenztem Raum und der besonderen Verdichtung von Problemgruppen im Vollzug. Im Interesse aller Involvierten ist daher eine, auch betreffend der Rechtsgrundlagen homogene Vollzugsmedizin wünschenswert.

Insgesamt erscheint aufgrund der tatsächlichen Situation der Vollzugsmedizin und angesichts der verschiedenen und zum Teil komplexen Rechtsfragen im Bereich der intramuralen Medizin damit eine Rechtvereinheitlichung angezeigt.

---

<sup>15</sup> Siehe vertiefend die Untersuchung von *Masia/Achermann/Richter/Hochstettler* zu Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmethoden von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigen in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzuges.

## VI. Schwerpunktproblematiken

### 1. Einwilligung und Aufklärung

Eine dieser komplexen rechtlichen Fragestellungen, die der Vollzugsmediziner zu beantworten hat, betrifft die Einwilligung des inhaftierten Patienten in medizinische Behandlungen.

Gerade auch im freiheitsbegrenzenden Umfeld des Vollzuges ist die Frage der Beachtung der Selbstbestimmungsrechte des Patienten von großer Bedeutung. Zum einen ist hierbei darauf zu achten, dass seine Rechte durch den Vollzug nur so weit beschränkt werden dürfen, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern. Der Freiheitsentzug muss daher soweit als möglich die persönlichen Prioritäten und Wertvorstellungen der inhaftierten Patienten respektieren. Zum anderen trägt auch der hier Patient die Konsequenzen der Therapieentscheidung. Daraus ergeben sich für die Vollzugsmedizin wichtige Rückschlüsse. Insbesondere, dass auch intra muros das gesundheits- und körperbezogene Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu achten und zu wahren ist. Dementsprechend bedarf es zur Legitimation einer ärztlichen Behandlung der wirksamen Patienteneinwilligung.<sup>16</sup> Wenngleich es an einer ausdrücklichen gesetzliche Verankerung dieses Grundsatzes mangelt,<sup>17</sup> folgt daraus, dass eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme des Mediziners nur durchführen ist, wenn die inhaftierte Person ihr freies Einverständnis nach Aufklärung (informed consent) dazu gibt.

Die Voraussetzungen an die Einwilligung sind dabei mit jenen außerhalb des Vollzuges identisch. Dies bedeutet auch, dass der inhaftierte Patient, um wirksam in die ärztliche Behandlung einzuwilligen zu können,

---

<sup>16</sup> Von wenigen und eng zu begrenzenden Ausnahmefällen, etwa in Fällen der „therapeutischen Privilegs“, abgesehen. Vgl. hierzu *Berney/Ummel/Mauron*, Cahiers médico-sociaux 39 (1995), 348 f.

<sup>17</sup> Allerdings finden sich in den standesrechtlich zu berücksichtigen medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften betreffend der Ausübung der medizinischen Tätigkeiten bei inhaftierten Patienten entsprechende Ausführungen.

einsichts- und urteilsfähig<sup>18</sup> sein muss. An diesem Kriterium der Einwilligungsfähigkeit könnten sich angesichts Art. 371 des schweizerischen Zivilgesetzbuchs Zweifel ergeben. Demgemäß gehört jede mündige Person unter Vormundschaft, die zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber verurteilt worden ist.<sup>19</sup> Sinn und Zweck der Regelung sind freilich nicht, vermutete seelische Beeinträchtigungen zu unterstellen oder eine Entrechtlichung der Inhaftierten vorzunehmen,<sup>20</sup> es soll vielmehr dem erhöhten Schutzbedürfnis der inhaftierten Person Rechnung getragen werden.<sup>21</sup> Dennoch ist die Aussagekraft der Regelung, auch wenn sie in der Praxis nur sehr restriktiv Anwendung findet,<sup>22</sup> für die intramurale Medizin nicht zu unterschätzen. Es gilt zu klären, inwieweit eine Person einständige Entscheidungen treffen kann, von der unter vollzugsbedingten fürsorgerischen Aspekten angenommen wird, sie sei kein souveränes Individuum.

Ein Risiko für die Entscheidungsfreiheit des Inhaftierten könnte beispielsweise darin erkannt werden, dass er in der totalen Institution<sup>23</sup> des Strafvollzuges grundsätzlich vom Vollzugspersonal abhängig ist. Die vollzuglich bedingten Lebensumstände, können so einen Verlust an Autonomie bedingen, der sich darin zeigt, dass die Erfüllung der persönlichen Wünsche und Bedürfnisse ohne Vollzugspersonal kaum noch denkbar ist. Dieses aufgezwungene Näheverhältnis wird durch die hierarchische Struktur der Institutionen des Freiheitsentzuges nochmals verstärkt. Auf diese Weise können sich Zwangslagen ergeben, die sich

---

<sup>18</sup> *Donatsch/Tag*, Strafrecht I, Schulthess 2008, § 22, 2.3; *Trechsel/Noll*, Strafrecht AT I, Schulthess 2004 § 27/H.

<sup>19</sup> Vgl. Art. 371 Abs. 1 ZGB; vertiefend *Tag* in: *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 13.

<sup>20</sup> Wie sie allgemein in Art. 397a ZGB aufgeführt sind.

<sup>21</sup> Zudem ist zu erwarten, dass die Reform des schweizerischen Vormundschaftsrechtes auch hier eine Änderung bringen wird.

<sup>22</sup> Die überwiegende Ansicht in Rechtspraxis und Lehre hat sich angesichts der Schwere eines derartigen Eingriffs zu einer restriktiven Interpretation von Art. 371 ZGB entschieden. Die Verurteilung zu mindestens einjähriger Freiheitsstrafe soll demnach nur eine widerlegbare Vermutung für die Entmündigung darstellen.

<sup>23</sup> Vgl. *Goffmann*, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, 1973.

auch auf die Entscheidungsfreiheit der Insassen auswirken. Eine Einwilligung, wird dann möglicherweise nur erteilt, um Vergünstigungen zu erlangen.<sup>24</sup> Wenngleich die Entscheidungsfreiheit auch außerhalb des Justizvollzuges keine absolute ist, vielmehr auch hier soziale Zwänge bestehen die Einfluss auf Entscheidungen nehmen, bedarf es intra muros einer besonderen Umsicht, um die Freiheit der Entscheidung zu gewährleisten. In der Folge muss dies bedeuten, dass sofern eine Einwilligung des inhaftierten Patienten durch eine Drucksituation erlangt wird, die in ihrer Qualität einem unzulässigen Eingriff in die nach der Bundesverfassung gewährleisteten Grundrechte gleichkommt, diese Einwilligung unfreiwillig und damit unwirksam ist.<sup>25</sup>

## 2. Hungerstreik

Die komplexe Frage des Umgangs mit dem Selbstbestimmungsrecht des inhaftierten Patienten im Rahmen der Einwilligung, kann sich in den Fällen eines Hungerstreikes oder bei der Beurteilung von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen weiter verkomplizieren.<sup>26</sup> Veranschaulichen lässt sich dies anhand eines Beispiels. Gesetzt den Fall, dass ein Inhaftierter sich in einen Hungerstreik begibt und er in Anwesenheit eines Vertrauensarztes sowie seines Rechtsanwalts eine schriftliche Anordnung unterzeichnet, die den behandelnden Ärzten untersagt ihm Nahrung zuzuführen wenn er sein Bewusstsein verliert,<sup>27</sup> sieht sich der Vollzugsmediziner im Falle einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes folgender Frage ausgesetzt: Ist der Wille des Inhaftierten zu respektieren oder ist die Zwangsernährung erlaubt und geboten? Die gegenwärtige Rechtslage in der Schweiz bietet zur juristischen Beantwortung dieser Frage keine befriedigende Regelung an. Zwar geben die medizinisch-ethischen Richtlinien zur Ausübung der

---

<sup>24</sup> Ausführlich *Amelung*, Die Einwilligung des Unfreien, ZStW 95 (1983), 1, 9 ff.

<sup>25</sup> Vgl. *Amelung*, Statement in: *Hillenkamp/Tag* (Hrsg.) wie Endnote 1, 87.

<sup>26</sup> Siehe hierzu vertiefend *Laue* in: *Hillenkamp/Tag* (Hrsg.) wie Endnote 1, S. 217 ff.

<sup>27</sup> Zum Fall *Esiyok* vgl. Tagesanzeiger vom 24. März 2007.

ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften unter der Ziffer 9 vor, dass Zwangsernährung nicht erlaubt ist, wenn der Hungerstreikende bei voller Urteilskraft, informiert über die medizinischen Folgen und vor Zeugen eine Unterlassungsanordnung trifft. Diese Richtlinien können als „soft-law“ allerdings nur einen Hinweis auf eine mögliche Lösung des Problems Hungerstreik bieten. Auch nach der Bundesverfassung und der Europäischen Menschenrechtskonvention ist grundsätzlich davon ausgehen, dass das Selbstbestimmungsrecht bezüglich der Zuführung von Ernährung auch bei einer Person in Haft intakt bleibt. Dennoch befinden sich die Vollzugsmediziner in einem Dilemma: Führen sie eine Zwangsernährung durch, muss mit einer Anklage wegen vorsätzlicher Körperverletzung gerechnet werden. Wird nicht ernährt und verhungert der Inhaftierte, ist eine Strafuntersuchung wegen Tötung durch Unterlassung nicht fernliegend. Beides ist dramatisch. Unter dem Aspekt der Rechtssicherheit erscheint es daher dringend geboten, die bei Zwangsbehandlung zu beachtenden Grundsätze auf formalgesetzlicher Ebene zu regeln.

### **3. Ärztliche Schweigepflicht**

Darüber hinaus kann die Frage der Selbstbestimmung und der Einwilligung auch bezüglich des Forschungsschwerpunkts der ärztlichen Schweigepflicht im Freiheitsentzug eine gewichtige Rolle spielen. Der Umgang mit Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und die Bestimmung der Grenzen ebenjener Pflicht, ist ein tagtägliches und präsentes Gegenstand der Vollzugspraxis. Gerade für die Vollzugsmediziner, als mögliche „Täter“ einer Offenbarungshandlung, stellt sich die Situation in besonderer Schärfe dar. Auf der einen Seite sind sie im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge dem inhaftierten Patienten verpflichtet. Auf der anderen Seite dient ihre Tätigkeit auch allgemeinen Vollzugsaufgaben. Das Überschneiden der Pflichtenkreise

bewirkt, dass der Gefängnisarzt über viele persönliche Daten und Informationen von und über seinen inhaftierten Patientenkreis verfügt. Immer dann, wenn eine Einwilligung des Patienten zur Offenbarung durch den Mediziner vorliegt, können die mit der ärztliche Schweigepflicht einhergehenden Fragen leichter beantwortet werden. Ansonsten ist die Bestimmung der Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht im Umfeld des Justizvollzuges mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Obgleich die strafrechtlich abgesicherte Verschwiegenheit des Vollzugsmediziners<sup>28</sup> grundsätzlich auch im Freiheitsentzug gilt, wird sie oft, insbesondere durch vollzugliche Kommunikationsinteressen in Bedrängnis gebracht. Dabei ist zu beachten, dass die Verschwiegenheit des Arztes auch im Justizvollzug ein unverrückbarer Bestandteil des ärztlichen Berufsethos<sup>29</sup> und rechtlich verankerte Verhaltenspflicht ist. Auf europäischer Ebene gibt die Empfehlung des Ministerkomitees betreffend ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsfürsorge in Gefängnissen vor, dass das „(...) Arztgeheimnis soll garantiert sein und in gleich striktem Maße beachtet werden, wie dies in der allgemeinen Bevölkerung gehandhabt wird“.<sup>30</sup> Im schweizerischen Recht ist die unbefugte Verletzung der ärztlichen Verschwiegenheit gemäß Art. 321 StGB mit Strafe bedroht.<sup>31</sup>

Vergegenwärtigt man sich anhand der Rechtslage in Deutschland,<sup>32</sup> wo kein Straf- und Maßnahmenvollzugsgesetz vorhanden ist, welches nicht

<sup>28</sup> [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d\\_RL\\_Inhaftierte\\_def.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Inhaftierte_def.pdf).

<sup>29</sup> Näher hierzu *Placzek*, Das Berufsgeheimnis des Arztes, 1893, S. 36.

<sup>30</sup> § 13, Empfehlung Nr. R(98)7, angenommen am 8.4.1998. Vgl. auch CPT/Inf/E (2002)1 Rev. 2003, Nr. 36 ff. 50: „Das Arztgeheimnis sollte im Gefängnis in gleicher Weise beachtet werden wie außerhalb. Die Führung der Patientenakten sollte in der Verantwortung des Arztes liegen.“ <http://www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standards-s.pdf>.

<sup>31</sup> Dazu *Tag*, Die Verschwiegenheit des Arztes im Spiegel des Strafgesetzbuches und der Strafprozessordnung des Kantons Zürich, Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 2004, Band 122, Heft 1, S. 1 - 20. Ergänzt wird Art. 321 StGB durch die Amtsverschwiegenheitsverpflichtung nach Art. 320 StGB und auch durch ethische Richtlinien. So hält Ziff. 10 der SAMW-Richtlinien zur Ausübung der medizinischen Tätigkeit an inhaftierten Personen einen entsprechenden Passus vor.

<sup>32</sup> Näher *Tag*, Das Arztgeheimnis im Strafvollzug, in: Hillenkamp/Tag (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 89 ff.

einen gesonderten Artikel oder Paragraphen bezüglich der vollzuglich bedingten Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht enthält,<sup>33</sup> wird jedoch deutlich, dass bestimmte vollzugliche Interessen eine Begrenzung der ärztlichen Schweigepflicht nach sich ziehen können. Vorstellbar wäre dies beispielsweise für den Fall, dass der Mediziner von den konkreten Fluchtabsichten eines Patienten erfährt. Hier muss eine Mitteilung an die Vollzugsleitung möglich sein. Auch ein professionell vernetztes Arbeiten innerhalb der Vollzugsinstitution kann nur gelingen, wenn auf den Informationsaustausch gesundheitsrelevanter Daten nicht verzichtet wird. Zudem erlangt das Arztgeheimnis *intra muros* besonders bei ansteckenden Krankheiten eine spezielle emotionale Komponente. Vollzugsmitarbeitende sorgen sich um ihre Gesundheit und sehen in der ärztlichen Schweigepflicht mitunter ein Risiko für sich selbst.

Der Persönlichkeitsschutz des Patienten steht mithin mit dem notwendigen Informationsverkehr des Vollzuges und der damit verknüpften Informationsvorsorge im Vorfeld vollzugsrechtlicher Handlungen nicht selten in einem Spannungsverhältnis. Es ist daher nicht von der Hand zu weisen, dass, obgleich die Entscheidung, zu schweigen oder zu offenbaren, grundsätzlich dem Arzt obliegt, bestimmte Situationen existieren, die es nötig machen, geschützte Sachverhalte der Vollzugsleitung zu offenbaren. Die Bestimmung dieser Sachverhalte und der Grenzen der Offenbarungsmöglichkeiten unter Einbeziehung aller strafrechtlicher, vollzugsrechtlicher, datenschutzrechtlicher, berufsethischer und fachlichen Gesichtspunkte, ist eine Aufgabe die bisher dem einzelnen Mediziner überlassen wird. Auch hier erscheint aus Gründen der Rechtssicherheit eine vereinheitlichende Lösung auf Gesetzesebene angezeigt.

Bisher wird das Strafbarkeitsrisiko für den Vollzugsmediziner im Falle eines Offenbarens nur dadurch abgemildert, dass er neben der

---

<sup>33</sup> Hier ist insbesondere § 182 Abs. 2 des Straf- und Maßnahmenvollzugsgesetzes des Bundes zu nennen, aber auch die 3 nach der Föderalismusreform in Kraft getretenen Landesvollzugsgesetze verfügen über eine entsprechende Regelung.

Einwilligung durch die gefangene Person in Zweifelsfällen die Bewilligung zur Geheimnisoffenbarung bei der vorgesetzten Behörde einholen kann.<sup>34</sup>

#### 4. Strafrechtliche Risiken

Die mit der Offenbarung von Sachverhalten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, verbundenen Risiken sind nicht die einzigen Punkte, an welchen sich für den Vollzugsmediziner eine strafrechtliche Verantwortlichkeit ergeben kann.

Auch die alltäglichen medizinischen Aufgaben des Vollzugsmediziners bergen, ebenso wie das Durchführung oder Unterlassen ärztlicher Behandlung außerhalb des Freiheitsentzuges, solche Risiken. Dabei spielen jene Straftatbestände des Strafgesetzbuches eine Rolle, welche die körperliche und geistige Unversehrtheit auch der inhaftierten Personen schützen. Namentlich sind dies die Straftaten gegen Leib und Leben, insbesondere die der vorsätzlichen und fahrlässigen Tötung und Körperverletzung sowie der Tätlichkeit.<sup>35</sup>

Im Unterschied zur strafrechtlichen Arzthaftung außerhalb des Freiheitsentzuges<sup>36</sup> obliegt dem Vollzugsmediziner noch eine weiter gesteigerte Pflichtenstellung. Diese ergibt sich zum einen daraus, dass innerhalb der allermeisten Vollzugsformen eine freie Arztwahl durch den inhaftierten Patienten nicht gegeben ist. Die damit einhergehende Beschränkung der Eigenverantwortung des Patienten wird zudem über einen vollzuglichen Fürsorgegedanken weiter beeinträchtigt. Zum anderen steht der Vollzugsmediziner nicht nur im Dienst der Patientengesundheit,

---

<sup>34</sup> Art. 321 Ziff. 2 StGB.

<sup>35</sup> Art. 126 StGB Tätlichkeiten: „<sup>1</sup> Wer gegen jemanden Tätlichkeiten verübt, die keine Schädigung des Körpers oder der Gesundheit zur Folge haben, wird, auf Antrag, mit Busse bestraft. <sup>2</sup> Der Täter wird von Amtes wegen verfolgt, wenn er die Tat wiederholt begeht: a. an einer Person, die unter seiner Obhut steht oder für die er zu sorgen hat, namentlich an einem Kind; [...].“

<sup>36</sup> Hierzu *Tag*, Strafrecht im Arztalltag, in: *Poledna/Kuhn* (Hrsg.), *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl., Schulthess 2007, S. 669 ff.

sondern zumindest teilweise auch im Dienst der Strafvollzugsinstitution. Dies bedingt es, dass die Interessen des Patienten nicht immer an erster Stelle stehen, in Extremsituationen kann eine partielle Überschneidung bis hin zu einer Gegensätzlichkeit mit Interessen des Vollzuges gegeben sein. Dies zeigt sich in verschiedenen Bereichen, vor allem aber bei der Bestimmung der *lex artis*.

Zentraler Bestandteil der *lex artis* ist die Therapie- und Methodenfreiheit einerseits und der diese Gewährleistung beschränkende gesicherte Mindeststandard der unterschiedlichen Therapierichtungen andererseits. Auf diese Weise wird im Normalfall ein breiter Korridor eröffnet, der von der minimalen Basisversorgung bis hin zur Maximalversorgung reicht.<sup>37</sup> Innerhalb dieses Korridors bestimmen auch faktische Zwänge und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen das ärztliche Behandlungsangebot. Insbesondere letzteres hat im Gesundheitswesen mehr und mehr dazu geführt, dass, bei Absicherung einer Basisversorgung durch soziale Sicherungssysteme, weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten der Eigenvorsorge des Patienten anheim gestellt wurden. Dies hat auch Auswirkungen auf die intramurale Medizin. Die garantierte Grundversorgung deckt zwar die zweckmäßigen und notwendigen Behandlungen ab. Inwieweit Zusatzleistungen gewährleistet werden, bestimmt sich jedoch maßgebend durch kantonale Richtlinien. Auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Inhaftierten, die nicht der obligatorischen Krankenkassenversicherungspflicht unterfallen, werden bisweilen Beschwerden laut, dass die Grundversorgung nicht ausreichend gewährleistet sei.

## **5. Sucht und Infektion (-gefahren) im Freiheitsentzug**

Die Problematik Sucht und Infektion spielt im Vollzug aus zweierlei Gründen eine wichtige Rolle. Zum einen wird sie dadurch begründet, dass

---

<sup>37</sup> Vertiefend Tag in: Tag/Hillenkamp (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 12.

drogenabhängige Menschen häufig aufgrund ihrer Sucht straffällig werden.<sup>38</sup> Zum anderen ist der Handel, Besitz und Konsum von Drogen, trotz eines strikten Verbotes in allen schweizerischen Vollzugsinstitutionen, Gegenstand des Vollzugsalltages und wird nach Aussage der Experten wohl nie absolut zu verhindern sein.<sup>39</sup>

Für die Vollzugsmedizin bedeutet, dass sie sich mit vielen Patienten konfrontiert sieht, die suchtmittelabhängig sind oder mindestens waren. Dies hat auch hinsichtlich von Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung eine erhebliche Bewandnis. Hochrisikoreiche Verhaltensweisen wie gemeinsamer Spritzengebrauch, ungeschützter Geschlechtsverkehr und unhygienische Tätowierpraktiken, insbesondere auf dem begrenzten Raum einer Vollzugsanstalt, können zu Neuinfektionen im Vollzug führen. Die Größenordnung der Problematik zeigt sich darin, dass im Jahre 2006 noch immer festgestellt werden konnte, dass Drogenkonsum sowie Infektionen mit den AIDS- und Hepatitisserregern in Haft nach wie vor 5 bis 10 Mal höher liegen als in der Allgemeinbevölkerung.<sup>40</sup>

Von Seiten der Vollzugsinstitutionen wurde dieser Problematik erkannt. So besteht in den Anstalten ein Angebot hinsichtlich verschiedener Präventionsmaßnahmen, Tests und Behandlung von Infektionskrankheiten. So werden beispielsweise durch den Anstaltsarzt oder einen Automaten, Kondome und sterile Spritzbestecke abgegeben. Allerdings ist diese Praxis nicht einheitlich und auch innerhalb der Kantone von Institution zu Institution unterschiedlich.

---

<sup>38</sup> *Nelles/Fuhrer*, Kurzbericht über die Evaluationsergebnisse des Pilotprojekts „Drogen und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank“ 1995, S. 1.

<sup>39</sup> *Schulthess*, Hinter Gittern Gefängnisse und Justiz in der Schweiz, 2006, S. 174 und *Morgenthaler*, Drogen im Gefängnis – Ein Viertel aller Häftlinge ist drogenabhängig in: Standpunkte 6/02 (05/2006), S. 10.

<sup>40</sup> *Enggist*, Vom Pilotversuch zur Regelversorgung – Wie lassen sich Innovationen im Gefängnisalltag verankern? in: Dokumentation zur 2. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (Hrsg.), S. 54.

Auch von Seiten des Gesetzgebers ist es zu verschiedenen Reaktionen gekommen. So wurde beispielsweise die gesetzliche Grundlage<sup>41</sup> zur Heroingestützten Behandlung von Schwerst- und Langzeitabhängigen so gestaltet, dass diese Behandlungsmethode auch in den Institutionen des Freiheitsentzuges durchgeführt werden kann. Des Weiteren wurde in der Vernehmlassungsvorlage zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen Art. 20 lit. d<sup>42</sup> statuiert, dass „öffentliche und private Institutionen, die eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Menschen in ihrer Obhut haben, zur Durchführung geeigneter Verhütungsmaßnahmen“ durch den Bundesrat verpflichtet werden können. Eine solche Pflicht besteht in allen Institutionen des Freiheitsentzuges.

Die Problematik Sucht und Infektion ist trotz dieser Ansätze allerdings weiterhin eine der drängendsten auf dem Gebiet der Vollzugsmedizin. Dies ergibt sich dadurch, dass zum einen die Versorgung von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich ist. Dies kann beispielsweise zur Folge haben, dass ein Substitutionsprogramm nicht reibungslos weitergeführt werden kann, da die entsprechenden Substitutionsmittel variieren. Zum anderen aber auch, weil einige Bereiche der Bekämpfung von Sucht zu den politisch umstrittensten Facetten auf dem Gebiet der intramuralen Medizin gehören. So ist etwa die Frage der Abgabe von sterilen Spritzbestecken noch immer nicht abschliessend geklärt.

Darüber hinaus kommt im Bereich der Infektionskrankheiten noch die aufkeimende Problematik hinzu, dass in Mitteleuropa bereits besiegt geglaubte Infektionskrankheiten, beispielsweise verschiedenen Tuberkuloseformen, wieder vermehrt in den Institutionen des Freiheitsentzuges auftreten. Dies stellt nicht nur hinsichtlich der Frage der

---

<sup>41</sup> Rechtliche Grundlage für die heroingestützte Behandlung ist der Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 und die Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999.

<sup>42</sup> Siehe die Vernehmlassungsvorlage unter: [http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/030\\_30/03209/03210/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/030_30/03209/03210/index.html?lang=de).

Erkennung und Behandlung dieser Krankheiten neue Anforderungen an die Vollzugsmediziner, sondern ist insbesondere hinsichtlich der Frage, wer in welchem Umfang die Kosten verschiedener Behandlungs- und Erkennungsmethoden trägt, umstritten.

Die bekannten und aufkeimenden Probleme stehen daher auch in diesem Bereich an manchen Stellen einer nur unzureichenden juristischen Regelungslage gegenüber.<sup>43</sup>

## **VII. Besondere Inhaftiertengruppen und deren medizinische Bedürfnisse**

Neben diesen Problematiken beschäftigt sich die Forschung mit Fragen, die sich aus den Bedürfnissen und Ansprüchen besonderer Inhaftiertengruppen ergeben.

### **1. Psychisch Kranke**

Internationale Studien haben wiederholt aufgezeigt, dass die Krankheitshäufigkeit psychischer Störungen im Justizvollzug im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist.<sup>44</sup>

Darüber hinaus ist für einzelne Diagnosen die Prävalenz in der Gefangenenpopulation massiv erhöht, so zum Beispiel für Alkohol- und Drogenmissbrauch, psychotische Störungen, affektive Störungen wie Depressionen oder Manien und Persönlichkeitsstörungen.<sup>45</sup>

Dem überdurchschnittlich hohen Auftreten psychischer Störungen wird im schweizerischen Freiheitsentzug auf verschiedene Weise begegnet. Zum einen ist der Bereich des Maßnahmenvollzugs darauf ausgerichtet, gerichtlich angeordnete therapeutische Maßnahmen an Straftätern

---

<sup>43</sup> Kritisch hierzu auch: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/04558/index.html?lang=de>.

<sup>44</sup> Foerster in: *Hillenkamp/Tag* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 143.

<sup>45</sup> Graf in: *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 40 m.w.N.

durchzuführen.<sup>46</sup> Zum anderen wird in den Institutionen des Freiheitsentzuges für alle Inhaftierten der Zugang zu Psychiatern und Psychologen gewährleistet.

Dabei ist zunächst dem Massnahmenvollzug besonderes Augenmerk zu schenken, ist doch davon auszugehen, dass der Grossteil der psychisch kranken Insassen sich aufgrund einer gerichtlich angeordneten Therapie in den Institutionen des Massnahmenvollzuges befindet.<sup>47</sup>

Der Massnahmenvollzug ist als zweiseitiges System, sogenanntes „dualistisch-vikariierendes System“, zu verstehen.<sup>48</sup> Die Massnahmen werden dabei neben Freiheitsstrafen ausgesprochen. Die Strafe bezweckt die schuldbezogene Vergeltung, während die Massnahmen zukunftsgerichtet bezwecken, weitere Delikte des Täters zu verhindern. Sie sind insofern unmittelbar mit der intramuralen Medizin verknüpft, als bei den Massnahmen therapeutischer Art, neben den Rehabilitationsgedanken ein therapeutischer Auftrag<sup>49</sup> tritt und sich die Behandlung des Täters nach ärztlichen Gesichtspunkten richtet.<sup>50</sup>

Im Bereich des Massnahmenvollzuges können gegen einen geistig abnormen Täter folgende drei Massnahmen ergehen: Die ambulante Massnahme gemäss Art. 63 StGB, die stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB sowie die Verwahrung gemäss Art. 64 StGB.

Ausserhalb des Strafgesetzbuches ist Art. 123a der Bundesverfassung zu erwähnen, der aufgrund der Volksinitiative zur lebenslangen Verwahrung von nichttherapierbaren, extrem gefährlichen Sexual- und

---

<sup>46</sup> Graf in: *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 43: Da viele dieser Massnahmen in allgemeinspsychiatrischen Kliniken und offenen Massnahmenvollzugsinstitutionen durchgeführt werden, existiert leider keine gesamtschweizerische Statistik.

<sup>47</sup> Graf in: *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 43: Da viele dieser Massnahmen in allgemeinspsychiatrischen Kliniken und offenen Massnahmenvollzugsinstitutionen durchgeführt werden, existiert leider keine gesamtschweizerische Statistik.

<sup>48</sup> Vertiefend Heer in: *Niggli/Wiprächtiger*, Basler Kommentar Strafgesetzbuch I, 2007, Art. 56 N 12.

<sup>49</sup> Heer in: *Niggli/Wiprächtiger*, Basler Kommentar Strafgesetzbuch I, 2007, Vor Art. 56 N 13.

<sup>50</sup> BGE 127 IV 154.

Gewaltstraftätern vom 3. Mai 2000 zustande gekommen ist.<sup>51</sup> Durch eine Volksabstimmung vom 8. Februar 2004 hat die lebenslange Verwahrung Eingang in die Bundesverfassung gefunden und zu zahlreichen Neuerungen im StGB geführt.

Neben den Therapien die aufgrund einer gerichtlich angeordneten Maßnahme vorgenommen werden, ist es auch Aufgabe der Vollzugsmedizin, alle anderen Inhaftierten soweit nötig psychologisch und psychiatrisch zu betreuen und zu behandeln. Für diesen Bereich der Behandlung von Insassen, ist eine dem Maßnahmevollzug vergleichbare Regelungssystematik nicht vorhanden.

Die Behandlung dieser Patienten erfolgt im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge in den Anstalten des Freiheitsentzuges. Vor allem in den kleineren Vollzugsinstitutionen ist diese Aufgabe durch den Anstaltsarzt soweit als möglich abzudecken. Sobald es notwendig erscheint, wird ein Spezialist hinzugezogen. Eine umfangreiche psychiatrische oder psychologische Betreuung ist in der Regel dort nicht anstaltsintern organisiert. Daher ist es zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung von großer Wichtigkeit, dass auch die Vollzugsmitarbeiter geschult sind, psychische Erkrankungen zu erkennen. Sie pflegen den häufigsten und unmittelbarsten Kontakt zu den Inhaftierten und gerade in kleinen Institutionen ist die kontinuierliche Beobachtung nur aus ihrer Stellung möglich. Daher hilft die medizinische Schulung des Personals in grossem Masse dazu bei, dass psychische Erkrankungen bei den Inhaftierten entdeckt werden und die Betroffenen einer Triage durch die Gesundheitsdienste zugeführt werden können.<sup>52</sup>

Diese Notwendigkeit ist auch von den Vollzugsverantwortlichen erkannt worden und so wird die notwendige Schulung im „Schweizerischen

---

<sup>51</sup> Siehe hierzu *Forster*, AJP 2004, S. 418 ff.

<sup>52</sup> Vertiefend *Graf* in: *Tag/Hillenkamp* (Hrsg.), wie Endnote 1, S. 42.

Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal“ in Fribourg vorgenommen.

## 2. Inhaftierte Frauen

Eine weitere Gruppe die Gegenstand der Untersuchung sind, sind die weiblichen Inhaftierten. Massgeblich in diesem Kontext ist Art. 75 Abs. 4 StGB. Ihm ist der Hinweis zu entnehmen, dass der Strafvollzug den unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männer Rechnung tragen muss. Dies findet eine praktische Umsetzung mit medizinrechtlicher Signifikanz in der Einrichtung von Mutter-Kind-Abteilungen. Aber auch besonderen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit von werdenden Müttern und entsprechenden Beschäftigungsverboten, ärztlicher Betreuung und Hebammenhilfe bei der Geburt sowie Vorsorgeuntersuchungen zählen in diesen Bereich.

Eine Besonderheit des Frauenvollzuges ist es, dass dieser zu weiten Teilen nicht getrennt nach Vollzugsformen stattfindet, sondern in einer großen, ausschließlich auf den Vollzug an weiblichen Inhaftierten ausgelegten Institution im Kanton Bern. Dieses Nebeneinander der Vollzugsformen ermöglicht es auch, den medizinischen Bedürfnissen der Frauen entsprechend Rechnung zu tragen. Dies manifestiert sich beispielsweise in der regelmäßigen Anwesenheit von Gynäkologen.

## 3. Jugendliche Inhaftiere

National wie international besteht eine auch rechtlich verankerte Übereinkunft,<sup>53</sup> dass sich das vorrangige Ziel des Jugendstrafvollzuges auf die Erziehung des Jugendlichen und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, mithin auf die Resozialisierung richten muss.

---

<sup>53</sup> Vgl. u.a. Art. 37 lit. c KRK, Art. 10 lit. b UNO-Pakt II, Regel 26.3 der Mindestgrundsätze der Vereinten Nationen für die Jugendgerichtsbarkeit von 1985; Art. 2 und Art. 27 Abs. 2 JStG; Art. 20 Westschweizer Konkordat.

Hinzu tritt, dass auf Verfassungsebene in der Schweiz eine besondere Schutzbedürftigkeit der Jugendlichen verankert ist.<sup>54</sup> Dies führt in Verbindung mit der erhöhten Empfänglichkeit von Jugendlichen hinsichtlich positiv einwirkender Maßnahmen dazu, den Resozialisierungsauftrag dahingehend verstehen, dass sich die Integrationsförderung nicht nur auf erzieherische und pädagogische Interventionen beschränken kann. Vielmehr sollen auch medizinische und therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um gesundheitlich unbelastete und psychisch stabile Personen aus dem Freiheitsentzug in die Gesellschaft zu entlassen.

Für das Aufgabenspektrum der Vollzugsmedizin folgt daraus, dass es hinsichtlich des Umgangs mit Jugendlichen vorrangig auch darum gehen muss, dazu beizutragen, eine Stigmatisierung des Jugendlichen zu verhindern sowie dessen Selbstachtung zu steigern und damit dem Jugendlichen die Integration in die Gesellschaft zu erleichtern.

Die schwerpunktmässige Verlagerung der intramuralen Medizin auf präventivmedizinische Akzente ist eine der damit verbundenen Folgen. Im Rahmen der Vollzugsmedizin an Jugendlichen kommt daher der Aufklärung über die gesundheitliche Auswirkungen des Drogen-<sup>55</sup> und Alkoholkonsums, aber auch auf die Ernährung<sup>56</sup> und Bewegung eine wichtige Rolle zu. Unabdingbar ist sodann, ein jugendspezifisches Konzept zur Behandlung von drogenabhängigen Inhaftierten im Jugendstrafvollzug zu erstellen.

---

<sup>54</sup> Siehe hierzu Art. 11 Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung.

<sup>55</sup> So ist z.B. der Stand des Wissens über die gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums allgemein recht lückenhaft, vgl. *Müller*, Cannabis - Stand der Dinge, Schweizerischer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.), Lausanne 2004, S. 70).

<sup>56</sup> *Naring/Tschumper/Bonivento/Inderwildi/Jeanin/Addor/Bütikofer/Suris/Diserens/Alaker/Michaud*, Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002): SMASH 2002, Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002, Lausanne 2004, bilanziert: „Viele Jugendliche scheinen das Wissen und die Kontrolle über eine normale und gesunde Ernährung nicht mehr zu haben“; S. 67.

Diese hohen Anforderungen an die Vollzugsmedizin stehen einer, nicht an allen Stellen befriedigenden Rechtslage und einer ebenso wenig befriedigenden tatsächlichen Ausstattung des Jugendstrafvollzuges gegenüber. Insbesondere die beschränkte Kapazität an geeigneten Jugendstrafvollzugsanstalten ist auf tatsächlicher Seite zu beklagen. Die Kantone, die für den Vollzug des Jugendstrafgesetzes zuständig sind, regeln den Jugendstrafvollzug nur in Ansätzen. Zum Teil wird er aber auch unter die Regeln der Erwachsenen gefasst. Den medizinischen Besonderheiten und den vielschichtigen Problemen, die sich dem Anstaltsarzt stellen, wird in rechtlicher Hinsicht praktisch keine Beachtung geschenkt. Vielmehr werden die Ärzte einer nicht zu unterschätzenden Rechtsunsicherheit ausgesetzt.

Das seit 2007 in Kraft stehende Jugendstrafgesetz (JStG)<sup>57</sup> fordert von den Kantonen allerdings den Kapazitätsengpass an geeigneten Jugendstrafanstalten bis 2017 zu beseitigen.

#### **4. Betagte Inhaftierte**

Eine weitere Inhaftiertengruppe, deren medizinische Bedürfnisse verschiedene Fragen für die Intramurale Medizin aufwerfen, sind die betagten Inhaftierten.<sup>s</sup>

Diese sind bisher noch eine Randgruppe im Freiheitsentzug. Dennoch ist, parallel zur demographischen Entwicklung extra muros und angesichts der restriktiven Handhabung von bedingten Entlassungen aus den Institutionen des Freiheitsentzuges, ein Anstieg der Zahl der „Vollzugssenioren“ zu beobachten, was sich insbesondere im Rahmen der Verwahrung zeigt.<sup>58</sup>

Beispielsweise ist bislang ungeklärt, wie Senioren zu stellen sind, die aus medizinischen Gründen heraus nicht mehr arbeiten können. Die

---

<sup>57</sup> Bundesgesetz vom 20. Juni 2003 über das Jugendstrafrecht (Jugendstrafgesetz, JStG).

<sup>58</sup> So auch *Baechtold*, Strafvollzug, Staempfli 2005, S. 304 f.

allermeisten angebotenen Freizeitbeschäftigungen eignen sich primär für jüngere Inhaftierte. Joggen, Fußball und Krafttraining kommen mit zunehmendem Alter für weniger Inhaftierte in Frage.<sup>59</sup> Hier gilt es sicherzustellen, dass es zu keiner Diskriminierung aufgrund des Alters kommt. Ein Ausgleich der Benachteiligung ist soweit möglich und verhältnismäßig, durch Erweiterung des Freizeitangebotes zu schaffen.

Drängend wird auch die Frage sein, wie mit der grösser werden Zahl von pflegebedürftigen Inhaftierten umzugehen ist und welche rechtlichen Konsequenzen sich daraus ergeben.

Bislang gibt es in der Schweiz weder eine spezielle Vollzugsinstitution bzw. Abteilung für Senioren oder pflegebedürftige Personen. Die Problematik wurde jedoch sowohl von der Forschung<sup>60</sup> als auch von der Praxis erkannt.<sup>61</sup> Im Kanton Aargau wird zurzeit ein neues Zentralgefängnis mit einer Abteilung für Inhaftierte über 60 Jahre geplant.<sup>62</sup>

## VII. Ausblick

Die intramurale Medizin bietet als Forschungsfeld die Möglichkeit, medizinrechtliche Fragestellungen im Kontext des Justizvollzuges zu untersuchen. Dabei ist die heterogene Rechtslage in der Schweiz eine

---

<sup>59</sup> Vgl. Ein Altersheim im Gefängnis, NZZ am Sonntag vom 9. September 2007, [http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/aktuell/ein\\_altersheim\\_im\\_gefaengnis\\_1.552886.html](http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/aktuell/ein_altersheim_im_gefaengnis_1.552886.html).

<sup>60</sup> So wird seit Juni 2008 an der Zürcherischen Hochschule für Angewandte Wissenschaften zum Thema „Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug“ ein Projekt durchgeführt, welches zum Ziel hat, bessere Kenntnisse über die spezifischen Belastungssituationen der älteren Insassen und die konkreten Herausforderungen, mit denen das Vollzugspersonal in der Betreuung der Zielgruppe konfrontiert ist, zu gewinnen; vgl. <http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/de/sozialarbeit/forschung/laufende-projekte/alt-werden-im-straf-und-massnahmenvollzug.html>.

<sup>61</sup> Vgl. z.B. Punkt 6.2.2.2. des Berichtes der Arbeitsgruppe zum Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz, Anstaltsplanung 06, Beschluss KK vom 03.11.2006, abzurufen unter:

[http://www.prison.ch/data\\_site/konkordat/030\\_Anstaltsplanung06.pdf](http://www.prison.ch/data_site/konkordat/030_Anstaltsplanung06.pdf).

<sup>62</sup> Vgl. Ein Altersheim im Gefängnis, NZZ am Sonntag vom 9. September 2007, [http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/aktuell/ein\\_altersheim\\_im\\_gefaengnis\\_1.552886.html](http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/aktuell/ein_altersheim_im_gefaengnis_1.552886.html).

besondere Herausforderung. Dies bietet den Forschenden aber auch die Möglichkeit, ihrerseits rechtsgestalterische Überlegungen anzustellen. Hierbei ergibt sich ein breiter Überblick insbesondere über die Felder des Strafvollzugsrechts, des Medizinrechts, des Strafrechts, des Datenschutzrechts und des Verfassungsrechts.

Auch die das Forschungsprojekt begleitenden Dissertationsvorhaben zeigen, dass die Thematik der intramuralen Medizin spannende Qualifizierungsmöglichkeiten auch für Studierende eröffnen.

Nicht nur diese Gesichtspunkte machen die intramurale Medizin zu einem wichtigen und lohnenswerten Forschungsthema.